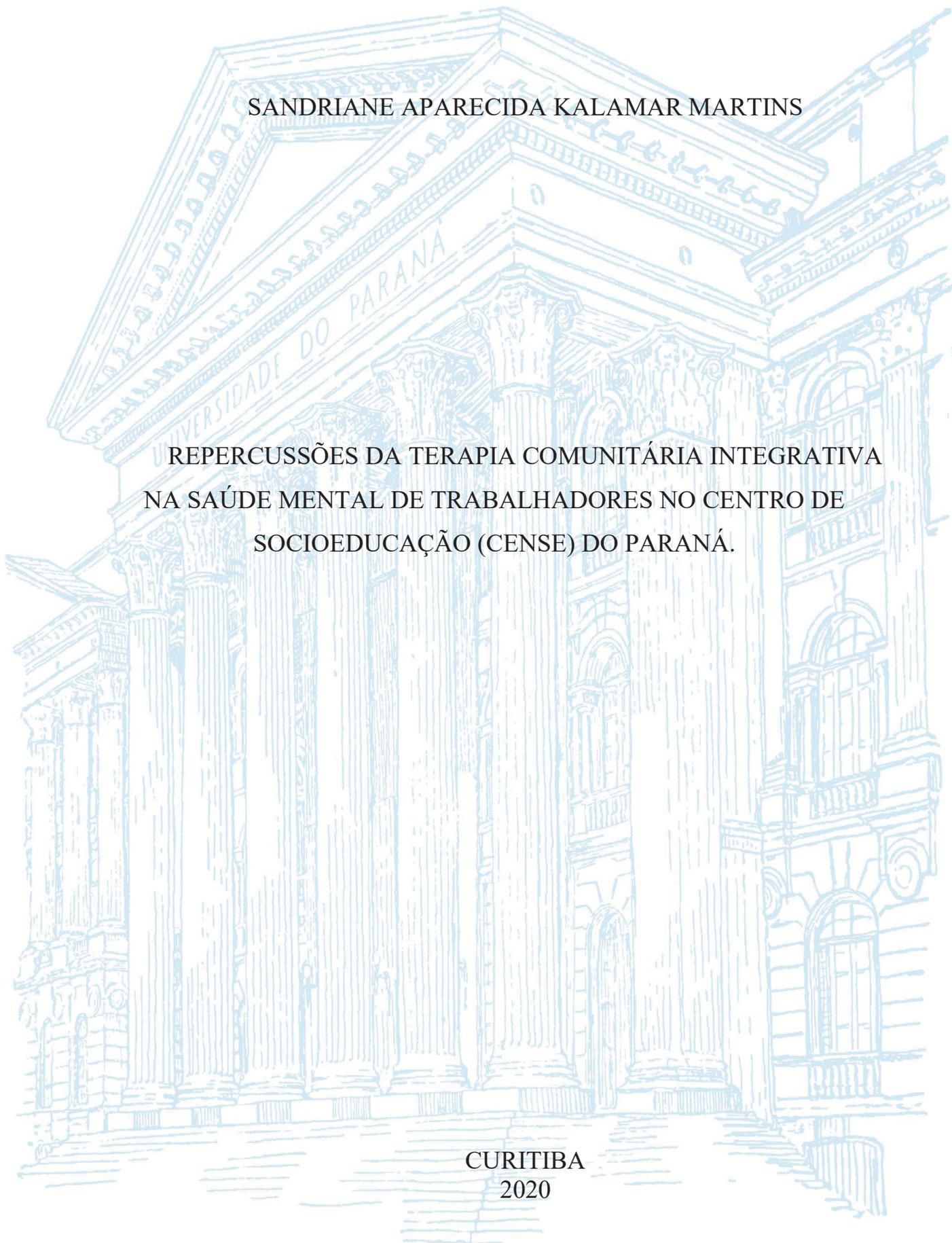


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SANDRIANE APARECIDA KALAMAR MARTINS

REPERCUSSÕES DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA  
NA SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES NO CENTRO DE  
SOCIOEDUCAÇÃO (CENSE) DO PARANÁ.

CURITIBA  
2020



SANDRIANE APARECIDA KALAMAR MARTINS

REPERCUSSÕES DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA  
NA SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES NO CENTRO DE  
SOCIOEDUCAÇÃO (CENSE) DO PARANÁ.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, no Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Milene Zanoni da Silva

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

CURITIBA  
2020

M386 Martins, Sandriane A. Kalamar

Repercussões da terapia comunitária integrativa na saúde mental de trabalhadores no Centro de Socioeducação do Paraná [recurso eletrônico] / Sandriane A. Kalamar Martins. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Milene Zanoni da Silva

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

1. Saúde mental. 2. Saúde do trabalhador. 3. Serviços de saúde comunitária. 4. Terapia comunitária. I. Silva, Milene Zanoni da. II. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WA 305



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA –  
40001016103P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **SANDRIANE APARECIDA KALAMAR MARTINS** intitulada: **Repercussões da Terapia Comunitária Integrativa na saúde mental de trabalhadores no Centro de Socioeducação (CENSE) do Paraná.**, sob orientação da Profa. Dra. MILENE ZANONI DA SILVA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 04 de Dezembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

07/12/2020 11:48:07.0

MILENE ZANONI DA SILVA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

08/12/2020

15:16:23.0

MARIA DE OLIVEIRA FERREIRA FILHA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB)

Assinatura Eletrônica

08/12/2020 11:48:31.0

GIOVANA DANIELA PECHARKIVIANNA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação á minha família e amigos que me propiciaram afeto, compreensão e apoio durante essa jornada intensa de trabalho. Também dedico aos terapeutas comunitários integrativos e aos trabalhadores socioeducativos que exercem o precioso exercício de acolhimento e cuidado frente as inquietudes da alma.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a expressão primordial da vida “Deus”, manifesta em cada ser humano que encontrei pelo caminho, que me possibilitaram, quiçá, compreender um pouco mais dessa experiência chamada Vida.

## RESUMO

Contextos institucionais, como os Centros de Socioeducação (CENSE), propiciam intenso sofrimento mental em seus trabalhadores. A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma prática de cuidado que propõe a criação de um espaço comunitário de acolhimento e apoio social. O objetivo desta pesquisa foi compreender as repercussões da TCI como uma prática de cuidado em saúde mental, nos trabalhadores de um CENSE do Paraná, analisar narrativas obtidas dessas intervenções para identificar a presença de indicadores de sofrimento mental, comparando-os com prevalências obtidas por questionários validados. Trata-se de pesquisa de intervenção quali-quantitativa sobre trabalhadores de uma unidade de socioeducação, realizada em duas fases: na Fase 1 foram aplicados um questionário sociodemográfico e três questionários validado, para estabelecer características referenciais e prevalência de transtornos mentais comuns; na Fase 2 foram conduzidas treze intervenções por meio de rodas de TCI, com áudios gravados e transcritos e, sobre cada transcrição, foram aplicadas a apreciação da rotina da TCI, acrescida da análise de conteúdo temática de Bardin. Os resultados mostraram prevalências relevantes dos indicadores no grupo que participou das intervenções com TCI: sofrimento mental (41,7%), ansiedade leve e moderada (37,6%), e depressão leve a moderada (33,3%). Além disso, características no questionário sociodemográfico mostraram que o grupo possuía alta escolaridade e rendimento, além de potenciais atenuantes do sofrimento mental, como prática de exercícios físicos (83,3%), uso de medicação (54,2%) e vínculos familiares (87,5%). As transcrições analisadas pelo protocolo das etapas da TCI, identificaram quatro temas universais, sendo “trabalho” e “estresse” os dois com mais alta prevalência (84,6% e 69,2%, respectivamente). A análise de Bardin ordenou os resultados em três categorias temáticas, discutidas sob a perspectiva das prevalências identificadas pela aplicação dos questionários e corroborou a etapa de apreciação de rotina, prevista pela metodologia da TCI. Concluiu-se que este estudo possui dados para recomendar a construção de parcerias que promovam o acesso dos trabalhadores do CENSE a práticas integrativas de acolhimento e cuidado da saúde mental, como a TCI, por ser economicamente viável e, ao mesmo tempo, uma forma ágil no manejo do sofrimento mental.

Palavras-chave: Socioeducação, Terapia Comunitária Integrativa, Saúde Comunitária, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

Institutional contexts like socio education centers (CENSE) provides huge mental suffering over its worker. Community Integrative Therapy (TCI) is practice care made of community spaces for a reception and social support. The goal of this study was to understand the consequences of applying TCI as a mental health care practice over workers of a CENSE of Parana and to analyze narratives from that intervention in order to identify mental suffering markers' presence. After that, we compared them with prevalence data from validates questionnaires. This study is a quali quantitative intervention research over workers of one socio education unity which was conducted in two phases: over Phase 1 we applied a sociodemographic questionnaire and three validate questionnaire to establish referential characteristics and prevalence for commons mental disorders; over Phase 2 we have conducted thirteen TCI interventions with its audios recorded and transcribed, over each one transcription we have applied the routine appreciation of TCI, as described in its methodology, added by Bardin`s thematic content analysis. The results showed relevant markers prevalence on TCI group participant: mental suffering, (41,7%), mild to moderated anxiety, (37,6%), and mild to moderated depression (33,3%). Over that, the identified characteristics by sociodemographic questionnaire showed high schooling and income in that group, besides in addition to mitigating the potential for mental suffering, as exercise practice (83.3%), medication in use (54.2%), and family bonds (87.5%). The transcription analyzed by TCI protocol itself and have identified four universals themes, where “work” e “stress” had major prevalence than others (84,6% e 69,2%, respectively). Bardin`s analysis ordered three thematic categories for results, which have been discussed from prevalence identified by questionnaires submissions. It has corroborated the routine appreciation step predicted by TCI`s methodology. In the discussion chapter, we brought reports over TCI sessions and confirmed all questionnaires data, pointing, at the same time, to an insufficient self-reported mental suffering resolution by use of conventional health care. We have concluded there is data in this present study to recommended partnerships in order to promote CENSE`s worker access to the integrative practices of reception and mental health care, as TCI. This is a care practice viable economically, at the same time is an agile way to manage mental suffering.

Key-words: Socioeducation, Integrative Community Therapy, Community Health, Mental Health, Occupational Health, Health promotion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - Gráfico de boxplots das pontuações relativas ao sofrimento mental, medida pelo SQR20.....	37
GRÁFICO 2 - Gráfico de boxplots das pontuações relativas à ansiedade, medida pelo BAI.....	39
GRÁFICO 3 - Gráfico de boxplots das pontuações relativas à depressão, medida pelo BDI.....	41
QUADRO 1 - Cronograma e efetivação na aplicação da TCI, para totalização da pesquisa.....	42

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Discriminação de cargos/funções dos participantes de cada fase da pesquisa.....	30
TABELA 2 -	Distribuição de frequência de dados sociodemográficos referentes ao gênero, orientação sexual e etnia dos participantes da pesquisa .....	31
TABELA 3 -	Distribuição de frequência de dados sociodemográficos referentes à situação conjugal, moradia, renda familiar e escolaridade dos participantes da pesquisa.....	31
TABELA 4 -	Distribuição de frequência de dados sociodemográficos referentes aos cuidados gerais com a saúde uso de medicamentos, dos participantes da pesquisa.....	32
TABELA 5 -	Distribuição de frequência de dados sociodemográficos referentes aos vínculos importantes autorreferidos pelos participantes da pesquisa.....	32
TABELA 6 -	Distribuição de frequência das respostas apresentadas nos instrumentos aplicados na fase 1 do estudo.....	36
TABELA 7 -	Descrição dos temas universais citados nas intervenções por meio da TCI (n=13).....	43
TABELA 8 -	Descrição das estratégias de enfrentamento relatadas nas intervenções por meio da TCI (n=13).....	44

## LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS:

ABRATECOM	- Associação Brasileira de Terapia Comunitária
BAI	- Inventário de ansiedade de Beck
BDI	- Inventário de depressão de Beck
CAAE	- Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CE	- CEARÁ
CENSE	- Centro de Socioeducação
CONANDA	- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DEASE	- Departamento de Atendimento Socioeducativo
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
ESEDH	- Escola de Educação em Direitos Humanos
HC	- Hospital de Clínicas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JMR	- Joana Miguel Richa
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PR	- Paraná
PROEDUSE	- Programa de Educação nas Unidades dos CENSES
SEDS	- Secretária de Estado da Família e Desenvolvimento Social
SEJU	- Secretária de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos
SIC	- <i>sic erat scriptum</i> , “assim estava escrito”
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SRQ-20	- <i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCI	- Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	- Transtorno Mental Comum
UFP	- Universidade Federal da Paraíba
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1	APROXIMAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	10
1.2	DO OBJETO DE ESTUDO E CONTEXTUALIZAÇÃO .....	11
1.3	OBJETIVOS .....	13
1.3.1	Objetivo geral .....	13
1.3.2	Objetivos específicos .....	14
<b>2</b>	<b>REVISÃO TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	15
2.1	TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI) .....	15
2.1.1	Alicerces teóricos da TCI .....	16
2.2	A SOCIOEDUCAÇÃO.....	18
2.3	SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES.....	22
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	24
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	24
3.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	24
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	24
3.4	LOCAL DA PESQUISA .....	24
3.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	25
3.6	COLETA DE DADOS .....	25
3.7	FASES DA PESQUISA .....	25
3.7.1	Fase 1: instrumentos de apoio .....	26
3.7.2	Fase 2: intervenção com a tci .....	27
3.8	ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	28
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	30
4.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO GRUPO ESTUDADO .....	30
4.2	ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS DE APOIO ..	36
4.2.1	Questionário SQR20 .....	37
4.2.2	Inventário de ansiedade de Beck (BAI) .....	38
4.2.3	Inventário de depressão de Beck (BDI) .....	40
4.3	FASE 2: ANÁLISE DOS RESULTADOS DA TCI .....	41
4.3.1	Visão geral da aplicação da TCI na pesquisa .....	42

4.3.2	Análise dos resultados: temas universais e estratégias de enfrentamento relatadas nos instrumentos de apreciação da TCI .....	43
4.3.3	Análise dos resultados provenientes das intervenções com a TCI .....	44
4.3.4	TCI como dinâmica reveladora dos elementos estressores no processo de trabalho – Categoria temática ambiência e sofrimento mental .....	44
4.3.5	TCI como dinâmica reveladora dos elementos estressores no percurso de trabalho que impactam na saúde do trabalhador .....	49
4.3.6	Efeitos da TCI como prática de melhoria na saúde mental .....	51
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES</b> .....	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>57</b>
	<b>APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b> .....	<b>63</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	<b>65</b>
	<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>66</b>
	<b>ANEXO C – <i>SELF REPORT QUESTIONNAIRE</i> (SQR-20)</b> .....	<b>70</b>
	<b>ANEXO D - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)</b> .....	<b>71</b>
	<b>ANEXO E - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)</b> .....	<b>72</b>
	<b>ANEXO F - REGISTRO DAS RODAS DE TCI</b> .....	<b>75</b>
	<b>ANEXO G – ARTIGO QUALIS B2 – QUALIS 2017-2018</b> .....	<b>77</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 APROXIMAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Percebo minha trajetória costurada por escolhas autênticas e muitas vezes desafiadoras. Algumas delas movidas pela ingenuidade e simplicidade, mas nutridas com uma vontade profunda de conexão e integridade comigo mesma e com tudo que me cerca e me compõem: o indivíduo, a sociedade, a natureza. Meu envolvimento nesse universo das terapias integrativas teve início no Shanti Instituto, em 1992.

Naquele momento sem saber quais eram os meus saberes, não que os saiba agora, iniciava o esboço de um desenho, de um roteiro, de um mapa, de um objeto de estudo, o qual hoje atribuo ser o Ser Humano. Ao longo desse percurso, costurei minha história de vida com retalhos selecionados dentro da graduação de filosofia e farmácia, associadas às formações nas áreas de homeopatia, oncologia, acupuntura, medicina tradicional chinesa. Isso sem nunca me desconectar das terapêuticas integrativas que valorizam os saberes.

Em outubro de 2012, recebi o convite da professora Milene Zanoni da Silva para participar de um projeto de pesquisa que se desenvolveria no ambulatório de Saúde Mental do Hospital de Clínicas (HC) do Paraná. Foi quando entrei em contato com a metodologia da Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Na época estava alinhada há alguns projetos junto ao Shanti Instituto com as terapias naturais e integrativas, e almejava o mestrado. Era um ponto no horizonte a ser alcançado e o absorvi como uma oportunidade. No entanto, ao me envolver com a execução das atividades da pesquisa, pude observar as rodas de TCI, e foi nesse percurso que estabeleci identificação com essa prática de cuidado, impulsionando-me a tomada de decisão para fazer a formação em TCI.

Desde então, a riqueza de experiências e vivências vem se intensificando. Tamanha é essa expressividade, que atualmente, juntamente com a atuação profissional como farmacêutica integrativa e acupunturista, exerço funções com a TCI como terapeuta, formadora, coordenadora do Polo de Formação Shanti Instituto e coordenadora do Conselho Deliberativo Consultivo da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (Abratecom).

Percebo o estar aqui, no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Paraná, pertencendo à linha de pesquisa de Políticas e Serviços de Saúde, e tendo como tema de pesquisa a TCI e suas infinitas possibilidades, como um presente generoso da vida, uma oportunidade, uma conquista e uma responsabilidade de pesquisar, compreender e

produzir conhecimento, priorizando um olhar em perspectiva, integral e dinâmico no que concerne ao ser humano.

Portanto, a escolha por aprofundar os estudos com essa prática integrativa está diretamente relacionada com minha historicidade de vida, enquanto observadora e protagonista, que vivencia essa prática de cuidado, em situações de desconfortos existenciais, em suas muitas dimensões e em diferentes contextos. Isso porque o “objeto” motivador da pesquisa em questão diz respeito enfaticamente ao Ser Humano e sua interdependência sistêmica, ambos compondo uma sociedade na extensão da natureza, onde o limite está entre o céu e a terra.

## 1.2 DO OBJETO DE ESTUDO E CONTEXTUALIZAÇÃO

O projeto intitulado “*Manejes e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e casas de Semi Liberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná*”, sob a responsabilidade geral do Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas do Santos, é a pesquisa guarda chuva que abriga estudos na área de avaliação dos manejes e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde, nos CENSE do Estado do Paraná.

Tal iniciativa de pesquisa teve como motivação a solicitação feita pela Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos (SEJU), por meio do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE). Dentro deste grande projeto, a presente pesquisa contempla um recorte que possui como foco o uso da TCI como prática de cuidado para o alívio de sofrimento mental de trabalhadores, de um CENSE do estado do Paraná.

Os CENSE caracterizam-se por serem espaços, unidades de atendimento que tem abrangência regional, que executam as medidas socioeducativas, ofertam programas à internação e/ou internação provisória aos adolescentes em conflito com a lei do Estado do Paraná em cumprimento de medida judicial (BRASIL, 2020\_a). Conforme delimita o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), indivíduos entre doze e dezoito anos incompletos, que cometem ato infracional de grave ameaça ou violência, ou reincidem na infração, são encaminhados mediante ordem escrita e fundamentada judicialmente, ou seja, a internação resulta de um processo judicial. Atendem as crianças e adolescentes que possuem a medida privativa de liberdade, internação como medida socioeducativa (ECA, 1990).

Cada um destes Centros deve seguir os parâmetros da ação socioeducativa, os quais estão organizados pelos seguintes eixos estratégicos: suporte institucional e pedagógico; diversidade étnico-racial, de gênero e de orientação sexual; cultura, esporte e lazer; saúde; escola; profissionalização/ trabalho/ previdência; família e comunidade e segurança (BRASIL, 2020\_a).

A população deste estudo diz respeito aos trabalhadores que atuam em ambientes de controle e vigilância, os CENSE, que são espaços que apresentam a finalidade de executarem as medidas socioeducativas para com os adolescentes em cumprimento de medida judicial, que cometeram um ato infracional de grave ameaça ou violência (BRASIL, 2020\_b). Vale destacar que a Socioeducação, no Estado do Paraná, apresenta cobertura de atendimento com a presença de dezenove CENSE e oito Casas de Semi-liberdade, totalizando 1158 (hum mil cento e cinquenta e oito) vagas, distribuídas em três regiões do Estado, conforme relatório do DEASE de 2017.

Dentro da realidade da Socioeducação no Paraná, encontramos um CENSE feminino de internação, com capacidade para atender até trinta adolescentes e dezoito CENSE masculino. Tais trabalhadores estão expostos, com frequência, a diversas situações de desconforto, tensão, ameaças e agressividades (GRECO *et al.*, 2013), devido às condições rotineiras de suas atividades para com os/as adolescentes, que envolvem desde o auxílio na realização de atividades pedagógicas, manutenção da integridade física e psicológica, condutas de segurança, com uso de cadeados, portões de ferro; atividades externas vinculadas a saúde; atividades internas como lazer, banho de sol, entre outros. Esse cenário traçado sobre as características dos CENSE oferece espaço para o desenvolvimento de um raciocínio e de reflexões sobre as condições de saúde mental dessa população de trabalhadores (GRECO *et al.*, 2013).

Exercer atividades de trabalho como as descritas acima, em espaços institucionais, com características prisionais, exige dos trabalhadores envolvidos condutas continuadas de controle, vigilância, atenção, segurança e adequação frente as necessidades adversas. É comum, no exercício de suas funções laborais, que esses trabalhadores vivenciem estados de tensão, pressão e estigma, interferindo nos aspectos afetivos e emocionais ocasionando o desenvolvimento de ansiedade, angústia, fadiga mental, depressão, exaustão, estresse, sofrimento psíquico, problemas nos relacionamentos familiares ou sociais, entre outros (BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016).

Foi sobre esses pilares, de fatos e reflexões, que emergiu a temática dessa pesquisa, bem como foi traçado seu objetivo principal, qual seja, analisar as narrativas provenientes da

aplicação da TCI, enquanto prática de cuidado em saúde mental, dos trabalhadores de um CENSE do Estado do Paraná.

Segundo Barreto (2010) a TCI é um espaço comunitário onde as pessoas têm a oportunidade de falar sobre a sua história de vida, dor e conflitos de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo compartilhando experiências de vida e sabedoria. Todos se tornam corresponsáveis na busca de superações e soluções dos problemas cotidianos, o que propicia aos participantes experimentar a ajuda do grupo que oferece suporte e apoio. Nesse contexto a TCI demonstra-se como uma prática de cuidado que pode auxiliar no acolhimento dos trabalhadores dos CENSES que se encontram em situação de sofrimento, pois é um espaço terapêutico de escuta, partilha e reflexão, e que tem por objetivo promover a saúde e a autonomia ao estimular os integrantes à expressividade e ao autoconhecimento (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Justifica-se a realização desta pesquisa com trabalhadores de um CENSE do Paraná, baseando-se no nível de transtornos mentais comuns entre os agentes socioeducativos (ROMERO *et al.*, 2016), o cenário dos CENSE (GRECO *et al.*, 2013), a TCI como prática psicossocial avançada de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013). Ainda, é imprescindível gerar informações científicas claras sobre o impacto e benefícios da TCI na promoção da saúde de trabalhadores, que fundamentem tomadas de decisão na esfera pública.

Todas as razões acima orientaram para a questão norteadora deste estudo, qual seja, quais são as repercussões da TCI, como prática de cuidado, entre trabalhadores que atuam no contexto da socioeducação?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo geral

Compreender as repercussões da TCI enquanto uma prática de cuidado em saúde mental, entre trabalhadores de um CENSE do Paraná.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de ansiedade, depressão e sofrimento mental no grupo estudado.

- Relacionar a identificação dos indicadores de ansiedade, depressão e sofrimento mental com os dados extraídos da análise de conteúdo temática provenientes das intervenções.

- Identificar as principais inquietações e estratégias de enfrentamento relatadas nas narrativas do grupo estudado.

- Discutir a TCI como prática de cuidado em saúde mental na socioeducação.

## 2 REVISÃO TEÓRICO CONCEITUAL

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como uma abordagem grupal tem sido estudada na perspectiva de alívio do sofrimento mental, enquanto uma prática de cuidado psicossocial avançada. Nessa perspectiva, as repercussões promovido pelas práticas de cuidado da TCI torna-se um tema relevante, posto que há uma lacuna científica a ser preenchida sobre cuidados com a saúde mental desses trabalhadores. Foi assim que se consolidou o propósito do presente estudo: contribuir para dirimir tal lacuna.

### 2.1 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) foi criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, psiquiatra, teólogo, antropólogo e docente do Curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará, no município de Fortaleza/ CE em 1987, com o propósito de trazer soluções frente as necessidades de saúde da comunidade do bairro Pirambu (BARRETO, 2008; REIS, 2017). Hoje parte desta comunidade é conhecida como Comunidade Quatro Varas e está situada em uma zona litorânea, na periferia da cidade de Fortaleza.

O berço primário da TCI, caracterizou-se por ser precário em relação as condições básicas à vida humana: inúmeras deficiências desde infraestrutura, segurança, emprego a atuação das políticas públicas. Desse modo, por sua essência metodológica, a TCI desperta o resgate da dignidade frente às vulnerabilidades humanas (LUTTERBACH, 2017).

Conceitualmente, a TCI é considerada uma prática 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. Traz como característica a inovação ao buscar soluções para conflitos e sofrimentos humanos através da valorização dos saberes e práticas dos sujeitos (BARRETO, 2008).

Desde sua elaboração, a TCI tem se consolidado como tecnologia leve de cuidado<sup>1</sup> em saúde mental apresentando respostas satisfatórias aos participantes, sendo mais uma prática de trabalho para os profissionais da saúde, que focaliza de forma inovadora na reorganização das redes de atenção à saúde. Assim como, da própria comunidade na

---

<sup>1</sup>Tecnologia leve em saúde é considerada uma ferramenta do universo humano, traduz-se numa tecnologia de relação, de acolhimento, comunicação, estabelecimento de vínculos e que vem para promover a autonomia do indivíduo (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008). Faz-se importante considerar aspectos como eficácia, efetividade, acurácia e segurança no uso dessas tecnologias em saúde conjuntamente com condições econômicas favoráveis (CAPUCHO *et al.*, 2012).

construção e no fortalecimento de vínculos solidários, levando as pessoas a construírem uma identidade coletiva, sem perder de vista as suas singularidades (CARÍCIO, 2010). Isso se dá por intermédio de ações baseadas na promoção, prevenção e na cura, as quais integram elementos culturais e sociais em prol do desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos e comunidades (ANDRADE *et al.*, 2009).

### 2.1.1 Alicerces teóricos da TCI

A TCI fundamenta-se em cinco grandes eixos teóricos:

1. Pensamento sistêmico, que perpassa a humanidade desde sempre, através de uma visão de mundo integrado e interdisciplinar. Somos todos partes do problema mas também somos parte da solução.
2. Teoria da comunicação, em que todo comportamento, sensação apresenta uma performance de comunicação.
3. Antropologia cultural, considerando que são as raízes culturais que norteiam as andanças do ser humano e promove o sentido do pertencimento.
4. Pedagogia de Paulo Freire, que retrata o processo de reconhecer e extrair a força da liberdade e da autonomia, do refletir e agir de cada indivíduo.
5. Resiliência, que confere a confiança e o poder da autotransformação, mediante exposição à vida

A TCI, como prática de cuidado em saúde mental, é um espaço de promoção da fala e da escuta qualificada, que propicia um processo de autoconhecimento. Essa experiência propõe-se a ser uma prática diante das diferentes vivências de cada ser humano, possibilitando um reaprender sobre si mesmo e sobre a vida, cujo ponto no horizonte é promover a reflexão das ações, que repercutirão em novas ações. É por essa razão que, desde 2008, a TCI tem sido classificada como prática integrativa e complementar de cuidado em saúde mental, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela cria vínculos e resgata a autonomia dos indivíduos, além de ser um espaço aberto para a troca de experiências e sabedorias, porque facilita a transformação de carências em competências para aqueles que dela se beneficiam. Com isso, eles se tornam aptos ao ressignificar dos próprios momentos de dor e de perdas (BARRETO, 2008).

No final da década de 1990 a primeira publicação que trata do protocolo da TCI (BARRETO, 1997 *apud* BARRETO, 2008) trouxe uma estrutura com a formação dos

participantes em uma roda circular e horizontal, e o desenvolvimento da TCI seguindo o passo a passo em uma sequência consecutiva de seis etapas:

Etapa 1 Acolhimento: consiste no movimento de receber as pessoas, explicar a metodologia da TCI, falar das regras que norteiam a prática: silêncio e escuta ativa, a regra da cultura, não julgar e não inferir conselhos e falar de si, sempre em primeira pessoa.

Etapa 2 Escolha do tema ou da inquietação: é o momento de compartilhar a inquietude ou sofrimento com o grupo, a pessoa diz seu nome e em poucas palavras procura nomear o que sente, em torno de 3 a 5 breves relatos, dependendo do grupo. Nessa etapa também é possível abrir um espaço de fala à identificação e justificativa do que ressoou na sua própria história de vida; na sequência realiza-se a votação elegendo a história que mais ressoou no grupo, a partir disso define-se o tema a ser aprofundado.

Etapa 3 Contextualização – Etapa em que o protagonista que trouxe o tema escolhido pode falar mais da sua vivência, e nesse momento todos os participantes podem fazer perguntas para o protagonista, com o objetivo de ampliar a reflexão e compreensão do sofrimento da situação.

Etapa 4 Partilha de experiências ou problematização: etapa onde a terapeuta elabora uma pergunta pertinente ao tema que emergiu e lança, na roda, para que respondam aqueles que se sentirem conectados ou não, de forma que tragam nas respostas suas próprias ferramentas ou estratégias de superação.

Etapa 5 Encerramento: a terapeuta convida a comunidade, ou grupo, a ficarem em pé, agradece aos integrantes e ao protagonista, lembrando que todas histórias são importantes. Convida a todos para verbalizar, com uma conotação positiva, o que mais tocou, ou o que está levando de aprendizado dessa roda de TCI.

Etapa 6 Apreciação da terapia: consiste na avaliação do processo de condução da roda de TCI pelos terapeutas, de acordo com um roteiro de apoio.

Nos tempos atuais, especialmente durante a pandemia global de Covid-19, houve adaptações que passaram a integrar o protocolo, que era exclusivamente presencial. Tem-se como exemplo de relato as TCI conduzidas remotamente, via online, pelo próprio criador da TCI, Adalberto Barreto (BARRETO et al, 2020). Percebe-se que a expansão da adoção da TCI, enquanto prática de cuidado psicossocial avançada, vem trazendo inovações e adaptações importantes ao protocolo inicial, de modo a acompanhar a evolução dos comportamentos e necessidades de uma sociedade global. De uma ou de outra forma, cada roda de TCI constitui-se como processo terapêutico completo com começo, meio e fim (BARRETO, 2010).

Nesse contexto a TCI como prática de cuidado em saúde mental em trabalhadores, é uma prática psicossocial avançada que possibilita promover saúde, construção de vínculos de solidariedade, valorização das experiências de vida, resgate da auto-estima e da confiança em si, ampliação da percepção dos problemas e das possibilidades de resolução dos mesmos a partir das competências culturais e sociais locais, sem medicalizar a angústia e o sofrimento mental, em especial em países de baixa e média renda (BARRETO, 2008; BRASIL, 2013; WENCESLAU, ORTEGA, 2015).

## 2.2 A SOCIOEDUCAÇÃO

O desenvolvimento da sociedade brasileira tem como fator determinante em sua estrutura social um percurso histórico de desigualdades e exclusões (SOUZA, 2005). Por consequência desse percurso na década de 1990, marcado e fortalecido por mobilizações e movimentos sociais em relação aos direitos das crianças e adolescentes, cria-se a partir da Lei número 8069, de 13 de Julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nessa circunstância o ECA passou a substituir o Código de Menores de 1979, apresentando como características fundamentais a preservação de direitos e responsabilidades em relação à criança e ao adolescente.

Logo, com a instituição do Estatuto consolida-se o novo paradigma baseado na garantia dos direitos e proteção integral como prioridade. Essa conquista demonstrou significativa relevância social na defesa dos direitos da criança e do adolescente, assim como despontou para novas perspectivas de gestão no âmbito de ações coletivas. Em 2006, nesse percurso ainda de ajustes e incertezas entre os agentes sociais, é desenvolvido de forma coletiva o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE ) (MOREIRA, 2019).

A configuração do SINASE se estabelece por um conjunto ordenado de princípios, regras e critérios no que tange o universo da socioeducação e “[...] possui caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa. Sendo que, este sistema inclui os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todas as políticas, planos e programas específicos de atenção a esse público.” conforme dispõe o Artigo 3º, da Resolução nº 113/2006 do CONANDA (BRASIL, 2006).

Nessas circunstâncias, em janeiro de 2012 que o SINASE, a partir da Lei Federal no 12.594/12, foi iniciado o desenho de uma nova abordagem, com diretrizes pedagógicas, que visa contemplar as demandas da criança e do adolescente. E neste sentido, em relação à política socioeducativa, caminha-se em direção aos avanços da regulamentação e execução das medidas socioeducativas conforme previstas no ECA.

Referente à execução das medidas, uma questão importante do ECA diz respeito ao tratamento ofertado à criança ou adolescente que cometem um ato infracional, ao estabelecer como instrumento a responsabilização por tal ato, no caso a medida socioeducativa. Sendo assim, as medidas socioeducativas são determinadas e aplicadas mediante a verificação de situações que demonstram aspectos de crime ou contravenção penal no que diz respeito ao comportamento do adolescente, conforme previsto no ECA (SOUZA E COSTA, 2013).

É importante destacar que a medida socioeducativa não é entendida como uma pena. A medida difere da pena devido a aspectos essenciais, busca priorizar um olhar na perspectiva da singularidade e individualização, frente à história de cada adolescente, ao invés de simplesmente adaptar-se à infração cometida, bem como sua intenção enquanto ação pedagógica sistematizada (FRANCISCHINI E CAMPOS, 2005). Nessa perspectiva, a medida socioeducativa propõe a eliminação de formas coercitivas de internação e possibilitou a privação de liberdade apenas em casos de flagrante do ato, ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judicial competente (ECA, 1990). Essas medidas englobam desde uma advertência, até uma internação, está a mais grave dentre as medidas, tendo em vista que restringe a liberdade de locomoção do jovem infrator (BRASIL, 2006; SOUZA E COSTA, 2012).

Entretanto, para Moreira (2019), poder-se-ia seguir numa construção abrangente de conhecimento por uma abordagem de dimensão teórico-legal, fundamentada no ECA, ou pela execução das medidas socioeducativas, conforme diretrizes do SINASE. Devido à amplitude do assunto, bem como de sua atuação, com diferentes direcionamentos de informação, entendimentos, posturas, visões e conhecimento prático.

Neste contexto, no Estado do Paraná, foi estabelecido uma reconfiguração organizacional, conforme Cadernos da Socioeducação (2014). Com o advento da Lei Estadual nº18.374/2014, é transferido o Sistema de Atendimento Socioeducativo para a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SEJU) sendo então, Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE), responsável pela política de atendimento ao adolescente em conflito com a lei que cumpre medida socioeducativa de internação

provisória, internação e semiliberdade, medidas cuja competência de execução é dos governos estaduais conforme Lei Federal nº 12.594/2012.

A SEJU é responsável pela organização, promoção, desenvolvimento e coordenação do Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná, por intermédio do DEASE. O Departamento tem como atribuição primordial a gestão e a qualificação do atendimento socioeducativo de internação, internação provisória e semiliberdade, de acordo com as normas e recomendações do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e dos compromissos internacionais de direitos humanos (PARANÁ, 2014).

No âmbito paranaense, o atendimento das medidas de internação acontecem na SEJU por meio do DEASE que administra oito casas de semiliberdade no Estado as quais atendem as crianças e adolescentes que possuem medida restritiva de liberdade: transição para meio aberto; e dezenove CENSES os quais atendem as crianças e adolescentes que possuem a medida privativa de liberdade, internação como medida socioeducativa. Cada um destes Centros, CENSE e Casas de Semiliberdade, da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná, deve seguir os parâmetros da ação socioeducativa, os quais estão organizados pelos seguintes eixos estratégicos: suporte institucional e pedagógico; diversidade étnico-racial, de gênero e de orientação sexual; cultura, esporte e lazer; saúde; escola; profissionalização/trabalho/previdência; família e comunidade e segurança. Centros de Socioeducação (CENSE) e casas de Semiliberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná (BRASIL, 2020\_b).

Quanto às ações e serviço de atenção à saúde, no contexto da socioeducação, a base de apoio é a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) que engloba, dentre outras, temas como: autocuidado, autoestima, autoconhecimento, relações de gênero, relações étnico-raciais, cidadania, cultura de paz, relacionamentos sociais, uso de álcool e outras drogas, prevenção das violências, projeto de vida, desenvolvimento de habilidades sociais, acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial e saúde mental (BRASIL, 2006).

Os CENSES são espaços, unidades de atendimento que tem abrangência regional, vinculada a Secretária de Estado da Família e Desenvolvimento Social (SEDS), que executam as medidas socioeducativas, ofertam programas à internação e/ou internação provisória aos adolescentes em conflito com a lei do Estado do Paraná em cumprimento de medida judicial. Estes Centros, estão articulados de forma orgânica e funcional diretamente com o Poder Judiciário, Ministério Público e com equipamento da rede de atendimentos entre si. Todas as ações realizadas são apoiadas nas determinações do ECA e do SINASE, desde as medidas sociopedagógicas até as de estruturas arquitetônicas, visando o atendimento do

adolescente em conflito com a lei. Ainda, os CENSES dispõem de uma equipe técnica multiprofissional que assume a desafiadora tarefa de desenvolver atividades de relevância no processo de construção biopsicossocial com as adolescentes (BRASIL, 2020\_c).

Legalmente, o CENSE esta constituído para dispor das mais dignas condições de desenvolvimento e reabilitação, por exemplo, a separação dos adolescentes por idade, gravidade da infração, número de oferta de vagas entre outras, de acordo com o contexto regional. Sendo que a medida socioeducativa pode variar entre seis meses e no máximo três anos, passando por processo de avaliação a cada seis meses, de acordo com o artigo 121 do ECA e atendendo a/o adolescente com até vinte e um anos incompletos, conforme o princípio de brevidade, da excepcionalidade e do respeito ao indivíduo em desenvolvimento.

De acordo com o último relatório de ações do DEASE do Estado o Paraná, 94% dos adolescentes atendidos eram do gênero masculino, 47% autodeclaravam-se da cor parda, 62% tinham entre dezesseis e dezessete anos de idade e 67% estavam sendo atendidos no regime de internação. O maior município de residencial (15%) era o de Curitiba /PR; 23% dos atos infracionais relacionavam-se à roubos e 16% a tráfico de drogas, sendo o maior número (45%) apresentando um único ato infracional (PARANÁ, 2015).

Nesse cenário, refletir e descrever sobre a socioeducação voltada para o adolescente autor de ato infracional requer um expansivo e profundo mergulho no tema, para conhecer e reconhecer seus limites e possibilidades. Tal aprofundamento exige integração de saberes no que concerne à saúde para a construção de conhecimento (BRASIL, 2006). Ou seja, a socioeducação e a saúde se entrelaçam frente os desafios rotineiros, especialmente no que diz respeito a grupos sociais ou populações estigmatizadas (MOREIRA, 2019).

Sabe-se que os sujeitos da ação socioeducativa envolvem impreterivelmente o adolescente, a família, a comunidade, as instituições e os profissionais da socioeducação como mediadores fundamentais nos processos de desenvolvimento e transformações (BRASIL, 2006). Nesta circunstância, utiliza-se da percepção de sistemas<sup>2</sup>, que estão integrados num movimento de entrelaçamento, de interdependência, de influência mútua em que as partes contêm e estão contidas no todo em contínua e crescente transformação (MATURANA E VARELA, 2001).

Diante do contexto da socioeducação, este estudo tem o propósito de analisar as narrativas derivadas da intervenção com a TCI, em trabalhadores de um CENSE do Estado do Paraná, tendo em vista que é considerada uma prática psicossocial avançada com potencial

---

<sup>2</sup> Entende-se aqui, sistemas como totalidade integrada cujo elementos fundamentais, dessa rede complexa 'CENSE', surgem da interligação biopsicossocial e ambiental (CAPRA, 1996).

de gerar informações para diagnóstico, possibilitar a interação e troca de saberes ocasionando a prevenção e alívio do sofrimento humano, consequentemente a promoção da saúde mental no ambiente do trabalho (BRASIL, 2013; SILVA; PARO; SILVA, 2019).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar as principais inquietações e estratégias de enfrentamento, relatados na intervenção com as rodas de TCI, pelos trabalhadores de um CENSE do Paraná, capazes de gerar informações no cuidado, promoção da saúde e prevenção ou alívio de sofrimento, destes trabalhadores.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar as principais inquietações e estratégias de enfrentamento, relatados na intervenção com as rodas de TCI, pelos trabalhadores de um CENSE do Paraná, capazes de gerar informações no cuidado, promoção da saúde e prevenção ou alívio de sofrimento, destes trabalhadores.

### 2.3 SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES

A Saúde Mental dos trabalhadores reflete nas condições de vida da população, tornando-se uma marcante questão na esfera da saúde coletiva, por ser uma característica importante quando relacionada ao desenvolvimento humano. A constante exposição destes indivíduos a fatores estressores no ambiente do trabalho demonstra relação direta com os problemas denominados Transtornos Mentais Comuns, ou TMC (ROMERO *et al.*, 2016).

A terminologia TMC, elaborada por Goldberg e Huxley (1993), abrange condições de nervosismo, insônia, sintomas depressivos, ansiedade, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas inespecíficas, capazes de desencadear estados de congestionamento, alteração, ruptura e mesmo incapacidade do indivíduo de exercer as funções normalmente designadas. Ao atingir esse estado o indivíduo experimenta uma condição precária e debilitante, vivenciando uma ineficiência nos aspectos psicológicos, e comprometendo a vida em suas diversas dimensões no ambiente onde se insere, quais sejam, trabalho, família, estudos e sociedade, necessitando de cuidado e acolhimento (ALBUQUERQUE E ARAÚJO, 2018).

A atividade do trabalho compõe o contexto da vida humana, compreender as transformações advindas desse processo, representa um dos aspectos que confere responsabilidade e promove a realização do sujeito, diante situações de desafios desgastes físico, mental e emocional (MINAYO *et al.*, 2010). Situações que envolvem TMC, como depressão, estresse e ansiedade, sob o olhar da saúde mental do indivíduo do trabalhador, contribuem com índices expressivos de absentismo, afastamentos, diminuição da motivação, abandono, gerando impacto econômicos e sociais na Saúde Pública (ROMERO *et al.*, 2016).

De acordo com estudos, cerca de 160 milhões de trabalhadores, no mundo, são afetados por doenças relacionadas ao trabalho. Como exemplo, a depressão, que é mais prevalente nas mulheres, ocupa lugar de destaque posto que é considerada como o quinto maior problema de Saúde Pública do mundo. No Brasil, dados apontam que os TMC ocupam a terceira maior causa das aposentadorias por invalidez dos trabalhadores (ROMERO *et al.*, 2016; GAVIN *et al.*, 2015).

Bezerra, Assis e Constantino (2016) apresentam registros sobre as dificuldades emocionais enfrentadas por trabalhadores do ambiente prisional para abordar os sofrimentos relacionados a saúde mental, usando as terminologias de estresse, síndrome de *Burnout*, *tedium*, trauma, entre outros. Nesses espaços institucionais, a complexidade das atividades favorece o desenvolvimento de dificuldades emocionais associadas a sintomas psicológicos e físicos, causando inúmeros estados de exaustão, fadiga, estresse e sofrimento psíquico em trabalhadores dessa área. (BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016). Tais condições, que afetam a saúde mental são, *de per se*, objetos diretos das práticas de cuidado com a TCI.

### 3 MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A presente pesquisa caracterizou-se como um estudo de abordagem quali-quantitativa. Foi delineada tecnicamente como uma pesquisa de intervenção, que teve como objetivo compreender as repercussões da TCI, como prática de cuidado grupal, para alívio de sofrimento mental de um grupo de trabalhadores de um CENSE do Paraná.

#### 3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população inicial referiu-se a quarenta e cinco trabalhadores de uma unidade socioeducativa no município de Curitiba no Estado do Paraná, integrantes das seguintes categorias funcionais: agentes socioeducativos, equipe técnica, administrativo, motorista, equipe proeduse<sup>3</sup>/ professores e equipe terceirizada. Todos os trabalhadores receberam convites para participação na pesquisa, ora verbais, ora por painel de avisos, em diferentes locais da unidade.

#### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para esse universo populacional foi definido como critério de inclusão na pesquisa a amostragem por conveniência; assim, aqueles que aderiram aos convites de participação, e compareceram para aplicação dos instrumentos de apoio, que serão descritos nesse capítulo, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para prosseguir como sujeitos da pesquisa (ANEXO B).

#### 3.4 LOCAL DA PESQUISA

Para desenvolver este estudo foi escolhido o único CENSE dos Estado do Paraná que é dedicado exclusivamente à internação feminina. Esta localizado no bairro Mercês, no município de Curitiba/PR. Apresenta um número total de 45 trabalhadores, dentre as

---

<sup>3</sup>Programa de Educação nas Unidades dos CENSES, que oferta escolarização em todas as unidades de internação e internação provisória, sendo garantido o atendimento de ensino fundamental e médio na modalidade de Educação de Jovens e Adultos – EJA a todos os adolescentes (DEASE).

seguintes categorias: agentes socioeducativos, equipe técnica, administrativo, motoristas, equipe de professores e equipe terceirizada. A escolha deste CENSE como local da pesquisa deu-se por questões de logística e pelo fato de haver esta singularidade de internação feminina. Ao início da pesquisa o CENSE em questão contava com um total de 33 adolescentes internadas.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa atendeu aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o projeto inicial teve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), pelo parecer nº 3.139.990/CAAE nº 02353018.3.0000.0102, com realização prevista para o período compreendido entre outubro de 2019 a novembro de 2020 (ANEXO A).

### 3.6 COLETA DE DADOS

Para efeitos de apresentação de método e de dados resultantes da pesquisa, os procedimentos foram organizados em duas Fases distintas, denominadas, a partir de agora, de Fases 1 (quantitativa) e 2 (intervenção). A Fase 1 envolve a abordagem inicial, os convites para participação do estudo, e a aplicação dos instrumentos de apoio, que serão utilizados como linha de comparação para os procedimentos que se seguiram na Fase 2. Já a Fase 2 constituiu-se da observação dos sujeitos que prosseguiram para as TCI e, sobre os quais, foram aplicadas as TCI e analisadas as narrativas resultantes dessas aplicações.

### 3.7 FASES DA PESQUISA

A Fase 1 aconteceu com todos aqueles que aderiram aos convites de participação, e que compareceram para a aplicação dos instrumentos de apoio: um questionário sociodemográfico, e três instrumentos validados para levantamento e identificação de condições autorrelatadas, como nível de sofrimento mental (SQR20), ansiedade (BAI) e depressão (BDI). Na aplicação desses instrumentos de apoio foi possível lançar um olhar referencial pré-intervenção sobre os estados autorrelatados do grupo de trabalhadores do CENSE em tela. A natureza voluntária da participação no estudo fez com que apenas uma

parte do grupo inicial prosseguisse para a Fase 2, e isto também foi objeto da análise e discussão dos resultados: prosseguir para a Fase 2 representou observar aqueles que desejaram buscar, na TCI, uma alternativa no cuidado com a própria saúde mental.

A Fase 2 foi determinada pela aplicação da intervenção, por meio da TCI na modalidade presencial e realizada no local de trabalho. Ao todo, foram aplicadas treze 13 TCI como uma prática de cuidado para a saúde mental, e foi considerado sujeito incluso nessa Fase 2 todos aqueles que participaram das TCI.

### 3.7.1 Fase 1: instrumentos de apoio

A pesquisa fez utilização de um questionário piloto sociodemográfico e mais três instrumentos validados: (1) questionário sociodemográfico, de elaboração por parte da pesquisadora; (2) *Self-Reporting Questionnaire*, o SQR20 (MARI; WILLIAMS, 1986); (3) Inventário de Ansiedade de Beck, ou BAI (CUNHA, 2001); (4) Inventário de Depressão de Beck, ou BDI (CUNHA, 2001). Essa fase contou com 37 sujeitos (n=37) que responderam aos instrumentos de apoio, sendo que o questionário sociodemográfico foi elaborado pela pesquisadora, com a finalidade de caracterizar os participantes da pesquisa (APÊNDICE 1).

O SQR20 é usado como instrumento identificação para a presença de transtorno mental comum (TMC), especialmente em grupos de trabalhadores. No Brasil, o SQR-20 foi validado na década de 1980 pela composição de vinte questões, com possibilidades binárias de respostas, do tipo sim ou não (MARI; WILLIAMS, 1986). Sua aplicação no presente estudo seguiu o protocolo de validação: para cada resposta afirmativa atribuiu-se o valor de um ponto, e para cada resposta negativa, zero pontos. Ao final, para cada sujeito da Fase 1, obteve-se uma pontuação somatória final que variou entre zero e vinte pontos (ANEXO C).

A probabilidade da presença de TMC pode ser rastreada pelo SQR20 a partir da pontuação final alcançada, de acordo com os seguintes intervalos: (a) abaixo de sete pontos, não há presença de indícios de TMC; (b) a obtenção de sete ou mais pontos no somatório final caracteriza a presença de algum sofrimento mental; (c) a pontuação máxima de 20 pontos caracteriza um extremo sofrimento mental (MARI; WILLIAMS, 1986). Essa interpretação de resultados foi utilizada na identificação da prevalência de TMC no grupo de sujeitos que participou da Fase 1, bem como para estabelecer parâmetros iniciais pré-intervenção com as TCI, que se seguiram na Fase 2.

Criado inicialmente para uso com pacientes psiquiátricos, mas com desempenho satisfatório relatado para a população em geral, o BAI consiste de um instrumento de

autorrelato composto por 21 itens. Foi validado no Brasil por Cunha, em 2001 (ANEXO D) e possui pontuação em escala de quatro pontos, do tipo *Likert*, para mensurar intensidade da presença dos sintomas de ansiedade. Na sua interpretação, os valores somatórios finais indicam classes referentes aos níveis de ansiedade: (a) entre zero e sete pontos, ansiedade mínima; (b) entre oito e 15 pontos, ansiedade leve; (c) entre 16 e 25 pontos, ansiedade moderada; (d) entre 26 e 63 pontos, ansiedade grave (CUNHA, 2001).

Finalmente, o inventário BDI também possui validação no Brasil, igualmente por Cunha (2001), que estudou pacientes com depressão, sem comorbidades. O questionário BDI consiste em um instrumento de autorrelato utilizado mundialmente para detectar a presença de sintomas de depressão, e cuja somatória dos pontos individuais dos seus 21 itens, que variam entre zero e três pontos cada, pode atingir até 63 pontos (ANEXO E). Essa pontuação somatória final classifica os níveis de intensidade da depressão em: (1) para pontuações finais inferiores a dez pontos tem-se ausência de sinais de depressão, ou presença de depressão mínima; (2) depressão leve a moderada é identificada para o intervalo entre dez e dezoito pontos; (3) depressão moderada a grave está presente quando a em pontuação final estiver compreendida entre dezenove e vinte e nove pontos; (4) e uma depressão grave estará identificada para pontuações superiores a vinte e nove pontos (CUNHA, 2001).

### 3.7.2 Fase 2: intervenção com a tci

Nessa pesquisa, a TCI foi estabelecida como uma prática de cuidado para a saúde mental e os sujeitos que participaram de sua aplicação integraram o grupo de resultados analisados para a Fase 2. Dos trinta e sete sujeitos da Fase 1, apenas treze optaram pela não participação das intervenções com a TCI, fazendo uso do poder voluntário que o estudo conferiu às participações. Dessa maneira, foram vinte e quatro (n=24) os participantes da Fase 2 que prosseguiram para compilação e análise dos resultados, cujos resultados foram analisados à luz do objetivo da pesquisa.

Na Fase 2, houve a aplicação de treze rodas de TCI, no período compreendido entre outubro de 2019 a fevereiro de 2020, em dias variados, sempre às 7:00 horas, flexibilizando ao máximo o atendimento da disponibilidade da pesquisadora para todos aqueles que desejaram participar. Para fins descritivos, neste estudo, cada roda de TCI foi designada pelo termo intervenção e, além dos procedimentos naturais do protocolo de aplicação da TCI, todas as intervenções tiveram gravação de áudio cujo conteúdo foi

transcrito pela pesquisadora, para identificação clara das narrativas e recuperação de dados, sempre que necessário.

No processo de intervenção com a TCI é necessário que haja um ou mais terapeuta(s) comunitário(s) integrativo(s), capacitados por um Pólo Formador chancelado pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária, a Abratecom. A pesquisadora possui capacitação chancelada como terapeuta comunitária integrativa e, por essa razão, foi quem conduziu as intervenções com a TCI.

Em cada uma das intervenções, foram cumpridas todas as etapas procedimentais, previstas para uma aplicação de TCI (BARRETO, 2010): (1) acolhimento; (2) escolha do tema ou inquietação; (3) contextualização; (4) partilha de experiências; (5) encerramento; (6) apreciação da TCI. Com o intuito de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, o registro das transcrições contém combinações de letras, substituindo os nomes. A apreciação de cada TCI foi realizada por meio da ficha ou roteiro de apreciação (ANEXO F) sendo que esse roteiro permitiu que as narrativas fossem categorizadas de acordo com expressões que emergiram durante o processo de intervenção. As narrativas dos participantes foram codificadas por letras e número para preservar a identidade dos mesmos. Nesta pesquisa, os sofrimentos identificados foram agrupados em quatro temas universais: (a) trabalho; (b) estresse; (c) conflitos familiares; (d) violência.

Feitas as transcrições, o presente estudo trouxe mais uma referência para analisar o conteúdo temático, enquanto dados qualitativos: análise de conteúdo temático desenvolvida por Laurence Bardin (2016) na extração de informações, a partir das narrativas que emergiram durante a aplicação da TCI (BARDIN, 2016). Essa análise foi incluída como uma metodologia consolidada pelo mérito e valor científico que agrega às análises de narrativas, como aquelas extraídas na apreciação da TCI. O *corpus* alcançado pela análise de Bardin, com a realização das treze intervenções de TCI, deu origem às seguintes categorias temáticas: (a) ambiência e sofrimento mental; (b) saúde do trabalhador; (c) estratégias de enfrentamento e TCI como recurso de cuidado.

### 3.8 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados foram analisados de acordo com os instrumentos utilizados, em cada fase da pesquisa. Na Fase 1, os dados provenientes das pontuações somatórias, de cada um dos quatro instrumentos de apoio, foram tabulados em planilhas no programa *Excel*®,

integrante do pacote *Microsoft Office*® 2019. As pontuações finais de cada participante, em cada instrumento de apoio, foram expressas em médias e em percentuais relativos, calculados nesse mesmo programa.

Segundo Minayo (2010), métodos que utilizam conjuntos de técnicas sistematizadas para analisar as comunicações e/ou discursos de uma pesquisa, favorecendo a inferência interpretativa, são métodos de descrição objetiva e quantitativa, em relação ao conteúdo (MINAYO *et al.*, 2010). É assim, portanto, que o tratamento dos resultados extraídos pela transcrição dos áudios das TCI, aplicadas na Fase 2, tiveram seus dados foram interpretados pela pesquisadora gerando um *corpus* de dados classificados em três categorias temáticas que foram submetidas a comparação com os temas universais identificados pela apreciação da intervenção, enquanto etapa final da aplicação da TCI.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO GRUPO ESTUDADO

Do total de quarenta e cinco trabalhadores do CENSE, trinta e sete (82,2% do total) participaram da Fase 1 e, desses, vinte e quatro (64,9% do total) prosseguiram para a Fase 2. Quanto à função desempenhada no CENSE, os participantes possuíam a distribuição apresentada na Tabela 1. A relevância dessa distribuição está no fato de que, considerada a função desempenhada no CENSE, a ampla maioria dos agentes de segurança formaram a maior parte daqueles que prosseguiram para a Fase 2.

TABELA 1 - DISCRIMINAÇÃO DE CARGOS/FUNÇÕES DOS PARTICIPANTES DE CADA FASE DA PESQUISA.

Variáveis	Cargo/Função	n
<b>Fase 1</b> (n=37)	Agentes de segurança da socioeducação	22
	Equipe Técnica*	5
	Administrativo	1
	Equipe de Educação	8
	Equipe terceirizada	1
<b>Fase 2</b> (n=24)	Agentes de segurança da socioeducação	17
	Equipe Técnica	1
	Administrativo	1
	Equipe de Educação	5
	Equipe terceirizada	1

FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020).

NOTA: \*Fazem parte da equipe técnica os profissionais das áreas de enfermagem, psicologia e terapia ocupacional.

A aplicação do questionário sociodemográfico permitiu a caracterização do grupo de sujeitos participantes da pesquisa em dados que, posteriormente, serviram de suporte para a análise dos resultados. Essa caracterização contemplou a identificação de gênero, orientação sexual e etnia (Tabela 2), situação conjugal, moradia, renda familiar e escolaridade (Tabela 3), cuidados gerais com a saúde e uso de medicamentos (Tabela 4), além dos vínculos considerado importantes nos momentos de dificuldades (Tabela 5).

Os dados sociodemográficos constituem elementos importantes para o balizamento referencial na análise dos resultados, obtidos pelos instrumentos utilizados em ambas as Fases da pesquisa.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS REFERENTES AO GÊNERO, ORIENTAÇÃO SEXUAL E ETNIA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Variáveis		Fase 1 - Quantitativa		Fase 2 - Intervenção	
		n	%	n	%
<b>Gênero</b>	Feminino	24	64,9	16	66,7
	Masculino	13	35,1	8	33,3
<b>Orientação sexual</b>	Heterossexual	35	94,6	22	91,7
	Homossexual	1	2,7	1	4,2
	Outros	1	2,7	1	4,2
<b>Etnia/Raça</b>	Branco(a)	27	73,0	18	75,0
	Pardo(a)	9	24,3	6	25,0
	Amarelo(a)	1	2,7	0	0,0

FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS REFERENTES À SITUAÇÃO CONJUGAL, MORADIA, RENDA FAMILIAR E ESCOLARIDADE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Variáveis		Fase 1		Fase 2	
		n	%	n	%
<b>Situação conjugal</b>	Solteiro	9	24,3	6	25,0
	Casado	21	56,8	13	54,2
	Separado/divorciado	4	10,8	3	12,5
	União consensual	3	8,1	2	8,3
<b>Arranjo familiar (divide moradia com)</b>	Sozinho(a)	4	10,8	2	8,3
	Cônjuge	8	21,6	5	20,8
	Família/filhos	24	64,9	16	66,7
	Amigos	0	0,0	0	0,0
	Outros	1	2,7	1	4,2
<b>Renda familiar</b>	Até 5 salários mínimos	14	37,8	9	37,5
	6-10 salários mínimos	17	45,9	11	45,8
	Acima 10 salários mínimos	6	16,2	4	16,7
<b>Escolaridade</b>	2º Grau incompleto	1	2,7	0	0,0
	2º Grau completo	2	5,4	2	8,3
	3º Grau incompleto	2	5,4	2	8,3
	3º Grau completo	14	37,8	9	37,5
	Pós-Graduação	18	48,6	11	45,8

FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS REFERENTES AOS CUIDADOS GERAIS COM A SAÚDE USO DE MEDICAMENTOS, DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Variáveis		Fase 1		Fase 2	
		n	%	n	%
<b>Prática de atividade física</b>	Não	10	27,0	4	16,7
	Sim, esporadicamente	8	21,6	6	25,0
	Sim, com frequência	19	51,4	14	58,3
<b>Condições de saúde autorreferida</b>	Sim para ansiedade e/ou depressão	13	35,1	9	37,5
<b>Uso de medicamentos</b>	Não	19	51,4	11	45,8
	Sim	18	48,6	13	54,2

FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS REFERENTES AOS VÍNCULOS IMPORTANTES AUTORREFERIDOS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Variáveis		Fase 1		Fase 2	
		n	%	n	%
<b>Vínculo que considera importante em momentos de dificuldades</b>	Família	34	91,9	23	95,8
	Amigos	16	43,2	9	37,5
	Comunidade	2	5,4	1	4,2
	Trabalho	2	5,4	1	4,2
	Serviços de saúde	2	5,4	1	4,2

FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020).

Por entender indissociável a apresentação dos resultados e sua significação, enquanto interpretação analítica na perspectiva do objetivo deste estudo, os resultados apresentados neste capítulo estão acompanhados da discussão pertinente, sob a luz da ciência atual. Assim, tem-se que as características incluídas nesses questionários refletem-se, de uma ou outra forma, nas condições de saúde, por estarem diretamente vinculadas com qualidade de vida ou serem os indicadores dessa qualidade de vida. Por essa razão, debruçar sobre elas um olhar perscrutatório, quando o foco é o manejo do sofrimento mental, é um capítulo importante da pesquisa.

Por exemplo, o nível de escolaridade encontrado nos resultados desta pesquisa estão em concordância com achados de uma pesquisa anterior, realizada pela Escola de Educação em Direitos Humanos (ESEDH) em parceria com a SEJU em 2016, junto aos servidores do sistema socioeducativo (DEASE, 2016). No quesito renda familiar, o grupo estudado

diferenciou-se da renda média geral, encontrada no Estado do Paraná pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), que apontou renda média inferior a dois salários mínimos.

Ainda que os outros indicadores do questionário sociodemográfico tenham representado as características específicas desse grupo, foi a autopercepção de saúde e o uso de medicamentos que abriram espaço para discutir o foco da pesquisa, que é o uso da TCI como prática de cuidado no manejo do sofrimento mental em trabalhadores. Assim, a prevalência da percepção autorrelatada de ansiedade e/ou depressão se apresentou em cerca de um terço (35,1%) das respostas, na Fase 1 (n=37) da pesquisa, prevalência essa que aumentou (37,5%) para os que participaram na Fase 2 (n=24).

O uso da prevalência em cada uma das Fases ajuda a manter uma comparação relativa ao total de participantes, já que o uso da TCI enquanto prática de cuidado tem como foco um grupo, e não, cada indivíduo separadamente. Nesse caso, a comparação das prevalências é uma abordagem matemática e estatisticamente apropriada, pois reflete que o grupo que prosseguiu foi formado pelos sujeitos que estavam em busca de cuidados para sua saúde mental, posto que se autopercebiam afetados por ansiedade e/ou depressão. Com isso, outras condições clínicas de comorbidades, comprometendo a saúde, emergiram nos relatos e, entre aquelas que foram mais citadas, encontraram-se: hipertensão e colesterol alto, vícios sociais, como tabagismo e etilismo, obesidade, síndrome do pânico e transtorno obsessivo delirante, problemas gástricos e ganho de peso.

O registro deste autorrelato, no questionário sociodemográfico, no momento anterior à aplicação dos instrumentos da Fase 1, foi um fator importante para o percurso metodológico desta pesquisa, porque permitiu que, posteriormente, fossem apontadas relações entre dados obtidos nas narrativas das TCI e os resultados obtidos nos instrumentos de apoio (vide Tabela 6), discutidos mais à frente.

É sabido que hábitos saudáveis de vida, assim como a prática regular de exercícios físicos, são essenciais na autorregulação bioquímica do humor e da autopercepção de bem-estar (MENDES et al., 2020). Sabe-se, ainda, que os mediadores bioquímicos e hormonais envolvidos nesta autorregulação são elementos essenciais no combate ao TMC, uma vez que o TMC é uma percepção subjetiva de sofrimento. Para elucidar essa afirmação, tem-se o estudo de Faria e Guerrini (2012), no qual enquadram o sofrimento difuso dentro do que a epidemiologia classifica como TMC, e os autores apontaram a definição de sofrimento difuso como um sofrimento psíquico mais leve. Esses mesmos autores caracterizaram tal sofrimento difuso – portanto, uma forma de TMC – pela presença de múltiplos sintomas, dentre os quais:

queixas somáticas inespecíficas, ansiedade, dores generalizadas, nervosismo, baixa autoestima e perda de esperança de vida (FARIA; GUERRINI, 2012).

Assim, não é difícil extrapolar o raciocínio tal que, a prática frequente de exercícios físicos consistiriam em um importante fator de atenuação na autopercepção de sofrimento difuso, ou da presença de TMC, pelo metabolismo bioquímico regulatório que os exercícios promovem, especialmente em se tratando da liberação de endorfinas (BECK; MAGALHÃES, 2017; MELLO *et al.*, 2005).

Quando se observam os dados, constata-se que pouco mais da metade dos participantes da Fase 1 relatou a prática frequente de exercícios físicos; prevalência essa que aumentou (58,3%) naqueles que prosseguiram para as TCI, na Fase 2. Essa constatação tem o potencial de induzir duas linhas de pensamento interpretativo sendo que a primeira é que a prevalência de transtornos como ansiedade, depressão e TMC tenderiam a apresentar níveis mais modestos em presença de prática frequente de exercícios físicos. Daí a importância da aplicação dos instrumentos de apoio selecionados para a Fase 1 – SQR20, BDI e BAI (apresentados na Tabela 6, e discutidos com detalhes, mais à frente) – como instrumentos de confiança no cruzamento desses achados para identificação da prevalência dos transtornos de ansiedade, depressão e TMC. A segunda linha de pensamento interpretativo para grupos onde a prática de atividade física foi frequente e prevalente, em mais da metade dos participantes, era a de se esperar que o uso de medicação de alívio para condições clínicas ligadas ao TMC, ou ao sofrimento difuso como definido por Faria e Guerrini (2012), tivesse uma prevalência bem mais modesta. Não foi o que os dados refletiram.

Ao debruçar um olhar analítico sobre a prevalência relatada para o uso de medicamentos, em comparação ao que já foi identificado quanto à prática de exercícios, chamou a atenção o fato de que quase a metade (48,6%) dos participantes da Fase 1 relatou uso de medicamentos; e essa prevalência aumentou para mais da metade deles (54,2%), entre os que participaram da TCI, na Fase 2. Na especificação dos medicamentos, os relatos trouxeram à luz o uso de: antidepressivos, como Escitalopram e Paroxetina; ansiolíticos, como Frontal<sup>®</sup>; moduladores de humor e anti-hipertensivos, como Noblock<sup>®</sup> e Losartana<sup>®</sup>. É necessário fazer uma reflexão ponderada sobre esses achados.

Medicamentos são a ferramenta de eleição nas abordagens biomédicas do processo saúde-doença; nesse raciocínio, compreende-se que os relatos apresentados com a especificação, sobre as classes de medicamentos em uso, refletem clara e importantemente que pelo menos a metade dos grupos, estudados nas duas fases desta pesquisa, encontra-se sob supervisão profissional médica, e em tratamento de condições clínicas, presentes e já

diagnosticadas por esses especialistas. Mas ao abordar o tema TMC, aborda-se o sofrimento e a autopercepção desse sofrimento, o que não configura, especificamente, abordar doenças.

Aliás, abordagens por meio da TCI, como propostas nesta pesquisa em sua Fase 2, possuem como característica a atuação no nível primário, promovendo a saúde e, jamais, atuação sobre a patologia e seus desdobramentos (ANDRADE *et al.*, 2009), campo destinado aos profissionais de cada área em específico. Nesse mesmo sentido de pensamento, Souza *et al.* (2011) constataram que a TCI, enquanto uma prática que oportuniza fala e escuta atenta, possui potencial em evidenciar e prevenir o sofrimento psíquico, inclusive naqueles usuários que fazem uso de psicotrópicos (SOUZA *et al.*, 2011). Assim, diferenciar “doença” de “sofrimento”, a este ponto da discussão, é questão central para prosseguir analisando a contribuição dos resultados desta pesquisa.

Quando tomado em uma perspectiva mais ampla, esse ponto de diferenciar doença de sofrimento, suscita uma pergunta chave, que será respondida pelos resultados alcançados na Fase 2. A pergunta é: *o uso de medicamentos e a supervisão de tratamento com medicamentos, somados aos hábitos saudáveis de vida, estão sendo suficientes para esse grupo de pessoas, tomada a perspectiva do combate ao sofrimento, e à autopercepção desse sofrimento?* Novamente, aqui se justifica a aplicação prévia dos questionários SQR20, BDI e BAI (apresentados na Tabela 6, e discutidos mais à frente) como parte vital da corroboração dos achados obtidos pela aplicação da TCI enquanto prática no manejo do sofrimento mental dos trabalhadores.

Por fim, não pode haver discussão sobre sofrimento, de qualquer natureza, sem que se abra espaço para falar sobre cuidado e acolhimento a esse sofrimento. Os vínculos importantes, frente às situações de desafios e dificuldades, são o esteio de pessoas com ansiedade, depressão e/ou TMC, pois refletem a clareza autorreferida sobre com quem contar, e a quem recorrer, em momentos cruciais. Os resultados encontrados, em ambas as fases da pesquisa, apontaram em mais de 90% das respostas, a família como referência e principal fonte de apoio e acolhimento; a isso seguiu-se o apoio dos amigos, em menor escala.

Assim, é de se pensar que incluir a identificação da forma de arranjo familiar na moradia, por exemplo, ou com quem a pessoa divide sua moradia, permitisse um rastreamento adicional quanto aos pontos de alívio de pressão, na autopercepção do sofrimento. Quanto à esse aspecto, observou-se que a menor parcela dos participantes morava sozinho (10%), e que, por outro lado, cerca de 65% dividia a moradia com família e/ou filhos, em ambas as fases da pesquisa.

É possível conjecturar que os vínculos de moradia, mesmo sendo familiares na maior parte do grupo, nas duas fases da pesquisa, não foram capazes de impedir que esses sujeitos se percebessem em processo de sofrimento psíquico. Vínculos são os elementos que alimentam qualquer sujeito no mundo social, e a família é o primeiro e maior dos vínculos sociais, em todas as culturas; isto posto, cabe destacar que a TCI é uma prática que promove vínculos, e isso a torna um importante repertório coadjuvante, na consolidação de apoio aos sujeitos que sofrem psiquicamente.

#### 4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS DE APOIO

A Fase 1 da pesquisa foi desenhada para aplicar instrumentos validados capazes de rastrear indicadores referentes às seguintes condições de sofrimento mental: ansiedade, depressão e TMC. Para analisar e discutir os dados encontrados (Tabela 6), faz-se necessário destacar a relevância dos questionários selecionados para aplicação, nesta Fase 1, como instrumentos de apoio na confirmação dos achados no questionário sociodemográfico.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS APRESENTADAS NOS INSTRUMENTOS APLICADOS NA FASE 1 DO ESTUDO.

Instrumentos	Classes de pontuação final	Fase 1 (n=37)		Fase 2 (n=24)	
		n	%	n	%
<b>SQR20</b>	Soma final igual ou maior 7 (SIM, sofrimento mental)	16	43,2	10	41,7
	Soma final menor que 7 (NÃO, sem sofrimento mental)	21	56,8	14	58,3
<b>Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)</b>	0 a 7: grau mínimo de ansiedade	25	67,6	15	62,5
	8 a 15: ansiedade leve	8	21,6	7	29,2
	16 a 25: ansiedade moderada	4	10,8	2	8,3
	26 a 63: ansiedade grave	0	0	0	0
<b>Inventário de Depressão de Beck (BDI)</b>	Abaixo de 10: ausência ou depressão mínima	23	62,2	14	58,3
	10 a 18: depressão leve a moderada	10	27	6	25,0
	19 a 29 depressão moderada a grave	2	5,4	2	8,3
	Acima de 29: depressão grave	2	5,4	2	8,3

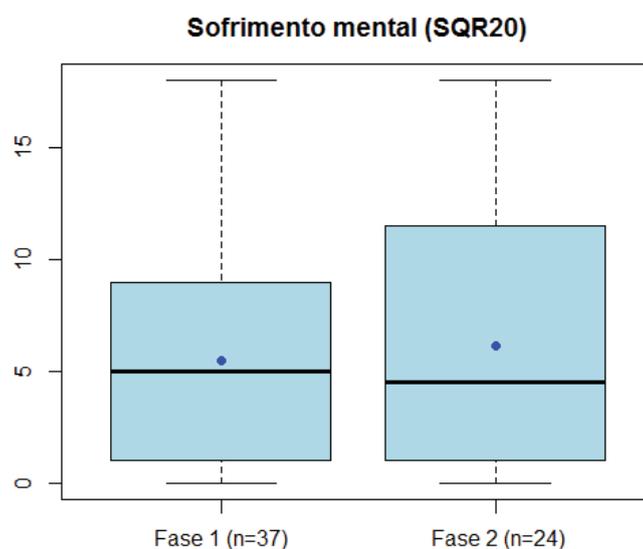
FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020)

#### 4.2.1 Questionário SQR20

Como já apresentado, *Self-Reporting Questionnaire* foi o instrumento de eleição para detectar e quantificar a suspeição de presença ou ausência de transtorno mental, incluída a definição de TMC. Há relatos na literatura sobre sua ação relevante na identificação dos sintomas associados ao transtorno mental comum na população de trabalhadores (GUIRADO E PEREIRA, 2016). Neste estudo, os resultados mostraram uma frequência acima de 56% para pontuações finais, o que afastavam a suspeição de TMC medida por esse instrumento; isso significa, implicitamente, que há um expressivo percentual da probabilidade (44%) para uma suspeição de sofrimento mental dos trabalhadores, em ambas as fases da pesquisa.

O Gráfico 1 traz a referência visual desses achados: as caixas do gráfico mostram que, embora média e mediana sejam valores aproximados entre si, as dispersões dos dados interquartílicos mostram que o grupo que prosseguiu para a Fase 2 possuiu somatórios finais maiores no SQR20. Nesse instrumento, quando fatores são apresentados juntos, revelam características que podem ser usadas para rastrear TMC, no âmbito ocupacional (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

GRÁFICO 1 - GRÁFICO DE BOXPLOTS DAS PONTUAÇÕES RELATIVAS AO SOFRIMENTO MENTAL, MEDIDA PELO SQR20.



FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020).

Considere-se que os participantes da TCI, na Fase 2, são um subgrupo dos participantes da Fase 1 e teremos que esse subgrupo foi, principalmente, formado pelos

sujeitos cujos resultados alcançaram maiores pontuações finais. Considerando, ainda, a natureza de inclusão dos sujeitos no estudo, que foi por opção livre, há que se considerar aqui a possibilidade de que, aqueles sujeitos que se autopercebiam em sofrimento, tenderam a aderir à iniciativa que lhes foi apresentada, onde a participação era um sopro de esperança, ou até curiosidade, para o manejo e alívio desse sofrimento. Isso explicaria não somente a queda, de trinta e sete para vinte e quatro, no número de participantes na Fase 2, como também, a prevalência encontrada para intervalos de pontuação mais altos no SQR20.

Cabe recuperar, aqui, o fato de que um sofrimento psíquico mais leve é a definição de sofrimento difuso (FARIA; GUERRINI, 2012), e que este último se enquadra na definição epidemiológica de TMC, trazendo consigo a referência de sintomas múltiplos, dentre os quais destaca-se a ansiedade, pela pertinência ao momento que segue, nessa discussão. Usar o SQR20 na Fase 1 possibilitou corroborar a presença e a medida desse sofrimento mental, no grupo participante, bem como avaliar essa migração espontânea daqueles com as somatórias finais mais altas para grupo de sujeitos que prosseguiu para a Fase 2. Permitiu, também, explorar a discussão da TCI dentro da visão que propõe esta pesquisa: como uma prática de cuidado viável no manejo do sofrimento psíquico de trabalhadores.

#### 4.2.2 Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

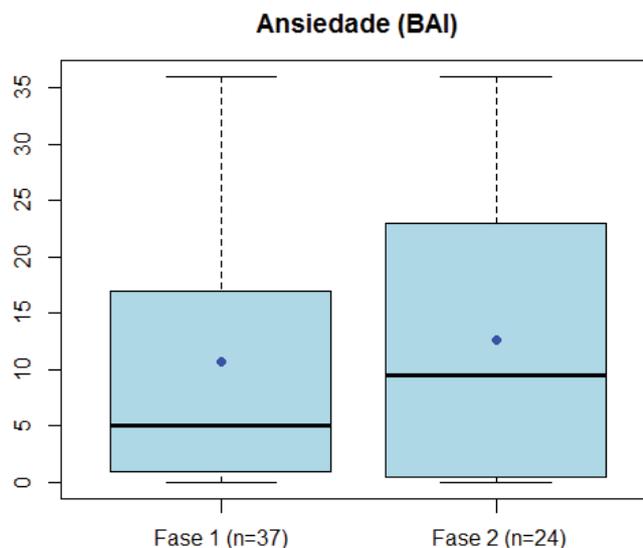
Posto que a ansiedade aparece como sintoma no relato da autopercepção de sofrimento psíquico, a Fase 1 trouxe o BAI como instrumento de esclarecimento sobre sintomas de ansiedade. O BAI é uma escala de autorrelato (KARINO & LAROS, 2014), validada no Brasil por Cunha (2001), cujos itens são afirmações descritivas dos sintomas de ansiedade (CUNHA, 2001).

Dados da Organização Mundial da Saúde apontaram para uma prevalência mundial do transtorno de ansiedade da ordem de 3,6% (FERNANDES et al., 2018), enquanto uma prevalência de 9,3% para a ansiedade foi encontrada na população brasileira (OMS, 2017). Embora não seja objeto direto de discussão desta pesquisa, há que se diferenciar as expressões “ansiedade” e “transtorno de ansiedade”, porque enquanto a primeira surge como um sentimento de medo incerto e desagradável, que se manifesta como um desconforto ou tensão decorrente de um pressentimento do perigo de algo desconhecido, a segunda compartilha características de medo e ansiedade excessiva, além de perturbações comportamentais (FERNANDES et al., 2018).

Aplicar o BAI teve o intuito de classificar, nos sujeitos da pesquisa, os traços de ansiedade nos autorrelatos. Os resultados obtidos (Tabela 6) destacam-se pela prevalência importante da ordem de 37,5% entre ansiedade leve e moderada, no grupo que participou das TCI, na Fase 2. Também se destaca a prevalência de ansiedade moderada, encontradas em ambos grupos, sendo quase 11% na Fase 1 e pouco mais de 8% na Fase 2, dados esses que vão ao encontro dos dados relatados de prevalência no Brasil (OMS, 2017), e que se mostram superiores à prevalência para a população mundial (FERNANDES *et al.*, 2018). Novamente, há que se destacar que o que muda nas relações numéricas das pontuações, entre ambos os grupos apresentados, é o fato da prevalência do fator estudado frente ao total de participantes, em cada fase.

O Gráfico 2 ilustra essa análise, que acentua os resultados observados no SQR20: agora, média e mediana dos dados possuem valores igualmente maiores na Fase 2 que na Fase 1, além do fato da dispersão interquartílica ser maior que aquelas verificadas no Gráfico 1. Aqui cabe manter o mesmo raciocínio de viés de tendência, pela busca por soluções de manejo e de alívio, feita para o Gráfico 1: o fato de não haver pressão ou obrigatoriedade na participação nas TCI abriu espaço para aqueles que se perceberam mais ansiosos, prosseguirem pela pesquisa.

GRÁFICO 2 - GRÁFICO DE BOXPLOTS DAS PONTUAÇÕES RELATIVAS À ANSIEDADE, MEDIDA PELO BAI.



FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020).

Isso explicaria sobre o número de participantes em cada grupo, bem como os intervalos de pontuação mais altos encontrados no BAI, que foi o instrumento padrão para identificar essa ansiedade autorrelatada.

#### 4.2.3 Inventário de depressão de Beck (BDI)

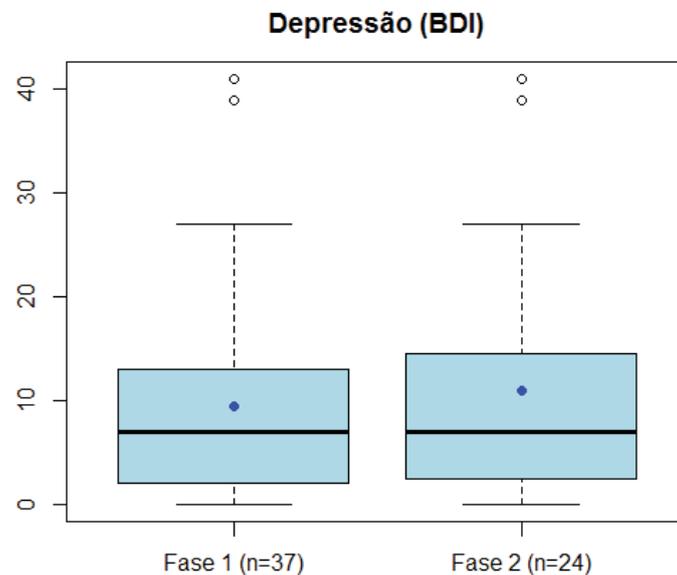
Um total de cinco, das dez principais causas de incapacitação pesquisadas, em todo o mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estão associadas aos TMC. A depressão aparece como transtorno mais prevalente, representando 13% dessas causas, em uma lista que inclui etilismo e transtornos afetivos (SAMPAIO; OLIVEIRA; PIRES, 2020). Apesar de haver uma lacuna nos estudos epidemiológicos de grande abrangência, que indiquem a magnitude dos TMC na população brasileira, sabe-se que ansiedade e depressão estão elencadas como parte dos maiores sofrimentos mentais que acometem os brasileiros (SAMPAIO; OLIVEIRA; PIRES, 2020).

Nesta pesquisa a depressão não foi considerada enquanto uma entidade clínica psiquiátrica, mas como sintoma de um sofrimento psíquico. Nessa abordagem, o BDI aparece como um inventário relevante porque é capaz de indicar a intensidade da depressão, tanto em pacientes psiquiátricos como em sujeitos da população geral (PARANHOS; ARGIMON; WERLANG, 2010), bem como relacionar o aumento nos sintomas de depressão com uma variação proporcional nos sintomas de desesperança (LANGARO E BENETTI, 2014). A relevância de sua aplicação esteve na identificação dos sintomas da depressão por meio de expressões tais como insônia, tristeza e desesperança, entre outros, e que depois, permearam as narrativas das TCI, indo ao encontro dos itens do inventário (CUNHA, 2001).

O Gráfico 3 ilustra a análise da distribuição estatística dos dados para depressão, obtidos pela aplicação do BDI, mas segue em um sentido diferente do que foi observado para o SQR20 e o BAI. Nele, ambos os grupos de dados possuem dispersão similares, assim como média e mediana bastante próximas em valores.

Se prosseguirmos no raciocínio feito para ambos os gráficos anteriores, uma hipótese, aqui, é que sujeitos que se percebem ansiosos e em sofrimento mental se engajam com maior protagonismo em soluções dialogadas, como a TCI, enquanto sujeitos com sintomas de depressão, desesperançados, não estão motivados em compartilhar seus sofrimentos.

GRÁFICO 3 - GRÁFICO DE BOXPLOTS DAS PONTUAÇÕES RELATIVAS À DEPRESSÃO, MEDIDA PELO BDI.



FONTE: Dados da pesquisa (2019-2020).

No tocante aos registros de dados encontrados pela aplicação do BDI, destaca-se a ocorrência de 8,3% de prevalência nas pontuações em dois intervalos diagnósticos desse instrumento: identificação da presença de depressão moderada a grave, e identificação de depressão grave, na Fase 2 da pesquisa (vide Tabela 6).

#### 4.3 FASE 2: ANÁLISE DOS RESULTADOS DA TCI

A escolha da TCI deu-se pelo fato de ser uma tecnologia social, de abordagens em grupo, consolidada e que faz parte das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2008 (ANDRADE et al., 2009). O valor intrínseco da TCI vem do fato de possibilitar espaços de fala e de escuta ativa, por meio das narrativas que emergem na prática da TCI A, onde a fala de um conversa com a história do outro, e toda a dinâmica está pautada no acolhimento, no fortalecimento e construção de vínculos, e no empoderamento individual dos participantes, frente à construção de redes de apoio.

##### 4.3.1 Visão geral da aplicação da TCI na pesquisa

O Quadro 1 apresenta a agenda de planejamento e execução das treze intervenções com aplicação da TCI, incluindo os detalhes sobre as intervenções realizadas e não realizadas. Em havendo incompatibilidade de horários entre os trabalhadores, foram flexibilizadas intervenções extras, na mesma semana.

QUADRO 1 - CRONOGRAMA E EFETIVAÇÃO NA APLICAÇÃO DA TCI, PARA TOTALIZAÇÃO DA PESQUISA.

<b>Data</b>	<b>Dia da semana</b>	<b>Intervenção TCI</b>	<b>Participantes femininos</b>	<b>Participantes masculinos</b>	<b>Total de participantes</b>
30/10/2020	4ª feira	Cancelada			
06/11/2019	4ª feira	1	6	2	8
07/11/2019	5ª feira	2	5	4	11
13/11/2019	4ª feira	3	4	4	8
14/11/2019	5ª feira	4	6	1	7
28/11/2019	5ª feira	5	6	0	6
29/11/2019	6ª feira	6	5	4	9
12/12/2019	5ª feira	7	5	2	7
13/12/2019	6ª feira	8	4	3	7
16/01/2020	5ª feira	Não ocorreu			
17/01/2020	6ª feira	Não ocorreu			
23/01/2020	5ª feira	Cancelada			
24/01/2020	6ª feira	Cancelada			
30/01/2020	5ª feira	9	4	2	6
31/01/2020	6ª feira	Não ocorreu			
06/02/2020	5ª feira	Cancelada			
07/02/2020	6ª feira	Cancelada			
20/02/2020	5ª feira	10	3	2	5
21/02/2020	6ª feira	11	5	2	7
25/02/2020	3ª feira*	12	2	2	4
26/02/2020	4ª feira**	13	1	2	3

FONTE: Dados da pesquisa (2019 – 2020).

LEGENDA: \*Carnaval; \*\* Quarta-feira de cinzas.

Dentro de uma abordagem pela TCI, independente do contexto ou cenário, há uma metodologia própria que permite o surgimento de inquietudes veladas ou não, provenientes da natureza humana. O valor dessa prática transpõe a condição de trabalho, para atender ao manejo de sofrimentos mentais existentes no grupo de pessoas, dentro desse ambiente de

trabalho, porque o trabalho faz parte e é uma das muitas dimensões da vida humana e, como dimensão, também pode trazer sofrimento mental.

Não obstante, o ambiente de trabalho é importante fator de influência sobre a saúde mental de quem compartilha este ambiente em comum, independente de cargos e hierarquia. Assim, o processo de trabalho traz elementos estressores para a saúde mental que devem ser considerados dentro do contexto, sobre o desempenho dos trabalhadores.

4.3.2 Análise dos resultados: temas universais e estratégias de enfrentamento relatadas nos instrumentos de apreciação da TCI

A TCI é uma prática que possui recursos reveladores, em sua dinâmica, capazes de diagnosticar o impacto dos elementos estressores sobre a saúde mental e, ao mesmo tempo, constitui-se como prática ágil no manejo e melhoria do ambiente organizacional. Essa análise dos resultados obtidos trouxe esclarecimentos sobre a pertinência do uso da TCI em trabalhadores de um CENSE.

Com base no conceito e na estrutura metodológica da TCI, foi possível extrair conteúdos que mapearam os temas universais e inquietações que retratavam o sofrimento mental daquele grupo (Tabela 7), bem como suas estratégias de enfrentamento (Tabela 8). Os temas universais apresentaram-se nas expressões que permearam a fala dos participantes, enquanto a descrição das estratégias de enfrentamento referiu-se às soluções levantadas pelos participantes, dentro da própria intervenção.

TABELA 7 - DESCRIÇÃO DOS TEMAS UNIVERSAIS CITADOS DURANTE AS TCI.

<b>Temas Universais</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
<b>Trabalho</b> ( <i>Desrespeito, indisciplina, falta de reconhecimento, desemprego, insatisfação, insegurança, agressão física/verbal e moral, dificuldades financeiras, dívidas...</i> )	11	84,6
<b>Estresse</b> ( <i>angústia, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, mágoa, raiva, vingança, desânimo, desespero, esgotamento...</i> )	9	69,2
<b>Conflitos familiares</b> ( <i>marido e mulher, separação, pais, irmãos, avós, netos, traição, ciúmes...</i> )	2	15,4
<b>Violência</b> ( <i>adolescentes, criança, intrafamiliar contra a mulher/homem, idoso, policial, sexual, assalto, homicídio, guangues, exploração sexual, pedofilia...</i> )	1	7,7
<b>Total de identificações</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

FONTE: Dados da pesquisa (2019 – 2020).

NOTA: \*n refere-se ao número de vezes, ou identificações, citadas dentro das intervenções realizadas com TCI.

TABELA 8: DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO CITADAS DURANTE AS TCI.

<b>Estratégias de enfrentamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Fortalecimento/Empoderamento pessoal:</b> capacidade de apropriar-se do seu poder de agir	12	92,3
Participar da <b>terapia comunitária</b>	3	23,1
<b>Autocuidado</b> ( <i>busca de recursos na cultura</i> )	3	23,1
Busca por <b>ajuda profissional e ações de cidadania</b> ( <i>serviços públicos</i> )	2	15,4
Busca por <b>ajuda religiosa ou espiritual</b>	2	15,4
Busca por <b>redes solidárias</b> ( <i>amigos, vizinhos, associações, grupos de auto-ajuda</i> )	2	15,4
Cuidar do <b>relacionamento com a família</b>	2	15,4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

FONTE: Dados da pesquisa (2019 – 2020).

#### 4.3.3 Análise dos resultados provenientes dos núcleos temáticos das intervenções com a TCI

A TCI possui sistematização e instrumentos próprios de apreciação e interpretação de seus resultados, enquanto prática de manejo e alívio do sofrimento mental, aqui tratado pela denominação epidemiológica de TMC. Tais instrumentos revelaram os resultados apresentados nas Tabelas 7 e 8, provenientes das treze intervenções com TCI (n=13) realizadas durante a pesquisa. As categorias temáticas **ambiência e sofrimento mental; saúde do trabalhador; estratégias de enfrentamento e TCI como recurso de cuidado**, apontadas com base na análise de conteúdo temático de Bardin (2016), serviram de âncora para analisar as narrativas, comparar seus achados com os temas universais (Tabela 7) e com as estratégias de enfrentamento (Tabela 8), possibilitando conclusões sobre a pertinência da TCI como prática de cuidado no alívio do sofrimento mental.

#### 4.3.4 TCI como dinâmica reveladora dos elementos estressores no processo de trabalho: **categoria temática ambiência e sofrimento mental**

Como primeiro passo na discussão da TCI, dentro do contexto do CENSE em questão, é importante contextualizar e partir da relação entre ambiência, enquanto representatividade na condição de saúde do trabalhador, e o tema central desta pesquisa, que é a TCI como prática de cuidado psicossocial avançada na saúde mental dos trabalhadores. Essa foi a primeira categoria temática resultante da análise de Bardin (2016).

Antes de passar às considerações trazidas pela literatura científica no assunto, é preciso empatizar com esses trabalhadores e imergir na percepção de ambiência a que eles estão ligados, no desempenho de suas funções. Primeiro porque o ambiente e a natureza do trabalho são hostis por natureza: desde o fato de cuidarem de quem está recluso àquele ambiente, e portanto lidando, com a adversidade da vontade das adolescentes, até à arquitetura do espaço físico, que apresenta condições análogas ao enjaulamento, como a frieza das grades, muros altos e cadeados, que configuram, em seu conjunto, uma ausência de acolhimento.

Estas são, portanto, as marcas iniciais para discutir como a TCI foi uma prática reveladora dos elementos relacionados à ambiência, capazes de causar estresse, no processo de trabalho desse CENSE. A sintonia entre um projeto de saúde que se volta para o acolhimento, a resolutividade e a humanização, e o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, é o que se define como ambiência na saúde (BVS, 2009).

*“Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (HumanizaSUS, 2009).*

O HumanizaSUS estabeleceu que a ambiência é um espaço que deve apresentar condições de confortabilidade, ser uma estrutura facilitadora do processo do trabalho e que favorece o encontro entre os sujeitos. Quando acolhedora, produz efeitos que ressoam para construção de uma atmosfera favorável às interações humanas, qualificadas e promotoras de humanização. Diz respeito não somente a espaço físico e estrutural, mas às experiências de vida, relações sociais, políticas, econômicas, culturais, religiosas, crenças e valores, que interagem entre si (Brasil/Ministério da Saúde PNH, 2017).

Discutir ambiência, como uma categoria temática, contribui para discutir e esclarecer a influência dos espaços sobre os processos de trabalho enquanto potenciais agentes estressores e que contribuem para a presença de TMC nos sujeitos que desenvolvem suas atividades profissionais, dentro dessa ambiência.

A fala a seguir foi trecho extraído de “PAL-R4”, a partir da transcrição de uma das intervenções com a TCI, e classificada nessa categoria de ambiência e sofrimento mental.

*“Antes, quando tinha bastante funcionário a gente tinha tempo pra conversar com as menina, dar conselho. Agora a gente não tem. O nosso serviço é abrir fechar porta, e tirar pro banheiro: esse é nosso trabalho... E quando tem tumulto, assim, algemas e tal... Essas coisa: esse é o nosso trabalho. Não é mais a socioeducação, não existe. Na verdade, não sei se já existiu algum dia” (PAL-R4).*

Ao analisar essa, e outras falas que emergiram das narrativas nas TCI, percebe-se que a dinâmica da TCI foi eficiente em estimular a revelação dos aspectos da TMC relacionados à ambiência, enquanto um fator de sofrimento emocional. A fala remete a dias de rotina intensa, em um ambiente onde é necessária uma postura sempre alerta, e à espera constante de problemas, identificados como tumultos. Essa postura alerta por tempo prolongado, e repetitiva, na rotina do exercício de trabalho dos integrantes do grupo da Fase 2, gera ansiedade. Sabe-se que um aguçamento sensorial, por tempo prolongado e diário, leva ao desgaste psíquico e à percepção de sofrimento emocional (BEZERRA, ASSIS, CONSTANTINO, 2016).

Nesse trecho percebe-se uma ambiência que se confunde com a perda do compromisso com a missão e os valores relacionados ao desempenho profissional, *sic*, “(...) esse é o nosso trabalho. Não é mais a socioeducação, não existe. Na verdade, não sei se já existiu algum dia...”. Lançando um olhar para temas universais, que derivam do roteiro usado regularmente para a apreciação da TCI, essa mesma fala revela enquadramento em dois, dos quatro temas universais: trabalho e estresse<sup>4</sup>. Essa relação encontrada com os temas universais provêm da identificação, pela terapeuta, dos componentes de insatisfação e desânimo, *sic*, “quando tinha bastante funcionário a gente tinha tempo pra conversar com as menina, dar conselho. Agora a gente não tem”. Também trazem componentes de insegurança e ansiedade por parte do sujeito quando menciona, *sic*, “E quando tem tumulto, assim, algemas e tal...”.

A fala de PAL-R4 corrobora, ainda, os achados de prevalência encontrados no SQR20 e BAI, que identificaram pontuações mais altas de TMC e de ansiedade nesse grupo que participou da TCI, na Fase 2.

---

<sup>4</sup> Vide tabela 7.

*“Nosso efetivo aqui, vai fazer 7 anos que eu tô aqui, eu nunca trabalhei [tanto], o efetivo nunca foi tão... Que nem, a partir do mês que vem a gente vai estar em 3 mulheres. Como tem sempre a folga, e coisa, às vezes a gente tem que tocar o plantão em 2 educadoras e isso é muito puxado. Você toca uma rotina aqui de 30 adolescentes em 2 educadoras, é muito exaustivo, né? ? Às vezes nem banheiro, nem água e banheiro... Se você parar pra pensar, não tomei água e não fui no banheiro a manhã inteira, assim... Então é complicado. Então às vezes a gente [...] não é nem porque não quer, não tem possibilidade mesmo, não consegue” (IFFFM-R7).*

Na transcrição de IFFFM-R7 identifica-se, entre outras falas, a influência da ambiência sobre o sofrimento mental do ambiente psicologicamente inadequado, mas que é a essência inerente de se trabalhar em um CENSE. Trabalhadores que atuam em ambientes psicologicamente inadequados, condições infraestruturais insuficientes, e longas jornadas de trabalho, com tempo escasso para descanso e lazer, apresentam distúrbios psíquicos menores, chamados não-psicóticos (BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016). As precárias condições de trabalho, sic, *“Você toca uma rotina aqui de 30 adolescentes em 2 educadoras, é muito exaustivo, né?”* configuram um fator adicional no enfrentamento do sofrimento mental, especialmente em locais onde a ambiência já é, por si só, um fator estressor para esses trabalhadores.

O convívio com situações de violência e a pressão constante sobre um estado de alerta máximo, sic, *“Se você parar pra pensar, não tomei água e não fui no banheiro a manhã inteira, assim... Então é complicado.”*, são outros elementos que emergiram nas narrativas, estimuladas pela aplicação da TCI e que encontraram eco em relatos científicos (FEIJÓ et al., 2017). No caso do CENSE, o relato sobre a falta de funcionários efetivos mostra uma rotina fragmentada, e expõe os trabalhadores a situações limites, como para com as necessidades fisiológicas, traz em seu bojo um claro sofrimento de quem gostaria de perceber mais sentido e resultados positivos no seu trabalho, sic, *“Então às vezes a gente [...] não é nem porque não quer, não tem possibilidade mesmo, não consegue”*. Essa falta de tempo dificulta a aproximação para um diálogo e construção de afeto e de vínculo e, não sem razão, o hiato entre o que se deseja produzir, e o que realmente se faz, traz ansiedade e sofrimento à tona, nas narrativas.

Aqui, os temas universais **trabalho** e **estresse** também aparecem, ou seja, independente da extração da fala em si, pela análise de conteúdo temática, o roteiro regular da etapa de apreciação da TCI, que se preenche ao final de cada intervenção, identificou

pontos relevantes como desrespeito (profissional), falta de reconhecimento e insatisfação, para o tema trabalho, assim como angústia, ansiedade, desânimo esgotamento, para o tema estresse. Não obstante a identificação desses fatores, em comum com o que se descreve na literatura científica, ainda são escassos os estudos com grupos específicos de trabalhadores, especialmente quando se trata de estudos epidemiológicos que avaliem fatores de risco psicossociais do trabalho (FEIJÓ *et al.*, 2017).

*“(...) que assim a gente tem vivido constantemente violência, e isso pra mim tá fazendo mal, porque o fato de você ter que, constantemente, entrar pra algemar, embora seja um procedimento, é uma violência... [Pra] você conter, você tem que usar da força física, embora seja necessário, é uma violência... É uma coisa que pesa demais, essa exposição à violência, que atinge tanto elas [internas] quanto a gente também [trabalhadores]” (GRN-R4).*

Bezerra, Assis e Constantino (2016) pesquisaram ambientes violentos e insalubres, onde profissionais precisam presenciar diariamente o sofrimento da privação de liberdade e que, ainda, possuem uma missão de risco e com poucas retribuições de reconhecimento (BEZERRA, ASSIS, CONSTANTINO, 2016). A exposição à violência como uma rotina do trabalho dentro do CENSE é um importante fator nessa pesquisa e emergiu na fala de GRN-R4, extraída de uma das intervenções e que foi também alocada na categoria ambiência e sofrimento mental.

Claramente, o conflito entre a obrigação dos deveres do trabalho para com a ambiência, causando sofrimento, aparece em, sic, “[Pra] você conter, você tem que usar da força física, embora seja necessário, é uma violência... É uma coisa que pesa demais, essa exposição à violência, que atinge tanto elas [internas] quanto a gente também [trabalhadores]”. Novamente, a fala revela os elementos de **estresse** e **trabalho**, os temas universais de maior prevalência percentual encontrados na apreciação das treze intervenções, pela identificação de insatisfação, agressão/contenção física e desânimo. Um fato de destaque é que esta fala foi uma das poucas que trouxe à tona, de forma clara e direta, o tema universal violência, sic, “que assim a gente tem vivido constantemente violência, e isso pra mim tá fazendo mal, porque o fato de você ter que, constantemente, entrar pra algemar, embora seja um procedimento, é uma violência...”.

Finalmente, na perspectiva de buscar por soluções e dinâmicas capazes de revelar os elementos potencialmente estressores do processo de trabalho no CENSE, a TCI

configurou-se em espaço de diálogo seguro para que esse sofrimento viesse à tona, nas falas que compuseram as narrativas, em busca de acolhimento, manejo e alívio. Tanto a análise de Bardin (2016), com suas categorias temáticas, quanto o roteiro de apreciação da TCI, com seus temas universais, convergiram para revelar o sofrimento mental existente no grupo e abrir caminhos para encontrar estratégias de enfrentamento dentro do próprio grupo.

#### 4.3.5 TCI como dinâmica reveladora dos elementos estressores no percurso de trabalho que impactam na **saúde do trabalhador**

Saúde do trabalhador foi a segunda categoria temática extraída pela aplicação da análise de Bardin (2016) às narrativas obtidas pela aplicação da TCI, na Fase 2. Para discutir sobre saúde do trabalhador e a dinâmica da TCI como prática de cuidado capaz de revelar elementos estressores, das muitas falas extraídas das narrativas, foram selecionadas aquelas que soaram peculiares, ao mesmo tempo em que caracterizaram duas singularidades: (a) dos sujeitos participantes da pesquisa, enquanto servidores públicos; (b) do local escolhido para desenvolvimento da pesquisa, que foi uma unidade de socioeducação.

Essas duas singularidades foram tomadas como desafio nesta discussão porque se configuram em aspectos que não são comuns nas abordagens usuais em saúde do trabalhador, haja vista a lacuna de ciência publicada convergindo o tema TCI junto aos trabalhadores do sistema socioeducativo.

*“(...) essa coisa da mídia ficar em cima que é uma coisa injusta porque é uma coisa que foi ofertada para todos. Então execram a gente de modo que os concursos foram abertos a todas as pessoas e nós fomos lá porque nós quisemos estar lá. E nós conseguimos porque a gente lutou por isso. Qualquer pessoa poderia ter a mesma vaga, então preconceito contra funcionário é muita... é, como eu posso dizer... injusto: é mais do que injusto. A palavra é demagógico, seria uma coisa assim... falsa, sabe? Pessoas têm essa resistência porque todo mundo queria tá no nosso lugar. É, somos invisíveis...” (NCG-R6).*

Os profissionais do setor público enfrentam elementos estressores diferentes dos trabalhadores do setor privado, essencialmente pela natureza estável do seu vínculo empregatício. Os autores RODRIGUES; ALVARO; RONDINA (2006) relacionaram o bem-estar no trabalho à ideia de ambiente gratificante e, quando este ambiente subjuga e desalenta,

ao invés de despertar sentido e significado, é capaz de imprimir raiva e sofrimento ao trabalhador. Essa raiva, ou esse bem-estar, por sua vez, são elementos impactantes sobre o estado e a saúde mental de quem trabalha (RODRIGUES; ALVARO; RONDINA, 2006). A fala de NCG-R6 trouxe um elemento estressor singular, no processo de trabalho do CENSE: o aspecto de ser funcionário público.

Em seu relato de desconforto, NCG-R6 identifica que a estabilidade que dá segurança de rendimento é a mesma que o aprisiona, em uma precarização e deficiência dos serviços prestados, bem como de sua imagem, como profissional, junto à sociedade que o cerca. Pode-se dizer que é quase um paradoxo, esse desconforto com a imagem de ser um funcionário público, mas ele se junta a outras falas de mesma natureza, reveladas pelas dinâmicas das intervenções com a TCI, como prática de cuidado capaz de trabalhar o sofrimento de um grupo, e nunca, a doença de um indivíduo.

Falas semelhantes foram extraídas e categorizadas, nos grupos temáticos e nos temas universais, desenhando uma percepção que impacta diretamente sobre os sujeitos e seu sofrimento psíquico, relativo ao fato do vínculo de estabilidade no trabalho. Há quase que uma necessidade de se justificar por esta estabilidade, *sic*, “(...) nós conseguimos porque a gente lutou por isso. Qualquer pessoa poderia ter a mesma vaga, então preconceito contra funcionário é muita... é, como eu posso dizer... injusto: é mais do que injusto (...)”, ao mesmo tempo em que apresenta sua percepção sobre certo aprisionamento, decorrente da função pública, quando completa, *sic*, “É, somos invisíveis...”.

Esse certo “aprisionamento” faz um paralelo ao fato do ambiente socioeducacional lidar com o fator de restrição e contenção, como elementos da ambiência e o sofrimento mental, discutidos preliminarmente. As alterações na qualidade e na quantidade da demanda, o acúmulo de funções, as mudanças na organização do trabalho ou na natureza das ações, acabam conflitando com o sentido e as crenças que os trabalhadores possuem, em relação ao sentido e ao propósito com que exercem seu trabalho (CARLOTTO; BARCINSKI; FONSECA, 2015).

*“Nós estamos na mídia por eles como inimigos da sociedade. O funcionalismo público, o grande problema da sociedade somos nós, a sociedade vê isso...” (BM-R6)*

Na fala de BM-R6 identifica-se que eles percebem-se como “inimigos” fora dos muros do ambiente de trabalho, *sic*, “*O funcionalismo público, o grande problema da sociedade somos nós, a sociedade vê isso...*”. Isso lhes agrava o sofrimento interior e, por decorrência, impacta sobre a saúde mental, tanto quanto outros fatores mais conhecidos e discutidos na literatura.

Ambientes socioeducacionais possuem peculiaridades que desafiam ferramentas usuais, pela natureza dos atores que atuam neste cenário: internos e trabalhadores. A lacuna na ciência sobre a TCI e os ambientes socioeducacionais requer que se trace um paralelo para prosseguir nessa discussão; é assim que tem-se o relato de Lopes (2015), com experiência com TCI em unidade prisionais feminina. Quando aplicada com as detentas, a TCI mostrou ser uma das alternativas naquilo que se admite como reintegração social, ou seja, a possibilidade da pessoa reclusa olhar para si mesma, aceitar-se, refletir sobre sua história, e refletir sobre sua vida com outras mulheres que compartilham experiências semelhantes (LOPES, 2015).

Os resultados dessa pesquisa vão ao encontro dessa referência, em muitos sentidos: o fato de se tratar de um ambiente socioeducacional, foi um deles. Não obstante os sujeitos da pesquisa serem os trabalhadores, e não as adolescentes, as dinâmicas da TCI mostraram um considerável poder em revelar e identificar, por meio dos temas universais e das categorias temáticas, os principais elementos estressores nesse processo de trabalho, autopercebidos pelos participantes. Tem-se o sofrimento mental autorrelatado, TMC por exemplo, corroborado pelos achados do SQR20 e, entre os sintomas múltiplos possíveis (FARIA; GUERRINI, 2012), descritos na literatura, a ansiedade se destacou nas narrativas. A ansiedade, por sua vez, foi igualmente expressiva em prevalência, conforme apresentado nos resultados do BAI.

A TCI, como prática de cuidado, foi capaz de evidenciar sofrimento relacionado às duas singularidades apresentadas acima, servidores públicos em um sistema de socioeducação, fazendo da TCI uma dinâmica competente na revelação de elementos estressores do trabalho, pela sua natureza de acolhimento, manejo e alívio do sofrimento mental.

#### 4.3.6 Efeitos da TCI como prática de melhoria na **saúde mental**

Como última categoria temática do *corpus* extraído com a realização das intervenções com TCI, e submetido à análise de conteúdo temático de Bardin (2016), tem-se

as estratégias de enfrentamento relatadas que configuram a TCI como um recurso de cuidado ou uma prática de apoio no manejo e alívio do sofrimento mental.

Silva e Silva (2015) relatam que, nas últimas décadas, os estudos sobre sofrimento mental ou psíquico decorrente do trabalho estão ganhando espaço nas áreas de pesquisa, e diversas intervenções vêm sendo desenvolvidas, com foco na saúde do trabalhador, enquanto investimento na promoção de saúde, para melhoria de sua produtividade (SILVA E SILVA, 2015). Nesse contexto, a TCI vem sendo estudada por sua contribuição no processo saúde-doença dos participantes, bem como pela reflexão que promove nos profissionais que a desenvolvem, quanto à prática integrativa que promovem (SOUZA *et al.*, 2011).

Já foi feita, aqui, a diferenciação entre “doença” e “sofrimento”, e essa parece ser a maior vocação e viabilidade do uso da TCI no ambiente socioeducacional: o fato de que ela acolhe e maneja o sofrimento de um grupo. Não obstante a clara observação que um grupo é formado por indivíduos, há uma singular diferença entre agir sobre o sofrimento mental, manifesto em grupo, e tratar a doença individual. É essa diferença que faz da TCI uma prática de cuidado de melhoria na saúde mental, por exemplo, em empresas ou instituições em que a natureza do trabalho é, *de per se*, um fator estressor importante, e esse foi o caso observado no CENSE.

*“A gente sempre tem esperança que um dia a coisa melhore, ta demorando pra acontecer... A fé né, esperança, sei lá, é bom desabafar um pouco, ficar guardando pra si... Agradecer aos colegas aí, se não fosse por eles isso, aqui seria pior. Tem pessoas muito qualificadas aqui” (GR-R12)*

Por estimular a expressividade do indivíduo de forma ampla e singular, dentro do grupo, e valorizar a capacidade de apropriar-se do seu poder de agir, a TCI cria um compartilhamento das experiências que agem estimulando a autonomia, posto que se firmam no saber de cada um dos participantes (ROCHA *et al.*, 2013), tendo como base a riqueza de suas raízes culturais.

Na fala de GR-R12 tem-se, *sic*, “(...) a fé né, esperança, sei lá, é bom desabafar um pouco, ficar guardando pra si... Agradecer aos colegas aí, se não fosse por eles, isso aqui seria pior” mostrando a TCI como importante prática por sua natureza acolhedora e terapêutica. Percebe-se que a prática de cuidado promovida pela TCI propiciou vínculos fortes e significativos entre os participantes, o que vai ao encontro do relato de GOMES, (2013).

Isso é algo é fundamental em um ambiente de trabalho onde os funcionários sentem e sofrem pelo desconforto de serem vistos pela mídia e pela sociedade como *“inimigos da sociedade”* ou *“como uma grande problema”*, conforme discutido no item anterior, na fala de BM-R6. Para Rocha *et al.*, (2013) experiências compartilhadas instigam a autonomia, ecoam e possibilitam que o sujeito se perceba protagonista na busca de um recurso interno-externo para o enfrentamento de seus problemas, ressignificando e organizando sua história (ROCHA *et al.*, 2013).

*“Eu procuro fazer uma autoavaliação... Às vezes eu percebo que as coisas estão fugindo do meu controle, eu fico mais para ver se eu equilibro, então eu procuro ir muito nisso... Ai eu emocionalmente procuro organizar minha vida, minha rotina, para ver se, para que as coisas não fujam do controle. Eu gosto de fazer muito isso, sabe...”* (CLD-R1)

Nesta pesquisa, os instrumentos aplicados na Fase 1 (n=37) mostraram que o subgrupo que seguiu, de forma espontânea, para a Fase 2 (n=24), foi formado por aqueles trabalhadores que apresentaram maiores pontuações finais, tanto no instrumento que rastreia o TMC no âmbito ocupacional, o SQR20 (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009), quanto pelo BAI, que esclarece sobre sintomas de ansiedade (KARINO & LAROS, 2014).

A busca por oportunidades de alívio do sofrimento mental foi a tradução feita, aqui, para o aumento verificado na prevalência das pontuações mais altas nessas duas variáveis monitoradas (Gráficos 1 e 2), e que se traduziu nas falas extraídas dos participantes, segundo o *corpus* construído pela análise de conteúdo temática. Não obstante o espaço que proporciona para a manifestação do sofrimento mental, a TCI é uma prática que também oportuniza o compartilhamento de estratégias de enfrentamento entre o grupo, numa analogia isso se revela ao final da fala de GR-R12, *sic*, *“(...) tem pessoas muito qualificadas aqui”*.

Compartilhar as inquietudes veladas pelas obrigações diárias, considerando o impacto que o trabalho no CENSE demanda de cada profissional, permite que o grupo fortaleça seus vínculos e desenvolva maior respeito entre pares. Essa é uma atitude bem-vinda para um grupo peculiar e com estigmas, como aqueles relatados por BM-R6, no tocante à visão da sociedade para com os trabalhadores da socioeducação.

O grupo que participa de uma prática de cuidado, como a TCI, é estimulado a expressar sentimentos sem risco de julgamento, de qualquer natureza, posto que o mesmo grupo que compartilha experiências e sofrimentos, também é o grupo que apresenta as

estratégias possíveis para o enfrentamento e a superação desses sofrimentos. Essa roda, entre a partilha de sofrimentos e a busca por enfrentamentos, possibilita que a mesma comunidade que sofre, descubra as soluções para seus próprios problemas (BARRETO, 2008 *apud* LUCIETTO, 2014). Isso é a tradução real das expressões “*onde existe o problema, também existe a solução*” e “*a comunidade cuida da comunidade*”.

*“Eu conheci um pouquinho mais de cada um, e que na verdade, o problema de um é o problema de todos, então a gente tem que trabalhar em grupo para conseguir superar esses problemas” (RSCG-R1)*

Dentre as estratégias de enfrentamento que emergiram das rodas de TCI, aquela que teve a maior prevalência foi o fortalecimento, ou empoderamento pessoal, que se traduz na capacidade de apropriar-se do seu poder de agir (vide Tabela 8). Gomes (2013) reforça esse achado, quando aponta que a TCI possibilita aos seus participantes uma ampliação da visão de mundo e, assim, as oportunidades de cada sujeito compreender e agir nas situações que vida apresenta (GOMES, 2013). Essa se configura em uma das grandes vantagens da prática sobre a saúde mental dos trabalhadores: a mesma roda de TCI que compartilha os sofrimentos, é aquela que empodera seus participantes, tornando-os protagonistas de novos comportamentos.

Para fechar essa visão sobre como a TCI foi percebida entre aqueles que participaram desta pesquisa, ficam as observações trazidas em suas próprias palavras.

*“Chegar assim... tava pensando que eu era sozinha, mas compartilhando com as coisas que os companheiros de trabalho falou, sentimos todos iguais. Então a conversa de hoje... tô me sentindo bem por pensar em acreditar que tudo vai dar certo. Foi um alívio de expor os sentimentos e compartilhar com todos” (CLD-R4)*

*“Todos esses gestos de hoje nos deixam mais íntimos, enquanto equipe. A empatia de entender as nossas fragilidades e cada um poder ajudar” (BM-R7)*

## 5 CONSIDERAÇÕES

A TCI foi uma prática de cuidado reveladora porque mostrou em ambiente de pesquisa aquilo que muitos relatam, nos ambientes de cuidados integrativos para com a saúde mental: o fato de propiciar um espaço de diálogo seguro capaz de avaliar, diagnosticar e intervir sobre o impacto dos elementos estressores, na saúde mental de trabalhadores. A condução deste estudo cuidou do percurso metodológico científico em buscar ferramentas de apoio validadas para estabelecer um ponto de partida diagnóstico quando usou os questionários SQR20, BAI e BDI, ao mesmo tempo em que usou a identificação de características relevantes para discutir sofrimento mental, como o questionário sociodemográfico.

Os dados resultantes da Fase 1 estabeleceram uma linha de base interpretativa: quem é o grupo, como eles se identificam no espaço de trabalho que ocupam e como autorrelatam a própria saúde mental. Dada a pertinente voluntariedade na participação da Fase 2, os dados do subgrupo que prosseguiu serviu de referência comparativa sobre um novo cálculo de prevalências, capazes de redimensionar a busca por práticas de cuidado, acolhimento e alívio de sofrimento mental. Percebeu-se que essa comparação era pilar interpretativo valioso quando se trata de autocuidado e de autorrelato de sofrimento mental e, portanto, foram mantidos os dados e cálculos para grupos de tamanhos diferentes como mais uma forma de analisar o grande contexto do sofrimento mental em ambientes da socioeducação.

Os resultados, e sua análise à luz da literatura, mostraram que o uso da TCI enquanto uma prática de cuidado revelou elementos relevantes, desde autopercepção de saúde até as narrativas provenientes das rodas de TCI. Tudo o que foi identificado nas narrativas foi também encontrado na aplicação dos instrumentos de apoio da Fase 1, fazendo com que os pontos destacados na discussão tenham tanto o suporte da literatura quanto o apoio de dados obtidos por instrumentos validados para a finalidade em que foram usados. Da mesma forma, a construção do *corpus* interpretativo das narrativas, a partir da adoção associada da análise de Bardin, consolidou a potência desta prática psicossocial avançada, que é a TCI.

A organização dos resultados extraídos a partir das narrativas, nas treze intervenções aplicadas, possibilitaram perceber que saúde e bem viver requerem ajustes finos de diferentes ordens em relação saúde mental, no universo da natureza humana. Essa afirmativa se apoia na menção, pelos participantes, de que o fato de ser um funcionário público em um ambiente socioeducacional provoca um certo aprisionamento e discriminação, perante a sociedade. A intervenção com as rodas de TCI promoveu o compartilhamento das inquietudes relacionadas

ao sofrimento dos trabalhadores, assim como identificou as estratégias de enfrentamento que eles utilizam.

Como limitação enfrentada para esta pesquisa, menciona-se a dificuldade em conseguir estabelecer um horário favorável para que a maior parte dos trabalhadores participassem. Era perceptível que, nos horários ofertados, alguns agentes de segurança – cargos funcionais de maior quantidade de trabalhadores – encontravam-se saindo de um plantão noturno de 12hs, cansados, enquanto outros estavam chegando para iniciar o plantão, apreensivos. Simplesmente não conseguiam participar. Outros trabalhadores precisavam chegar mais cedo, ou até vir especificamente naquele dia, para participar das rodas como foi o caso dos professores. Todo esse conjunto de constatações, feitas no trato diário do desenvolvimento da pesquisa, leva a crer que se uma empresa, ou instituição, decidir abraçar o uso da TCI para agregar valor de cuidado para a saúde mental dos seus funcionários, estabelecendo a participação livre e no horário da jornada de trabalho, poderemos passar a ter quase a totalidade deles presentes e beneficiados por essa prática de cuidado.

A TCI criou um compartilhamento das experiências que se firmaram no saber de cada um dos participantes, respeitando a integralidade das pessoas. Como terapeuta comunitária e pesquisadora, vivenciei a intensidade do que é estar neste contexto, experienciei o sofrimento humano, por ressonância, diante de cada fala carregada de dor, indignação, tristeza e desalento. Porém, foram nos balanços, nos abraços, nos olhares de alívio e esperança que eu reconhecia a importância dessa pesquisa. As reflexões e inflexões é que sigo aprendendo sobre minha, sobre nossa natureza enquanto seres humanos que somos, enquanto segue ecoando uma frase que ouvi no percurso: *“que bom que você não desistiu da gente”*. Irrefutavelmente, a TCI enquanto prática de cuidado promoveu expressão individual, troca de experiências e saberes, repercutiu na construção da autonomia e no fortalecimento de vínculos solidários, gerando empoderamento individual e coletivo na perspectiva de qualificar o exercício do viver.

Por estimular a expressividade do indivíduo de forma ampla e singular, dentro do grupo, e valorizar a capacidade de apropriar-se do seu poder de agir, a TCI cria um compartilhamento das experiências que agem estimulando a autonomia, posto que se firmam no saber de cada um dos participantes

Por estimular a expressividade do indivíduo de forma ampla e singular, dentro do grupo, e valorizar a capacidade de apropriar-se do seu poder de agir, a TCI cria um compartilhamento das experiências que agem estimulando a autonomia, posto que se firmam no saber de cada um dos participantes

Por estimular a expressividade do indivíduo de forma ampla e singular, dentro do grupo, e valorizar a capacidade de apropriar-se do seu poder de agir, a TCI cria um

compartilhamento das experiências que agem estimulando a autonomia, posto que se firmam no saber de cada um dos participantes

Por estimular a expressividade do indivíduo de forma ampla e singular, dentro do grupo, e valorizar a capacidade de apropriar-se do seu poder de agir, a TCI cria um compartilhamento das experiências que agem estimulando a autonomia, posto que se firmam no saber de cada um dos participantes

Por estimular a expressividade do indivíduo de forma ampla e singular, dentro do grupo, e valorizar a capacidade de apropriar-se do seu poder de agir, a TCI cria um compartilhamento das experiências que agem estimulando a autonomia, posto que se firmam no saber de cada um dos participantes

A mesma roda de TCI que compartilha os sofrimentos, é aquela que empodera seus participantes, tornando-os protagonistas de novos comportamentos. Portanto, este estudo possui dados para recomendar aos gestores da socioeducação a construção de parcerias que promovam o acesso dos trabalhadores às práticas integrativas de acolhimento e cuidado, como a TCI, por ser economicamente viável e, ao mesmo tempo, uma forma ágil no manejo do sofrimento mental.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. D & ARAÚJO, M. R. M. **Precarização do Trabalho e Prevalência de Transtornos Mentais em Agentes Penitenciários do Estado de Sergipe.** *Revista Psicologia e Saúde*, v. 10, n. 1, jan./abr. 2018, p. 19-30, 2018.

ANDRADE, L.O.M. et al. **O SUS e a Terapia Comunitária.** Fortaleza: UFC, 2009.  
AZEVEDO, E. B. et al. **Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa.** *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 15(3): 114-120, jul-set, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edições 70 Brasil, 2016.

BARRETO, A. P. **Quando a boca cala os órgãos falam:** desvendando as mensagens dos sintomas. Fortaleza: LCR, 2012.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária:** passo a passo. 3ª ed. Revista e ampliada, Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária:** passo a Passo. 4ª ed. Fortaleza: LCR, 2010.  
BECK, M. L. G.; MAGALHÃES J. **Exercícios físicos e seus benefícios à saúde mental:** intersecções entre a educação física e psicológica. *Ver. Fac. Educ. (Univ. do Estado de Mato Grosso)*, Vol. 28, Ano 15, N°2 p. 129-148, jul./dez.2017.

BARRETO, A. P. et al. **Integrative community Therapy in the time of the new coronavirus pandemic in Brazil and Latin America.** *Word Soc Psychiatry*, v. 2, p.103-105, 2020.

BEZERRA, C. M; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários:** uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7):2135-2146, 2016.

BRASIL. **Cadernos de socioeducação - gestão pública do sistema socioeducativo.** Disponível em: <[http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/MCCMgrados/File/Cadernogestao\\_1.pdf](http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/MCCMgrados/File/Cadernogestao_1.pdf)>. Acesso em: 12 Abril 2020\_c.

BRASIL. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Resolução nº 113,** de 19 de abril de 2006. Disponível em: <<https://www.direitosdacrianca.gov.br/conanda/resolucoes/113-resolucao-113-de-19-de-abril-de-2006/view>>. Acesso em: 10 Abril 2020\_b.

BRASIL. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,** 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/>>. Acesso em: 10 Novembro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e a Terapia Comunitária.** Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. Adalberto Barreto. Fortaleza: 2008. 70p. il. I. SUS. 2. Terapia Comunitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Caderno de Atenção Básica, n.34. Brasília, DF, 2013. [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)> Acesso em: 19 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**; atitude de ampliação de acesso/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2ª edição. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2010. Disponível em: [http://redehumanizasus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia\\_diretriz\\_ambiencia\\_humanizacao\\_pnh.pdf](http://redehumanizasus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf) > Acesso em 08 novembro 2020.

BRASIL. Resolução CONANDA nº 46 de 29 de outubro de 1996. **Regulamenta a execução da medida sócio-educativa de internação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei nº 8.069/90, 1996.

Brasil. SINASE. **Pesquisa Levantamento anual SINASE 2017**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019.

BRASIL. **Socioeducação**. Disponível em: <<http://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Socioeducacao-0>>. Acesso em 07 Abril 2020\_a.

BUSNELLO, E. L., LIMA, B. & BERTOLOTE, J. M. **Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 4:207-10,1983.

CAPRA, F.. **A Teia da Vida**: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.

CAPUCHO, H. C. et al. **Incorporação de Tecnologias em Saúde no Brasil**: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. A Incorporação dos resultados das pesquisas científicas no SUS. BIS Boletim do Instituto de Saúde, volume 13, número 3, julho de 2012.

CARÍCIO, M.G.L.R. **Terapia Comunitária**: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. João Pessoa:[sn], 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. 2010.

CARLOTTO, M. S.; BARCINSKI, M.; FONSECA, R. **Transtornos mentais comuns e associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais**: uma análise de gênero. Estud. Pesqui. Psicol., Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 1006-1026, 2015.

CUNHA, J. A. **Manual em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FARIA, M. L. V. C.; GUERRINI, I. A. **Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica**. Interface – Comunic., saúde, Educ., v.16, n. 42, p. 779-92, jul./set.2012.

FEIJÓ, F. R., et al. **Estresse ocupacional em trabalhadores de uma fundação de atendimento socioeducativo: prevalência e fatores associados.** Ver. Bras. Med. Trab. 2017; 15 (2); 124-33.

FERNANDES, M. A. et al. **Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores.** Ver. Bras. Enferm. [Internet].71 (suppl 5): 2344-51; 2018.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática.** São Paulo: Atlas, 1997.

FRANCISCHINI, R. & CAMPOS, H. R. **Adolescente em conflito com a lei e medidas socioeducativas: Limites e (im)possibilidades.** *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 3, pp. 267-273, set./dez. 2005.

FREIRE, P.. **Pedagogia do oprimido.** 59. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GAVIN, R. S. et al. **Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos.** SMAD, Revista Electrónica enSalud Mental, Alcohol y Drogas 11.1, 2015: 2-9. Acesso em: 05 Abril 2020.

GIFFONI, F. A. O. **Saber ser, saber Fazer: Terapia Comunitária Integrativa, uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia.** Doutorado (tese de doutorado em educação brasileira). Programa de Pós-Graduação em educação brasileira. Linha de 136 pesquisa: movimentos sociais, educação popular e escola. UFC, Faculdade de Educação. Fortaleza, CE, 2008.

GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. **Common mental disorders: a Biosocial Model.** (2a ed.). London: Tavistock/Routledge, 1993.

GOMES, D. O. **A expansão da terapia comunitária integrativa no Brasil e sua inserção em políticas públicas nacionais.** 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde da família) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Saúde da família, Sobral, 2013.

GOMES-OLIVEIRA et al. **ValidationoftheBrazilianPortugueseversionofthe Beck DepressionInventory-II in a community sample.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n.4, p. 389-394. DEC 2012.

GRECO, P.B.T. et al. **Estresse no trabalho em agentes dos centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul.** Rev Gaúcha Enferm; 34(1):94-103, 2013.

GUIMARÃES F.J.; FERREIRA FILHA M.O. **Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes.** Revista Eletrônica de Enfermagem. <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a11](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11)>. 2009>. Acesso em: 05 Abril 2020.

GUIRADO, G. M. P.; PEREIRA, N. M. P. **Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP.** Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 92-98.

HARDING et al<sup>5</sup>. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychol. Medicine* 1980; 10:231-41.

KARINO, C. A. & LAROS J. A. **Ansiedade em situações de prova**: evidências de validade de duas escalas. *Psico-USF* [online]. 2014, vol.19, n.1, pp.23-36. ISSN 2175-3563 Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n1/a04v19n1.pdf>> Acesso em 28 outubro 2020.

LANGARO, F. N.; BENETTI, S. P. C. **Subjetividade contemporânea**: narcisismo e estados afetivos em um grupo de adultos jovens. *Psic. Clim.*, Riode Janeiro, vol. 26, n.2, P. 197-215, 2014.

LOPES R. **Terapia comunitária integrativa**: campo de conscientização em uma prisão feminina. 2015. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9173/6080>> Acesso em 09 novembro 2020.

LUCIETTO, G. C. **Terapia comunitária integrativa como cuidado de enfermagem em ambulatório de nefrologia pediátrica**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, 2014.

LUTTERBACH, M. G. C. **A Contribuição da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na produção do cuidado e formação em saúde na atenção psicossocial**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense de Nova Friburgo, RJ, 2017.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, A. C. P. **Noções de Probabilidade e Estatística**. 5ª ed., São Paulo: Edusp, 2002.

MARI J. J; WILLIAMS P. **A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo**. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23- 26.

MARTINS, S. A. K. et al. **Inquietações e estratégias de enfrentamento relatadas nas rodas de terapia comunitária integrativa por trabalhadores de um centro de socioeducação do Paraná**. *Temas em Educ. e Saúde*, Araraquara, v. 16, n. esp. 1, p. 409-421, set., 2020.

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

MELLO, M. T. et al. **O exercício físico e os aspectos psicobiológicos**. *Ver. Bras Med. Esporte* – Vol. 11, Nº 3 – Mai/Jun, 2005.

MENDES G. L. et al. **Terapêuticas medicamentosas e exercícios físicos na prevenção e tratamento de depressão em idosos**: revisão sistematizada. *Arq. Bras. Ed. Fis.* V. 3, n. 1, Jan/Jul., 2020.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 19-51.2010.

MOREIRA, I. A. W. **Políticas educacionais e desigualdade social no Brasil: desafios à inclusão social de adolescentes autores de atos infracionais.** 2019. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo RS, 2019.

NEVES, D. R. et al. **Sentido e significado do trabalho:** uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. Cad. EBRAPÉ.BR, v.16, nº 2, Rio de Janeiro, Abr. / Jun. 2018.

PARANÁ. DEASE. Pesquisa revela alto grau de escolaridade de nível superior dos servidores da socioeducação no Estado do Paraná. 2016. Disponível em: <<http://www.dease.pr.gov.br>>. Acesso em 05 novembro 2020.

PARANÁ. **Decreto nº 10.285, de 25 de fevereiro de 2014.** Institui os procedimentos de solicitação para realização de pesquisa científica nas unidades vinculadas à Secretaria de Estado da Educação, 2014.

PARANÁ. **Lei Estadual nº18374 de 2014.** Extinção da Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Economia Solidária e adoção de outras providências, 2014.

PARANÁ. **Relatório de ações.** Departamento De atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná. Secretaria da justiça, cidadania e direitos humanos (SEJU), 2015.

PARANHOS, M. E.; ARGIMON, I. I. L.; WERLANG, B. S. G. **Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes.** Aval. Psicol. [online]. 2010, vol.9, n.3, pp. 383-392. ISSN 1677-0471 disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a05.pdf> Acesso em: 10 novembro 2020.

REIS, M.L.A. **Quando me encontrei voei:** o significado da capacitação em Terapia Comunitária Integrativa. Porto Alegre: CAIFCOM Editora, 2017.

ROCHA, I. A. et al. **comunitária integrativa:** situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. Rev. Gaúcha Enferm. 2013;34(2): 155-162.

RODRIGUES, P. F.; ALVARO, A. L. T.; RONDINA, R. **Sofrimento no trabalho na visão de Dejours.** Revista científica eletrônica de psicologia – ISSN:1806-0625. Ano IV – n.7, novembro 2006.

ROMERO, D. L. et al. **Transtornos mentais comuns em educadores sociais.** J Bras Psiquiatr. ;65(4):322-9, 2016.

SAMPAIO, L. R.; OLIVEIRA, L. C.; PIRES, F. D. N. (2020). **Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros.** Ciencias Psicológicas, 14 (2), e-2215. Doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215>. 2020

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. **Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SQR-20) em população urbana.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,25(1):214-222, jan., 2009.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar.** Esc. Anna Nery Ver. Enferm. 2008 jun; 12 (2): 291 – 8.

SILVA, D. P.; SILVA, M. N. R. M. O. **O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 201-214, 2015.

SILVA, N. E. K.; PARO, A. A.; SILVA, M. V. **Terapia Comunitária Integrativa como tecnologia social: avanços e desafios.** Revista Temas em Educação, João Pessoa, Brasil, v.28, n.1, p. 150-170, jan./abr., 2019.

SOUZA, G. M. L. et al. **A contribuição da Terapia comunitária no processo saúde-doença.** Cogitare Enferm. 2011 Out/Dez; 16(4):682-8; 2011.

SOUZA, J. **(Sub)Cidadania e Naturalização da Desigualdade: um estudo sobre o imaginário social na modernidade periférica.** Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho, 22, p. 67-96, 2005.

SOUZA, L. A. & COSTA, L. F. **A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes privados de liberdade.** Psico-USF, Bragança Paulista, v. 18, n. 2, p. 277-288, maio/agosto 2013.

SOUZA, L. A. & COSTA, L. F. **Aspectos Institucionais na Execução da Medida Socioeducativa de Internação.** *Psicologia Política*, 12(24), 231-245; 2012.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA F. **Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro.** Interface. Comunicação Saúde Educação. 2015; 19(55):1121-32

WHO (World Health Organization). *A User'sGCNdetothe Self Reporting Questionnaire.* Geneva: WHO. 1993.

## APÊNCICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO	
Entrevistador(a): _____ Data: ____/____/____	
<b>1. DADOS PESSOAIS</b>	
1.1 Nome: _____	
1.2 Data de nascimento: ____/____/____	
1.3 Profissão: _____	
1.4 Endereço: _____	
1.5 Telefone: _____	
1.6 Sexo: a) ( <input type="checkbox"/> ) Masculino b) ( <input type="checkbox"/> ) Feminino	1.7 Orientação sexual: a) ( <input type="checkbox"/> ) Heterossexual b) ( <input type="checkbox"/> ) Homossexual c) ( <input type="checkbox"/> ) Bissexual d) ( <input type="checkbox"/> ) Transexual e) ( <input type="checkbox"/> ) Travesti f) ( <input type="checkbox"/> ) Outros
1.8 Estado Civil: a) ( <input type="checkbox"/> ) Solteiro (a) b) ( <input type="checkbox"/> ) Casado (a) c) ( <input type="checkbox"/> ) Separado/divorciado (a) d) ( <input type="checkbox"/> ) Viúvo (a) e) ( <input type="checkbox"/> ) União consensual	1.9 Quanto à cor da pele/etnia: a) ( <input type="checkbox"/> ) Branco(a) b) ( <input type="checkbox"/> ) Preto(a)/negro(a) c) ( <input type="checkbox"/> ) Pardo(a) d) ( <input type="checkbox"/> ) Amarelo(a) e) ( <input type="checkbox"/> ) Indígena f) ( <input type="checkbox"/> ) Quilombola g) ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____
2. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
2.1 Atualmente Mora: a) ( <input type="checkbox"/> ) Sozinho(a) b) ( <input type="checkbox"/> ) Cônjuge c) ( <input type="checkbox"/> ) Família/filhos d) ( <input type="checkbox"/> ) Amigos e) ( <input type="checkbox"/> ) Outros	2.2 Quantos filhos você tem? _____
2.3 Escolaridade: a) ( <input type="checkbox"/> ) Analfabeto(a) b) ( <input type="checkbox"/> ) 1º Grau incompleto c) ( <input type="checkbox"/> ) 1º Grau completo d) ( <input type="checkbox"/> ) 2º Grau incompleto e) ( <input type="checkbox"/> ) 2º Grau completo f) ( <input type="checkbox"/> ) 3º Grau incompleto g) ( <input type="checkbox"/> ) 3º Grau completo h) ( <input type="checkbox"/> ) Pós-Graduação	2.4 Mobilidade/Transporte: a) ( <input type="checkbox"/> ) Carro próprio b) ( <input type="checkbox"/> ) Carro público c) ( <input type="checkbox"/> ) Bicicleta d) ( <input type="checkbox"/> ) Moto e) ( <input type="checkbox"/> ) A pé f) ( <input type="checkbox"/> ) Outros
2.5 Acesso a serviço de saúde: a) ( <input type="checkbox"/> ) UBS b) ( <input type="checkbox"/> ) Hospital público c) ( <input type="checkbox"/> ) Hospital Privado d) ( <input type="checkbox"/> ) CAPS e) ( <input type="checkbox"/> ) Farmácia f) ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____	2.6 Renda familiar (Sal. Mín.): _____

3. QUALIDADE DE VIDA	
<p><b>3.1 Prática alguma atividade física:</b></p> <p>a) ( ) Não</p> <p>b) ( ) Sim, esporadicamente</p> <p>c) ( ) Sim, com frequência</p> <p>Qual (is)? _____</p>	<p><b>3.2 Sobre sua saúde sabe ou considera que tem:</b></p> <p>a) ( ) Depressão</p> <p>b) ( ) Ansiedade</p> <p>c) ( ) Diabetes</p> <p>d) ( ) Hipertensão</p> <p>e) ( ) Obesidade</p> <p>f) ( ) Vícios (tabagismo, álcool, outros)</p> <p>g) ( ) Doença crônica.</p> <p>Qual: _____</p>
<p><b>3.3 Faz uso de medicamento de uso contínuo ou controlado em função de alguma enfermidade?</b></p> <p>a) ( ) Não</p> <p>b) ( ) Sim. Qual medicamento? _____</p>	
<p><b>3.4 Qual das atividades ocupa maior parte do seu tempo fora o horário de trabalho?</b></p> <p>a) ( ) Internet/TV</p> <p>b) ( ) Religião</p> <p>c) ( ) Estudos/Leituras</p> <p>d) ( ) Lazer (Cinema, teatro, bares)</p> <p>e) ( ) Esporte</p> <p>f) ( ) Outros _____</p>	
<p><b>3.5 Vínculos que considera de apoio em seus momentos de dificuldades:</b></p> <p>a) ( ) Família</p> <p>b) ( ) Amigos(as)</p> <p>c) ( ) Comunidade</p> <p>d) ( ) Trabalho</p> <p>e) ( ) Serviços de saúde</p>	
<p><b>3.6 Se beneficia de alguma Prática Integrativa Complementar?</b></p> <p>a) ( ) Acupuntura</p> <p>b) ( ) Homeopatia</p> <p>c) ( ) Reiki</p> <p>d) ( ) Terapia Floral</p> <p>e) ( ) Massoterapia</p> <p>f) ( ) Outra(s). Qual(ais)? _____</p>	
4. DADOS ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDA	
<p><b>4.1. Qual a sua religião no momento?</b></p> <p>a) ( ) Católica</p> <p>b) ( ) Evangélica</p> <p>c) ( ) Espírita</p> <p>d) ( ) Umbanda</p> <p>e) ( ) Sem religião, mas espiritualizado</p> <p>f) ( ) Duas ou mais religiões simultâneas</p> <p>g) ( ) Ateu/Agnóstico</p> <p>h) ( ) Outras. Qual _____</p>	<p><b>4.2. Você se considera uma pessoa religiosa?</b></p> <p>a) ( ) Muito religioso(a)</p> <p>b) ( ) Mais ou menos religioso(a)</p> <p>c) ( ) Pouco religioso(a)</p> <p>d) ( ) Nada religioso(a)</p>
<p><b>4.3 Você se considera uma espiritualizada?</b></p> <p>a) ( ) Muito espiritualizada</p> <p>b) ( ) Moderadamente espiritualizada</p> <p>c) ( ) Pouco espiritualizada</p> <p>d) ( ) Nem um pouco espiritualizada</p>	

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:  Número do Parecer:

*Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.*

### DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Número do CAAE:

Número do Parecer:

Quem Assinou o Parecer:

Pesquisador Responsável:

Data Início do Cronograma:

Data Fim do Cronograma:

Contato Público:

## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Nós, *Allana Marina Bueno, Ana Paula A. Rocha Ohata, Cassiano Robert e Sandriane A. Kalamar Martins* alunos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná; *Sabrina Stefanello, Deivisson Vianna Dantas dos Santos e Milene Zanoni da Silva* professores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor(a) a participar de um estudo chamado: **“Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e Casas de Semiliberdade do Estado do Paraná”**.

Este estudo tem o objetivo de entender e identificar o que é feito em momentos de crise e de sofrimento em saúde mental dos adolescentes como forma de medidas socioeducativas adotadas e desenvolvidas pela equipe a qual os atende.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar o impacto da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) entre trabalhadores dos Centros de Socioeducação (CENSE) do Paraná com relação à redução do sofrimento mental e estresse no trabalho. Para isso, a proposta é a realização de entrevistas semi-estruturadas com os agentes de sócio educação, profissionais de saúde, técnicos e oficinairos que atuam nos CENSE e nas Casas de Semi Liberdade em dois momentos – antes do início das rodas de TCI e ao final de 8 semanas. Através deste questionário, objetiva-se investigar assuntos relacionados à ansiedade, depressão, sofrimento mental e estresse no trabalho.

b) Caso o(a) senhor(a) participe da pesquisa, será necessário responder as perguntas de uma entrevista referentes à dados com relação à sua saúde mental, coletando informações sobre seu estilo de vida e estresse no trabalho. Depois disso, você poderá participar de rodas de terapia comunitária integrativa, que é uma prática de cuidado em saúde mental, que por meio da fala, oferta um espaço escuta ativa dos seus sofrimentos, angústias, alegrias e vitórias. Ao final de 8 semanas, com realização de tais rodas semanalmente, será novamente aplicado o formulário contendo às informações sobre seu estilo de vida e estresse no trabalho

c) Para participar da entrevista inicial e final, o(a) senhor(a) deverá comparecer no local e data que serão combinados entre o(a) senhor(a) e o pesquisador. Perguntas iniciais definidas pelos pesquisadores proporcionarão uma direção à discussão do tema escolhido. Essa entrevista terá duração de aproximadamente 30 a 60 minutos, mas o(a) senhor(a) pode

se sentir livre para falar sobre sua experiência em relação à temática abordada. A entrevista será gravada em áudio para posterior análise.

Caso você deseje participar das rodas de TCI, o(a) senhor(a) deverá comparecer no local e data que serão combinados entre o(a) senhor(a) e o pesquisador. Essa roda terá duração de aproximadamente 90 minutos, sendo que o(a) senhor(a) pode se sentir a vontade para falar ou não da sua experiência de vida, sofrimentos, angústias, superações e vitórias.

d) Há a possibilidade de o(a) senhor(a) ter algum desconforto ou algum tipo de constrangimento relacionado durante a realização da entrevista e/ou roda de terapia comunitária integrativa. Se isso vier a acontecer, for percebido ou relatado, a sua entrevista ou participação poderá ser interrompida sem qualquer tipo de prejuízo ao seu trabalho. Reforçamos também, que não é necessário contar nada que não o deixe à vontade. Não sendo necessário compartilhar qualquer informação que não desejar.

e) Alguns riscos, relacionados ao estudo podem ser: desconforto ou constrangimento em relação à opinião que irá compartilhar e timidez ao tratar de assuntos que considere íntimos ou desconfortáveis, estes riscos serão minimizados pela garantia de que as informações trocadas entre pesquisador e participante são confidenciais, ou seja, não serão divulgadas com o seu nome. Apesar de raro, mas caso haja algum tipo de manifestação de sofrimento de ordem psicológica, desencadeado pela pesquisa, será encaminhado para atendimento de psiquiatria com a Dra. Sabrina Stefanello.

f) O benefício esperado com essa pesquisa é oportunizar um espaço comunitário que promove a escuta, a autorreflexão sobre a realidade, a conversa interior, favorecendo a fala, a expressão da subjetividade, dos sentimentos e pensamentos, trazendo estratégias de enfrentamento, alívio do sofrimento, valorização pessoal e fortalecimento de vínculos solidários.

g) Os pesquisadores responsáveis por este estudo, com seus respectivos e-mails Deivisson Vianna Dantas (deivianna@gmail.com), Sabrina Stefanello (binastefanello@gmail.com), Milene Zanoni da Silva (milenezanoni@gmail.com), Cassiano Robert (cassianorobert@hotmail.com), Allana Marina Bueno (allanamarinab@gmail.com), Ana Rocha Ohata (ana.rocha.ohata@hotmail.com) e Sandriane A. Kalamar Martins (sandriane.martins@gmail.com) também poderão ser localizados os pesquisadores pelo telefone celular por ligação ou por meio de mensagem eletrônica pelos números (41) 991091158 Deivisson Vianna Dantas, (41) 991291030 Sabrina Stefanello, ou no telefone fixo (41) 33607241, no horário das 08 horas até às 17 horas, ou presencialmente no endereço: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Rua Padre Camargo, 280, 7 andar, sala 1, para

solucionar dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária, ou seja, sem qualquer tipo de obrigação, e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. Orientadores: Prof. Dr. Deivisson Viana e Prof. Dr<sup>a</sup>. Sabrina Stefanello e os alunos do programa de pós graduação profissional em saúde coletiva. Porém, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, ou seja, não constarão nomes ou outro tipo de identificação, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa: impressão de papéis e custos com o audiovisual não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

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

l) Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

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 da participação do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_]

---

[Assinatura do(a) Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

---

[Assinatura do Pesquisador Responsável – Deivisson Vianna Dantas dos Santos]

---

[Assinatura da Pesquisadora Responsável – Milene Zanoni da Silva]

---

[Assinatura da Pesquisadora–Sandriane A. Kalamar Martins]

---

[Assinatura do Pesquisador - \_\_\_\_\_]

## ANEXO C –SQR-20 SELF REPORT QUESTIONNAIRE

### SQR-20 Self Report Questionnaire

**Instruções:**

Estas questões estão relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você verifica que a questão se aplica a você e você teve o problema nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

**IMPORTANTE:** Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional habilitado.

PERGUNTAS		RESPOSTAS	
1.	Você tem dores de cabeça frequente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.	Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3.	Dorme mal?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4.	Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5.	Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6.	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7.	Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8.	Tem dificuldades de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9.	Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10.	Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
11.	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
12.	Tem dificuldade de tomar decisões?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
13.	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
14.	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
15.	Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
16.	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
17.	Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
18.	Sente-se cansado (a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
19.	Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
20.	Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Se o resultado for > ou = 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

## ANEXO D – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

### Inventário de Ansiedade de Beck

Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Possui diagnóstico de ansiedade? ( ) Não ( ) Não sabe ( ) Sim. Desde quando \_\_\_\_\_

Já se encontra em tratamento da ansiedade: ( ) Não ( ) Sim. Tempo de tratamento: \_\_\_\_\_

Tratamento atual para ansiedade: \_\_\_\_\_

Tratamentos prévios para ansiedade: \_\_\_\_\_

Ler cuidadosamente cada item da lista de sintomas comum de ansiedade. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "X" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Pergunta	Resposta			
		Absolutamente não	Levemente não me incomodou muito	Moderadamente foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente dificilmente pude suportar
1.	Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2.	Sensação de calor	0	1	2	3
3.	Tremores nas pernas	0	1	2	3
4.	Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5.	Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6.	Atordoado ou tonto	0	1	2	3
7.	Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3
8.	Sem equilíbrio	0	1	2	3
9.	Aterrorizado	0	1	2	3
10.	Nervoso	0	1	2	3
11.	Sensação de sufocação	0	1	2	3
12.	Tremores nas mãos	0	1	2	3
13.	Trêmulo	0	1	2	3
14.	Medo de perder o controle	0	1	2	3
15.	Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16.	Medo de morrer	0	1	2	3
17.	Assustado	0	1	2	3
18.	Indigestão ou desconforto no abdômen	0	1	2	3
19.	Sensação de desmaio	0	1	2	3
20.	Rosto afoqueado	0	1	2	3
21.	Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3

## ANEXO E –INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

### Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, marque um **X** no espaço correspondente que melhor descreve a maneira como você tem se sentido nesta última semana, incluindo hoje. Se várias respostas parecem igualmente aplicar-se ao seu caso pessoal, assinale cada uma delas.

1.	0	Não me sinto triste.
	1	Eu me sinto triste.
	2	Estou sempre triste e não consigo sair disso.
	3	Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2	0	Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
	1	Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
	2	Acho que nada tenho a esperar.
	3	Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3	0	Não me sinto um fracasso.
	1	Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
	2	Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
	3	Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4	0	Tenho tanto prazer em tudo como antes.
	1	Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
	2	Não encontro um prazer real em mais nada.
	3	Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5	0	Não me sinto especialmente culpado.
	1	Eu me sinto culpado às vezes.
	2	Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
	3	Eu me sinto sempre culpado.

6	0	Não acho que esteja sendo punido.
	1	Acho que posso ser punido.
	2	Creio que vou ser punido.
	3	Acho que estou sendo punido.

7	0	Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
	1	Estou decepcionado comigo mesmo.
	2	Estou enojado de mim.
	3	Eu me odeio.

8	0	Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
	1	Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
	2	Eu me culpo sempre por minhas falhas.
	3	Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9	0	Não tenho quaisquer ideias de me matar.
	1	Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
	2	Gostaria de me matar.
	3	Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10	0	Não choro mais que o habitual.
	1	Choro mais agora do que costumava.
	2	Agora, choro o tempo todo.
	3	Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11	0	Não sou mais irritado agora do que já fui.
	1	Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
	2	Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
	3	Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12	0	Não perdi o interesse nas outras pessoas.
	1	Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
	2	Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
	3	Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13	0	Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
	1	Adio minhas decisões mais do que costumava.
	2	Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
	3	Não consigo mais tomar decisões.
14	0	Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
	1	Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
	2	Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
	3	Considero-me feio.
15	0	Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
	1	Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
	2	Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
	3	Não consigo fazer nenhum trabalho.

16	0	Durmo tão bem quanto de hábito.
	1	Não durmo tão bem quanto costumava.
	2	Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
	3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17	0	Não fico mais cansado que de hábito.
	1	Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
	2	Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
	3	Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18	0	Meu apetite não está pior do que de hábito.
	1	Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
	2	Meu apetite está muito pior agora.
	3	Não tenho mais nenhum apetite.

19	0	Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
	1	Perdi mais de 2,5 Kg.
	2	Perdi mais de 5,0 Kg.
	3	Perdi mais de 7,5 Kg.
		Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )

20	0	Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
	1	Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
	2	Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
	3	Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21	0	Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
	1	Estou menos interessado por sexo que costumava.
	2	Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
	3	Perdi completamente o interesse por sexo.

## ANEXO F – REGISTRO DAS RODAS DE TCI

**ENDEREÇO DO LOCAL DA TCI.**

 ENDERÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_ DIA DA SEMANA \_\_\_\_\_

**INTEGRANTES DA EQUIPE.**

 Terapeuta Comunitário \_\_\_\_\_  
 Co-terapeuta Comunitário \_\_\_\_\_  
 Co-terapeuta Comunitário \_\_\_\_\_

**Participantes**

	Criança (0 a 10)	Adolescente (11 a 19)	Adulto (20 a 59)	Idoso (mais de 60)	Total
Feminino					
Masculino					
Total					

Marque os itens numerados abaixo que correspondem aos temas propostos na TC. Detalhe o tema no espaço ao lado do item marcado, se necessário. (= **temas universais**).

(1) Estresse (angústia, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, mágoa, raiva, vingança, desânimo, desprezo...)	(7) Abandono, Rejeição, Discriminação (adoção, poder público, esposo (a), filho (a), companheiro (a), amigo (a), irmã/irmão, autorejeição, parente, colega de trabalho, por questões de cor, raça, gênero, doença)
(2) Conflitos familiares (marido e mulher, separação, pais, irmãos, avós, netos, traição, ciúmes...)	(8) Problemas físicos de saúde (diabetes, pressão alta, dores crônicas, epilepsia, alergias, câncer, problemas cardíacos, etc.)
(3) Dependências: ( )álcool ( ) drogas ( ) crack ( ) outra_ Qual? (tráfico, prisão, furto, dependências, remédios, agressões [em contexto intrafamiliar e comunitário])	(9) Problemas mentais, psíquicos e neurológicos (transtorno bipolar, esquizofrenia, psicoses, autismo)
(4) Trabalho (desemprego, falta de reconhecimento, insatisfação, insegurança, agressão física/verbal e moral, dificuldades financeiras, dívidas...)	(10) Problemas escolares (reprovação, problemas de aprendizagem)
(5) Violência, Exploração Sexual/Pedofilia (guangues, sexual, assalto, homicídio, intrafamiliar contra a mulher/homem, criança, adolescente, idoso, policial)	(11) Perdas (pai/mãe, esposo(a), companheiro(a), filha, vizinho(a), parentes, animais de estimação)
(6) Depressão	(12) Outro. Qual? _____



## ANEXO G – ARTIGO QUALIS B2 – QUALIS 2017-2018

*Sandriane Aparecida Kalamar MARTINS; Sabrina STEFANELLO; Deivisson Vianna Dantas dos SANTOS e Milene Zanoni da SILVA*

**INQUIETAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO RELATADAS NAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA POR TRABALHADORES DE UM CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO DO PARANÁ**

**PREOCUPACIONES Y ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO REPORTADAS EN LAS RUEDAS DE TERAPIA COMUNITARIA INTEGRADORA DE LOS TRABAJADORES EN UN CENTRO DE SOCIOEDUCACIÓN DEL PARANÁ**

**CONCERNS AND COPING STRATEGIES REPORTED IN SESSIONS OF INTEGRATIVE COMMUNITY THERAPY BY WORKERS IN A SOCIO-EDUCATIONAL CENTER IN PARANÁ**

Sandriane Aparecida Kalamar MARTINS<sup>1</sup>  
 Sabrina STEFANELLO<sup>2</sup>  
 Deivisson Vianna Dantas dos SANTOS<sup>3</sup>  
 Milene Zanoni da SILVA<sup>4</sup>

**RESUMO:** Saúde Mental é uma importante questão de Saúde Pública quando relacionada a situações que envolvem o exercício do trabalho. A população deste estudo é formada de indivíduos trabalhadores de um CENSE/PR, ambiente fechado, prisional, que exige uma conduta de controle, vigilância e adequação frente às necessidades, favorecendo o desenvolvimento de sofrimentos. O objetivo do estudo foi identificar as principais inquietações e estratégias de enfrentamento relatadas nas rodas de TCI pelos trabalhadores. O estudo foi do tipo intervenção exploratório descritivo. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo temática. Resultado das principais inquietações: trabalho 84,6% (falta de reconhecimento), estresse 69,2% (ansiedade e esgotamento); a principal estratégia de enfrentamento foi o fortalecimento e empoderamento pessoal 92,3%. Conclui-se que intervenção com a TCI é eficaz na identificação de sofrimentos e estratégias de enfrentamento. É altamente recomendável gerar informações sobre a TCI para o cuidado e alívio do sofrimento de trabalhadores, colaborando à tomada de decisão na esfera pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia comunitária integrativa. Socioeducação. Saúde do trabalhador. Promoção da saúde.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba – PR – Brasil. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6934-3621>. E-mail: sandriane.martins@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba – PR – Brasil. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Doutorado em Ciências Médicas (UNICAMP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9299-0405>. E-mail: binastefanello@gmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba – PR – Brasil. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1198-1890>. E-mail: deiviana@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba – PR – Brasil. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Doutorado em Saúde Coletiva (UEL). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1177-9668>. E-mail: milenezanoni@gmail.com

**RESUMEN:** La salud mental es un tema importante de salud pública cuando se trata de situaciones que involucran el ejercicio del trabajo. La población de este estudio está conformada por individuos que trabajan en un CENSE / PR, un ambiente carcelario cerrado, que requiere una conducción de control, vigilancia y adaptación a las necesidades, favoreciendo el desarrollo del sufrimiento. El objetivo del estudio fue identificar las principales preocupaciones y estrategias de afrontamiento reportadas en las ruedas TIC por los trabajadores. El estudio fue del tipo de intervención descriptiva exploratoria. Los datos se sometieron a análisis de contenido temático. Resultado de las principales preocupaciones: trabajo 84,6% (falta de reconocimiento), estrés 69,2% (ansiedad y agotamiento); la principal estrategia de afrontamiento fue el fortalecimiento y empoderamiento personal 92,3%. Se concluye que la intervención con TIC es eficaz en la identificación del sufrimiento y estrategias de afrontamiento. Es muy recomendable generar información sobre las TIC para el cuidado y alivio del sufrimiento de los trabajadores, contribuyendo a la toma de decisiones en el ámbito público.

**PALABRAS CLAVE:** Terapia comunitaria integradora. Socioeducación. Salud del Trabajador. Promoción de la Salud.

**ABSTRACT:** Mental Health is an important Public Health issue when related to situations involving the exercise of work. The population of this study is formed by individuals working in a CENSE/PR, closed, prison environment, which requires a conduct of control, surveillance and adequacy to needs, favoring the development of suffering. The objective of the study was to identify the main worries and strategies of confrontation reported in the circles of ICT by the workers. The study was of the descriptive exploratory intervention type. The data were processed through thematic content analysis. Results of the main worries: work 84.6% (lack of recognition), stress 69.2% (anxiety and exhaustion); the main strategy of confrontation was personal strengthening and empowerment 92.3%. It is concluded that intervention with the ICT is effective in identifying suffering and coping strategies. It is highly recommended to generate information about the ICT for the care and relief of suffering of workers, collaborating with decision making in the public sphere.

**KEYWORDS:** Integrative community therapy. Socio-education. Workers' health. Health promotion.

## Introdução

A abrangência do tema Saúde Mental do trabalhador é por si só, bastante ampla. A Saúde Mental constitui-se numa importante questão de Saúde Pública, quando relacionada a situações que envolvem o exercício do trabalho, condição esta intrínseca a vida de um indivíduo ou grupo, enquanto ser social.

No contexto da vida humana faz-se importante compreender o exercício do trabalho, pois representa um dos aspectos que promovem a realização do indivíduo, mas que também confere um grau de responsabilidade frente a situações de desgastes físico, mental e emocional (MINAYO *et al.*, 2010).

De acordo com estudos, 160 milhões de indivíduos trabalhadores, no mundo, são afetados por doenças relacionadas ao trabalho; por exemplo, a depressão, prevalente nas mulheres, ocupa lugar de destaque, sendo considerada o quinto maior problema de Saúde Pública do mundo. No Brasil, os transtornos mentais comuns (TMC) ocupam a terceira maior causa das aposentadorias por invalidez dos trabalhadores (ROMERO, 2016; GAVIN *et al.*, 2015).

A população deste estudo diz respeito a indivíduos trabalhadores que atuam em ambientes de controle e vigilância, no caso, os Centros de Socioeducação (CENSE). Esses espaços se caracterizam por serem unidades de atendimento que tem abrangência regional, vinculada à Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social (SEDS), que executam as medidas socioeducativas, ofertam programas à internação e/ou internação provisória aos adolescentes em conflito com a lei do Estado do Paraná em cumprimento de medida judicial (BRASIL, 2020b).

No âmbito paranaense, o atendimento das medidas de internação acontece na Secretaria de Justiça, Trabalho e Direitos Humanos (SEJU) por meio do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE) que administra 8 casas de Semiliberdade no Estado, que atendem crianças e adolescentes que possuem medida restritiva de liberdade: transição para meio aberto; e 19 CENSE que atendem crianças e adolescentes que possuem medida privativa de liberdade, internação como medida socioeducativa. Cada um destes Centros deve seguir os parâmetros da ação socioeducativa, os quais estão organizados pelos seguintes eixos estratégicos: suporte institucional e pedagógico; diversidade étnico-racial, de gênero e de orientação sexual; cultura, esporte e lazer; saúde; escola; profissionalização/trabalho/previdência; família e comunidade e segurança (BRASIL, 2020b).

Os CENSE dispõem de uma equipe de profissionais, que assumem a desafiadora tarefa de desenvolver atividades de relevância no processo de construção biopsicossocial com os adolescentes (BRASIL, 2018c). Assim a socioeducação e a saúde se entrelaçam frente aos desafios rotineiros, especialmente no que diz respeito a grupos sociais ou populações estigmatizadas (MOREIRA, 2019).

Devido às condições rotineiras de trabalho destes indivíduos, para com os/as adolescentes, que envolvem desde o auxílio na realização de atividades pedagógicas, manutenção da integridade física e psicológica, condutas de segurança, com uso de cadeados, portões de ferro; atividades externas vinculadas a saúde; atividades internas como lazer, banho de sol, etc.; estes indivíduos trabalhadores estão frequentemente expostos a diversas situações de desconforto, ameaças e agressividades (GRECO *et al.*, 2013).

Considera-se que exercer atividades de trabalho em espaços institucionais, tal como os CENSE, com características de ser fechado, prisional, exige destes trabalhadores uma conduta de controle, vigilância, atenção, segurança e adequação frente às necessidades adversas. Mediante tais circunstâncias é comum estes profissionais vivenciarem estados de tensão, pressão e estigma, interferindo nos aspectos afetivos e emocionais ocasionando o desenvolvimento de ansiedade, angústia, fadiga mental, depressão, exaustão, estresse, sofrimento psíquico, problemas nos relacionamentos familiares ou sociais, entre outros (BEZERRA *et al.*, 2016).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI), é uma metodologia de intervenção. Criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, em 1987, com a intenção de solucionar as necessidades de saúde da comunidade do bairro Pirambu, Fortaleza - CE. Nasceu num contexto de precariedades em relação às condições da vida humana e a inúmeras deficiências, desde infraestrutura, segurança, emprego à atuação das políticas públicas (BARRETO, 2008; REIS, 2017).

A TCI, é um espaço comunitário onde as pessoas têm a oportunidade de falar sobre a sua história de vida, seus sentimentos, emoções, dor e conflitos de forma horizontal e circular. Transcende aos aspectos sociodemográficos e, caracteriza-se por ser uma ferramenta de construção de vínculos solidários, onde cada um torna-se terapeuta de si mesmo partilhando experiências de vida e sabedoria, todos se tornam corresponsáveis na busca de superações e soluções dos problemas cotidianos, o que propicia aos participantes experimentar a ajuda do grupo que oferece suporte e apoio (BARRETO, 2010).

Considerando a temática da Saúde Mental dos indivíduos trabalhadores da Socioeducação, baseando-se em algumas premissas como: o nível de transtornos mentais comuns entre os agentes socioeducativos (ROMERO *et al.*, 2016) e o cenário da Socioeducação semelhante ao do sistema prisional, correlacionando o exercício do trabalho, estresse e adoecimento (GRECO *et al.*, 2013), é pertinente investigar se as rodas de TCI são ferramentas capazes de identificar inquietações e estratégias de enfrentamento.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar as principais inquietações e estratégias de enfrentamento, relatados na intervenção com as rodas de TCI, pelos trabalhadores de um CENSE do Paraná, capazes de gerar informações no cuidado, promoção da saúde e prevenção ou alívio de sofrimento, destes trabalhadores.

### Percurso metodológico

O presente estudo trata dos dados parciais que integram o projeto guarda-chuva “Manejes e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos CENSE e casas de Semi Liberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná”. Tal projeto guarda-chuva envolve um conjunto de dissertações de mestrado, dentre as quais a dissertação que originou essa pesquisa. Trata-se de uma pesquisa do tipo intervenção de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa, que consiste na intervenção com as rodas de TCI, aqui denominadas por “intervenções”.

Foram realizadas um total de 13 intervenções com as rodas de TCI, no período compreendido entre outubro de 2019 a fevereiro de 2020, prevalentemente nas quintas e sextas-feiras das 7 às 8 horas da manhã, no CENSE JMR, localizado no bairro Mercês em Curitiba/PR.

Cada intervenção com roda de TCI possuiu um número de participantes que oscilou entre um mínimo de três, e um máximo de onze, sendo que esses participantes pertenciam à população em estudo, composta por profissionais do quadro efetivo deste CENSE JMR, em um total de 45 indivíduos. Nessa população estavam incluídos os cargos/funções de agentes socioeducativos, equipe técnica, administrativo, motorista, equipe PROEDUSE<sup>5</sup>/professores e equipe terceirizada, sem filtros de exclusão para idade e tempo de serviço.

O acesso às rodas de TCI, enquanto aplicação de intervenção e participação na pesquisa, foi feito por convites intermediados pela Diretoria do CENSE JMR, na maior parte, e em alguns momentos, com a presença da pesquisadora. Além do convite verbal houve a fixação de convite impresso junto ao relógio ponto da instituição, num painel de avisos e na mesa do refeitório dos trabalhadores. O critério de inclusão foi definido em amostra por conveniência, e o critério de exclusão adotado foi o afastamento por licença para tratamento de saúde.

Todas as 13 intervenções aplicadas neste estudo foram conduzidas pela pesquisadora, que é terapeuta comunitária integrativa, capacitada por Polo Formador chancelado pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). Cada uma das intervenções foi gravada e transcrita para gerar os dados analisados neste estudo, sendo que os nomes dos participantes foram alterados para combinações de Letras, com o intuito de preservar o sigilo de identidade dos participantes da pesquisa, como determina a legislação sobre Pesquisas com Seres Humanos no Brasil (Resolução nº 466 – CNE/MS, 2012). Para realização deste estudo, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR conforme número do CAAE:

<sup>5</sup> Programa de Educação nas Unidades dos CENSE, que oferta escolarização em todas as unidades de internação e internação provisória, sendo garantido o atendimento de ensino fundamental e médio na modalidade de Educação de Jovens e Adultos – EJA a todos os adolescentes (DEASE).

02353018.3.0000.0102. Todos os participantes preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

### **Intervenção: as rodas de TCI desse estudo**

Cada roda de TCI foi considerada, nesse estudo, uma intervenção, e possui uma metodologia específica que, na prática, consiste em uma roda de conversa circular e horizontal, desenvolvida a partir de 6 etapas, descritas a seguir.

**Acolhimento** é a primeira etapa de uma roda de TCI e consiste no movimento de receber as pessoas, explicar a metodologia e apresentar as regras que norteiam a prática: silêncio e escuta ativa, a regra da cultura, não julgar e não inferir conselhos e falar de si, sempre em primeira pessoa.

**Escolha do tema, ou a inquietação** é a segunda etapa de uma roda de TCI, como momento de compartilhar a inquietude ou sofrimento com o grupo: a pessoa diz seu nome e em poucas palavras procura nomear o que sente, apresentando de três a cinco breves relatos, dependendo do grupo. Nessa etapa também é possível abrir um espaço de fala à identificação e justificativa do que ressoou na sua própria história de vida; feita essa fala, passa-se à votação pela história que mais ressoou no grupo e, a partir desse procedimento, vem a decisão pelo tema a ser aprofundado.

A **contextualização** é a terceira etapa de uma intervenção pela roda de TCI, e consiste do momento em que o protagonista que trouxe o tema escolhido pode falar mais da sua vivência, e nesse momento todos os participantes podem fazer perguntas para o protagonista, com o objetivo de ampliar a reflexão e compreensão do sofrimento da situação.

**Partilha de experiências/problematização**, onde a terapeuta elabora uma pergunta pertinente ao tema que emergiu na roda e lança no grupo para que todos, ou aqueles que sentirem-se conectados, possam responder, trazendo suas respostas e ferramentas, enquanto estratégias de superação.

Encaminha-se, assim, para o **encerramento**, que é um momento onde a terapeuta convida a comunidade ou grupo a receber o agradecimento que fará aos integrantes e ao protagonista, enfatizando que todas as histórias são importantes. É no encerramento que a terapeuta convida todos a se manifestarem, verbalizando aquilo que mais o tocou, ou o que está levando como aprendizado, dessa roda de TCI.

Por fim, a **apreciação da terapia** consiste na avaliação, de acordo com um roteiro de apoio, do processo de condução da roda de TCI, que nesse estudo foi conduzida apenas pela pesquisadora, como terapeuta.

Foi o roteiro de apoio da apreciação da condução da intervenção, conforme sistematizado na metodologia da TCI, que serviu de base para gerar as informações tabuladas neste estudo (BARRETO, 2008; REIS, 2017).

### Tratamento dos resultados

Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado acerca das variáveis sociodemográficas, e pelo instrumento de apreciação da TCI.

Todos os dados foram planilhados, gerando um banco de dados que foi submetido a tratamento e análise temática de conteúdo.

## Resultados

### Caracterização sociodemográfica

Um total de 37 trabalhadores integrou o universo da pesquisa, sendo que a distribuição de gênero foi de 24 mulheres (64,9%) e 13 homens (35,1%); quanto à orientação sexual, 94,6% manifestou a heterossexualidade como opção. Todas as características pessoais de identificação autorreferidas foram registradas e estão descritas na Tabela 1, juntamente com o apontamento dos participantes, em relação à função exercida no quadro efetivo do CENSE JMR.

**Tabela 1** – Distribuição de dados sociodemográficos dos integrantes que participaram da pesquisa (n=37)

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	24	64,9
Masculino	13	35,1
<b>Orientação sexual</b>		
Heterossexual	35	94,6
Homossexual	1	2,7
Outros	1	2,7
<b>Quanto à cor da pele/etnia:</b>		
Branco(a)	27	73,0

*Inquirições e estratégias de enfrentamento relatadas nas rodas de terapia comunitária integrativa por trabalhadores de um centro de socioeducação do Paraná*

Pardo(a)	9	24,3
Amarelo(a)	1	2,7
<b>Situação conjugal/estado civil</b>		
Solteiro (a)	9	24,3
Casado (a)	21	56,8
Separado/divorciado (a)	4	10,8
União consensual	3	8,1
<b>Escolaridade</b>		
2º Grau incompleto	1	2,7
2º Grau completo	2	5,4
3º Grau incompleto	2	5,4
3º Grau completo	14	37,8
Pós-Graduação	18	48,6
<b>Renda familiar</b>		
Até 5 salários mínimos	14	37,8
De 6 a 10 salários mínimos	17	45,9
Acima de 10 salários mínimos	6	16,2
<b>Prática alguma atividade física</b>		
Não	10	27,0
Sim, esporadicamente	8	21,6
Sim, com frequência	19	51,4
<b>Condições de saúde autorreferida: depressão e/ou ansiedade</b>		
	13	35,1
<b>Uso de medicamentos</b>		
Não	19	51,4
Sim	18	48,6
<b>Vínculo que considera importante em momentos de dificuldades</b>		
Família	34	91,9
Amigos	16	43,2
Comunidade	2	5,4
Trabalho	2	5,4
Serviços de saúde	2	5,4
<b>Função no CENSE</b>		
Agentes de Segurança Socioeducativa (ASSE)	22	59,5
Equipe Técnica	5	13,5
Administrativo	1	2,7
Equipe Proeduse/Professores	8	21,6
Equipe terceirizada	1	2,7
	<b>n</b>	<b>anos</b>

<b>Idade média</b>	34	44,0
<b>Tempo Médio de atuação no CENSE</b>	23	10,8
<b>Tempo Médio de atuação no CENSE JMR</b>	23	8,4

Fonte: Dados da pesquisa (2019-2020)

### Caracterização dos temas (inquietações) e das estratégias de enfrentamento relatados na intervenção com a TCI

Na Tabela 2 estão apresentados, em ordem de frequência de distribuição percentual, os temas universais citados nas 13 intervenções com rodas de TCI, objetos desta pesquisa. Na referida Tabela, encontram-se em destaque negrito os temas universais, e sublinhadas, as expressões que permearam a fala dos participantes, cada uma delas atribuídas aos temas universais.

**Tabela 2** – Descrição dos temas universais citados nas rodas de TCI realizadas no CENSE JMR, Paraná, 2020 (n=13)

<b>Temas Universais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Trabalho</b> ( <u>Desrespeito</u> , <u>indisciplina</u> , <u>falta de reconhecimento</u> , <u>desemprego</u> , <u>insatisfação</u> , <u>insegurança</u> , <u>agressão física/verbal e moral</u> , <u>dificuldades financeiras</u> ...)	11	84,6
<b>Estresse</b> ( <u>angústia</u> , <u>medo</u> , <u>ansiedade</u> , <u>insônia</u> , <u>nervosismo</u> , <u>mágoa</u> , <u>raiva</u> , <u>vingança</u> , <u>desânimo</u> , <u>desespero</u> , <u>esgotamento</u> ...)	9	69,2
<b>Conflitos familiares</b> ( <u>marido e mulher</u> , <u>relacionamentos íntimos</u> , <u>separação</u> , <u>pais</u> , <u>filhos</u> , <u>irmãos</u> , <u>avós</u> , <u>netos</u> , <u>traição</u> , <u>crimes</u> ...)	2	15,4
<b>Violência</b> ( <u>adolescentes</u> , <u>criança</u> , <u>policial</u> , <u>sexual</u> , <u>assalto</u> , <u>intrafamiliar contra a mulher/homem</u> , <u>idoso</u> , <u>homicídio</u> , <u>gangues</u> , <u>exploração sexual</u> , <u>pedofilia</u> ...)	1	7,7

Fonte: Dados da pesquisa (2019-2020)

As estratégias de enfrentamento relatadas durante as intervenções com as rodas de TCI encontram-se apresentadas de acordo com a frequência de distribuição percentual na Tabela 3.

**Tabela 3**– Descrição das estratégias de enfrentamento relatadas durante as rodas de TCI realizadas no CENSE JMR, Curitiba, 2020 (n=13)

Estratégias de enfrentamento	n	%
Fortalecimento/Empoderamento pessoal: capacidade de apropriar-se do seu poder de agir	12	92,3
Participar da terapia comunitária	3	23,1
Autocuidado (busca de recursos na cultura)	3	23,1
Busca de ajuda profissional e ações de cidadania (serviços públicos)	2	15,4
Busca de ajuda religiosa ou espiritual	2	15,4
Busca de redes solidárias (amigos, vizinhos, associações, grupos de autoajuda)	2	15,4
Cuidar do relacionamento com a família	2	15,4

Fonte: Dados da pesquisa (2019-2020)

### Discussão

Com base no conceito e na estrutura metodológica da ferramenta de intervenção utilizada a TCI, foi possível extrair das rodas de TCI, fazendo uso do roteiro de apoio, conteúdos que possibilitaram mapear os temas universais (inquietações) que retratam o sofrimento humano, assim como as estratégias de enfrentamento dos participantes.

Faz-se importante destacar que a população alvo deste estudo diz respeito a trabalhadores de um CENSE do Paraná, que conforme Tabela 1, apresenta elevado percentual de trabalhadores com pós-graduação (48,6%), sendo que a maioria dos trabalhadores ocupam a função de agentes de segurança socioeducativa (59,5%), com idade média de 44 anos e tempo médio de atuação mais de dez anos dentro do sistema da socioeducação.

Verifica-se, que na Tabela 2, os temas universais relatados com maior representatividade foram dois. Primeiramente, o trabalho, que aparece com uma frequência de 84,6%. As expressões que permearam a fala dos participantes em relação ao tema foram a falta de reconhecimento e de respeito, conforme em destaque sublinhado. Este achado também possibilita uma correlação com a Tabela 1 e pressupõem coerência com o item que trata do “vínculo que considera importante em momentos de dificuldades”, em que o trabalho (5,4%), apresenta baixo vínculo de apoio.

Em segundo, vem o estresse (69,2%), com manifestações expressivas dos participantes de ansiedade, angústia e esgotamento. Vale destacar que ambientes de trabalho como a socioeducação com intensas demandas emocionais, psicológicas, estão associados aos maiores riscos à saúde (GRECO *et al.*, 2013).

Já na Tabela 3, quanto a estratégia de enfrentamento, predomina com 92,3% o Fortalecimento/Empoderamento pessoal: a capacidade de apropriar-se do seu poder de agir. Esse dado também possibilita correlacionar com itens da Tabela 1, considerando que 51,4% praticam atividade física com frequência, e que a família foi apresentada como importante base de apoio em 91,9% das respostas, seguida dos amigos em 43,2%.

Diante do exposto, observa-se que a TCI é uma importante tecnologia psicossocial de intervenção para avaliação, diagnóstico, promoção e cuidado da saúde do trabalhador.

### Considerações

Este estudo atingiu o objetivo proposto constatando que a intervenção, com as rodas de TCI, é eficaz na identificação das inquietações relacionadas ao sofrimento dos trabalhadores, assim como na identificação das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores de um CENSE do Paraná.

Os achados indicam preocupante realidade de sofrimento e estresse em relação ao exercício do trabalho desses profissionais. Portanto, fica evidente a necessidade de se buscar estratégias de cuidado para o contexto dos trabalhadores dentro da socioeducação.

Ainda, é imprescindível gerar informações sobre a TCI para o cuidado, promoção da saúde e prevenção ou alívio do sofrimento de trabalhadores e para a tomada de decisão na esfera pública, uma vez que desde 2008 está inserida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), como prática integrativa e complementar de cuidado em saúde mental (ANDRADE, 2009).

Por fim, recomenda-se possibilitar a implantação e o acesso a práticas de intervenção com as rodas de TCI, uma vez que a metodologia promove a expressão, a troca de experiências e saberes, repercute na construção da autonomia e no fortalecimento de vínculos solidários, gerando empoderamento individual e coletivo na perspectiva de qualificar o exercício do viver.

**AGRADECIMENTOS:** O projeto teve solicitação da Secretária de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos (SEJU), da divisão de saúde do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE) e apoio da Direção do CENSE Joana Miguel Richa (CENSE JMR).

### REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. *et al.* (Orgs.). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: Ministério da Saúde, 2009.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA COMUNITÁRIA. **Estatuto Social da Associação Brasileira de Terapia Comunitária**. Beberibe, CE: Associada n. 1167, 2019. (documento não publicado)
- BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. rev. ampl. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
- BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**. 4. ed. Fortaleza: LCR, 2010.
- BEZERRA C. M *et al.* Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2135-2146, 2016.
- BRASIL. **Cadernos de socioeducação: gestão pública do sistema socioeducativo**. Curitiba, PR: Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, 2018. Disponível em: [http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/CadernoGestao\\_1.pdf](http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/migrados/File/CadernoGestao_1.pdf). Acesso em: 12 abr. 2020.
- BRASIL. **Socioeducação**. Curitiba, PR: SEJUF, DEASE, 2020. Disponível em: <http://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Socioeducacao-0>. Acesso em: 7 abr. 2020.
- GAVIN, R. S. *et al.* Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **SMAD, Revista Electrónica em Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 11, n. 1, p. 2-9, jan./mar. 2015.
- GRECO, P. B. T. *et al.* Estresse no trabalho em agentes dos centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 94-103, 2013.
- MINAYO, M. C. S. Introdução. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-51, 2010.
- MOREIRA, I. A. W. **Políticas educacionais e desigualdade social no Brasil: desafios à inclusão social de adolescentes autores de atos infracionais**. Orientador: Telmo Marcon. 2019. 451 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2019. Disponível em: <http://tede.upf.br:8080/jspui/handle/tede/1884>. Acesso em: 1 abr. 2020.
- REIS, M. L. A. **Quando me encontrei voê: o significado da capacitação em Terapia Comunitária Integrativa**. Porto Alegre: CAIFCOM Editora, 2017.
- ROMERO, D. L. *et al.* Transtornos mentais comuns em educadores sociais. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 65, n. 4, p. 322-329, 2016.
- SILVA, D. C. *et al.* Tecnologias leve e cuidado em enfermagem. **Esc. Anna Nery Ver Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008.

**Como referenciar este artigo**

MARTINS, S. A. K.; STEFANELLO, S.; SANTOS, D. V. D. dos; SILVA, M. Z. da. Inquietações e estratégias de enfrentamento relatadas nas rodas de terapia comunitária integrativa por trabalhadores de um centro de socioeducação do Paraná. **Temas em Educ. e Saúde**, Araraquara, v. 16, n. esp. 1, p. 409-421, set., 2020. e-ISSN 2526-3471. DOI: <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14320>

**Submetido em:** 20/05/2020

**Revisões requeridas:** 30/05/2020

**Aprovado em:** 25/08/2020

**Publicado em:** 30/09/2020

**1ª RODA DE TCI NO CENSE JOANA MIGUEL RICHA - 06/11/2019.**

**Sandriane:** Bom dia Marcos! Tudo bom?!

Hoje, é quarta-feira dia 6 (*falei equivocado no áudio*), nós fizemos aquela etapa das entrevistas e agora a gente começa um processo que é chamado de intervisão, que é com a roda de terapia comunitária integrativa.