

SOFRIMENTOS DE PESSOAS EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E MEIOS DE SUPERAÇÃO

Verbena Santos Araújo¹
Izabel Cristina Santos do Nascimento²
Rayla Patrícia da Silva Andrade³
Orientadora: Iramara Lima Ribeiro⁴

RESUMO

As Terapias Comunitárias Integrativas são práticas curativas e pouco onerosas no seu desenvolvimento que geram ações de promoção à saúde e prevenção do sofrimento emocional nas comunidades. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa documental que utilizou como fonte de dados primária fichas de 22 rodas de Terapia Comunitária Integrativa realizadas quinzenalmente, entre dezembro de 2016 a setembro de 2018 em uma Unidade de Saúde da Família localizada na zona sul do município de Natal/RN. Com o objetivo de identificar os tipos de sofrimentos que acometem participantes de rodas de Terapia Comunitária Integrativa e as formas utilizadas para superá-los. Na categoria sofrimentos relatados houve um destaque para problemas familiares com um desejo velado de resolvê-los visto na palavra amor. Na categoria meios de superação para os sofrimentos de ordem familiar, as soluções são apontadas no mesmo núcleo relacionado à família e amigos. Conclui-se que as práticas de Terapias Comunitárias Integrativas proporcionam aos participantes a melhora da autoestima, uma maior reintegração social e fortalecimento dos vínculos familiares, de amizade e espirituais.

Palavras-chave: Terapia comunitária Integrativa, Pessoa idosa, Sofrimento.

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo é uma realidade que tende a expandir exponencialmente, resultando em redução de taxas de fecundidade e de mortalidade e, conseqüentemente, aumento da longevidade (DUARTE *et al.*, 2016). O processo de envelhecimento humano tem trazido à tona a necessidade de discutirem-se as reais necessidades e particularidades da pessoa idosa entre seus direitos de cuidados de saúde (VERAS *et al.*, 2014).

¹ Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, verbenaaraujo@bol.com.br;

² Graduada em Enfermagem e discente em gerontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, izabelcris.sn@gmail.com;

³ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, raylapatriciayla@gmail.com;

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, iramara@ccs.ufrn.br;

Esse processo é inerente ao ser humano e, de maneira natural, é usualmente acompanhado de alterações biopsicossociais, as quais resultam no declínio de processos cognitivos e funcionais, determinado por variadas e complexas interações entre fatores intrínsecos e extrínsecos (LIMA *et al.*, 2015).

Desse modo, é necessário um olhar voltado não somente para o idoso, mas também para as etapas da vida adulta onde o processo de envelhecimento se inicia. Villanueva (1987) classifica três fases para o adulto: entre 20 e 40 anos (adulto jovem), entre 40 a 60 anos (adulto maduro) e acima de 60 anos (adulto idoso).

O adulto maduro encontra-se numa fase de busca pela estabilidade financeira e de criação no âmbito familiar e laboral (procriação, produtividade e criatividade), tentando descobrir o que dá sentido à vida e se está caminhando para cumprir suas metas que geralmente estão atreladas à responsabilidade de guiar os mais jovens, iniciando uma consciência de que seu último estágio de vida se aproxima, até que na velhice a pessoa procura um sentido final para a vida (GONZÁLEZ; CASTILLO; GONZÁLEZ, 2018). Essa busca pode gerar estresse quando os objetivos não são alcançados e, por conseguinte sofrimento que pode culminar em problemas de saúde mental.

Ao mesmo tempo, a senescência conduz a uma mudança no perfil epidemiológico associada às alterações biopsicossociais e acarreta no aumento considerável de despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio importante para as autoridades sanitárias, em especial no que se refere à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. Devido a tais transformações, a pessoa idosa passa a necessitar mais dos serviços de saúde, as internações hospitalares se tornam mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias, demandando um cuidado mais especializado e gerando custos elevados. Normalmente, as doenças que afetam a pessoa idosa são crônicas e múltiplas, persistem por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas (BRASIL, 1996).

Atualmente, a busca de uma longevidade ativa e saudável tornou-se uma necessidade e para alguns uma conquista e um verdadeiro privilégio da sociedade, contudo como essa realidade ainda é exclusiva de uma parcela mínima da população. Conforme as nações e os contextos ambientais, fisiológicos e socioeconômicos, há necessidade de se investir mais em tecnologias de cuidado diferenciadas e adaptadas às reais necessidades da pessoa idosa. No Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional vem transformando cada vez mais o seu perfil demográfico desde a década de 1960, acarretando assim, novos desafios para as políticas

sociais e de saúde, exigindo cada vez mais esse olhar diferenciado para a condição de vida e saúde do idoso (SILVA, 2018).

Nesse contexto, faz-se necessária a incorporação ou o aprimoramento de melhorias no cuidado da saúde da pessoa idosa, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), na prática diária dos profissionais, de modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão humanizada e de mundo do usuário durante o processo de cuidado à saúde, promovendo qualidade de vida. (MOURA, 2017)

Destarte, a PNPIC criada em 2006 em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (APS), considera o indivíduo em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando atuar na redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer o seu modo de viver de modo saudável (GONGALVES, 2014).

Dentre as várias práticas inovadoras inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), pautadas nos conceitos e diretrizes da PNPIC, destacam-se as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) que são práticas direcionadas ao cuidado humanizado, sendo estas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006. As PNPIC não abordam somente a doença, consideram a dimensão subjetiva dos pacientes e seu contexto social, cultural, espiritual e o uso de práticas complementares nos processos de tratamento, cura, prevenção e promoção da saúde, baseadas em avaliação científica de segurança e eficácia, com boa qualidade (MACHADO, 2015).

Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, inserindo entre as cinco práticas já regulamentadas, outras 14 novas práticas, a fim de garantir uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde e estender o cuidado, mediante abordagens terapêuticas (BRASIL, 2018). Já em 2018, com a portaria nº 702, mais uma ampliação na PNPIC inseriu novos 10 recursos terapêuticos no rol das PICS do Ministério da Saúde, totalizando 29 possibilidades (BRASIL, 2017).

Dentre essas práticas, destaca-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), uma ferramenta de construção de redes sociais solidárias, onde todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, num ambiente acolhedor e caloroso (BARRETO, 2010).

A TCI enquanto estratégia de cuidado e acolhimento constrói um ambiente propício à fala e à escuta, capaz de reduzir as dores e sofrimentos da população idosa e, conseqüentemente,

diminuir a utilização de medicamentos ansiolíticos (ARAÚJO, 2017). Gera ações de promoção à saúde e prevenção do sofrimento emocional nas comunidades. Dessa forma, proporciona ao indivíduo a construção de vínculos sociais saudáveis, favorecendo o resgate da autonomia (MORAES, 2014).

Assim, passa a ser um ato terapêutico, implantado na Atenção Básica à Saúde dos municípios, visando à promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, buscando apreciar os relatos de vida dos participantes, assim como ajudá-los no resgate da identidade, da autoestima e da confiança em si, além de compreender melhor seus problemas e solucioná-los (MOURÃO, 2016).

Diante do exposto, a inserção de novas formas de cuidado que utilizem tecnologias leves e de baixo custo, como a TCI, tem-se tornado uma tônica na atuação dos profissionais de saúde, a fim de minimizar os problemas enfrentados pela pessoa idosa, mediante a finitude da vida. A terapia comunitária integrativa nesse contexto torna-se uma excelente aliada para trabalhar aspectos emocionais e vivenciais, por se tratar de uma metodologia que abre um espaço de partilha de experiências vividas, sendo considerada uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção e à promoção da saúde mental, uma vez que promove a construção de vínculos solidários e cria uma rede de apoio social, onde se busca minimizar problemas e buscar estratégias e soluções para enfrentar as adversidades do cotidiano.

Quando realizada junto à pessoa idosa, se caracteriza como uma importante estratégia de humanização em saúde, pois promove um cuidado integral e cria um lugar seguro de promoção da saúde e prevenção do adoecimento, pois essa parcela da população precisa de atenção diferenciada e de atividades que a reintegre socialmente, produza subsídios para o desenvolvimento de suas potencialidades e aumente sua autoestima, haja vista que sua grande vulnerabilidade para o adoecimento tanto físico como mental, é a porta para o declínio de sua qualidade de vida, devido tanto aos processos naturais de perda quanto as situações as quais são expostos todos os dias.

Considerando a importância da TCI no apoio às condições vivenciadas ao longo do envelhecimento, esse capítulo aborda uma pesquisa documental proveniente de fichas de Terapia Comunitária Integrativa, realizadas entre os anos de 2016 e 2018 em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na zona sul do município de Natal/RN, de maneira que os idosos pudessem expressar e compartilhar problemas vivenciados no seu cotidiano e que culminavam em sofrimentos das ordens física e psíquica e, assim, buscar superá-los a partir da troca de experiências, permitindo ainda, aos profissionais da USF, traçarem um perfil em relação aos principais problemas dos usuários participantes.

Teve-se por objetivo nesse estudo apresentar os tipos de sofrimentos que acometiam adultos participantes das rodas e as formas de enfrentamento utilizadas para superá-los. As rodas de TCI estiveram vinculadas a um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) intitulado “Humaniza-me: A Terapia comunitária como instrumento de humanização na promoção da saúde e construção de vínculos entre idosos”.

A partir de uma análise de conteúdo se identificou os sofrimentos relatados pelos adultos, sobretudo maduros e idosos, além dos meios utilizados para superá-los, cujos problemas estavam mais direcionados às relações de ordem familiar, com exposição dos sentimentos negativos decorrentes das situações experienciadas, além da busca de apoio junto a profissionais de saúde, familiares e amigos, numa formação de rede de apoio coletiva, dentro do meio social em que se inseriam.

Relativo às rodas de TCI, a partir de uma nuvem de palavras, ficou patente que elas despertavam sentimentos de conotação positiva, sobretudo relacionados à paz, amor, fé e gratidão, demonstrado que essa PIC foi capaz de melhorar a autoestima e promover uma maior reintegração social, além de fortalecer vínculos familiares, de amizade e espirituais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa documental, que utilizou como fonte de dados primária fichas descritivas de 22 rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) realizadas com periodicidade quinzenal, entre dezembro de 2016 a setembro de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona sul do município de Natal/RN. As fichas foram preenchidas pelas terapeutas responsáveis pela condução das rodas de TCI, com formação na área, sendo uma enfermeira doutora em Enfermagem e outra fisioterapeuta, doutora em Saúde Coletiva.

A prática da TCI na UBS esteve vinculada a um projeto de extensão desenvolvido pela Escola de Saúde da UFRN intitulado "Humaniza-me: A Terapia comunitária como instrumento de humanização na promoção da saúde e construção de vínculos entre idosos".

O projeto visou identificar as contribuições das Rodas de TCI para a resiliência e fortalecimento de vínculos solidários entre os idosos, mediante as etapas adiante:

I) acolhimento (iniciando com as boas vindas, comemorações dos aniversários, explicando sobre os objetivos e regras da terapia e dinâmica para melhor integração do grupo);

II) Escolha do tema (exposição de situações vividas no cotidiano pelos participantes e que se constituíam em sofrimento para os mesmos, seguida de votação entre todos para a eleição de um tema);

III) contextualização (o participante cujo tema foi escolhido relatava sua problemática de forma mais detalhada);

IV) Problematização (os participantes contavam suas experiências relacionadas com o tema, evidenciando as estratégias de superação de seus problemas e do seu sofrimento) e;

V) rituais de agregação (os participantes valorizavam as experiências dos outros e a própria e simbolicamente representavam uma grande teia solidária formada a partir da elevação da espiritualidade, da fé e da esperança).

Em relação ao perfil dos participantes, estes eram moradores de um bairro da zonal sul da cidade de Natal que apesar de ser conhecido como elitizado, apresenta um bolsão com uma comunidade carente, com índice elevado de violência e drogadição no entorno da UBS.

Quanto à idade, 0,2% dos participantes estava na faixa entre 12 e 18 anos (0,2%), 38,7% entre 19 e 45 anos, 42,6% entre 46 e 60 anos e 18,5% eram idosos (acima de 60 anos). Participaram nas 22 rodas de TCI 486 pessoas, com uma média de 22,1 pessoas por roda. Apenas uma pessoa era do sexo masculino.

O material decorrente das fichas de TCI nas quais estão descritas as apreensões dos terapeutas em relação aos momentos vivenciados durante as rodas, foi analisado à luz da Análise de Conteúdo, segundo Bardin (BARDIN, 2016). A autora discorre que esse tipo de análise pode ocorrer tanto a partir dos significados, quando se focaliza na análise temática, quanto dos significantes em que o conteúdo léxico é posto em análise. Tal conteúdo é sistematizado de modo objetivo e quantitativo, porém, o alvo é a interpretação das comunicações presentes no material textual a partir de unidade de codificação ou de registro identificadas pelo analista, definindo-se unidades de contexto que deem definição às unidades de registro quando necessário, resultando numa análise categorial, um dos tipos de análise de conteúdo que se detém na frequência de presença de itens com sentido ou ausência dos mesmos, conduzindo à realização de inferências após a descrição e interpretação das características do texto (BARDIN, 2016).

Uma leitura flutuante inicial foi realizada para uma melhor apropriação do material, também conhecida como pré-análise, elegendo-se para a composição do corpus os motes (ou temas) que foram escolhidos pelos participantes para serem compartilhados na etapa II.

Foram incluídas ainda, na Análise de Conteúdo, as estratégias adotadas para o enfrentamento dos problemas que foram discutidos, priorizando-se no material o que era de relevância e representativo para o objeto de estudo.

O material transcrito na íntegra foi lido detalhadamente e codificado, tendo como unidade de registro a palavra e a palavra-tema, contadas a partir da frequência em que apareciam no corpus, categorizadas por temas os quais foram nominados a posteriori. Adotou-se como unidade de contexto a frase, seguindo-se a interpretação dos dados resultantes.

Além disso, foi elaborada uma nuvem de palavras, a partir de palavras citadas pelos participantes no término de cada roda, quando se questionava o que os mesmos levavam como bagagem da TCI. A nuvem foi criada mediante o auxílio do software online de livre acesso words clouds.com.

O *software* referido quantifica a frequência com que as palavras ocorrem, fornecendo uma nuvem de palavras, onde se observa que quanto maior a frequência, maior o tamanho da palavra.

As nuvens de palavras podem ser utilizadas em caráter suplementar à análise de conteúdo ao ilustrarem uma leitura superficial do senso comum através de uma imagem que demonstra a força de determinadas palavras a partir do seu tamanho (frequência) (VASCONCELLOS-SILVA, 2018). Assim, a análise foi realizada tomando em consideração as palavras que mais tomaram destaque na nuvem e indica se o método da TCI foi julgado pertinente para aquele grupo social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de conteúdo decorrente das fichas resultou em duas categorias temáticas (1 - Sofrimentos relatados e 2 - Meios de superação dos problemas), detalhadas na Tabela 1 a partir das dez subcategorias delas decorrentes, contabilizando-se no corpus 213 unidades de registro relacionadas ao objeto de estudo.

TABELA 1: Unidades categóricas do corpus, com respectivas frequências. Natal/RN, 2019.

CATEGORIA TEMÁTICA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	N
1. Sofrimentos relatados	1.1. Dor física	Dores (2), articulações (1), idade (2), relacionadas (1), doença (1), esposo (1)	8
	1.2. Problemas com familiares	Problemas (2), família (2), familiar (1), amor (1), conflitos (1), filha (2), adoção (1), relacionado (1), isolamento (1), relacionamento (1), pai biológico (1)	14

	1.3. Drogadição	Drogas (2), alcoolismo (1), alcoólatra (1), pai (1), filho (1)	6
	1.4. Medo de perder	Medo (3), perder (2), perda (1), avô (1), bem material (1), ente querido (2), finalizar um projeto (1), Trabalho de conclusão de curso (2)	13
	1.5. Sentimentos	Solidão (1), abandono (1), mágoa (1), consegue (1), não perdoar (1), ausência dos pais (1), angústia (1), tristeza profunda (1)	8
Total = 49			
2. Meios de superação dos problemas	2.1. Busca por profissionais da saúde	Buscou (10), médico (3), medicina (1), medicações (1), medicação (1), medicamentos (1), especialista (1), geriatra (1), assistência médica (1), ajuda psicológica (6), psicóloga (1), fisioterapia (1), Caps AD*(1), casa de internação (1), casa de recuperação (1), terapia (1), procurou (2), aderiu (1), acompanhada (1), tratamento (1), auxílio (1), internou familiar (1)	39
	2.2. Família e amigos	Buscou (4), apoio (1), ajuda (1), aproximação (4), aproximar (2), aproximou (3), aproximando (2), família (6), familiar (1), pais (2), irmão (1), amigos (2), neto (1), filha (4), neta (1), pediu (1), perdoou (3), procurou (4), decisão (1), conversar (2), conhecer (1), se apoiar (1), mudar de casa (1), morar (1), afastou (1)	51
	2.3 Apoio coletivo	Buscou (5), Buscou ajuda (8), buscou compreender (2), encontrou amigos (1), grupo (1), grupos (1), grupo de idosos (2), igreja (8), religiosa (2), Deus (3), vontade divina (1), fé (1), forças (1), espiritualidade (1), espiritual (2), pediu orientação (2), alcoólicos anônimos (2), TCI (2), grupo de jovens (1), viajar, viajando com amigos (1)	47

*Centro de Atenção Psicossocial – Álcool de drogas

TABELA 1: Unidades categóricas do corpus, com respectivas frequências. Natal/RN, 2019.

CATEGORIA TEMÁTICA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	N
	2.4. Atividade física	Buscou (1), fazendo (3), fazer (1) Pilates (1), caminhadas (2), atividade física (2)	10
	2.5. Ações individuais	Buscando (1), procura (1), procurou (1), pensar (1), fazer (1), começou (1), prazer (1), esquecer a dor (1), cuidar de si (1), acreditar em si (1), se dar mais valor (1), se divertir (1), não pensar (1), ocupar a mente (1), coisas positivas (1), trabalhar (1), trabalho (1)	17
TOTAL			164

*Centro de Atenção Psicossocial – Álcool de drogas

Categoria Temática 1: Sofrimentos relatados

Na categoria temática 1, é possível visualizar as principais temáticas abordadas pelos participantes da roda de TCI, as quais relacionam-se à sofrimentos, principalmente de ordem relacional com membros da família. Apesar da existência de **problemas**, manifestados em **conflitos**, existe um desejo velado de resolvê-los devido aos laços existentes, verificado na palavra **amor**.

De fato, o modo como a família se constitui influencia na forma como ela interage consigo mesma e, por conseguinte, na concretização de transformações sociais, intergeracionais e de relações familiares futuras, existindo várias configurações familiares, cujos padrões vão se transformando na medida em que ocorrem mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais, cujos desafios requerem resiliência para serem superados, num crescimento e transformação pessoal e do núcleo familiar, tomando em consideração que cada membro da família influencia sobre o outro. Assim, o modo como as dificuldades são enfrentadas interfere no desenvolvimento individual e coletivo desse núcleo (MATOS; SANTOS; SILVA, 2018).

Em vista disso, a família exerce papel de corresponsável no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e passa a compor a rede de atenção à saúde mental, superando a perspectiva individual de tratamento, sendo conhecida como um recurso do tipo afetivo, no qual se incluem os amigos. Destarte, são necessários projetos terapêuticos e ações de integração social, além de análise da dinâmica familiar pelos profissionais da saúde, visto que a família pode ser uma provedora de cuidados ao mesmo tempo em que requer a ação do Estado quando está fragilizada, pois apresenta demandas e direitos próprios (COELHO; VELOSO; BARROS, 2017).

Enquanto sujeito de direito, a família enfrenta problemas não cobertos por políticas públicas nos países latino-americanos, dentre eles a desigualdade de classe social, de patrimônio, de pertencimento étnico-racial e de sistemas de gênero, conduzindo a configurações familiares resultante de processos de globalização que interferem nas estruturas familiares e relacionamentos (RODRÍGUEZ BUSTAMANTE; ALPIDIO DE JESÚS; GIRALDO USME, 2019).

Nesse estudo, houve um maior quantitativo de unidades de registro (14 registros na subcategoria 1.2), o que revela a importância da família para o indivíduo, seguida da subcategoria 1.4 em que emergem **medos de perder** (13), sobretudo relacionados aos entes queridos ou de não conseguir finalizar um projeto, posto nas rodas com Trabalho de Conclusão de Curso, demonstrando que os estudos também podem gerar estresse e sofrimento. Há ainda a presença de medo de perder bem material.

O medo se instala no psiquismo do sujeito como um alerta de que existe um perigo, conduzindo ao sofrimento mental, podendo ainda se tornar um instrumento de manipulação de outras pessoas porque existe sempre o medo de fracassar e de perder o amor do objeto amado (CASTELHANO, 2005). Portanto, se não for trabalhado mentalmente, pode conduzir ao adoecimento, o que requer um olhar no campo da saúde.

O medo de perder ou de sofrer dor por uma perda pode desencadear a uma destruição do mundo interno, porém pode despertar uma vontade de reconstruir esse mundo, além de restaurar e recriar os objetos amados, num processo que pode envolver a depressão, mas que também levam o indivíduo a refletir sobre o mundo interno e o externo e de que é preciso aceitar-se enquanto ser com limitações e desenvolver habilidades para tolerar a frustração, o que se constitui de um processo lento e gradual (VIEIRA; CINTRA, 2016).

Cabe destacar uma temática ainda pouco abordada no campo da saúde que é a questão da morte, quer seja corpórea ou de aspectos relacionadas à vida cotidiana, o que se relaciona também ao medo de perder, culminando em algum tipo de transformação. Nesse âmbito, a subcategoria 1.4 se correlaciona com a 1.5, relativa a sentimentos de conotação negativa tais como **solidão, abandono, mágoa, angústia e tristeza profunda**, provenientes de conflitos interiores não solucionados.

Tais sentimentos negativos aproximam-se da questão "conseguir perdoar" e ainda a "ausência de companhia" (ausência dos pais, por exemplo), como pôde ser observado em outras palavras dessa subcategoria. Sentimentos dessa ordem podem acarretar em prejuízo à saúde do indivíduo quando perduram por longo prazo, sem que haja um acompanhamento para superar os momentos em que a negatividade surge.

A solidão caracteriza-se como forte preditor de saúde e qualidade de vida e as pesquisas nessa área apontam que entre a população adulta em geral, os solitários apresentam níveis mais baixos de satisfação com a vida quando em comparação com os não solitários (BRUNES; HANSEN; HEIR, 2019). Por outro lado, estar interconectado ou inserido em alguma comunidade impacta positivamente na saúde da pessoa idosa e na longevidade, sendo importante distinguir o isolamento social no qual não se há contato regular com familiares e amigos, da solidão a qual é subjetiva e onde o indivíduo se percebe isolado, haja vista que apesar de pessoas socialmente isoladas poderem experimentar sentimento de solidão, existem aquelas com pouco contato social, mas que não se sentem solitárias. Ambos, contudo, estão associados com risco de mortalidade e com o desenvolvimento de doenças crônicas importantes, independentemente de outros fatores sociodemográficos e condições de saúde pré-existentes, uma vez que as relações sociais têm sido relacionadas a não fumar, beber

moderadamente, consumir dietas saudáveis e praticar atividade física (SCHREMPFT *et al.*, 2019).

Foi possível identificar também sofrimentos decorrentes de **dor física**, inerentes aos próprios participantes ou aos seus familiares, como identificados partir da palavra **esposo** nas unidades de registo.

Estima-se que 20% da população mundial seja acometida por dor crônica, caracterizando-a como um problema de saúde pública, em que 60% dos que a apresentam, padecem por mais de cinco anos e apresenta a sua qualidade de vida afetada, uma vez que ultrapassa a experiência única da dor para abarcar as dimensões, física, psíquica, familiar, sócio laboral e espiritual, cuja percepção é genética, afetiva, cultural e adaptativa individual, o que leva o modelo biomédico a ser insuficiente no seu tratamento, sendo a melhor via a abordagem que espeite com ênfase na comunicação entre as disciplinas e os profissionais atuantes, focalizada no assistido o paciente e não apenas sobre os sintomas ou a doença, a partir do paradigma biopsicossocial no qual se avaliar a multicausalidade da condição (ABREU *et al.*, 2019).

Ainda na perspectiva de sofrimentos relatados, na subcategoria 1.3 é colocada a temática de **drogadição**. Apesar de ser a subcategoria com menor quantitativo de unidades de registo, ela manifesta um problema fortemente presente em nossa sociedade, o uso de drogas lícitas e ilícitas. Esse problema pode estar presente entre os membros do núcleo familiar, como observado na leitura flutuante das fichas analisadas.

É válido destacar que as escolhas dos temas a serem discutidos nas rodas de TCI ocorrem por votação, isso pode indicar que tal problema pode ter surgido em vários momentos, mas possuiu pouca votação, em virtude dos estigmas sociais que os drogaditos apresentam, conduzindo ao sofrimento de si mesmo e dos seus familiares, mas cujos problemas vivem sob um plano de fundo, sendo ainda um tabu abordar sobre essa temática delicada, por se tratarem de problemas de cunho mais denso no nível relacional, quando comparados aos demais temas que dessa análise surgiram. Essa dedução decorre de no entorno da Unidade de Saúde em que ocorreram as rodas, ser fortemente presente o uso de drogas ilícitas.

A esse respeito, o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas vem se caracterizando como um problema de saúde pública e considerado pela Organização Mundial da Saúde como uma doença crônica recorrente, capaz de afetar processos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, causando dependência e destruição de aspectos psicológicos e sociais do próprio dependente e de seus familiares. Estes, sobretudo em decorrência dos laços afetivos e, no caso de filhos, por serem corresponsáveis pela sua formação, num indicativo de que se surgiu um

adoecimento, houve falhas no sistema familiar, culminando ainda em uma sobrecarga familiar geradora de estresse emocional e econômico, além de conflitos (MEDEIROS *et al.*, 2013).

Categoria Temática 2: Meios de superação dos problemas

A categoria temática 2 surgiu com 77% das unidades de registro do corpus e está ligada à categoria 1, na medida em que são relatados os meios utilizados para tentar superar os problemas que mais conduziram os participantes ao sofrimento.

É possível visualizar que para os sofrimentos de ordem familiar, as soluções são apontadas no mesmo núcleo em que o problema surgiu, isto é, na subcategoria 2.2, relativa à família e amigos (51 unidades de registro), estes últimos são procurados como uma forma de apoio para ajudar a nortear as estratégias de resolução do conflito. Já os familiares surgem nas unidades de registros como pessoas de quem os participantes devem se **aproximar** para **conversar**, e daí surgir o perdão.

A família, ao ser compreendida como um grupo político, é formadora de seres humanos com projetos individuais, ao mesmo tempo em que apresenta responsabilidade social compartilhada. Nesse pensar, deixa a perspectiva do privado, onde questões de impunidade e violência são veladas, para adentrar no campo público e político no qual a convivência entre os familiares se orienta pelo exercício da cidadania, em respeito à diferença, diversidade e negociação de conflitos (RODRÍGUEZ BUSTAMANTE, JARAMILLO HENAO, GIRALDO USME, 2019).

No tocante à saúde, a família enquanto unidade de cuidado deve ser compreendida no seu contexto porque nela se estruturam em relações dialéticas, devendo, a prestação do cuidado, focalizar na subjetividade, considerando ainda o espaço cultural em que ela se insere e as ligações por parentesco, por alianças, adoção ou afiliação, apoiado no diálogo (BORGES FELDNER *et al.*, 2018).

Vê-se, portanto, que essa busca pela conversa citada pelos participantes das rodas de TCI desse estudo vão ao encontro da citada dialética, que pode proporcionar a mediação de conflitos a partir do diálogo, sendo importante o apoio dos amigos e, por vezes, dos profissionais que prestam o cuidado no território, caso específico desse estudo que se insere numa USF, na perspectiva da prevenção de doenças e promoção da saúde. Isso evolui relações complexas por perpassa entre o campo privado e o público. Porém, em práticas coletivas como nas rodas de TCI em que esses usuários estavam inseridos, é possível ao participante vislumbrar caminhos para a resolução de seus problemas.

Sob essa ótica, é vista ainda como uma subcategoria fortemente presente **a2.3 - Apoio coletivo**, a segunda com maior unidades de registro (Tabela 1). Destaca-se que essa subcategoria, assim com a subcategoria de menor percentual (**2.4 Atividade Física – 6,1% das unidades de registro da categoria 2**) não se relaciona à resolução de sofrimento em específico e, sim, perpassa por toda a categoria 1, demonstrando a importância do apoio social na resolução de problemas de qualquer ordem. Nesse aspecto, menciona-se a relevância de se priorizar mais as ações focalizadas no sujeito, sobretudo no âmbito ambulatorial em que o sofrimento físico ou mental costuma ser tratado com medicamentos ou com terapias individuais, quando o grupo social desse estudo em específico, aponta a importância do apoio coletivo, sendo forte a presença do cuidado espiritual a partir da busca pelo divino em grupo religiosos, surgindo ainda como outras unidades de registro **grupos de idosos, grupos de jovens, alcoólicos, anônimos, grupos de roda de TCI**, além de **viajar**, apoiado por **amigos**.

No tocante às ações individualizantes na área da saúde, na terceira maior subcategoria (busca por profissionais da saúde), vê-se que o uso de práticas médicas (quer seja indo ao profissional ou aderindo a medicamentos) foi o mais apontado (10 unidades de registro), o que pode estar relacionado tanto ao sofrimento físico quanto psíquico. Tomou-se como destaque ainda a área da psicologia (7 unidades), o que está atrelado ao sofrimento psíquico. O profissional fisioterapeuta (dor física), casas de recuperação e o CAPS também foram citados.

Essa busca do usuário pela especialidade mostra a influência que o modelo biomédico centrado apenas na cura exerce na população que compreende a saúde como ausência de doença, mesmo sendo assistida pela Estratégia Saúde da Família, salientando-se que já existem movimentos de resistência dos usuários frente ao poder biomédico para que sejam tomadas em consideração as necessidades que julgam relevantes para si próprios e para que tomem conhecimentos sobre as doenças que os afetam e as diferentes formas de tratamento (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2019). Contudo, é necessário o reconhecimento em relação ao avanço em relação a cura e reabilitação que tal modelo alcançou, mas que sozinho, não oferece respostas a todas as demandas do usuário.

Sobre o uso de medicamentos, é reflexo do mundo contemporâneo em que os sofrimentos e dores outrora superados de modo diferente na família e comunidade, hoje vêm se transformando em necessidades médicas, numa mudança de cultura da população, influenciada pela mídia num processo de mercantilização dos cuidados à saúde que declina a capacidade de enfrentamento autônomo, reduzindo a abordagem terapêutica que direciona o tratamento para as questões subjetivas e sociais do processo saúde-doença (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019).

A busca por serviços como o CAPS demonstra essa mudança de olhar do usuário. Estes se caracterizam como serviços comunitários de saúde com assistência especializada em saúde mental que envolve o sujeito e a família, a fim de promover a cidadania, garantir os direitos dos usuários e promover a reinserção social, a partir do vínculo terapêutico da equipe multidisciplinar do serviço com os mesmos (COELHO; VELOSO; BARROS, 2017).

Além das formas de superação de problemas já citadas, é possível verificar na subcategoria 2.5 (**Ações individuais**) com os participantes enxergando que as respostas aos seus conflitos podem estar dentro de si próprios, sendo necessário o autocuidado e a valorização de suas qualidades, procurando desenvolver atividades que elevem a autoestima. Reforçando isso, como palavra que costura toda a categoria 2, foi identificada o **buscar** e suas variantes, indicando que em casos que envolvam sofrimento de qualquer ordem, se faz necessária uma ação inicial individual, cabendo à pessoa em sofrimento, realizar essa busca interior e/ou apoiada individualmente ou ainda coletivamente como um passo inicial na superação de seus conflitos.

Embora a subcategoria 2.5 tenha apresentado a segunda menor quantidade de unidades de registro, aponta para uma mudança de postura da população.

O cidadão instrumentalizado para o autocuidado responsável e crítico, ciente dos fatores que influenciam na determinação social do processo saúde-doença, conduz ao sucesso das intervenções na área da saúde (PALODETO; FISCHER, 2019). E, no que tange ao sofrimento, o autocuidado tem se mostrado eficaz no tratamento de depressão, psicose, transtornos de ansiedade, uso de drogas e álcool, controle do estresse, enxaqueca e identificação do que desencadeia convulsões, ressaltando, contudo que esse autocuidado não deve se tornar substituto para serviços de saúde sustentáveis e de alta qualidade e, sim, tomar parte complementar dos cuidados de saúde, sendo necessários financiamento e gerenciamento de ações que o promovam (NARASIMHAN *et al.*, 2019).

No tocante a avaliação dos participantes em relação às rodas de TCI realizadas, projetou-se a partir da construção da Figura 1, abaixo apresentada, a nuvem representativa resultante de 168 palavras, proferidas pelos idosos nos rituais de agregação e indica que os sentimentos que os idosos mais desenvolveram após as rodas foram de **paz**, seguido de **amor, fé e gratidão**, surgindo ainda outras palavras de conotação positiva, o que indica que a TCI se apresenta como importante ferramenta para se abordar os sofrimentos e ajudar aos participantes a encontrar soluções para seus problemas na medida em que se identificam com o tema escolhido para partilha.

Figura 1: Nuvem de palavras emergentes da bagagem dos participantes em relação à TCI. Natal-RN. 2019.



Mediante a nuvem de palavras acima posta, fica patente que a espiritualidade se pronuncia a partir da TCI, denotando que os sentimentos relatados são propulsores para superar problemas. De fato, a espiritualidade se caracteriza como uma dimensão humana multidimensional, complexa e individual, capaz de proporcionar bem-estar e paz interior e que no cuidado estimula o processo de cura e/ou de enfrentamento de doenças de modo mais rápido, estando atrelada ao que transcende, à religiosidade, ao processo existencial às experiências e situações vivenciadas. Assim, é de relevância que profissionais da saúde identifiquem se paciente está sofrendo angústia espiritual, a fim de prestar assistência de modo integral (SOLER *et al.*, 2012).

Considera-se ainda que religiosidade e espiritualidade apresentam-se com suporte emocional na medida em que a idade avança, se refletindo na saúde física e mental, relacionada ao sentido da vida e à morte, o que auxilia no suportar limitações, dificuldades e perdas inerentes ao processo de envelhecimento, e por conseguinte, a ser resiliente frente aos problemas (REIS; MENEZES, 2017).

O despertar de sentimentos que se relacionam ao espiritual nas rodas de TCI vivenciadas pelos adultos e idosos desse estudo podem conduzir a melhores condições de saúde, na medida em que oferece um sentimento de esperança para superar as dificuldades relatadas quer por doenças ou por conflitos familiares relatados.

Nesse pensamento, quanto mais satisfeito o idoso nas relações familiares, isto é, com as pessoas que lhes são queridas, maior a percepção de coesão e de conforto emocional, pois se

relaciona ao sentir que pode contar com o apoio do outro, sendo positivo para a saúde física e mental (RABELO; NERI, 2016).

Diante do exposto, nota-se que a TCI pode ser entendida como uma nova tecnologia leve de cuidado em saúde mental comunitária que amplia as ações preventivas e promocionais a partir de trocas de experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular, na qual os participantes são acolhidos e seus sofrimentos são escutados, numa tessitura de redes de apoio a partir da construção do conhecimento coletivo (OLIVEIRA *et al.*, 2017)

A adversidade quando vista sob uma ótica otimista, numa visão de um futuro melhor, pode proporcionar uma superação da dificuldade, sobretudo quando são vislumbrados meios de se organizar e propor soluções práticas e resolutivas, gerando efeitos no enfrentamento das crises e do estresse no âmbito familiar. (MATOS; SANTOS; SILVA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados explanados pelo estudo que revelaram sofrimentos das ordens física, familiar e sentimental, apontando-se como meios de superação o cuidado em saúde, assim como apoio coletivo, de familiares, de amigos e ainda a busca individual da superação, envolvendo ainda questões espirituais, identificou-se que as práticas de TCI proporcionam aos participantes a melhora da autoestima, uma maior reintegração social e o fortalecimento dos vínculos familiares, de amizade e espirituais.

A TCI é uma ferramenta de cuidado de baixo custo, cujos resultados positivos vêm sendo alcançados pela comunidade e devem ser divulgados para o fortalecimento da mesma enquanto estratégia de cuidado.

Verifica-se a necessidade dessas práticas serem inseridas nas unidades de saúde pelas equipes multiprofissionais, visando o aperfeiçoamento do serviço de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Conclui-se, portanto, que não se pode negligenciar a prática da TCI, uma vez que possibilita a percepção das questões individuais e a ressignificação coletiva por meio do problema selecionado pelo grupo. Sugere-se a realização de novos estudos nessa linha de conhecimento, no intuito de enfatizar a necessidade de divulgação da contribuição e importância da TCI para os profissionais, acadêmicos da área da saúde e, principalmente, dos usuários das unidades nas comunidades.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ma. del Carmen *et al.* Una experiencia de trabajo interdisciplinario en el dolor crónico: resultados y desafíos. **Rev. méd. Urug.** Montevideo, v.35, n.1, p. 36-41, 2019.

ARAUJO, Verbena Santos; ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral. Terapia comunitária integrativa e o envelhecimento: relato de experiência. **Anais...** III Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. Curitiba – Paraná. 22 a 24 de novembro de 2018, p. 1-6.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, Adalberto. **Terapia Comunitária Passo a Passo.** Gráfica LCR, Fortaleza 2010.

BORGES FELDNER, Carla *et al.* La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado. **Cult. Cuid, Valencia,** v.22, n.52, p. 142-152, 2018.

BORTOLI, Francieli Regina; KOVALESKI, Douglas Francisco; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica. **Cad. saúde colet.,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 67-72, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849 de março de 2017, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 28 Mar. 2017. N.60, Seção I, p.68.

BRASIL. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 21 Mar. 2018. N.56, Seção I, p.74-75.

BRUNES, Audun; HANSEN, Marianne B; HEIR, Trond. Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. **Health Qual Life Outcomes,** Londres, v.17, n.1, e:24, p.1-7, 2019.

CASTELHANO, Laura Marques. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. **Psicol. Soc.,** Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 14-20, 2005.

COELHO, Raquel Souza; VELOSO, Thelma Maria Grisi; BARROS, Sibelle Maria Martins de. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicol. cienc. prof.,** Brasília, v. 37, n. 2, p. 489-499, 2017.

DUARTE, Marcela Costa Souto; FERNANDES, Maria das Graças Melo; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; NÓBREGA, Maria Mirian Lima. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas. **Rev enferm UERJ.** 2016; 24(2):e6801.

LIMA, Claudia Feio da Maia; TROTTE, Liana Amorim Corrêa; SOUZA, Thaisa Araújo ; FERREIRA, Antônio Milton Oliveira; CALDAS, Célia Pereira. Sexualidade do cônjuge que

cuida do idoso demenciado: revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(2):211-17

GONÇALES, Camila de Souza. Terapia comunitária integrativa na estratégia saúde da família. 15p. **Monografia** (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2014.

GONZÁLEZ, Angélica MaríaRazo; CASTILLO, Ricardo Díaz; GONZÁLEZ, Martha Patricia López. Construcción de lasRepresentacionesSociales de laCalidad de Vida en diferentes etapas de laedad adulta. **EspacioAbiertoCuadernoVenezolano de Sociología**, Caracas, v.27, n.1, 2018.

MATOS, Larissa Araújo; SANTOS, Thamyris Maués dos; SILVA, Simone Souza Costa. Resiliência familiar: percepção de mães em situação de pobreza. **Ciênc. Cogn**, Rio de Janeiro, v. 23, vn.2, p. 178-194, 2018.

MEDEIROS, Katruccy Tenório *et al* . Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicol. estud.**, Maringá, v.18, n. 2, p. 269-279, 2013.

MIRANDA, Lilian; SILVA, Luciana Janeiro; SOUZA, Yasmim Furtado de. Entre ausência de doença e cuidado possível: a saúde segundo usuárias da Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017404, 2019.

MOURA, Samilla Gonçalves de *et al*. Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.38, n. 2, e55067, 2017.

MOURÃO, Luana Feitosa, *et al*. Terapia comunitária como novo recurso da pratica do cuidado: Revisão integrativa. **S A N A R E - Revista de Políticas Públicas**, Sobral,v.15 n.2, p.129-135, 2016.

NARASIMHAN, Manjulaet al. It's time to recognise self care as an integral componentofhealth systems. **BMJ**, Londres, 365:11403, p. 1-2, 2019. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.11403>

OLIVEIRA, Sanni Moraes de *et al*. Rodas de terapia comunitária: construindo espaçoterapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v.7, n.4, p. 1-13, 2017.

PALODETO, Maria Fernanda Turbay; FISCHER, Marta Luciane. Apropriação da terminologia 'uso consciente de medicamentos' visando à promoção da saúde global. **RECIIS (Online)**, Rio de Janeiro, v.13, n.1,p. 191-207, 2019.

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemograficas e de Saúde. **Psico-USF**, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 663-675, 2016 .

REIS, Luana Araújo dos; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo vivo no cotidiano. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017.

RODRÍGUEZ BUSTAMANTE, Alexander; JARAMILLO HENAO, Alpidio de Jesús; GIRALDO USME, MariadelTránsito. Familias educadoras e instrumentos de paz. Familia y escuela: un reto pendiente. **Poiésis (En línea)**, Medellín, n.36, p. 27-45, 2019.

SCHREMPFT, Stephanie *et al.* Associationsbetween social isolation, loneliness, andobjectivephysicalactivity in oldermenandwomen. **BMC Public Health**, Londres, v.19, n.1, e: 74, p. 1-10, 2019.

SILVA, Emília Pio da *et al.* Envelhecer o olhar da pessoa idosa: uma análise a partir do software IRAMUTEQ. **BrazilianJournalofdevelopment**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 3386-3400, 2018.

SOLER, Virtude Maria *et al.* Enfermagem e espiritualidade: um estudo bibliográfico. **CuidArte, Enferm**, Catanduva, v.6, n.2, p.91-100, 2012.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo R. Análise de conteúdo de nuvens de palavras produzidas na comunidade virtual "hepatite c". **Anais...** V Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos. Foz do Iguaçu, 30 e 31 de Maio e 1 de Junho de 2018, p. 1-12.

VERAS, Renato Peixoto *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 357-365, Apr. 2014.

VIEIRA, Marcus Rodrigues Jacobina; CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa. O trabalho criativo: perda, luto e metáfora. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, São João del-Rei, v. 9, n.1, p.50-66, 2016.

VILLANUEVA, Pillar. **La educación de adultos hoy: necesidad y perspectiva de cambio**. Valencia: Promolibro, 1987.