

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ELZA DOMINGUES DE LIMA

**MULHERES DA LIDA: percepções de trabalhadoras rurais sobre vida, trabalho e
saúde em rodas de Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária a Saúde em
Eldorado - SP**

São Paulo

2023

ELZA DOMINGUES DE LIMA

MULHERES DA LIDA: percepções de trabalhadoras rurais sobre vida, trabalho e saúde em rodas de Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária a Saúde em Eldorado - SP

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Profsaúde, vinculado ao Polo da Universidade Federal de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof.º Dr. Fernando Sfair Kinker

Linha de pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias.

São Paulo

2023

L732mm LIMA, ELZA.
MULHERES DA LIDA: percepções de trabalhadoras rurais sobre vida, trabalho e saúde em rodas de Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária a Saúde em Eldorado-SP. / ELZA LIMA; Orientador FERNANDO KINKER. -- Santos, 2023.
117 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2023.

1. Trabalho rural. 2. Mulheres. 3. Atenção primária a saúde. 4. Terapia comunitária integrativa. 5. Práticas integrativas e complementar de saúde. I. KINKER, FERNANDO, Orient. II. Título.

CDD 610.969

ELZA DOMINGUES DE LIMA

**MULHERES DA LIDA: percepções de trabalhadoras rurais sobre vida, trabalho e
saúde em rodas de Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária a Saúde em
Eldorado - SP**

Banca examinadora:

Prof. Dra. Rosilda Mendes
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dra. Milene Zanoni da Silva
Universidade Federal do Paraná

Prof. Dra. Dora Mariela Salcedo Barrientos
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker
Universidade Federal de São Paulo

São Paulo
2023

A minha mãe Lenice que me incentivou e me deu forças. **Ao meu orientador** Fernando que percorreu esse caminho comigo. **A equipe** dedicada da Estratégia da Saúde da Família Itapeúna. **A amiga** Cleide que esteve comigo em momentos importantes desse trabalho. **As mulheres** dessa pesquisa que foram motivos de aprendizados e amizade.

AGRADECIMENTOS

Sou grata...

A minha família.

Ao meu orientador.

Aos amigos de turma.

Aos colaboradores.

Aos colegas de trabalho.

Aos professores.

A Coordenação do curso.

A Universidade Federal de São Paulo.

E muita grata ao meu Deus... que tornou tudo isso... **possível** .

“Eu experimentei...

No sonho a luta, na batalha o estar em pé e de joelhos. No sorriso, as dúvidas, do que era possível e do que não seria. Na fragilidade, momentos de desânimo, beirando a desistência, coisas passageiras que deram lugar a fé e a certeza de que tudo passa. Caminhos percorridos e lembrados como memoráveis, neles ficaram minhas pegadas e um pouco de mim. Passos de um novo aprendizado, frutos de trocas e experimentos. Todos cultivados e multiplicados por pessoas especiais, que me fizeram especiais, também. Sempre serei grata”.

(Lima, E. D., 2022).

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa realizada no município de Eldorado-SP, com trabalhadoras rurais. Essas mulheres acessavam o serviço de saúde tardiamente, resultando numa condição de vulnerabilidade para o adoecimento; muitas eram arrimo de família. O estudo propôs verificar as perspectivas das trabalhadoras sobre sua condição de vida, trabalho e saúde, utilizando uma estratégia de cuidado interventivo: a Terapia Comunitária Integrativa. Esta metodologia, considerada uma Prática Integrativa e Complementar de Saúde, possibilita inclusão, sendo possível desenvolver ações preventivas e de promoção de saúde, ampliar o olhar sobre o autocuidado, além da prevenção dos agravos. O campo da pesquisa foi o território da Estratégia da Saúde da Família Itapeúna, área rural no município de Eldorado-SP. Este estudo proporcionou a descoberta de um cotidiano rural onde as protagonistas passavam por situações de desigualdade, desvalorização e subordinação. Foram realizadas quatro rodas de Terapia Comunitária, duas com temas livres e duas temáticas que foram analisadas, categorizadas e codificadas, utilizando-se a técnica da análise temática de conteúdo. Os dados foram coletados nas fichas de registro das rodas de terapia, sendo este instrumento avaliado ao término da intervenção. A coleta de informações demonstrou que as trabalhadoras rurais enfrentavam conflitos relacionais: família, trabalho e serviços de saúde. A habilidade de superação dessas mulheres se apoiava na busca do reforço familiar, na espiritualidade, comunidade e redes de apoio. A mudança ocorrida após a pesquisa foi evidenciada através da conquista de um base de atendimento da ESF naquele local, movimento iniciado pelas participantes e equipe da Estratégia da Saúde da Família. A pesquisa, de caráter qualitativo e interventivo, teve por objetivo a investigação científica, territorial de uma realidade vivenciada por trabalhadoras rurais, numa região de Eldorado (SP), no Vale do Ribeira, “mulheres da lida”, num contexto de vulnerabilidade social e de saúde. Utilizou-se a TCI como estratégia provocativa para modificação do contexto existencial, o que facilitou a identificação das dificuldades e facilitadores para potenciais mudanças, uma metodologia desenvolvida numa perspectiva de socialização, interação, trocas e construções coletivas.

Palavras-chave: trabalho rural, mulheres, atenção primária a saúde, terapia comunitária integrativa, práticas integrativas e complementar de saúde.

ABSTRACT

This is a survey carried out in the municipality of Eldorado-SP, with rural workers. These women accessed the health service late, resulting in a condition of vulnerability to illness; many were breadwinners. The study proposed to verify the workers' perspectives on their life, work and health conditions, using an interventional care strategy: Integrative Community Therapy. This methodology, considered an Integrative and Complementary Health Practice, enables inclusion, making it possible to develop preventive actions and health promotion, broaden the look on self-care, in addition to the prevention of injuries. The research field was the territory of the Itapeúna Family Health Strategy, a rural area in the municipality of Eldorado-SP. This study provided the discovery of a rural daily life where the protagonists went through situations of inequality, devaluation and subordination. Four Community Therapy circles were held, two with free themes and two themes that were analyzed, categorized and coded, using the thematic content analysis technique. Data were collected from the therapy circles' registration forms, and this instrument was evaluated at the end of the intervention. The collection of information showed that rural workers faced relational conflicts: family, work and health services. These women's ability to overcome was based on the search for family reinforcement, spirituality, community and support networks. The change that occurred after the research was evidenced by the achievement of an ESF service base in that location, a movement initiated by the participants and the Family Health Strategy team. The research, of a qualitative and interventional nature, aimed at the scientific investigation, territorial of a reality experienced by rural workers, in a region of Eldorado (SP), in the Ribeira Valley, "women of the deal", in a context of social vulnerability and of health. TCI was used as a provocative strategy for modifying the existential context, which facilitated the identification of difficulties and facilitators for potential changes, a methodology developed in a perspective of socialization, interaction, exchanges and collective constructions.

Keywords: rural work, women, primary health care, integrative community therapy, integrative and complementary health practices.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Estrutura Organizacional da Rede de Atenção a Saúde de Eldorado	24
Tabela 2 Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde (CNES) de Eldorado e População estimada.....	25
Tabela 3 Unidades de Saúde da Família de Eldorado.....	25
Tabela 4 Quadro 2 – Síntese das etapas da Terapia Comunitária Integrativa (2020).....	38
Tabela 5 Dinâmica – Resultados.....	49
Tabela 6 Ficha n. 2. Organização da Roda.....	53
Tabela 7 Vínculos - Família e Comunidade.....	55
Tabela 8 Vínculo Trabalho.....	55
Tabela 9 Vínculo Conjugal.....	56
Tabela 10 Vínculo Serviço de Saúde.....	57
Tabela 11 Ficha n. 3. Encaminhamento para Rede de Apoio.....	57
Tabela 12 Ficha n. 4. Indicadores de Avaliação de Impacto -Plano Coletivo/Resultados.....	58
Tabela 13 Ficha n. 4 Anexo B – Temas, Categorias e Códigos.....	60

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Cidade de Eldorado.....	23
Figura 2 Censo populacional IBGE: cor, sexo e faixa etária (2010).....	23
Figura 3 Linha do tempo saúde da mulher.....	31
Figura 4 Primeira Roda da TCI.....	46
Figura 5 Segunda Roda da TCI.....	47
Figura 6 Terceira Roda da TCI.....	48
Gráfico 1 Identificação dos sentimentos.....	50
Gráfico 2 Origem da Força.....	50
Figura 7 Quarta Roda da TCI.....	51
Gráfico 3 Avaliação da TCI (etapas).....	52
Gráfico 4 Indicação da TCI.....	53
Figura 8 A mulher, trabalho e autocuidado.....	66
Figura 9 A mulher na fila de espera.....	69
Figura 10 A mulher em primeiro lugar.....	73
Figura 11 Redes de Apoio.....	76
Gráfico 5 Quantidade de Temas e Identificação.....	78
Gráfico 9 Barreiras da trabalhadora rural.....	78
Figura 12 Avaliação dos Vínculos	80
Figura 13 Encontro com a identidade.....	81
Figura 14 O que levo: bagagem da TCI.....	83

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FIOCRUZ- Fundação Osvaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PAR – Posto de Atendimento Rural

PICS – Prática Integrativa e Complementar de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPICS – Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar de Saúde

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RC – Rede Cegonha

RH – Recursos Humanos

SP- São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCI - Terapia Comunitária Integrativa

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TR- Trabalhadora Rural

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	ii
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1.1. A Mulher, Trabalhadora Rural e Ser Social.....	19
1.1.2. O SUS no Município de Eldorado-SP	22
1.1.3. Pandemia e as Comunidades Rurais.....	28
1.1.4. Políticas e Práticas de Saúde Significativas Para a Mulher Trabalhadora Rural.....	30
1.1.5. Práticas Integrativas e Terapia Comunitária Integrativa.....	36
2 OBJETIVO.....	40
2.1.1. Objetivo Geral.....	40
2.1.2. Objetivo Específico.....	40
3 METODOLOGIA.....	41
3.1.1. O Cenário e os Sujeitos da Pesquisa.....	41
3.1.2. Coleta de dados e Análise de Dados	43
3.1.3. Aspectos Éticos.....	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1.1. Percepções das Trabalhadoras Rurais: trabalho, família e autocuidado.....	65
4.1.2. Percepções das Mulheres da Lida: saúde e serviços de saúde.....	68
4.1.3. Percepções da Mulher Rural: identidade, desafios e empoderamento.....	72
4.1.4. TCI: instrumento para pesquisa e recurso potencial na APS.....	76
4.1.5. Percepções do Pesquisador: sentidos e significados da pesquisa.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICE A - Termo de Anuência do Departamento de Saúde de Eldorado.....	95
APÊNDICE B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UNIFESP.....	99
ANEXO B - Ficha nº 1. Apreciação da Atuação da Equipe de Terapeutas Comunitários.....	110
ANEXO C - Ficha nº 2. Organização das Informações das Rodas de TCI.....	111
ANEXO D - Ficha nº 3. Modelo de Avaliação de Impacto (Plano Individual).....	112
ANEXO E - Ficha nº 3. Anexo - Tabela de Vínculos.....	113
ANEXO F - Ficha nº 3. Anexo - Encaminhamento para Rede de Apoio.....	114

ANEXO G - Ficha nº 4. Indicadores para Avaliação de Impacto (Plano Coletivo).....	115
ANEXO H - Ficha nº 4. Anexo - Termo de Autorização.....	116
ANEXO I - Ficha nº 4. Anexo - Divisão dos Temas por Categorias.....	117

APRESENTAÇÃO

Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam (Freire, 1968).

Eu sou Elza, mestranda do Profsaúde, mãe de três filhos, mulher, preta, cabelos encaracolados na altura do ombro, enfermeira e terapeuta. Nasci em Eldorado, sou neta de remanescentes quilombolas, me vejo como uma pessoa resiliente, justa, batalhadora e que luta contra injustiças. Minha história com o SUS começou em 1994, quando iniciei na área da saúde; atuei em vários cargos, recepcionista hospitalar, auxiliar de enfermagem, técnica em enfermagem, e pôr fim, a graduação. Realizei outras formações na área da saúde, sendo uma dessas: a terapia comunitária integrativa (TCI).

Meu encontro com a Universidade começou em 2019. Nesse período, a Diretora de Saúde do Município me informou sobre a abertura do mestrado pelo Profsaúde; então, participei das fases de seleção e consegui me classificar, dando início a minha trajetória no mestrado. O ano de 2020 começou tumultuado em meio a uma pandemia, pois o campo de pesquisa era uma UBS tradicional onde eu trabalhava. Em fevereiro de 2021, ocorreram mudanças na gestão de Saúde do Município e fui remanejada para a área rural. Na Estratégia da Saúde da Família (ESF) fui apresentada a uma realidade que se tornou meu objeto de estudo. Nesse território deparei-me com três Bairros: Itapeúna, Serrinha e Morro Preto, comunidades compostas por várias fazendas e atividade rural. Nos atendimentos e realização de procedimentos, conheci mulheres, trabalhadoras rurais, que procuravam a ESF em condições de adoecimento.

Nesse contexto, encontrei uma trabalhadora rural, cuja história chamou-me a atenção, pois havia sofrido um infarto no trabalho, condição abrupta de descoberta da maioria das mulheres no trabalho rural. Entendi naquele momento que a dificuldade em acessar os serviços de saúde estava ligada a sobrecarga de responsabilidades que diminuía o tempo para o cuidado de si. Pude constatar que o trabalho e a família eram as grandes prioridades e elas estavam sem visibilidade. Percebi então, a importância da criação de espaços para facilitar o acesso e o cuidado das pessoas nesse contexto, surgindo assim, a oportunidade de desenvolver as rodas de TCI. A escolha se deu, porque a TCI promove protagonismo, é uma prática preventiva, integrativa e potencial, sendo desenvolvida no SUS como recurso para pessoas e comunidades. Sou terapeuta comunitária integrativa e possuo experiência com rodas há mais

de 12 anos. Vejo a metodologia como um ótimo recurso para trabalhar as questões problemas, que geram sofrimento, mas que num coletivo pode gerar descobertas, habilidades de superação e criar redes solidárias. Em nosso trabalho na APS um dos pontos importantes é conhecer o território, a comunidade, as pessoas e sua realidade, mas, para além disso, como podemos ajudar a transformar um cenário adverso que compromete a saúde do indivíduo e/ou coletividade? Acredito que possamos fazê-lo, utilizando os recursos que temos, ressignificando o que vemos e permitindo que as pessoas possam contribuir nesse processo de mudança. Desta forma, optei por articular o processo de cuidado com a pesquisa, utilizando a terapia comunitária também como instrumento de pesquisa, para acessar a realidade e contribuir para a transformação da realidade das participantes, o que será explicado em detalhes no decorrer do trabalho.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil existem regiões distintas, longínquas, com populações e culturas variadas, ocorrendo uma divisão entre as classes de maior poder aquisitivo e outras em situação de pobreza e fome.

Segundo Nazareno (2016) a questão das desigualdades regionais surge na literatura, no início do século XX, na forma de preocupação com os diferenciais regionais de renda per capita ou, mais especificamente, com as diferenças nos rendimentos médios de países ricos e pobres

Segundo Ebling (2015) o adoecimento e a morte de cada indivíduo revelam os impactos e consequências das desigualdades sociais, econômicas e culturais.

Essas desigualdades também atingem a população que vive longe dos grandes centros urbanos, principalmente as que tem dificuldade de acesso, como, por exemplo, a população rural.

Os trabalhadores rurais vivem, em geral, um intenso processo de desproteção social, pois muitas vezes exercem atividades laborais na informalidade, e em condições precárias de moradia e trabalho (ZAVARIZZI ET AL, 2019).

As políticas públicas instituídas na área social e da saúde trazem o desafio da garantia da proteção e atenção integral, onde o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) atuam.

Segundo Duarte et al (2018) o Brasil se destaca em relação a outros países por possuir um sistema público de saúde, pautado no princípio da universalidade, além da equidade e da integralidade.

Segundo Campos (2018) o Sistema Único de Saúde (SUS) é a expressão concreta de uma história de luta pelo direito à saúde. No entanto, Costa et al (2019) explica que o direito à saúde, todavia, persiste como reivindicação e luta permanente pelas populações rurais. E tal fato, faz reforçar a importância de conhecer a população rural, comunidades, costumes, cultura, trabalho, a realidade de saúde, o território e contextos existenciais.

O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (SANTOS, 1999, p. 2).

De acordo com Gomes et al (2016), aos contextos rurais endereça-se toda uma gama de discussões produzidas e produtoras de modos de existência. Mais do que o palco onde a vida acontece, os contextos rurais constituem-se como agenciadores de modos de vida

E, nesse contexto, encontra-se a mulher, trabalhadora rural, também conhecida como “mulher da lida”.

Segundo Ebling et al (2015) o termo ‘lida’ remete às atividades rotineiras desenvolvidas pelas mulheres assentadas, as quais envolvem as tarefas domésticas e o trabalho rural (atividades de agricultura e pecuária) na busca de subsistência.

O dicionário português (DICIO, 2022) explica que a palavra “lida” também inclui o termo labuta que significa trabalho intenso, árduo. E, dessa forma, há de se concluir que se trata de uma mulher que trabalha arduamente em sua atividade.

A Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou um Relatório do Fundo de População das Nações Unidas realizado em 2002 que aponta que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao número de homens, assim como o número de horas que elas trabalham é maior (EBLING ET AL, 2015)

Esta pesquisa surgiu nesse contexto, sob uma realidade desigual, de uma região distante, a partir do encontro com trabalhadoras rurais, prestadoras de serviço no cultivo da banana no município de Eldorado - São Paulo (SP), que apresentavam condição de saúde vulnerável frente as demandas do cotidiano. A porta de acesso aos participantes foi a equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Itapeúna, na Atenção Básica (AB), em Eldorado -SP.

A Atenção Básica se constituiu como o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

No entanto, esses fundamentos da política só se materializam na realidade concreta das famílias se articulados com seu cotidiano e seu território (JAQUES & LEAL, 2017).

Este estudo também reforça a importância da equidade, princípio que revela que pessoas e locais têm diferentes realidades. Nesse sentido, os serviços de saúde precisam criar estratégias para vencer as desigualdades e situações desiguais.

De acordo com Barros et al (2016), o acesso a serviços de saúde e equidade estão profundamente relacionados à capacidade de os sistemas de saúde se organizarem de modo a

responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. Entretanto, cenários assim, sem respostas às demandas de saúde da população, persistem, principalmente em cidades do interior.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município de Eldorado-SP, no Vale do Ribeira, local da pesquisa, possui cerca de 14.641 habitantes. Parte dessa população ribeirinha, reside e trabalha em área rural. Ainda entre os anos de 2015, 2019 e 2021 o IBGE realizou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), onde foi verificado que a população brasileira é composta por 48,2% de homens e 51,8% de mulheres. Avaliou-se que cerca de 84,72% da população brasileira vive em áreas urbanas e 15,28% dos brasileiros vivem em áreas rurais (IBGE, 2021).

Entretanto, o município de Eldorado possui dados diferentes, sendo que a maioria da população reside em área rural, demonstrando a importância das ações voltadas para essa população que vive, trabalha e produz em área rural.

Segundo Zavarizzi et al (2019), no contexto rural, existem diversos fatores distintos em relação a esta população, que, de uma forma geral, apresenta baixa escolaridade e baixos rendimentos financeiros, dificuldades no acesso aos bens e serviços sociais, de saúde e comércio. Ainda ressalta que população rural é maior do que a urbana em aproximadamente 30% dos municípios brasileiros, chegando a 40% nos municípios com menos de 20 mil habitantes, e estima-se que, no Brasil, existam cerca de 30 milhões de trabalhadores rurais.

Em Eldorado, o trabalho rural está vinculado ao cultivo da banana e outras lavouras; os moradores nesse território vivem da agricultura familiar e trabalham para os bananicultores da região. Muitos desses (as) trabalhadores (as) são moradores locais, outros são migrantes de outras localidades e regiões do Brasil que vieram para trabalhar nesse cultivo.

O trabalho é um dos determinantes da saúde e do bem-estar do(a) trabalhador(a) e de sua família. Além de gerar renda, que viabiliza as condições materiais de vida, tem uma dimensão humanizadora, e permite a inclusão social de quem trabalha, favorecendo a formação de redes sociais de apoio, importantes para a saúde (BRASIL, 2018). Mas também é um dos fatores que se mostrou presente como uma das barreiras para o cuidado na atenção a saúde das participantes desta pesquisa.

Para o início deste estudo foi considerado como fonte de informações o banco de dados da ESF Itapeúna: prontuários físicos, informações do diagnóstico territorial e situacional e acesso ao e-SUS. Também se utilizou uma prática integrativa e complementar de saúde (PICS),

uma fonte metodológica, considerada uma estratégia de cuidado; a Terapia Comunitária Integrativa (TCI).

A terapia Comunitária integrativa se propõe a ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflitivo. (BARRETO, 2008, p. 38).

Segundo Rocha et al (2009) a TCI constitui um espaço de escuta, reflexão e troca de experiências, criando uma teia de relações sociais entre os participantes, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares.

A partir dessa metodologia, foi possível aproximar-se de uma realidade e fomentar mudanças que se efetivaram com as descobertas que surgiram nesse espaço de cuidado.

A pesquisa, de caráter qualitativo e interventivo, teve por objetivo a investigação científica, territorial de uma realidade vivenciada por trabalhadoras rurais, mulheres da lida, no município de Eldorado (SP), Vale do Ribeira. Utilizou-se a TCI como estratégia provocativa para a modificação do contexto existencial que facilitou a identificação das dificuldades e os facilitadores para potenciais mudanças.

1.1.1. A Mulher, Trabalhadora Rural, Sujeito e Ser Social

No Brasil, a mulher enfrenta muitos desafios, desde a valorização do trabalho até a remuneração financeira.

Contexto este citado por Braga (2009) sobre as mulheres e a cultura nordestina do papel de submissão da mulher em cumprir tarefas, cuidar dos filhos, da casa e ser penalizadas quando do não cumprimento das tarefas. Fato esse modificado com a entrada da mulher no mercado de trabalho.

O papel da mulher no contexto mundial é fruto de uma história de lutas, conquistas e derrotas para coexistir e garantir direitos de igualdade e respeito. Algumas mudanças na história política ocorreram a partir da segunda guerra mundial, como o direito ao voto, e assim sucessivamente com os movimentos sociais e a entrada da mulher no mercado de trabalho.

De acordo com D'Alonso (2008), a inserção da mulher no mercado de trabalho tem sido acompanhada de segregações e discriminações que as colocam em condições menos favoráveis no campo socioprofissional.

Ainda neste contexto, Paulilo (1987) cita que o trabalho que as mulheres realizam no chamado “espaço produtivo” é, no máximo, admitido como uma mera ajuda ou complemento

ao trabalho masculino, e é comum elas serem consideradas “ajudantes” dos maridos ou “esposas” de agricultores.

As trabalhadoras rurais são mulheres assíduas em relação ao trabalho e raramente se ausentam da atividade rural. Em Eldorado, quando a trabalhadora rural procura o serviço de saúde, seja a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ESF está em condição de vulnerabilidade ou adoecimento. A procura sempre é tardia e com várias demandas. Essas mulheres são donas de casa, mães de famílias, jovens, viúvas, algumas com idade avançada.

São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL,2004).

O receio do desemprego, do desconto salarial e da perda da cesta básica, faz com que essas trabalhadoras estejam submetidas ao vínculo empregatício, considerando-o algo prioritário. Em consequência disso, elas têm menos tempo para o cuidado de si, levantam-se muito cedo, arrumam os filhos, cuidam de todos os moradores da casa, fazem o alimento, as tarefas domésticas e vão trabalhar.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), o trabalho pode ter um efeito protetor, ser promotor de saúde, mas também pode causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos(as) trabalhadores (as), aprofundar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades e produzir a degradação do ambiente.

No Bairro Serrinha, área territorial pertencente a ESF Itapeúna, local da pesquisa, cerca de 40% das mulheres são responsáveis pelo sustento da casa e vivem do trabalho rural.

Segundo Pinto et al (2013) as mulheres, além de trabalharem no meio rural para o auxílio na renda familiar, enfrentam a dura “jornada dupla”, pois dedicam em média o dobro do tempo que os homens nos afazeres domésticos e reconhecem seu trabalho rural apenas como uma ajuda a seus companheiros.

Além de trabalhar em jornadas duplas, as trabalhadoras rurais da região do Vale do Ribeira, convivem com exigências e somatória de responsabilidades que contribuem para um esvaziamento de forças e/ou resistência (desânimo, cansaço, impotência), interferindo na sua condição de saúde. Normalmente a mulher tem hábitos preventivos; pelo menos, em Eldorado, são a maioria a frequentar os serviços de saúde, mas esse comportamento não se aplica mulher da lida de Itapeúna. A procura aos serviços de saúde pela trabalhadora rural na maioria das vezes é tardia e se dá na condição de adoecimento e/ou necessidade de intervenção. Essa

condição é evidenciada no atendimento, quando se constata uma dificuldade ou limitação no desempenho da função.

Nos atendimentos enfatizam a necessidade de descanso e a busca por um ambiente com menos sobrecarga. As queixas trazidas por elas nos serviços da APS, geralmente estão relacionadas ao aumento da pressão arterial, dermatites na pele, dores na coluna, complicações urinárias, aumento dos valores glicêmicos e questões sexuais. Outros fatores estão relacionados ao estado emocional, descritos como estresse, medo, angústia e ansiedade desencadeadas por cobranças, doença na família, separação etc. Essa informação trazida pelas trabalhadoras rurais contribuiu para repensar sobre possíveis ações preventivas e de promoção da saúde para além da prevenção de agravos.

Vosgerau (2012) cita que as dimensões afetivas e emocionais são preponderantes para a qualidade de vida em geral, já que envolvem e se relacionam com diversas facetas do bem-estar, sejam elas físicas e mentais, como também materiais, existenciais e espirituais.

Conforme Pinto (2010), no Brasil, não existem instâncias que tornem todos os seus cidadãos e cidadãs iguais em direitos e deveres de fato. Essa afirmação reforça o quanto ainda é necessário lutar, principalmente em cidades menos desenvolvidas, por direitos aos quais a mulher ainda não tem amplo acesso.

Em Eldorado existe pouca diferença populacional entre homens e mulheres e, de acordo com o diagnóstico territorial da ESF Itapeúna, as mulheres trabalham para auxiliar na renda familiar.

Nesse papel de cuidadora, protetora e responsável pelas pessoas em seu núcleo familiar, a mulher trabalhadora rural nega a si mesma o direito ao cuidado, estando exposta a situações adversas.

Segundo Zavarizzi et al (2019), na agricultura, encontram-se ocupações perigosas para os trabalhadores, não somente pela utilização de ferramentas, máquinas e agrotóxicos, mas especialmente pela exigência de grandes esforços físicos no desempenho das atividades.

Neste contexto, observa-se uma história de resistência da trabalhadora na busca pelo cuidado, revelada pela condição de cronicidade dos casos, resultado de algo não tratado corretamente ou tratado tardiamente.

As queixas expostas correspondem com as evidências clínicas e as questões emocionais aumentam a condição de vulnerabilidade e risco dessas mulheres. Nos atendimentos realizados pela equipe da ESF Itapeúna, a maioria demonstrava satisfação na abordagem, mas também frustração quando era necessário referenciar para outros serviços de saúde. A falta de transporte

público, a dificuldade de acesso e o pouco recurso financeiro, faz com que não deem continuidade ao tratamento.

São extremamente cobradas quanto ao trabalho e dão prioridade ao serviço, em detrimento de sua condição de saúde. Esta realidade da trabalhadora rural não é exclusiva da região do Vale do Ribeira, e sim ocorre em grande parte do território brasileiro. Ressalta-se que mesmo diante de tantos desafios a trabalhadora rural demonstra resiliência, consegue se adaptar as dificuldades e encontra força na família, na fé e nas relações de pertencimento para dar conta de suas atividades.

No Brasil observa-se que a mulher vem lutando por políticas públicas inclusivas e, no SUS, a garantia desse direito pode se dar através do acesso a APS.

Destaca-se, nesse contexto, o compromisso da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher-PNAISM (BRASIL, 2004), em implementar ações de saúde que possam contribuir para a garantia de direitos humanos das mulheres, que reduzam a morbimortalidade por causas evitáveis. Contudo, é importante a efetivação das ações de prevenção, redução de danos, promoção e reabilitação da saúde.

1.1.2. O SUS no Município de Eldorado-SP

O Vale do Ribeira é uma região compreendida entre as regiões sul do Estado de São Paulo e leste do Estado do Paraná, que compreende 30 municípios (ZAVARAZZI et al, 2019). Nessa região predomina as comunidades caiçaras, indígenas, caboclas, de pescadores e de pequenos produtores rurais. Compartilham o espaço com 26 comunidades quilombolas reconhecidas, sendo o maior número de comunidades remanescentes de quilombos em todo o Estado de São Paulo. Entre os municípios do Vale do Ribeira, Eldorado-SP, tem particular importância devido à sua localização geográfica. Está entre os municípios com maior extensão territorial ficando em quarto lugar no Estado São Paulo. Possui cerca de 1.654.256 Km² de área e 70% está coberta por mata atlântica. Apresenta algumas peculiaridades da própria região, foi berço de artistas e artesãos como da escritora (poetisa) Francisca Julia Cesar Munster e local de residência da família do Ex-presidente da República.

FIGURA. 1 Cidade de Eldorado



Fonte: Prefeitura Municipal de Eldorado. Acervo Público.

www.eldorado.sp.gov.br

O município possui mais de 70 bairros, sendo a maioria situado na zona rural. Segundo o Instituto de Terras do Estado de São Paulo (ITESP, 2016), Eldorado tem 15 comunidades quilombolas, dessas, 11 reconhecidas, uma em estudo, uma apontada para reconhecimento e duas em solicitação de reconhecimento. Em 2010 a cidade recebeu o assentamento da aldeia indígena no Bairro Takuari, com cerca de 104 famílias. Um município histórico e culturalmente privilegiado com comunidades quilombolas, indígenas, rurais e ribeirinhas. Destaca-se que a maioria populacional é do sexo masculino com predomínio populacional da cor preta e parda, conforme dados do IBGE (2010).

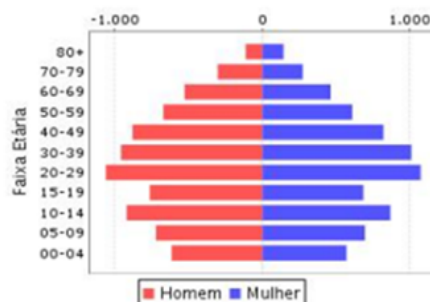
FIGURA 2. Censo Populacional : cor, sexo e faixa etária

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	6.232	45,53%
Preta	1.677	10,86%
Amarela	137	0,89%
Parda	6.548	42,42%
Indígena	47	0,30%
Sem declaração	0	0,00%



2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	614	569	1.183
05-09	720	694	1.414
10-14	919	866	1.785
15-19	762	683	1.445
20-29	1.059	1.071	2.130
30-39	957	1.008	1.965
40-49	879	819	1.698
50-59	670	608	1.278
60-69	527	462	989
70-79	302	273	575
80+	113	143	256
Total	7.522	7.196	14.718



Fonte: IBGE, 2010. Site. www.ibge.gov.br

A região do Vale do Ribeira tem sofrido com as enchentes há muitos anos, a maioria da população reside as margens do Rio Ribeira. Além disso, existem barragens em outras regiões que afetam as cidades quando abertas as comportas. Algo importante de salientar é que em 1997 ocorreu uma das maiores enchentes no município de Eldorado que culminou na destruição de uma ponte que dava acesso a outros municípios. Esse período foi declarado calamidade pública, situação que exigiu grande esforço dos serviços de defesa e da área da saúde.

A organização dos serviços de saúde dessa região enfrenta vários desafios e o “acesso” está nessa lista, sendo uma das maiores barreiras da população rural ter acesso a serviços de bens e consumo. Por ser uma região com ampla extensão territorial e baixo investimento em transporte público, muitos são privados de ir e vir conforme suas necessidades. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município é composta por serviços que oferecem atenção em nível primário. A atenção em nível secundário e terciário são realizados pelos Hospitais de Referência da região, podendo ser no município de Pariquera-Açú-SP (Hospital Regional L Bevilaqua - HRLB) ou no município de Registro-SP (Hospital Regional de Registro-HRR e Hospital São João - HSJ).

De acordo com a demanda, podem ser referenciados para outras regiões do Estado; nessa articulação está o Departamento Regional de Saúde (DRSXII) de Registro que dá apoio aos municípios do Vale do Ribeira. A organização dos serviços de saúde de Eldorado se apresenta de acordo com as tabelas abaixo.

TABELA 1. Estrutura Organizacional da Rede de Atenção a Saúde de Eldorado

A Estrutura Organizacional do Sistema Municipal de Saúde	
✓ Departamento de Saúde – Administrativo, Faturamento/TI e Ouvidoria.	✓ Serviço de Especialidade (Multiprofissionais).
✓ Vigilância em Saúde – Vig. Sanitária, Vig. Epidemiológica e Setor Zoonose	✓ CAPS I
✓ Central de Agendamento e Regulação via CROSS e	✓ Unidade Básica de Saúde

Transporte Sanitário.	
✓ Conselho Municipal de Saúde	5 Equipes Estratégia Saúde da Família (Cerejeiras, Colibri, Esperança, Flamboyant e Ipê)
✓ Pronto Atendimento	✓ Posto Atendimento Rural (PAR) Quadro Vergueiro
✓ Farmácia Municipal	✓ Pólo da Academia da Saúde

Fonte: Autora. Pesquisa de Campo, 2020-2022.

TABELA 2. Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde (CNES) de Eldorado e População estimada (2021)

SCNES	Unidade de Saúde	População estimada
7804768	ESF Cerejeiras (Indígena/Rural/Ribeirinho) População Indígena aproximadamente 100 pessoas e 24 famílias na Aldeia Taquari	1.403
2041359	ESF Colibri (Ribeirinhos/Rural)	1.990
7800398	ESF Esperança (Rural/Urbana)	2.151
2093057	ESF Flamboyant (Quilombos/Ribeirinhos)	1.892
2041367	UBS Centro eAB - Equipe de Atenção Básica (Urbana)	6.305
2041367	ESF Ypê	1.200
2041340	Posto Atendimento Rural (PAR) Quadro Vergueiro (Cobertura dada pela ESF Cerejeiras)	--
6398456	Departamento Municipal de Saúde	--
0216402	CAPS I Tecendo Redes	--
7307519	Centro de reabilitação e especialidades	--
2093022	Pronto Atendimento	--

Fonte: Autora. Pesquisa de Campo, 2020-2022.

Em 2021, ocorreu modificações na gestão de saúde que, por sua vez, no intuito de ampliar a assistência, subdividiu as equipes existentes criando outras equipes de ESF. Em dezembro de 2021 essas novas equipes foram cadastradas (SCNES) passando de 5 unidades de ESF para 8 unidades.

TABELA 3. Unidades de Saúde da Família de Eldorado

Unidades Saúde da família Eldorado (2021)
--

- ✓ 1.Unidade PSF I Flamboyant
- ✓ 2.Unidade ESF II Colibri
- ✓ 3.Unidade ESF III Esperança
- ✓ 4.Unidade ESF IV Cerejeiras
- ✓ 5.Unidade ESF V Ipê
- ✓ 6.ESF VI Itapeuna (*anteriormente Colibri)
- ✓ 7.ESF VII Batatal (*anteriormente Flamboyant)
- ✓ 8.ESF VIII Quilombos (*anteriormente Flamboyant)

Fonte: Autora. Pesquisa de Campo, 2020-2022.

A UBS está localizada na zona urbana, sendo suporte para todas as equipes, urbanas e rurais. A equipe da ESF Cerejeiras atende área urbana e rural, e em seu território se encontra o assentamento da Aldeia indígena Takuari e Quilombo do Abobral. A ESF Colibri que foi subdividida com a ESF Itapeúna, possui um território totalmente rural, povoado por moradores de fazendas, sitiantes que vivem da agricultura, principalmente da bananicultura. A equipe da ESF Esperança (urbana e rural), possui maior número de cadastro de usuários. A ESF Flamboyant, também subdividida com a ESF Batatal e ESF Quilombos (Rurais), possuem uma área que abrange 8 comunidades dessas 7 são quilombolas. A ESF Ipê (urbana) com base no prédio da UBS atende os moradores da cidade. Importante ressaltar que todas as equipes possuem déficit de Agente Comunitários de Saúde.

A ESF Itapeúna, área em que trabalhei e que é o campo desta pesquisa, possui cerca de 1.200 habitantes e as pessoas dessa região vivem da lavoura, possuem baixa renda, muitas são beneficiárias do Programa Bolsa Família (Auxílio Brasil).

A equipe de saúde da ESF Itapeúna atende o Distrito de Itapeúna e os Bairros: Serrinha, Morro Preto e as doze (12) fazendas da região. As visitas domiciliares são realizadas uma vez por semana, mas, somente, quando o Departamento de Saúde disponibiliza um carro para equipe. Nesse território existem locais de moradia que podem chegar a até 30 quilômetros de distância da base da ESF.

A equipe de saúde atende os usuários diariamente, numa base fixa na unidade da ESF em Itapeúna. A equipe é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma médica, três agentes comunitários de saúde (ACS) e uma recepcionista. O atendimento médico ocorre 2 vezes por semana, porque esse profissional atua em duas equipes. A unidade da ESF não disponibiliza de carro próprio, sendo este um dos fatores desafiadores da assistência. O

território é amplo, geograficamente extenso, estradas sem pavimentação, com população de baixa renda e os recursos são precários.

Na zona rural a assistência nem sempre é imediata e quanto mais tempo se leva para acessar a demanda, mais prejudicial pode ser a espera. Nos vários acidentes de trabalho atendimentos na ESF na zona rural tem relação com a atividade física (carpição, roçado, desbaste) e manuseio de equipamentos. Os efeitos negativos na saúde determinados pelo trabalho são geralmente expressos nos acidentes e nas doenças relacionadas ao trabalho, que aparecem como demanda dos(as) usuários(as) nos diversos pontos da rede, cujas principais portas de entrada são a AB e as redes de urgência e emergência (BRASIL, 2018). No município de Eldorado a maioria desses acidentes adentram as portas do Pronto Atendimento e, na maioria das vezes, são resultado do trabalho no cultivo da banana. O(a) trabalhador(a) rural utiliza equipamentos que exigem força e destreza física, podendo estar exposto(a) a produtos químicos e equipamentos perfuro-cortantes (penado, enxada, foice etc.), situações que favorecem o risco, aumentando sua gravidade.

Em Eldorado a população rural tem maior dificuldade de acesso à área urbana, por falta do transporte público, uma realidade vivenciada pelos moradores há mais de 20 anos. Essa condição precária, veio a piorar com a pandemia do coronavírus (Covid-19). Há mais de dois anos, mesmo depois dos picos da pandemia, permanece o enfrentamento e combate ao vírus. Fatores que exigiram o isolamento, distanciamento social, as perdas de entes queridos e desemprego, contribuíram para vulnerabilidade física, mental e espiritual desses indivíduos.

O prejuízo causado por tal condição resultou no afastamento de trabalhadores dos seus postos de trabalho, aumento da vulnerabilidade social e de saúde dessas pessoas.

Ao iniciar o trabalho nesse território em junho de 2021 como enfermeira da ESF Colibri (atualmente ESF Itapeúna), uma das primeiras iniciativas realizadas foi o mapeamento do território, seguido da construção do diagnóstico situacional, possibilitando a criação de um cronograma de ações voltado às linhas de cuidado. Nesse levantamento foi evidenciado dois pontos importantes: pessoas idosas com doenças crônicas que agudizavam e mulheres, trabalhadoras rurais que chegavam tardiamente (adoecidas) aos serviços de saúde. As duas realidades demonstravam a urgência do trabalho preventivo nesse território.

Nas reuniões de planejamento da equipe já havia uma discussão sobre a criação de um espaço de acolhida em roda de conversa. E diante da realidade vulnerável dessas mulheres, foi proposto utilizar uma estratégia de cuidado que pudesse auxiliar na melhoria da condição de saúde dessa população, criando oportunidade para implantação de um veículo de comunicação

e informação para práticas preventivas. Essa tomada de decisão se deu a partir das discussões sobre saúde-doença e como o trabalho de prevenção e promoção da saúde poderia ser disseminado num espaço de cuidado, pensando na metodologia da Terapia Comunitária Integrativa.

A procura de recursos e estratégias para melhorar a realidade de saúde do território da ESF Itapeúna impulsionou a equipe a procurar a gestão de saúde do município para suporte. A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda (BRASIL, 2004).

E diante desses aspectos é necessário um conjunto de ações e serviços que envolvam uma Rede comprometida. Em Eldorado, a Gestão Pública e o Departamento Municipal de Saúde têm como responsabilidade planejar a Política de Saúde local que contemple a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Nesse arcabouço de planejamento está a proposta da criação da Secretaria da Saúde no município, umas das aquisições que “poderia” fortalecer a autonomia e protagonismo das ações e serviços dessa área.

Dificuldades como a inexistência do cargo de coordenador, reforma de prédios, falta de carros para os serviços de saúde, aquisição de equipamentos, licitações, dificuldade com recursos humanos (RH), impactam diretamente na efetividade do planejamento e na execução das ações.

O Conselho Municipal de Saúde tem participação nessa gestão como fiscalizador, mas atua de forma fragmentada sem a presença efetiva dos conselheiros. A falta de conhecimento na íntegra do papel do conselheiro e do controle social colaboram para o enfraquecimento do grupo.

1.1.3. A Pandemia e as Comunidades Rurais

Em 2020, com a chegada da pandemia de COVID-19 no Brasil, Estados e Municípios se organizaram para o enfrentamento ao vírus e, nesse contexto, estava o desafio da garantia da saúde do trabalhador (LIMA & KINKER, 2020). Essa situação de pandemia dava início a um grande desafio: o de garantir a saúde da população e dos trabalhadores na prestação da assistência. A notícia de um vírus circulante ressoou a princípio como algo distante da realidade de uma cidade do interior.

Mas em abril de 2020, com o óbito da primeira pessoa no município, isso tomou uma nova proporção. A cidade entrou em alerta, o impacto de tal condição começou a afetar a população rural, modificando drasticamente hábitos e costumes. Segundo Malta (2020)

Algumas pessoas ainda demonstravam resistência em aderir aos cuidados preventivos, mas essa ideia foi se modificando com o aparecimento de pessoas infectadas pelo vírus. A dificuldade de acesso, o adoecimento das pessoas, e os primeiros óbitos, desencadearam na população um estado de medo, favorecendo o cumprimento das medidas sanitárias preconizadas. Essa experiência possibilitou uma nova visão sobre as políticas e os desafios para a assistência no município, principalmente em relação à saúde da família.

O Departamento Municipal de Saúde em Eldorado, conjuntamente com outros setores representantes da sociedade, se reuniu e criou o Comitê de Enfrentamento e Combate à Covid-19. Algumas modificações foram realizadas, na UBS se instalou a tenda da Covid, o Pronto Atendimento (PA) passou a atender prioritariamente casos com classificação de risco de maior gravidade. As equipes de ESF se mantiveram no território até certo período, depois centralizaram seus atendimentos na área urbana. Com o aumento dos números de casos na zona rural, as equipes de ESF retornaram ao território, para assistência *in loco*.

A disseminação do vírus nas comunidades rurais ocorreu devido ao aumento da circulação de pessoas da área rural na área urbana, principalmente em dias de pagamento de benefícios do governo. O recebimento de pessoas (visita) de fora do município (parentes, amigos) também foi outro fator que associado ao não uso de máscaras favoreceu a exposição ao vírus. O resultado foi o aumento de pessoas afastadas de seus postos de trabalho, aumento dos gastos financeiros, fragilidade nas condições de subsistência, aumento da violência doméstica e adoecimento.

Segundo Malta & Gracie (2020) a adoção bem-sucedida de restrição social como medida de Saúde Pública trouxe comprovados benefícios à redução da taxa de transmissão da COVID-19; entretanto, efeitos negativos, associados a essa restrição, poderão ter consequências para a saúde, no médio e longo prazo.

Com a mudança de fase e início da vacinação em janeiro de 2021, o município iniciou uma nova perspectiva de retomada da normalidade.

Em fevereiro (2021) as comunidades quilombolas foram as primeiras a receber as vacinas conforme estipulado pelo Ministério da Saúde. A testagem rápida e o trabalho de conscientização sobre as medidas sanitárias para os usuários contribuíram para o trabalho de prevenção no município. Outro dado importante foi o envolvimento das comunidades rurais na confecção de máscaras, algo essencial para aqueles em condição de vulnerabilidade.

Destaca-se que a população Eldoradense em grande parte tomou consciência da importância das medidas sanitárias, mesmo frente a informações contrárias divulgadas em redes sociais e por pessoas com representatividade política.

1.1.4. Políticas e Práticas de Saúde Significativas Para a Mulher Trabalhadora Rural.

Esta pesquisa fundamentou-se tendo como pano de fundo as Políticas Públicas voltadas a saúde da mulher, considerando seu território, família, trabalho, saúde e vivência. Buscou-se referências que descrevessem as mudanças ocorridas nas Políticas Públicas voltadas a saúde da mulher e estratégias para melhoria da condição de saúde.

Tal investigação descobriu alguns direcionamentos das Políticas que tem como fundamentos a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

Nesse caminho foi necessário repensar práticas, partindo da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes. E que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017) cabe a APS a busca de estratégias e ferramentas que possam auxiliar a população frente as suas demandas de saúde.

Muitas mudanças ocorreram ao longo dos anos em termos de tecnologias, dentre estas: as tecnologias leves, leve duras e duras, onde as leves podem ser consideradas recursos para alcançar pessoas e comunidades. As leves podem ser desenvolvidas em espaços que promovem encontros, interação, intervenção e construção coletivas, sem exigência de grandes investimentos financeiros.

Segundo Merhy & Onocko (1997) a tecnologia leve refere-se as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, como uma forma de desenvolver processos de trabalho.

E, nesse contexto, a PNAB (BRASIL, 2017) destaca que a AB tem que atuar na busca da alta resolutividade e capacidade clínica e de cuidado incorporando tecnologias leves, leve duras e duras, além da articulação com outros pontos da RAS.

Importante ressaltar que, nesse aprofundamento teórico, foi verificado que os recursos dirigidos a uma pessoa ou coletividade precisa fazer sentido, sendo fundamental conhecer a epidemiologia e especificidade de cada região: território, comunidade, cultura e sujeitos nesse contexto.

Em alguns municípios do Vale do Ribeira as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde foram instituídas como estratégia de cuidado, prevenção e promoção de saúde. Essas PICS chegaram à região trazidas por profissionais com a devida formação e outros formados por cursos ofertados pelo SUS.

O propósito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPICS) e de outras Políticas Públicas está na possibilidade de produzir saúde para diferentes

públicos e em diferentes regiões do País.

A Atenção Primária a Saúde (APS), tem papel importante no desenvolvimento de ações voltadas a população, sendo considerada na PNAB como a principal porta de entrada e centro de comunicação entre pessoas e serviços. Esse dado evidencia a importância de se efetivar o trabalho de prevenção e promoção da saúde na APS. Podemos afirmar que as Políticas disponibilizadas no SUS nos guiam frente a tomadas de decisões e na criação de novos *modus operandi*, para trabalharmos na perspectiva de mudanças.

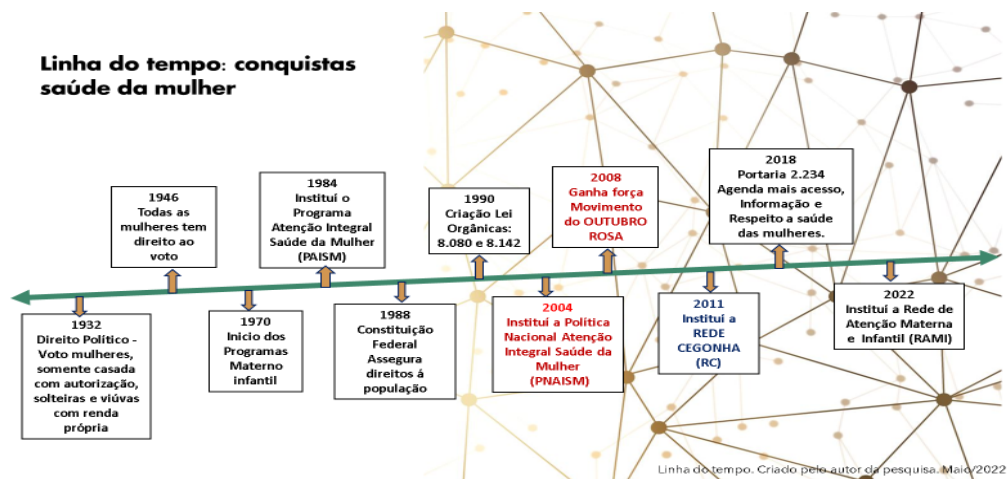
Esta pesquisa considerou essa realidade e o esforço da equipe da ESF em criar estratégias para diminuir a distância, fortalecer o vínculo e ampliar o cuidado.

De fato, podemos concluir que a saúde e sua garantia estão alicerçadas nos princípios de participação e corresponsabilização por parte de atores essenciais: gestor, trabalhador, usuário e o controle social, mas estes precisam ter interesses comuns voltados à melhoria da condição de saúde da população onde estas residem.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) foi uma conquista, objeto de reivindicação de mulheres e movimentos sociais por melhoria e garantia de direitos. Importante ressaltar que na linha do tempo as conquistas foram significativas, visto que a mulher na sociedade era restrita de direitos.

Na análise da história, as políticas voltadas a saúde da mulher tinham como ponto central a assistência à gravidez e ao parto, desconsiderando os demais ciclos de vida. Com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e posteriormente a Política Nacional, essa realidade começou a mudar. Na figura da linha do tempo é possível observar as mudanças ocorridas para melhorar a assistência à saúde da mulher.

FIGURA 3. Linha do Tempo conquistas da saúde da mulher



Fonte: Autora.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004). Importante ressaltar que esse programa ganhou força com a implantação do Programa da Saúde da Família em 1994.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 1984 a 1989 e na década de 1990, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004).

Nas décadas de 1930, 1950 e 1970 os programas não consideravam a mulher como sujeito em sua singularidade e subjetividade, mas como ser biológico, com papel social e responsabilidades atribuídas como as dos afazeres domésticos, ser mãe e esposa.

As mudanças começaram a partir de movimentos sociais, movimentos feministas que consideravam a mulher como sujeito de direitos. Uma nova era se inicia, e nela, o desafio da melhoria das condições de saúde da mulher em todos os ciclos de vida. A PNAISM foi instituída:

[...] num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente aliçados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p.5)

Essa Política ressalta vários fatores que afetam a saúde da mulher no Brasil, sendo um destes, o perfil epidemiológico, que varia de uma região para a outra.

Destaca pontos importantes e de intervenção para melhoria da condição de saúde da mulher, dentre estas: morte materna, precariedade da atenção obstétrica, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, DST/HIV/Aids, violência doméstica e sexual.

Ainda nesse contexto, chama a atenção para a saúde da mulher o cuidado na adolescência, no climatério/menopausa, a saúde mental e de gênero, doenças-crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, das

residentes e trabalhadoras na área rural e das em situação prisional.

Quanto a saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural, os determinantes têm especificidades da própria condição ou região.

As condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar os trabalhadores rurais mais vulneráveis às enfermidades (BRASIL, 2004).

Segundo a PNAISM (BRASI, 2004) a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

Traz ainda informações importantes sobre como desenvolver o cuidado, respeitando o sujeito, suas demandas e especificidades.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (BRASIL, 2004).

Reforça-se ainda a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) que orienta métodos acolhedores, escuta qualificada, construção coletiva e direcionamento responsável.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013).

Em 2011, através da Portaria nº 1.459, foi instituída a Rede Cegonha (RC), uma rede temática cuja finalidade está na garantia dos direitos a saúde da mulher. Os componentes dessa RC visam o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança, e sistemas logísticos: transporte sanitário e regulação. De acordo com a Ministério da Saúde essa Rede temática;

[...] instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento

saudáveis, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Outras portarias surgiram, e em abril de 2022 instituiu-se a Rede de Atenção Materno e Infantil (RAMI) com o objetivo de maior expansão em serviços e ações, consequentemente com maior investimento financeiros voltados a saúde da mulher. Entretanto, verifica-se retrocessos no que se considera avanços a saúde da mulher, pois desconsidera-se questões intrínsecas da mulher: sua singularidade, subjetividade, cultura (lugar de pertencimento e identidade), escolhas e espaço de participação ativa nas construções políticas e sociais deste país.

Um aspecto relevante são os movimentos instituídos e que potencializam as ações de saúde (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação). Nesse sentido, o outubro Rosa se estabeleceu como importante movimento que incutiu na sociedade o papel de comprometimento com a saúde da mulher. Iniciado nos Estados Unidos na década de 1990, chegando ao Brasil timidamente por volta de 2002, a campanha ganhou força a partir de 2008, com o envolvimento da sociedade civil e demais representatividades.

No Brasil, em várias regiões do país, municípios entendem a campanha do Outubro Rosa como a oportunidade para acessar as mulheres de difícil acesso, principalmente as de maior propensão ao adoecimento. A ação se fundamenta na importância da prevenção, onde é possível trabalhar conscientização coletiva, principalmente para aqueles vinculados a um trabalho. Nesse sentido, empregador e empregado podem exercer papel de corresponsabilização sobre seu cuidado.

Em Eldorado, as campanhas favorecem as ações em saúde (exames preventivos, diagnóstico e tratamento precoce), quando ocorre um maior investimento financeiro em equipamentos, RH e logística que viabilizam o acesso as áreas mais distantes e populações vulneráveis. Entretanto, essas ações deveriam ser incentivadas e executadas nos 12 meses do ano, de acordo com a realidade da região.

Segundo Rafagnin & Rafagnin (2020), a construção do campo de saúde do trabalhador no contexto brasileiro é anterior a homologação da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora de 2012. Isso porque, desde o ano de 1991, o Ministério da Saúde buscava articular uma proposta que garantisse resultados efetivos.

Com a instituição da Política Nacional voltada ao trabalhador em 2012, a classe trabalhadora ganhou força no sentido de fazer valer os seus direitos. Mas garantir a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) seria um desafio para a realidade brasileira.

Estão sobre a proteção dessa Política todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. O trabalho de acordo com a Portaria nº 1.823/2012 da PNSTT é considerado a relação entre o homem e a natureza para atender suas necessidades; dessa forma, tem como proposta em seu artigo 2º;

()...definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012)

Utiliza como estratégia a integração das vigilâncias, estruturação das Redes de Atenção, estímulo a participação da comunidade, controle social, capacitação dos recursos humanos, estudos, pesquisas e análise de perfil produtivo. No âmbito da AB, busca reconhecer as atividades produtivas no território, busca conhecer o perfil do trabalhador, os riscos e impactos a saúde e identificar sua rede de apoio.

Nesse sentido, visa a inclusão de grupos em maior vulnerabilidade, identifica problemas de saúde, sua relação com o trabalho, notifica agravos e, se necessário, articula-se com outras redes. A transversalidade das ações nas perspectivas intrasetorial e intersetorial é uma das ações da AB, ao qual visa o suporte, articulação em rede, a solução de problemas promovendo o cuidado.

A Rede de Atenção Nacional a Saúde do Trabalhador (RENAST), regulamentada pela Portaria 2.728/GM é estabelecida a partir da integração das ações transversais, desde a gestão, informação, definição e integração das ações de vigilância e assistência nos níveis de atenção do SUS. A RENAST é composta pelo CEREST e SINAN-NET.

Os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) realizam ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde para todos os trabalhadores. O Sistema de informação de Agravos e Notificação (SINAN-NET) é uma Rede de sentinelas de média e alta complexidade que diagnostica os agravos a saúde do trabalhador e realiza os registros.

Todas essas políticas são importantes para o contexto de vida das mulheres, dentre estas, as trabalhadoras rurais.

1.1.5. Práticas Integrativas e Terapia Comunitária Integrativa

No Brasil, as PICS iniciaram na década de 1970 e, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada na década de 1980, intensificou-se essa proposta. Em maio de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares de saúde (PNPICS) no SUS.

Nesse período, as modalidades desenvolvidas no SUS, a partir da medicina tradicional chinesa, eram; acupuntura, dietoterapia, práticas corporais e mentais, homeopatia, fitoterapia, termalismo social/crenoterapia. Essas práticas foram ganhando espaço e sua procura ficou cada vez maior ampliando ofertas para os usuários dos serviços de saúde. Atualmente, constata-se aumento visível na utilização de medicina alternativa, complementar e integrativa, especialmente em países desenvolvidos (SANTIAGO, 2017).

Entre 2006 e 2020, cerca de 29 PICS foram inseridas no SUS, dentre essas, a Terapia Comunitária Integrativa. Conforme informação no site da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM, 2021), a TCI está presente em 24 países atuando em diversas áreas, como saúde, educação, assistência social, comunidades e setor privado. Reconhecida como ferramenta e estratégia de cuidado para pessoas em sofrimento, seu método é desenvolvido através de rodas de conversa.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) a TCI enquanto PICS é uma prática terapêutica coletiva que atua em espaço aberto e envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. Atua como instrumento de promoção da saúde e autonomia do cidadão.

Adalberto de Paula Barreto, criador da TCI, que é médico, graduado pela UFC, doutor em psiquiatria pela Université René Descartes em Paris, instituiu esse método em 1987 no Ceará e esta foi considerada como uma tecnologia leve de cuidado em saúde.

Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo, assim, para o aumento do exercício da cidadania (BRASIL, 2015).

A TCI está descrita no caderno de atenção básica de saúde mental nº 34 (BRASIL, 2013), como intervenção psicossocial avançada, caracterizada como ferramenta à disposição dos profissionais da AB.

A TCI emerge como uma estratégia de inclusão social e apoio à saúde mental da população, que é definida como um espaço de acolhimento, para a partilha de sofrimentos e sabedoria de vida, que ocorre de maneira circular e horizontal (ROCHA et al, 2013).

Para LIMA et al (2014) a TC contribui para melhorar a qualidade de vida de seus participantes, onde um vínculo de união é formado entre os sujeitos, predominando o diálogo e a exposição das dificuldades e favorecendo a busca da solução de forma coletiva e a criação de laços solidários.

Para Braga (2009) a TC é vista como um espaço de inclusão, que pode ser utilizado como uma ferramenta para se trabalharem as desigualdades sociais e de gênero.

A TCI pode contribuir para a organização e fortalecimento de grupos de trabalhadores(as) que compartilham a mesma exposição ocupacional ou adoecimento para o desenvolvimento de ações educativas e de orientação quanto aos direitos trabalhistas, previdenciários, sanitários, entre outros (BRASIL, 2018).

Em 2004 foi criada a Associação Brasileira de Terapia Comunitária, uma organização sem fins lucrativos que tem por objetivo fortalecer o desenvolvimento da TCI, congregando pessoas e instituições, promovendo e criando redes. Atua junto aos polos cadastrados na formação de terapeutas comunitários, sendo este um curso realizado em várias regiões do Brasil.

Segundo Barreto (2008) a TCI foi desenvolvida sobre os seguintes alicerces teóricos: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, antropologia cultural, pedagogia de Paulo Freire e resiliência.

De acordo com o Chiaverini (2011) no Guia de Matriciamento em Saúde Mental, a metodologia da TCI, segue 6 etapas: 1. acolhimento, 2. escolha do tema, 3. contextualização, 4. Problemática, 5. Finalização: rituais de agregação e conotação positiva e 6. Apreciação da roda.

Entretanto, a partir de 2020, encontra-se novas informações sobre as etapas, onde o criador da TCI (Barreto) e outros autores citam a etapa 2. escolha do tema, como etapa 2. escolha da inquietação, e etapa 4. Problemática, como etapa 4. partilha de experiências. Assim como demonstrado por SILVA et al (2020) na tabela abaixo;

TABELA. 4. Quadro 2 – Síntese das etapas da Terapia Comunitária Integrativa (2020)

Acolhimento

- *Boas vindas:* promover um espaço caloroso, de acolhimento e vínculo
- *O que é a TCI?* É um espaço de partilha das nossas inquietações e conquistas
- *Destacar as regras da TCI*
- *Celebrações:* aniversários, datas importantes, conquistas, superações
- Dinâmica de aquecimento

Escolha da Inquietação

- Por que falar na roda, do que falar e quem quer falar de suas inquietações;
- Restituição das histórias contadas pelas(os) participantes
- Síntese das inquietações
- Identificação: com qual inquietação(a) o participante se identifica e a justificativa;
- Votação da inquietação que tocou/sensibilizou as(os) participantes
- Agradecimento a todos que trouxeram suas dores;

Contextualização

- Início das perguntas e convite aos participantes para perguntarem para maiores esclarecimentos sobre a história mais votada;
- Preparação do mote
- Agradecimento ao protagonista da inquietação escolhida;

Partilha das Experiências

- *Lançamento do mote:* momento mais importante da roda, momento em que as pérolas surgem. É o coração da terapia comunitária integrativa.
- Partilha das experiências das pessoas que desejarem responder
- Agradecimento ao grupo

Finalização

- *Ritual de agregação:* roda de balanço
- *Conotação de aprendizagem:* o que eu aprendi e estou levando da roda

Apreciação (momento pós-roda)

- Apreciação da roda entre terapeutas comunitários

Fonte: Barreto (2010) e Mendonça (2012)

Segundo o MS (BRASIL, 2013), deve ser realizada por um ou dois terapeutas comunitários com formação, em um recinto que permita a realização da roda de conversa. Qualquer pessoa que tenha interesse pode participar da TCI, usuários, portadores ou não de sofrimento, patologia psíquica ou orgânica.

O espaço é aberto e, para cada encontro, forma-se um grupo que dará conta da sessão no prazo estipulado. A partir da apresentação das pessoas, exposição das regras da TC, da escolha e exposição do tema (queixa trazida), o grupo participa fazendo perguntas para melhor compreensão daquele sofrimento; logo após se inicia as trocas de experiências em que as pessoas compartilham sobre suas superações, tudo em um clima acolhedor, respeitoso e empático. O compartilhamento da vida produz elo entre os sujeitos, que se reconhecem como rede de apoio.

BARRETO (2008), explica que existe uma diferença entre doença e sofrimento: o sofrimento não pode ser medicalizado com psicotrópicos, sendo isso uma prática na rede de assistência.

A roda de TCI promove espaço de liberdade (sem julgamento), identificação com a fala do outro (pertencimento) e traz a possibilidade de mudança, onde carência vira competência. Por ser uma estratégia coletiva e promover espaço inclusivo, permite reflexão que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, sendo esta a estratégia de cuidado escolhida para trabalhar com as mulheres da lida no município de Eldorado.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013) faz referência às rodas de conversa, ao incentivo às redes e movimentos sociais, contribuindo para a criação de espaços para gestão de conflitos, gerados pela inclusão das diferenças através de ferramentas experimentadas no SUS. Neste sentido, a PNH explica que incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

Após ter abordado aspectos introdutórios para contextualizar a situação de vida da trabalhadora rural, as políticas de saúde voltadas a essa população, destacando a estratégia de cuidado da Terapia Comunitária Integrativa, passo a apresentar os objetivos desta pesquisa.

2. OBJETIVO

2.1.1. Objetivo geral

A partir do compartilhamento coletivo em rodas de TCI compreender as perspectivas de trabalhadoras rurais de uma região do município de Eldorado sobre suas condições de vida, trabalho e saúde.

2.1.2. Objetivo Específico

Propor espaço de escuta, acolhimento e descobertas para trabalhadoras rurais em relação ao processo-saúde-doença.

Identificar questões que geram sofrimento psíquico nas trabalhadoras rurais e estratégias de enfrentamento frente a esses desafios.

Propor a TCI como recurso metodológico de pesquisa e estratégia de cuidado para mulheres na lida da bananicultura.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de caráter qualitativo, interventivo junto a mulheres, trabalhadoras rurais e que utiliza a Terapia Comunitária Integrativa como ferramenta de pesquisa. Propôs-se a investigação de uma realidade rural com foco na condição de saúde de trabalhadoras rurais e na identificação de facilitadores para potenciais mudanças.

Essa metodologia utilizada possibilita vinculação com os participantes, imersão na sua história de vida e consequentemente um espaço de reflexão, trocas e intervenção.

Segundo Barreto (2008) a TCI é um espaço de formação de encontros interpessoais e intercomunitários, objetivando a valorização da história de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autonomia e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais.

Ainda nesse contexto, explica que esta forma de trabalho permite que se avance do modelo centrado na patologia ao modelo da promoção da saúde, das redes solidárias e da inclusão social. O trabalho de caráter participativo envolveu os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora que atuou como terapeuta comunitária.

Segundo Minayo (2012), o verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento.

De acordo com Campos (2004), no universo das pesquisas qualitativas a escolha de método e técnicas para a análise de dados deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta.

Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (MINAYO, 2012).

Como citado anteriormente, o método de intervenção que subsidiou a produção de dados nesta pesquisa foi a prática integrativa desenvolvida no SUS desde 2017. Nessa metodologia procura-se adaptar conceitos teóricos a uma linhagem coerente, popular, de acordo com a realidade cultural e social das pessoas envolvidas nesse trabalho.

Para além da observação participante, pretendeu-se imprimir um caráter participativo na pesquisa, de forma que os participantes pudessem contribuir na construção dela, na medida em que participaram das rodas de conversa (PAULON, 2005).

3.1.1. O Cenário e os Sujeitos da Pesquisa

O grupo escolhido foi constituído por 10 mulheres, trabalhadoras rurais, residentes em área rural, pertencentes ao território da ESF Itapeúna. As participantes informaram nunca ter participado de uma roda de terapia Comunitária integrativa. em um espaço de cuidado.

O grupo composto por mulheres participou da pesquisa na perspectiva de contar suas histórias e desafios do cotidiano. Nesse contexto, houve um aprofundamento sobre sua condição de saúde, trabalho e vida. O acesso das participantes ocorreu através das consultas de enfermagem na ESF, onde foi realizado uma breve apresentação/sensibilização sobre a pesquisa e posteriormente o convite às participantes.

Ocorreram cinco encontros, sendo um destes para conhecer o local onde moravam as participantes, apresentar a pesquisa e acordar com elas o melhor local, data e horário para a realização das rodas de TCI. Foram realizadas quatro rodas, 2 dessas com temas livre e 2 rodas temáticas. As rodas foram conduzidas pela enfermeira da ESF que é responsável pela pesquisa e tem formação em TCI. Os encontros foram semanais, presenciais, às sextas-feiras, no período da manhã. Cada roda teve duração de 2 horas, sendo meia hora antes e meia hora depois para organizar o local (medidas sanitárias), e uma hora de roda com as participantes.

O local escolhido para as rodas de TCI situava-se em uma fazenda, numa casa (pequena) ao lado de um barracão, onde estavam mais próximas do seu trabalho. Essa escolha foi um facilitador de acesso para as participantes que tinham dificuldade de sair em horário de trabalho, mesmo com a disponibilidade do transporte. Importante salientar que todas as 10 participantes estiveram presentes nas quatro rodas da TCI.

Outro dado importante foi aproveitar os encontros das rodas para realizar atendimento de enfermagem às pessoas naquele local. Tal assistência ocorreu após o término da atividade da TCI. Para isso, foram levados alguns materiais necessários para o atendimento, dentre estes: maca, lençol, biombo, material de curativo, esfigmomanômetro, aparelho de glicemia, estetoscópio, balança, termômetro, abaixador de língua, luvas de procedimentos, avental descartável, máscaras faciais, álcool líquido, álcool gel e material impresso.

E para o ritual de agregação (encerramento) de cada roda, um lanche ofertado com: café, chá, suco, frutas, bolo, bolacha e pirulito.

Nessa proposta existia o desafio de analisar condições reais e subjetivas das participantes; o método proposto utilizou como recurso o encontro de pessoas num formato circular com trocas horizontais que permitiram a coleta de dados. Para melhor identificação das pessoas e preservação de suas identidades, os nomes foram substituídos pela palavra participante (P) e identificadas pela numeração de 1 a 10, quando descritas suas narrativas nos relatos do cotidiano.

3.1.2. Coleta de dados e Análise de Dados

Para registro do material empírico foi utilizado um diário de campo, os formulários das rodas de terapia comunitária, os documentos e prontuários (físicos) da ESF Itapeúna e algumas informações específicas acessadas no cadastro e-SUS.

Conforme Cachado (2021,) diário de campo é uma base sólida, talvez a mais sólida, de registro do dia a dia de um universo populacional, seja ele de que dimensão for.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977, p. 34), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. A análise de conteúdo pode ser uma análise dos significados, embora possa ser também uma análise dos significantes .

Essa pesquisa interventiva foi direcionada de acordo com os pressupostos éticos, teóricos e metodológicos da TCI. A análise de conteúdo das rodas seguiu as três etapas: organização, codificação e categorização.

Além do diário de campo, dos formulários da TCI e de documentos e prontuários, optou-se pela técnica de análise conteúdo para problematizar os discursos das participantes das rodas de conversa. Desta forma, as rodas foram audiogravadas, depois transcritas na íntegra, e o texto analisado em profundidade de forma a se criar categorias de análise, que compõem alguns dos subitens do item Resultados e Discussão deste trabalho.

De acordo com Bardin (1977, p. 37) o método de análise de conteúdo com construção de categorias temáticas é uma espécie de conjunto de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem.

Foram acessadas literaturas que contribuíram para um repensar sobre políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, que convergem e divergem com as informações no decorrer do texto.

Quanto ao diário de campo, este documento possibilitou o registro das informações e relatos dos depoimentos coletados na pesquisa durante o período de julho de 2021 até seu encerramento em 2022. Os registros informaram desde a conquista da autorização da pesquisa em campo dada pelo Diretor de saúde do município, até as dificuldades em conseguir o transporte para desenvolvimento das atividades no local das rodas.

Nesse instrumento foi possível registrar os anseios, as expectativas e o movimento das participantes para realização das rodas no Bairro e o as mudanças a partir de então. O registro da primeira visita à fazenda Magário permitiu verificar o esforço das mulheres em encontrar um local apropriado para as rodas. Fomos recepcionadas por duas participantes, uma delas, esposa do encarregado da fazenda. Elas apresentaram 2 casas pequenas, sempre otimistas e

humildes em falar da alegria em nos receber e sobre os poucos recursos para um local adequado. Por fim, escolhemos a segunda casa por ficar mais próxima do local de trabalho delas. Outro dado importante do diário foi poder registrar a impressão da ACS sobre as rodas de TCI.

Uma das informações registradas se referia a quanto foi benéfico estar junto com as mulheres e ouvir sobre seus sentimentos e suas dificuldades, despertando nas ACS a vontade de ajudar ainda mais. Esse instrumento ainda auxiliou para registrar o encontro com o orientador da pesquisa nas trocas de informações sobre o andamento do trabalho e discussão sobre os possíveis caminhos para o alcance do objetivo em campo.

Em relação as fichas da TCI, para esta pesquisa foi utilizado o modelo que está no livro de Barreto (2008). As perguntas e instruções contidas nas fichas de TCI foram realizadas e aplicadas às participantes no decorrer do desenvolvimento da pesquisa:

- ✓ A ficha de nº 1 (anexo 1) da TCI é utilizada para registros de informações das etapas das rodas: desenvolvimento, apreciação e atuação do terapeuta.
- ✓ A ficha de nº 2 coleta informações sobre a organização das rodas, estando nela contidos: desenvolvimento da roda - registro da equipe responsável pela atividade, etapas, localização, número de participantes, temas, motes e estratégias comunitárias, obtendo-se as seguintes informações;
 - A equipe responsável pela atividade foi a enfermeira da ESF Itapeúna, que possuía formação em terapia comunitária integrativa, e duas apoiadoras (uma agente comunitária de saúde e uma auxiliar de serviços gerais)
 - Foram 10 participantes que participaram de todas as rodas
- ✓ A ficha de nº 3 é um modelo de Avaliação de Impacto (Plano Individual); verifica-se a melhoria e a qualidade de vida de médio a longo prazo. Essa ficha possui 3 anexos que verificam informações: dados pessoais, vínculos e encaminhamento para rede de apoio social, obtendo-se as seguintes informações:
 - Idade: entre 18 a 48anos
 - Raça-cor: 7 se identificaram como cor branca e 3 como cor parda.
 - Religião: 5 eram evangélicas e 5 eram católicas.
 - Relação conjugal: 7 eram casadas (união formal), 1 era recém separada, 1 estava num realcionamento (informal), e 1 era solteira.
 - Maternidade: 9 tinha filhos e dessas 2 eram avós.
 - Trabalho: 9 trabalham na prestação de serviço no cultivo da banana e 1 estava afastada devido a condição de saúde (afastamento médico)

- Vínculo empregatício: 7 eram registradas com um salário mínimo e 3 não tinham registro em carteira, mas ajudavam o marido na empreita do cultivo da banana.
 - Moradia: 6 tinham suas próprias residências, outras 4 moravam em casas cedidas pelo empregador na fazenda.
 - Benefícios: as 10 eram beneficiárias do bolsa família (auxílio Brasil)
 - Doenças preexistentes: 4 tinham doenças crônicas relacionadas a visão, problemas cardíacos e vascular e 2 com problemas relacionados a saúde mental (ansiedade e depressão)
 - Situação vacinal: as 10 estavam com vacinação em dia e haviam tomadas todas as vacinas relacionadas ao COVID 19.
- ✓ A ficha nº 4 registra os Indicadores para Avaliação de Impacto, busca saber quais mudanças ocorreram com a participação nas rodas de TCI. Possui 2 anexos A e B: termo de autorização (A) e temas por categorias (B), sendo esta analisada nos resultados. O Anexo B foi um dos instrumentos que auxiliaram na categorização e codificação dos temas citados nas 4 rodas de TCI. Essa ficha é composta por 11 categorias, mas só foram utilizadas as que foram escolhidas como tema nas rodas.

Além das informações coletadas através das fichas e outros instrumentos, os relatos das participantes e suas narrativas do cotidiano contribuíram para a compreensão de uma realidade descrita por elas com riquezas de detalhes e que aparece em pontos importantes desta pesquisa.

Nesta pesquisa, para preservação do anonimato das participantes, em seus relatos, estas foram identificadas como participantes (P) de número 1 ao número 10.

3.1.3. Aspectos Éticos.

A pesquisa foi realizada em conformidade com as Diretrizes Regulamentadas de Pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo a Normativa 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – MS. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi submetida a uma avaliação na banca de qualificação, que sugeriu algumas alterações. Após adequações, foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo para sua apreciação e aprovação, ocorrida em fevereiro de 2022.

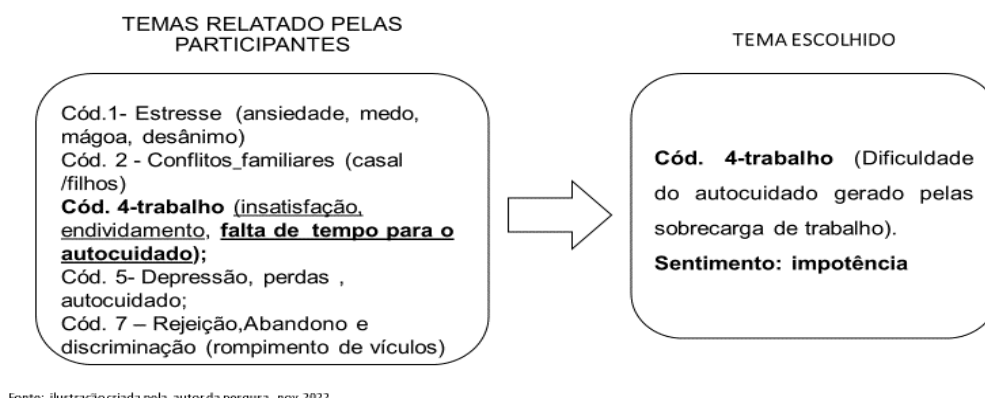
4. RESULTADOS e DISCUSSÃO

A pesquisa propôs-se a verificar a vida cotidiana e condição de saúde das trabalhadoras rurais em Eldorado. No início, a proposta era desenvolver rodas de conversa a partir da TCI com as trabalhadoras na Unidade da ESF em Itapeúna, mas, após verificarmos a dificuldade desse remanejamento para as mulheres, entendeu-se como um facilitador as rodas serem realizadas no local onde residiam e trabalhavam. Os resultados das rodas de TCI surgiram a partir das informações coletadas nas Fichas da TCI, diário de campo, dos relatos das participantes e de outras fontes da ESF.

Na primeira roda os temas apresentados se relacionavam a categorias do Cód. 1 - Estresse, Cód. 2 - Conflitos familiares, Cód. 4 – Trabalho, Cód. 5 – Depressão/Perda e Cód. 7 – Rejeição. O tema escolhido pelas participantes (Cód. 4) foi sobre a relação entre trabalho e autocuidado

FIGURA 4. Primeira roda da TCI;

Primeira roda



.Fonte: Figura criada pela Autora

Nas narrativas das participantes foi possível verificar que o trabalho ou a exigência deste, fez com que perdessem a motivação para o autocuidado, atribuindo isso ao fato de terem outros afazeres e estarem cansadas demais para cuidar de si. Como exemplo o relato da participante a seguir;

[...] E o que mais me incomoda é porque a gente trabalha assim, em casa e no trabalho até dia de sábado, no caso hoje trabalhei até as 9 e depois eu pego dez pra meio-dia. O que me incomoda é que as vezes a gente deixa de se cuidar né. E a gente deixa de se cuidar por causa do trabalho né (P.5).

Nesse relato a participante explicava que havia entrado muito cedo para trabalhar para dar tempo de sair e participar da TCI, mas ao término retornaria ao trabalho.

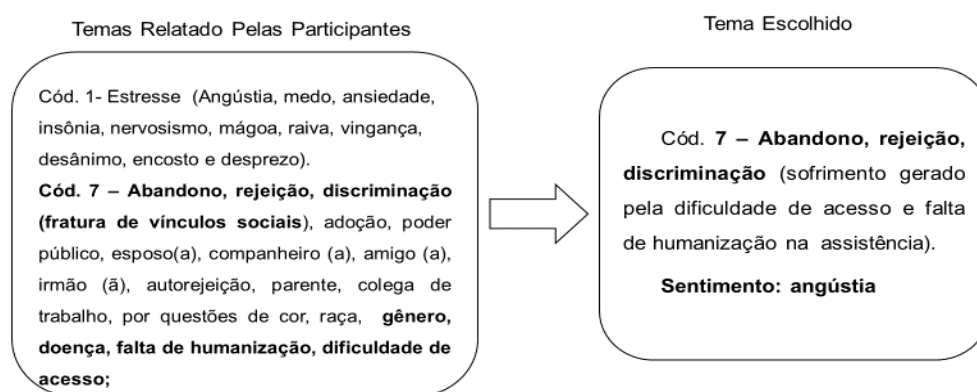
No prontuário da ESF (Itapeúna), geralmente quando se verifica a ausência da trabalhadora rural na consulta agendada, a justificativa descrita é que estava trabalhando no dia. Normalmente essa consulta é remarcada, ou a cliente passa em uma consulta de encaixe, mas há de se considerar o quanto esse vínculo “necessário” com o emprego também dificulta o acesso.

Tal condição é citada por Zavarizzi et al (2019) quando descreve que as alterações do mundo do trabalho impuseram uma forma diferenciada de vida a população do campo, influenciando no agravamento do processo saúde-doença e nas cargas de trabalho.

Na segunda roda, foram apresentados dois temas, Cód. 1 – Estresse e Cód. 7 Rejeição/Discriminação. O tema escolhido estava relacionado à condição de saúde (sofrimento/doença), uma crítica sobre a burocratização dos serviços de saúde contribuindo para a dificuldade de acesso, além da falta de humanização na assistência.

FIGURA 5. Segunda roda da TCI

Segunda roda



Fonte : ilustração criada pela autora da pesquisa , nov. 2022

Fonte: Figura criada pela Autora

Umas das grandes barreiras descritas nos relatos das participantes se referia a demora nos agendamentos, comprovado pelo grande número de demandas reprimidas que temos no município. Assim destacado no desabafo da participante abaixo:

[...] Eu vô falá uma coisa, o que mais que a gente sofre é isso, eu tenho uma folha em Eldorado já faz um ano. Vai marcar um exame fica lá, vez eles esquecem e não marcam mais, por isso que a gente sofre, pela demora (P10).

Nessa roda a P.10 explicou que tinha uma guia de encaminhamento há mais de 2 anos, que cada vez que ia perguntar falavam que ainda não tinham agendado. Na última vez que foi

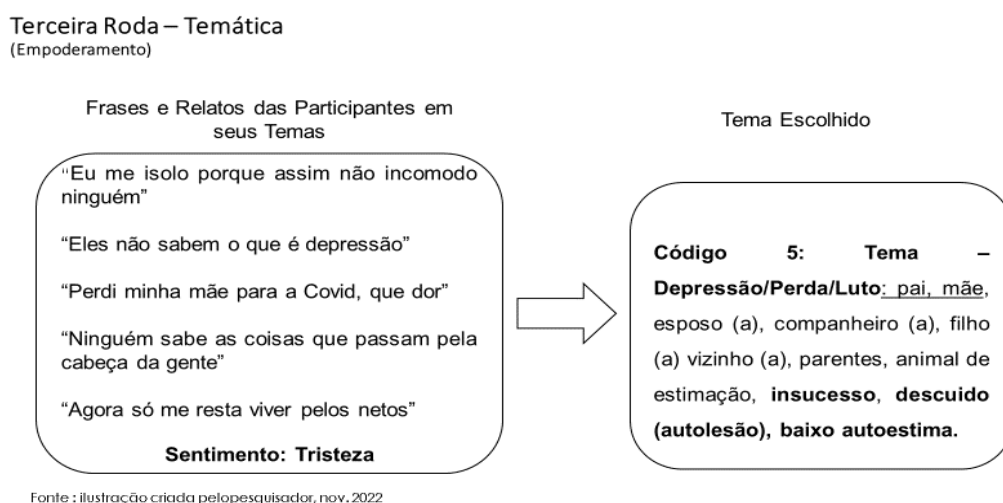
a responsável na UBS disse que a guia de encaminhamento havia sumido (perdido) e que ela teria que pedir outra. Nessa roda ao perguntar qual sentimento poderia descrever o que sentia naquele momento, ela respondeu que era o “sofrimento” e que isso a angustiava, pela forma que a profissional respondeu, e por não verem sua dificuldade.

Segundo Jaques & Leal (2017) é necessário um olhar atento para cada território singular, pois é nele que se conjugam os determinantes sociais da saúde, sendo a Atenção Básica uma parceira fundamental nesse processo.

Podemos observar a partir do relato de P10 que a demora no agendamento ou qualquer procedimento produz reações (físicas e emocionais) nas pessoas (usuários do SUS) que necessitam de respostas e que a partir de então, passam a desacreditar no suporte que esses serviços e pessoas poderiam dar.

Na terceira roda temática optou-se pelo tema do código 5, por estarem relacionados a condição do sofrimento da mulher, ligados a condição emocional e que poderia ser trabalhado com uma conotação positiva.

FIGURA 6. Terceira roda;



Fonte: Figura criada pela Autora

Nessa roda a proposta estava no aprofundamento dos sentimentos que contribuíam para o enfraquecimento emocional das participantes relacionados as fraturas e rompimentos de vínculos, e como auxiliar na melhoria da sua saúde mental. Trabalhando na perspectiva da superação foram acessados pontos importantes: resgate da autoestima, superação do medo, força interior e no contexto existencial. A partir de uma dinâmica com perguntas chaves, tais como:

- Quem é você? De onde vem seu Sofrimento? Como você habita nesse corpo?

De onde vem sua força?

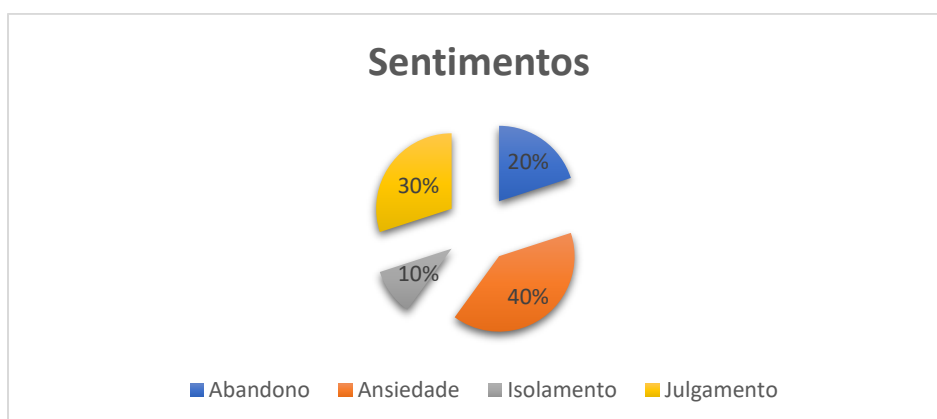
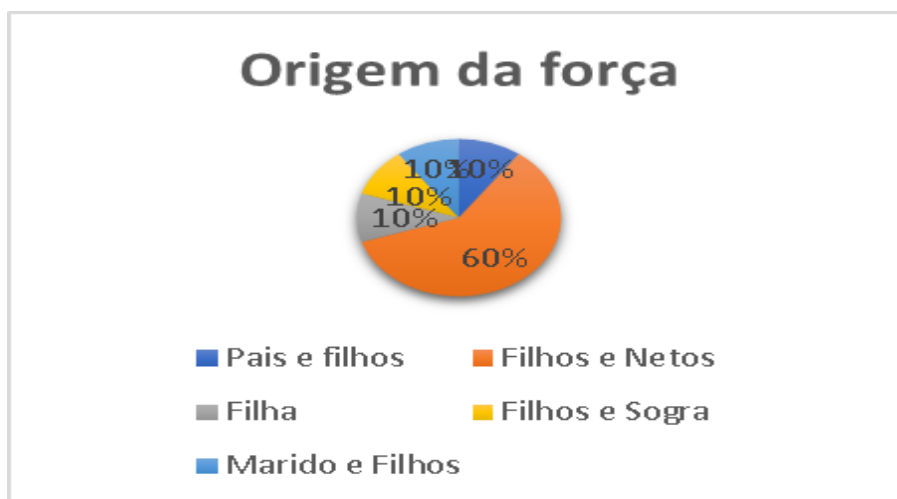
As participantes se dividiram em dois grupos e deram respostas as perguntas, obtendo-se os seguintes resultados conforme tabela abaixo:

TABELA 5. Dinâmica - Resultados

Participante (P)	Quem sou eu?	De onde vem seu sofrimento?	Como você habita nesse corpo?	De onde vem a sua força?
P. 10	Sou mulher sofrida, sou filha de uma mãe que cuida de três irmãos deficientes.	Da minha doença e por não ficar boa logo.	Estou satisfeita com o meu corpo.	Minha força vem da minha família.
P. 3	Sou mulher com muito orgulho, sou trabalhadora rural e faço de tudo.	Do julgamento das pessoas.	Gosto de me cuidar.	Minha Força vem dos meus filhos.
P. 5	Sou mulher e mãe, sou batalhadora e sou amiga.	Vem de não ser compreendida emocionalmente.	Eu engravidei e abandonei os estudos.	Minha força vem dos meus filhos e meus pais.
P. 7	Sou uma pessoa que superou minhas perdas.	Estou triste porque meu neto foi embora.	Sou vaidosa, adoro combinar as coisas.	Deus me dá força e meus filhos e netos.
P.1	Sou uma pessoa que passa muito sofrimento e nervoso calada.	Sofro pela falta de carinho e falta de tempo para cuidar de mim mesma.	Meu corpo chora.	Minha força vem dos meus filhos e dos netos.
P. 9	Sou mulher forte, mas as vezes me sinto pequena, aos 43 anos ainda não me conheço.	Sofro por inquietações que fazem me isolar.	Me cobro fisicamente.	Minha força vem da minha filha e da minha mãe que brinca aos 77 anos.

Fonte: Tabela criada pela Autora

A partir da tabela construiu-se 02 gráficos demonstrando a relação de identificação com os sentimentos e com a origem da força das participantes. Chegou-se aos seguintes resultados:

GRÁFICO 1. Identificação dos sentimentos**GRÁFICO 2.** Origem da força

Fonte: Gráficos criado pela Autor

Quanto aos sentimentos, a maior pontuação foi relativa à ansiedade, condição compartilhada nos relatos pela maioria das participantes.

[...] Meu problema, meu problema é ansiedade sabe, ansiedade ela quase mata sabe, tem dia que a minha coxa chega a pingar de nervoso, a minha barriga dói, dói, dói, começo a suá, suá, suá, nervosa, sabe? (P.6)

De acordo com o relato da P.6 a condição referenciada descreve que o corpo fala, dando sinais e sintomas de uma condição que perpassa as questões físicas. Segundo Araújo et al (2005) entre os transtornos mentais que predominam entre as mulheres, estão aqueles relacionados aos fatores psicossociais e ambientais, como transtornos de ansiedade, transtornos de ajustamento, insônia, estresse, transtorno da alimentação e anorexia nervosa.

Em relação a origem da força as 10 participantes apontaram a família, no caso, filhos e netos, como os motivadores da superação. Apesar de não estar no gráfico acima, as 10

participantes informaram que Deus é sua força maior. Assim descrito no relato da participante abaixo.

[...] O que me fortalece eu acho que os filhos né, os filhos né, os netos, eu tenho um neto que mora comigo, então tudo isso faz a gente não caí. E pedi muito a Deus que não me deixasse caí nos momentos difícil, né, me sustentasse e tô aqui (P 7).

Reafirmando o papel da família como fator protetivo, o mote nessa roda foi elaborado na perspectiva da superação do sofrimento, proporcionando a coleta de informações sobre a origem, ancestralidade e história cultural das participantes. Informaram que seus antepassados eram lavradores e obtinham grande parte da sua subsistência da agricultura familiar.

[] Eu cresci com meus pais trabalhando na roça, era pequena , tinha que ajudar, assim foi com minha mãe e com a mãe dela (P.1)

Isso nos faz observar o quanto os antepassados estão ligados a história de vida das trabalhadoras rurais. Barreto (2008, p.203) cita que desde o primeiro instante que passamos a existir, passamos a depender dos outros. Nossa vida está ligada a uma outra, dela nos nutrimos, com ela nos movimentamos, e através dela viemos ao mundo.

A quarta roda temática trabalhou com o tema do Cód. 2 . Conflito familiar, por estar relacionado a família. Essa relação de vinculação (Potencial) e desvinculação (Frágil) demonstrou ter grande influência no cotidiano da trabalhadora rural.

FIGURA 7. Quarta roda de TCI

Quarta Roda – Temática
(Bagagem/Aprendizado)

Frases e Relatos das Participantes em
seus Temas

“Meu marido não me entende, me sinto sozinha”
“Mesmo adoecida tive que levantar e fazer o que ele queria”
“Canso de pedir para que se cuide, mas não me escuta”
“Sempre cuidei de todo mundo, mas ninguém cuida de mim”

Sentimento: desvalor

Fonte : Ilustração criada pelo pesquisador, nov. 2022

Tema Escolhido

Código 2: Tema – Conflitos familiares:
marido e mulher, separação, pais,
filhos, irmãos, avós, neto, parentes,
traição, **ciúme;**

Fonte: Figura criada pela Autora.

Nessa roda também foi realizada uma dinâmica de cuidado em grupo para trabalhar a autoestima das mulheres da lida. Dividiram-se em duplas onde foram guiadas pela terapeuta

para realizar massagem umas nas outras. Após o término, ocorreu o compartilhamento de como se sentiram com a atividade, descrito nos relatos abaixo:

[] Fiquei com vergonha no começo né, mas depois né que falo pra fechar os olhos eu relaxei, foi muito bom (P 1).

[] Foi muito gostoso, ai queria dormir, me senti tão bem né. Meu corpo foi pra outro lugar, estava em paz.

[] É bom ter alguém cuidando da gente, né.

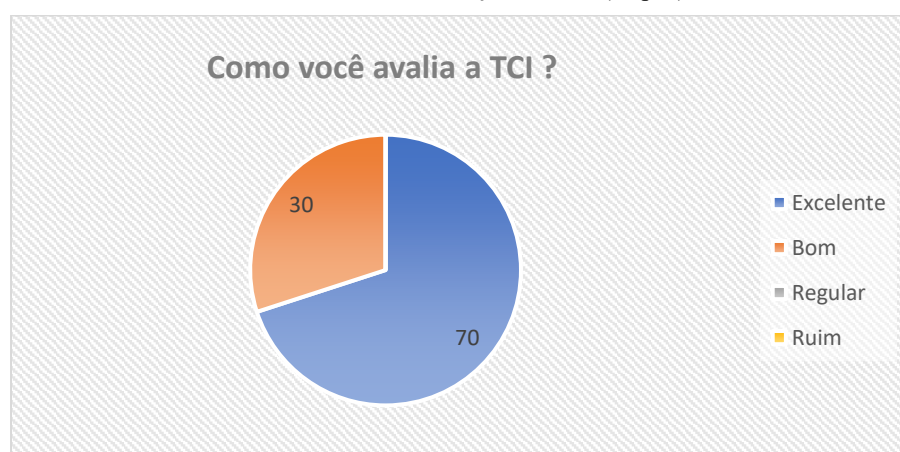
Essa roda demonstrou que a mulher, em qualquer atividade, precisa de cuidado; mesmo buscando forças e resistindo, é importante ter tempo para si. Nos relatos pode-se observar que desenvolver trabalhos motivacionais pode promover educação, informação e acesso a outros conhecimentos facilitadores da construção de estratégias para melhoria do seu cotidiano.

A TCI aparece como uma tecnologia de cuidado, que tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam, sendo mais um instrumento de trabalho, que pode ser utilizado pelos profissionais da saúde, no cuidado com pessoas na comunidade (ROCHA et al, 2009).

Em relação as fichas da TCI, cada instrumento possibilitou informação e análise dos dados obtendo-se os seguintes resultado:

A ficha de nº 1 da TCI é utilizada para registros de informações das etapas das rodas: desenvolvimento, apreciação e atuação do terapeuta. No gráfico abaixo é possível verificar o nível de aceitação das rodas, classificado como: excelente, bom regular e ruim.

GRÁFICO 3. Avaliação da TCI (etapas)



Fonte: Gráfico criado pela Autora.

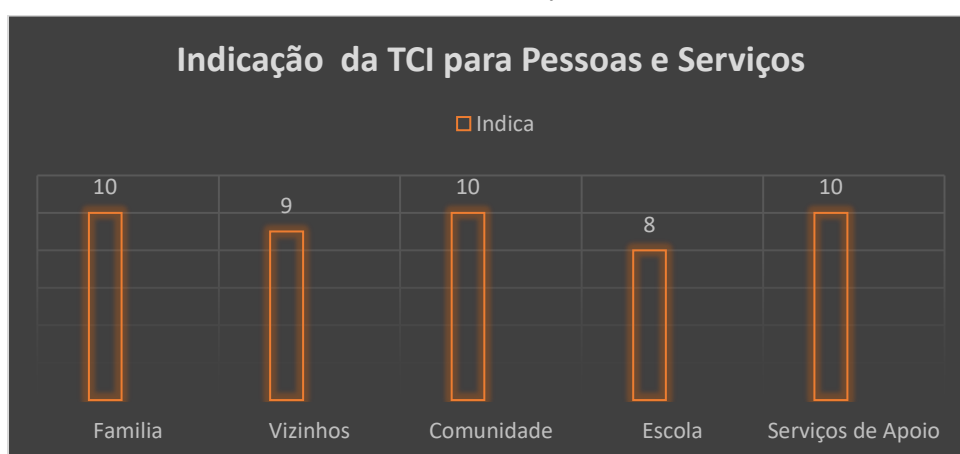
- As 10 participantes participaram de todas as etapas da TCI: acolhimento, desenvolvimento e encerramento.
- Das 10 participantes, 7 classificaram como excelentes as etapas e a

maneira de condução das rodas.

- Ainda 3 participantes classificaram como boas as etapas e excelente a condução da terapeuta.
- Nenhuma classificou como regular ou ruim.

Ainda nessa perspectiva, foi verificado se as participantes indicariam a TCI para outras pessoas (famílias, vizinhos e comunidades), serviços ou instituições (escola e serviços de apoio). Demonstrado no gráfico abaixo.

GRÁFICO 4. Indicação da TCI



Fonte: Gráfico criado pela Autora.

De acordo com as informações acima;

- As 10 das participantes indicariam a TCI para famílias, comunidades e serviços de apoio.
- Somente 9 das participantes indicariam para os vizinhos.
- E 8 das participantes indicariam para a escola

A ficha de nº 2 coleta informações sobre a organização das rodas, estando nela contidos várias informações como demonstrado na tabela abaixo:

- Verificou-se ainda que nas duas primeiras rodas os temas estavam relacionados ao trabalho e condição de saúde;

Tabela 6. Ficha n. 2: Organização da roda

Integrantes da Equipe

Nome	Etapas da terapia comunitária desenvolvida
1-Elza D de Lima	(x) Acolhimento
2- ACS (Colaboradora)	(x) Desenvolvimento da TC

3- Ajudante geral (Colaboradora)	(x) Encerramento
----------------------------------	--------------------

Localização

Endereço do local da TC	Data	Horário
Fazenda Magário	11, 18 e 25/02/2022 e 04/03/2022	9:00 às 10:00

Participantes da Terapia Comunitária

N. total de Participantes	Faixa etária	Quantitativo	N. total de participantes novatos
	>12 anos	1	
	12 a 18 anos		10
	19 a 45 anos	7	
	46 a 60 anos	2	
	+ 60 anos	00	

Temas/Mote/Marque o tema escolhido

Temas apresentados	Mote
1- Estresse (ansiedade, medo, mágoa, desânimo)	
2- Conflitos familiares	
4 - trabalho (insatisfação, alcoolismo endividamento)	Quem aqui já passou por algo parecido e o que fez para superar?
5- Depressão, perdas , autocuidado;	
6- Violência	
7- Abandono, discriminação e rejeição	

Estratégias de enfrentamento

1. (x) Fortalecimento / empoderamento pessoal
2. (x) Buscar redes solidárias, amigos, vizinhos, associações, etc)
3. (x) Cuidar e se relacionar melhor com a família
4. (x) Auto-cuidado - busca de recursos da cultura
5. (x) Participar da terapia comunitária
6. () Buscar ajuda religiosa ou espiritual

Bagagem – O que as participantes levam da TC

O que levo: paz, esperança, gratidão....
--

Fonte: Tabela adaptada pelo autor.

Fonte: Barreto (2008, pg. 315).

A ficha n. 2 é muito importante para verificar como o participante entrou e saiu dessa atividade e possíveis direcionamentos.

A ficha de nº 3 é um Modelo de Avaliação de Impacto (Plano Individual); verifica-se a melhoria e a qualidade de vida de médio a longo prazo. Essa ficha composta por informações de dados pessoais, possui 3 anexos: 1. Avalia vínculos. 2. avalia a autoestima e 3. encaminhamento para rede de apoio social.

Foi utilizada uma tabela de vínculos (adaptada) pela pesquisadora para facilitar a coleta de informações. Por ser ampla a tabela, optou-se por verificar vínculos: trabalho, conjugal, família, comunitário e serviços de saúde. O modelo da tabela na íntegra está disponível no livro da Terapia Comunitária, Barreto (2008, p. 327).

Essa coleta de informações foi realizada no primeiro encontro com as participantes, na visita ao local da pesquisa. Foram realizadas perguntas individuais as participantes sobre sua relação de vínculos com os 5 temas citados acima.

1.Você possui vínculo forte como (a)? 2.Você possui vínculo frágil com o (a)? 3.Você possui vínculo de risco com o (a)? Respostas: 1.Sim. 2.Não. 3. Por quê?

Os Resultados de Vínculo Familiar e Comunitário estão demonstrados na tabela abaixo:

Tabela 7: Vínculos - Família e Comunidade

Vínculos Relacionado a Família e a Comunidade						
10 Participantes (P): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10						
TIPO DE VÍNCULOS (V)	PRESENÇA V.	AUSÊNCIA V.	VÍNCULO FORTE	VÍNCULO FRÁGIL	VÍNCULO RISCO	TOTAL
FAMILIAR (filhos e netos)	1 a 10	0	1 a 10	0	0	10 Participantes: V. forte
COMUNITÁRIO	1 a 10	0	1 a 10	0	0	10 Participantes: V. forte

Tabela criada pela autora em julho de 2022

Conclusão: Tanto no vínculo familiar quanto no vínculo comunitário as 10 participantes demonstraram ter forte relação e destacaram filhos e netos, vizinhos e vizinhança como relação potencial. Com relação ao vínculo com o trabalho, obteve-se as seguintes informações;

TABELA 8. Vínculo - Trabalho

Vínculos Relacionado ao Trabalho						
10 Participantes: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10						
TIPO DE VÍNCULOS (V)	PRESENÇA V.	AUSÊNCIA V.	VÍNCULO FORTE	VÍNCULO FRÁGIL	VÍNCULO RISCO	TOTAL
TRABALHO	1 a 10	0	3, 4, 7, 8 e 9	1, 2, 5, 6 e 10	1	5 Participantes: V. forte 5 II V. frágil 1 II V. risco

Tabela criada pela autora em julho de 2022

Fonte: Tabela adaptada pelo autor.

Conclusão: Das 10 participantes, 5 possuem vínculo forte com o trabalho, 5 possuem vínculo frágil.

Obs.: dentre as 5 de vínculo frágil uma (1) possui vínculo de risco. Por quê? Mesmo com a indicação de afastamento do trabalho devido a condição de saúde, a trabalhadora rural ainda exerce algumas atividades com o objetivo de ajudar na renda, aumentando o seu risco.

Em relação ao vínculo conjugal, considerando 8 participantes, 7 são casadas e 1 amasiada:

TABELA 9. Vínculo -Conjugal

Vínculo Relacionado ao Cônjuge						
8 Participantes: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 e 10						
TIPO DE VÍNCULOS (V)	PRESEÇA V.	AUSÊNCIA V.	VÍNCULO FORTE	VÍNCULO FRÁGIL	VÍNCULO RISCO	TOTAL
CONJUGAL	1 a 10	0	3, 7,8,9 e 10	1, 2 e 5	0	5 Participante: V. forte 3 II V. frágil

Tabela criada pela autora em julho de 2022

Fonte: Tabela adaptada pelo autor.

- Das 8 participantes com vínculo conjugal, 5 possuem vínculo forte e 3 possuem vínculo frágil. Por que? Existe uma relação de submissão da mulher frente ao marido; elas não reagem, mesmo isso as incomodando.

Resultado: serviços de saúde (considerando serviços da atenção básica - UBS e ESF) obteve-se as seguintes informações;

TABELA 10. Vínculo – Serviços de Saúde (AB)

Vínculos Relacionado ao Serviço de Saúde - Atenção Básica						
10 Participantes (P): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10						
TIPO DE VÍNCULOS (V)	PRESEÇA V.	AUSÊNCIA V.	VÍNCULO FORTE	VÍNCULO FRÁGIL	VÍNCULO RISCO	TOTAL
SERVIÇOS DE SAÚDE (AB)	1 a 10	0	7, 8, 9 e 3	1, 2, 4, 5, 6 e 10	0	4 Participantes: V. forte 6 II V. frágil

Tabela criada pela autora em julho de 2022

Fonte: Tabela adaptada pelo autora.

Conclusão: Das 10 participantes, 6 possuem vínculo frágil com os serviços da UBS e ESF e 4 possuem vínculo forte. Por quê? Isso está relacionado a dificuldade de acesso em agendamentos, falta de assistência qualificada com preceitos da humanização, além da burocratização dos serviços de saúde.

Ainda na ficha de n.3 foi avaliado a necessidade de encaminhamento para a Rede de Apoio Social. Segue os resultados, demonstrados na tabela abaixo;

TABELA 11. Ficha n. 3: Encaminhamento para Rede de Apoio

Encaminhamento para Rede de Apoio Social – Ficha nº4	
1. Alguma pessoa foi compartilhado e/ou referenciado para outro serviço e/ou profissional? a) Qual ou Quantas? b) Por quê?	1.1 () Não 1.2 (x) Sim 02 Necessidade de suporte especializado
2. Teve informações se a pessoa procurou o serviço referenciado?	2.1 () Não 2.2 (x) Sim
3. Teve informações sobre o atendimento da pessoa no serviço ao qual foi referenciado?	3.1 () Não 3.2 (x) Sim
4. Teve informações se o serviço conseguiu resolver o problema?	4.1 () Não 4.2 (x) Sim

Fonte: Tabela criada pela Autora.

Fonte: Barreto (2008, pg.331)

Conclusão: 02 encaminhamentos estavam direcionados aos serviços de saúde, 1 para o serviço de saúde mental (psicologia) e 1 para serviço de nutrição (nutricionista). O acesso e direcionamento ocorreram após o término da roda.

A ficha n. 4 possui dois anexos, um referente ao Termo de Autorização (anexo A) para participação na Avaliação de Impacto (coletivo) e outra para avaliação dos temas (anexo B) a partir de um agrupamento dividido por categorias e codificação;

Essa ficha utiliza um questionário para avaliar efeitos e/ou mudanças após a realização da TCI. Essa avaliação foi feita no intuito de verificar minimamente pequenas mudanças ocorridas com as trabalhadoras rurais e a comunidade. As respostas foram obtidas 2 semanas após o encerramento da TCI, num atendimento realizado na comunidade. Seguem as informações na tabela abaixo:

Tabela 12. Ficha n. 4. Avaliação de Impacto - Plano coletivo/Resultados

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1) Houve alguma alteração significativa na fonte de renda das famílias e comunidade?	As fontes de renda permaneceram as mesmas, mas as participantes das rodas de TCI se fortaleceram no intuito de buscar outras alternativas para complementar a renda. Exemplo: fazer bolo, se tornar confeitadeira, concluir os estudos.
2) Houve modificação na resolução dos conflitos?	As participantes relataram que estavam começando a expressar seus sentimentos com pessoas mais próximas. Na roda aprenderam que não estão sozinhas, podendo contar umas com as outras e com a Rede de Apoio.
3) Que melhorias de infraestrutura, tais como luz, água, telefone, saneamento ocorreram na comunidade com a presença da TCI?	Conseguiram um local na fazenda para atendimento da equipe da ESF. Desenvolveram o protagonismo e empoderamento ao abrir diálogo com seu empregador. Deram voz as necessidades daquela comunidade, um movimento iniciado por elas, mas que envolveu as pessoas do território.
4) Que valores culturais e/ou espirituais foram resgatados com a TCI?	Resgataram a história de seus antepassados, sua cultura, crenças, descobrindo a força da mulher. Seus relatos promoveram o reforço da fé e a fé em si mesmas. Entenderam que seus problemas e sentimentos são parecidos uma com as das outras e

	que a superação é possível quando se permite e compreende que não está sozinha.
5) Houve alguma redução do uso de psicotrópicos/medicamentos com a participação nas rodas da TCI?	Houve direcionamento de casos para a rede de apoio. Foi trabalhado praticas educativas em saúde voltado a hábitos saudáveis, conscientização para o autocuidado. Conquistaram uma agenda quinzenal para atendimentos da ESF na comunidade.
6) É possível identificar maior humanização das relações profissionais e humanas?	Nas rodas de TCI as mulheres relataram sentir-se bem acolhidas e respeitadas. Informaram que em alguns serviços de saúde os profissionais ainda permanecem com hábitos imediatistas e pontuais. Mas que agora estão fortalecidas e esclarecidas quanto aos seus direitos. Mesmo sabendo que não é fácil.
7) Nas classes ou escolas que aplicam a TCI com seus alunos e/ou familiares é possível identificar alguma mudança como: redução no nº de evasão escolar, melhora de rendimento na aprendizagem, e redução de conflitos escolar, melhora de rendimento na aprendizagem, e redução de conflitos entre/ou família e escola?	Não foi realizada a roda em escolas, mas 80% das participantes indicaram a roda para instituição escolar.
8) Que hábitos foram modificados que sinalizaram a diminuição da discriminação, preconceitos e intolerância?	Resposta: A aproximação com o território favoreceu o fortalecimento do vínculo gerando confiança e respeito entre equipe e comunidade. As participantes relataram maior esclarecimento sobre seus direitos e que as rodas de TCI ajudaram nesse processo. Se sentiram mais fortes e menos intimidadas. Descobriram que as pessoas que trabalham na ESF também enfrentam dificuldades e essas informações produziram empatia no grupo. Estão aprendendo a se defender sem engolir sapos.
9) Houve diminuição da mortalidade infantil?	Não se aplica no período desta pesquisa.
10) O índice de natalidade aumentou	Não se aplica no período desta pesquisa.

ou diminuiu?	
--------------	--

Fonte: Tabela criada pela Autora

Fonte: Barreto (2008, pg. 331)

Em relação a ficha de n 4. (anexo B), esta possui 11 códigos, mas só foram acessados somente os temas referenciados nas 4 rodas de TCI, dentre esses:

TABELA 13. Anexo B – Temas, Categorias e Códigos

Fonte: Tabela adaptada pela Autora

CÓDIGO	TEMA	CATEGORIAS	Rodas Livre (RL): 1ª e 2ª) Rodas Temática (RT): (3ª e 4ª)
CÓD. 1	Estresse	Angústia, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, mágoa, <u>raiva</u> , vingança, desânimo, encosto, desprezo, etc.	1ª RL e 2ª RL
CÓD. 2	Conflitos Familiares	Marido e mulher, separação, pais, filhos, irmãos, avós, neto, traição, ciúme, etc.	1ª RL e 4ª RT
CÓD. 4	Trabalho	Desemprego, falta de reconhecimento, insatisfação, insegurança, agressão física, agressão verbal e moral, dificuldade financeira, endividamento, etc.	1ª RL
CÓD. 5	Depressão/Perda	Pai, mãe, esposo (a), companheiro (a), filho (a) vizinho (a), parentes, animal de estimação, insucesso, etc.	1ª RL e 3ª RT
CÓD. 6	Violência	Gangues, sexual, assalto, homicídio, intrafamiliar contra mulher/homem, criança, adolescente, idoso. policial, etc.	2ª RL
CÓD. 7	Abandono/Rejeição/Discriminação (Rompimento de Vínculos)	Adoção, poder público, <u>esposo(a)</u> , <u>companheiro (a)</u> , amigo (a), irmão (ã), autorejeição, parente, colega de trabalho, por questões de cor, raça, <u>gênero</u> , doença, etc.	1ª RL e 2ª RL

Fonte: Barreto (2008, pg. 333)

Nessa tabela foi possível verificar que as trabalhadoras rurais têm desafios no cotidiano que interferem negativamente em sua condição de saúde e que estão ligados também a saúde mental.

Segundo Araújo et al (2005) a ausência de reconhecimento pelo trabalho realizado emerge como consequência dessa invisibilidade e, não raro, aparece como produtor de intenso sofrimento psíquico.

Quanto a discussão para organizar esses processos e chegar a esses resultados, foram percorridos muitos caminhos e exigiu uma energia persistente e resiliente para conclusão das etapas deste estudo. Fizeram parte desse cenário a equipe da ESF Itapeúna, o Departamento Municipal de Saúde e as participantes da pesquisa. Esta pesquisa teve início com meu remanejamento para a ESF Itapeúna em julho de 2021, onde me deparei com uma realidade que contribuía para o adoecimento de mulheres, trabalhadoras rurais, quando compreendi que tal situação poderia ser modificada se trabalhássemos juntos.

Então a proposta inicial da pesquisa estava em verificar o cotidiano e condição de saúde dessas trabalhadoras nesse território. Mas como isso aconteceria? Nas reuniões de equipe as indagações sobre o que seria desenvolvido com aquelas mulheres, pessoas muito ocupadas com seu ofício, chegou-se à conclusão da escolha da Terapia comunitária integrativa. Por que da TCI? Era importante escolher uma prática integrativa, comunitária e pessoal com domínio nesse campo. Nesse contexto, entendi que, como enfermeira da ESF e com formação e experiência em rodas de TCI, poderia desenvolver um trabalho com essas mulheres. Já era nosso objetivo enquanto ESF criar um espaço de acolhimento para pessoas e suas demandas de saúde, visando educação em saúde, pensando em prevenção, promoção e redução de danos.

O diagnóstico territorial e situacional que realizamos em julho de 2021, contribuiu para a certeza da escolha, pois a ideia era aproveitar o espaço para um trabalho interventivo no território. Pontos importantes trazidos pelo diagnóstico situacional demonstrou que as mulheres da lida tinham dificuldade em se cuidar e acessar os serviços de saúde. A princípio pensávamos em desenvolver a TCI na ESF, mas após verificarmos a dificuldade do deslocamento da trabalhadora do seu local de trabalho até a ESF, entendeu-se como um facilitador realizar as rodas no local onde residiam e trabalhavam, na fazenda Magário, Distrito de Itapeúna.

Outra problemática surgiu quando as mulheres procuraram o empregador para solicitar o espaço da fazenda, pois normalmente eles não cedem o local, mas elas justificaram que iriam cumprir a tarefa do dia, entrariam mais cedo e depois da TCI voltariam à função, ou seja, negociaram e conseguiram a liberação.

Havia um desafio também para a equipe da ESF: não tinha motorista e nem carro disponível para transporte, algo que foi discutido e rediscutido com a gestão incessantemente até conseguirmos o suporte. Para que tudo desse certo, uma das tomadas de decisão foi apresentar o projeto de pesquisa para o gestor de saúde, mostrando a finalidade do projeto e a oportunidade de desenvolver um trabalho de promoção e prevenção no território. Segundo Paiva et al (2018) o gestor tem por função a gerência nos serviços de saúde, sendo necessário deter aptidões para atuar na melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários, atendendo três dimensões: a dimensão política que se relaciona com a finalidade do trabalho; a dimensão organizacional que induz a organização do processo gerencial e a técnica que se relaciona a prática com o monitoramento e avaliação deste trabalho. Mas ainda nos deparamos com gestores que não conhecem totalmente a realidade de saúde do seu município, e muito menos sobre as políticas públicas de Saúde

Alguns procedimentos foram necessários antes do início da TCI na comunidade, como conhecer o local e adequá-lo para a atividade. Nas visitas, algumas perguntas dos moradores surgiram, como a possibilidade de atendimento semanal da equipe naquele local. E se a consulta de enfermagem poderia ser realizada após a atividade da TCI. Essas solicitações se tornaram arranjos para que o trabalho iniciasse. Quanto às rodas TCI, as trabalhadoras rurais tinham dúvidas sobre o que elas poderiam contribuir. As visitas auxiliaram tanto no esclarecimento de dúvidas, como abertura de espaço para sugestões, além de aproveitar esse momento para conhecermos melhor as participantes e seu cotidiano. No primeiro encontro da TCI, o local estava adaptado com caixas de banana que serviram como cadeiras, tinha uma mesa onde as mulheres colocaram garrafa de café, bolo e suco, era perceptível que queriam que estivéssemos ali. Apesar de estar descrito no decorrer desse trabalho como foi o acesso as trabalhadoras rurais, fruto desta pesquisa, é importante lembrar tal fato, para que se enfatize a importância do papel do profissional de saúde e das unidades de assistência em como podemos ser facilitadores para mudanças de realidades.

O acesso se deu da seguinte forma: uma cliente deu entrada no período da manhã na ESF, mulher de 48 anos, 4 filhos, com diagnóstico de diabetes, perda parcial da visão, com queixa de intenso sangramento vaginal. Relata que há 8 meses atrás, estava no trabalho e sentiu uma dor forte no peito que perdurou por três dias. Procurou o pronto atendimento e descobriu que já estava enfartada, sendo encaminhada às pressas para cirurgia de urgência no Hospital de referência da região. Nesse dia, procurava a ESF para realizar o exame preventivo, informava sangramento vaginal persistente com início há 3 semanas.

Essa usuária do SUS e sua história me motivou não só a cuidá-la, mas a todas as outras mulheres que adentrassem aquela ESF. O que eu percebi? É que aquela trabalhadora despertou na enfermeira, no caso, “eu”, que despertou na equipe a criação de um plano de ação que contemplasse a opinião e sugestão das pessoas que ali viviam sobre como poderíamos melhorar e mudar aquela realidade.

Há de se analisar que o contexto de vida dessas trabalhadoras rurais, associado a autocobrança imposta a elas pelas demandas do cotidiano, podem agravar a condição de vulnerabilidade e risco se não obtiverem suporte. Essas foram as questões levantadas nas reuniões de equipe da ESF Itapeúna, para saber e buscar o melhor caminho para ajudar as pessoas nesse contexto.

Observa-se que a TR não tem evolução de carreira, e essa perspectiva de crescimento profissional ainda é de predominância masculina. Segundo Sales (2007) embora elas estejam inseridas desde a infância no grupo de trabalho familiar, inclusive na roça, quando acompanham a família no período de colheita, elas crescem tendo de lutar para serem consideradas trabalhadoras rurais.

A mulher que reside na área rural vê a agricultura como um meio para adquirir sua renda financeira, outras precisam ajudar seus companheiros na empreita, mas apesar de realizar sua atividade em papel de igualdade com os homens, seu trabalho é visto como complementar.

De acordo com Andrade (2016), no mercado de trabalho, mulheres não possuem os mesmos direitos que os homens, mesmo tendo a mesma formação, elas ainda recebem menos, possuem poucos privilégios, e ainda convivem com o preconceito dentro do seu local de trabalho, preconceito de várias formas, por ser mulher, por ser negra, pelo dever de dedicar-se a tarefas domésticas.

No trabalho rural, a trabalhadora realiza várias atividades, desde o desbaste das folhas de banana a encaixotamento para transporte, funções ligadas diretamente a essa cultura agrícola. Muitas delas adoecem, pois o serviço exige força física, boa resistência, horas em pé, em condições precárias. Após adoecidas, se possuem registro em carteira, ainda garantem o salário e as informais nada recebem. Nesse contexto se esforçam em se recuperar para voltar ao trabalho; as que não se recuperam se tornam incapazes de retorno ao trabalho, condição que as entristece muito. Quando em afastamento pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INSS) lidam com as barreiras da avaliação médica, que segundo as trabalhadoras rurais tem um enfoque puramente físico. Segundo Zavarizzi et al (2019), a perspectiva biomédica não

abrange toda a complexidade envolvida na condição de saúde do segurado, pois não dá conta de responder sobre os aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos e individuais envolvidos.

Outra dificuldade da população que reside distante da zona urbana, está no acesso à informação, através dos meios de comunicação, por exemplo: telefone, televisão e internet. Hoje observamos que a maioria das pessoas tem um telefone para contato, mas na zona rural dificilmente este funciona, e nem todos tem acesso à internet; já em relação a televisão, algumas pessoas não têm o aparelho em casa (questões financeiras), outras, por exemplo, optam por não ter (evangélicos).

A dificuldade de acesso e a comunicação não efetivada aumentam a condição de isolamento e exclusão do (a) morador (a) da área rural. Essas situações, colaboram para desassistência e conseqüentemente alguém não receberá o cuidado. Conforme Schweitzer (2021, pág. 24) o cuidado é uma das práticas mais antigas na história, diz respeito a qualquer pessoa que ajuda a outra a continuar a vida, assegurando-a e, com isso, evitando a morte.

Além disso, quando falamos de acesso, devemos lembrar que a APS deve trabalhar alinhada com os atributos essenciais. De acordo com Hauser (2012) esses atributos têm papel importante na organização e integração da rede e a qualifica, sendo estes: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema), bem como os três atributos derivados; a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural.

Outra reflexão importante é a relação que a trabalhadora rural tem com seu autocuidado, que muitas vezes passa despercebida, devido ao desânimo ou cansaço extremo. Segundo Schweitzer (2021, pág. 162), o autocuidado são ações desenvolvidas pela pessoa em benefício da sua vida, saúde e bem-estar e que contribuem para o seu desenvolvimento e envelhecimento.

Nos relatos coletados sobre o trabalho, informaram que passavam horas sem ir ao banheiro, se alimentavam tardiamente com o alimento na temperatura inadequada. Não dispunham de protetor solar, nem de água filtrada, sem EPIs, mal paravam para descansar no intuito de terminar a tarefa do dia.

Além das barreiras no trabalho, ainda enfrentavam as do domicílio, pois o cotidiano familiar também exigia uma sobrecarga de funções gerando aumento das responsabilidades, condição estressante que precisavam superar para continuar.

A TCI foi um instrumento potencial para desenvolver o trabalho no território, trouxe muitas informações e auxiliou nas tomadas de decisão da equipe.

Entretanto, para que as PICS se efetivem no SUS é necessário, além da formação, a disponibilidade e investimento no profissional para que possa desenvolver sua atividade. No caso da TCI, acho importante explicar que para conduzir as rodas precisa ser terapeuta, ter formação, não estando está disponível gratuitamente no SUS. Ainda nesse contexto, sobre a importância da formação, Braga (2009) explica que Barreto, o criador da TCI, entende o papel do terapeuta comunitário como semelhante ao papel do educador Paulo Freire, como uma pessoa que pode proporcionar aos membros de uma família ou de uma comunidade alívio a sua ansiedade, às suas angústias e aos sofrimentos, o que lhes possibilitará a partilha de seus recursos, de seus modos de enfrentamento, por meio da troca de experiências.

Na TCI não é necessário grande investimento financeiro, pois é uma tecnologia leve, mas exige do facilitador (terapeuta) um movimento para reunir pessoas e cativá-las nesse processo de cuidado. E, para além disso, conta-se com o apoio do empregador: se o terapeuta estiver desenvolvendo a TCI em uma instituição, seja ela pública ou privada. Em serviços de saúde no SUS o profissional precisa ter uma agenda protegida e a garantia da dispensa para esse fim e, pela experiência que tenho como enfermeira no SUS, isso também é um desafio.

Registra-se que foi um experimento que oportunizou descobertas e aprendizados tanto para a pesquisa no acesso a informações que geraram documentos importantes demonstrado nos resultados, quanto para o pesquisador na oportunidade de imersão em um cotidiano vivenciado. E para as participantes da pesquisa, além de se permitirem ao cuidado em um espaço acolhedor, também fizeram descobertas da força individual e coletiva.

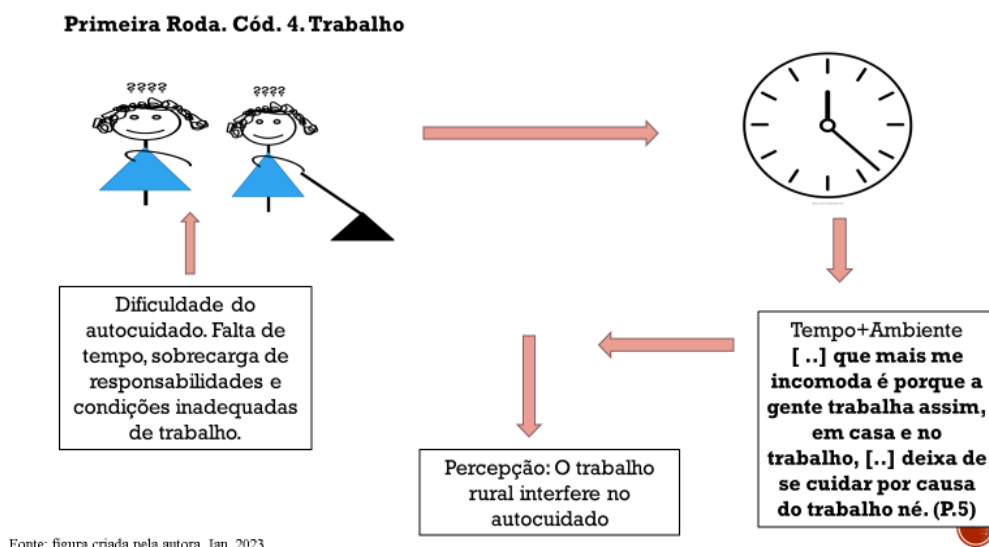
4.1.1. Percepções das trabalhadoras rurais: trabalho, família e autocuidado.

Na primeira roda de TCI, os temas levantados pelas participantes destacavam como o trabalho rural interfere no autocuidado. Um dos fatores apontados se relacionava ao “tempo”; entendiam que tinham “pouco tempo” para realizar todas as obrigações, sendo isso um impeditivo para o autocuidado, além de outros fatores que surgiram em seus relatos, tais como:

[] Esse mês mesmo eu fiz exame, mas não tive tempo pra ir lá ver o resultado. As vezes a gente vai também, pega só declaração, o patrão não paga só atestado (P.5).

E nesse caso a trabalhadora rural opta por não faltar ao trabalho, pois precisa da renda, mesmo compreendendo a necessidade do cuidado.

FIGURA 8. A mulher, trabalho e autocuidado;



Fonte: Figura criada pelo Autora

Conforme Zavarizzi et al (2019) no contexto rural, existem diversos fatores distintos em relação a esta população, que, de uma forma geral, apresenta baixa escolaridade e baixos rendimentos financeiros, dificuldades no acesso aos bens e serviços sociais, de saúde e comércio.

Isso, de certa forma, contribui para o aumento da vulnerabilidade das pessoas nesse contexto. Os destaques estão nos relatos da sobrecarga de trabalho, sendo está uma atividade necessária e prioritária, mas que torna esse grupo suscetível ao adoecimento.

A P.5 citada acima, explica que foi trabalhar muito cedo para adiantar a tarefa, e vir participar da TCI e ao término retornará ao trabalho. Relata que precisa passar em consulta, que necessita de uma guia de encaminhamento, mas não consegue se ausentar do emprego por causa da empreita. Informa que o tempo passa muito rápido, que tem que ajudar o marido no trabalho e depois tem as tarefas da casa, o que a deixa muito cansada.

Outra participante atribui a dificuldade do autocuidado a condição de ansiedade, assim como descrito abaixo;

[...] Meu problema, meu problema é ansiedade sabe, ansiedade ela quase mata sabe, tem dia que a minha coxa chega a pingar de nervoso, a minha barriga dói, dói, dói, começo a suá, suá, suá, nervosa, sabe? (P.6)

No caso de P.6, esta refere ter ansiedade, e que quando está em crise, sua musculatura corporal contrai e aumenta a sudorese, fazendo com que tenha dor. Explica que não consegue parar e se tratar por conta do tempo, fica muito decepcionada quando as pessoas não entendem o que sente, demonstrando o quanto a saúde mental da TR pode ser comprometida. Segundo Araújo et al (2005), os quadros depressivos correspondem ao terceiro problema de saúde entre mulheres residentes em países desenvolvidos e ao quinto entre as mulheres de países em desenvolvimento.

A mesma dificuldade confirmada no relato da P.1 e P.3 sobre o quanto o excesso de trabalho pode prejudicar;

[] A mesma coisa digo eu, pouco tempo pra se cuidar por causa do serviço também, o mesmo que ela falou, a gente trabalha demais (P.1)

[...] Eu tenho problema de, de estomago, já fiz duas vezes endoscopia, faço tratamento do olho que tenho glaucoma, e que incomoda é isso: a gente deixa de se cuidar um pouco por causa do trabalho, né. (P. 3)

A P.1 e P.3 explicam que há muito tempo tem uma condição de saúde fragilizada. A P.3 relata dores fortes no estômago, entende que pode ser uma gastrite que piora quando está nervosa. Explica que teria que fazer acompanhamento, um tratamento correto, mas não consegue por causa do trabalho. Reforçando a informação que todo sintoma é uma forma de comunicação e que precisa de atenção.

As alterações no mundo do trabalho impuseram uma forma diferenciada de vida à população do campo, influenciando no agravamento do processo de saúde-doença e nas cargas de trabalho. (ZAVARIZZI et al, 2019).

As questões financeiras, o endividamento e a busca por concretizar sonhos fazem com que as trabalhadoras rurais se submetam a condições de risco favorecidas pelo trabalho, assim como relata a P.1;

[...] Era empreita, aí se eu perdesse uma hora de serviço ia fazer falta no bolso, um dia né. Aí fui deixando a saúde, não podia faltar todo dia, também pra me cuidar. E chego um certo tempo que eu já não aguentava mais, né [] descobri a diabetes e perdi uma visão (P1).

Essa participante descreveu a importância do trabalho para ela, a ponto de não se cuidar. Tinha uma rotina de trabalho que fazia com que não fosse ao banheiro e nem se hidratasse. Nesse ritmo, desenvolveu diabetes, perda de uma visão e uma infecção urinária severa que a

deixou preocupada porque na família já tinha pessoas que faziam hemodiálise. A P.1 ainda relatou que não era de reclamar, ficava em silêncio reforçando uma frase da TCI: quando a boca cala o corpo fala. E nessa perspectiva a confirmação de que o trabalho pode sim interferir no autocuidado das TR.

Entretanto, o vínculo empregatício e suas exigências não são os únicos responsáveis por dificultar o acesso, considerando que a TR convive com outras situações que fazem frente a esse acesso, como exemplo: o transporte público.

Outro dado importante é o papel de lealdade da mulher com o companheiro (cônjuge), onde mantém-se aliada em todos os afazeres, inclusive no trabalho cujo argumento se fundamenta na necessidade de ajudar no sustento da casa. Em muitas situações se apresenta sem condições para o trabalho, mas mantém-se firme, sem suporte do companheiro no reconhecimento da necessidade de um tratamento. Assim como descrito no relato da P.5 abaixo;

[...] A gente também tem que ajudar o marido, porque na roça também o marido sozinho trabalhando, assim não dá né, a gente tem que ajudar, mesmo sem poder. [] mas o serviço que eu faço é com o meu marido. Eu vou na frente tirando penca e ele vai atras jogando veneno, não tem como ele ir sozinho (P5).

[] Eu estava adoecendo, mas eu acho que ele não percebia, ele não dava demonstração;

As P.5 e P.1, assim como outras participantes da roda, tornaram visível as dificuldades vivenciadas por elas não só em relação trabalho, mas no convívio familiar seja conjugal ou família extensa. Persiste nelas um sentimento de dever com os membros da família, crença aprendida, transmita culturalmente e que colaboram para o seu esquecimento, principalmente em relação ao cuidado de si.

Para Queiroz (2018), sem dúvida essa herança representa um dos motivos pelos quais ainda hoje existem mulheres que se submetem às vontades e desejos do domínio masculino, seja do pai, marido, avô, padrasto, cunhado e/ou filho.

4.1.2. Percepção de mulheres da lida: saúde e serviços de saúde.

Na análise da segunda roda da TCI os relatos mais frequentes se referiam à dificuldade de acesso e a falta de humanização na assistência.

A trabalhadora rural na região do Vale do Ribeira, tem como barreira a dificuldade de se ausentar do trabalho para realizar uma consulta médica; quando consegue, necessita da continuidade da assistência, sendo para ela uma impossibilidade, porque não pode perder dia de trabalho. Portanto, há um cenário estabelecido, onde se reconhece a necessidade da

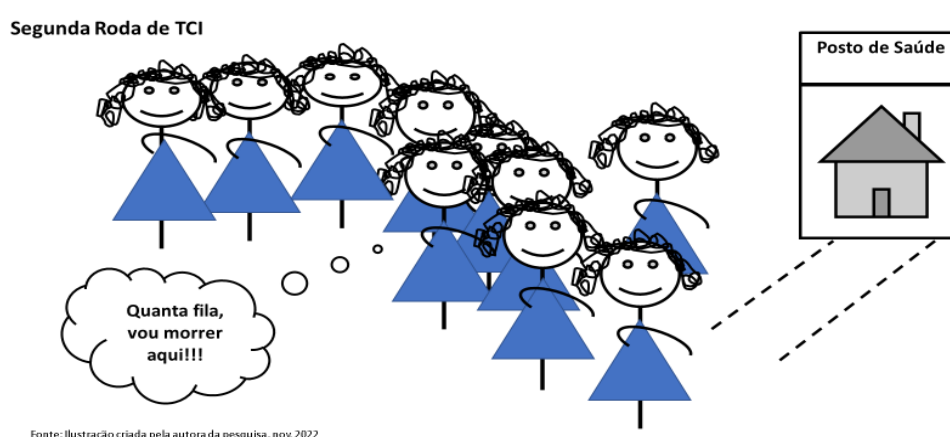
assistência, mas o cotidiano e a exigência financeira fazem com que a trabalhadora rural não disponha de tempo para suas demandas de saúde.

As ações voltadas à saúde da mulher devem levar em consideração aspectos referentes à singularidade, dentre os quais os credos, etnias, culturas, categorias socioeconômicas, sem os quais qualquer análise seria superficial ou incompleta (EBLING, 2015).

Além disso, os serviços de saúde trabalham numa realidade na qual contém regras que dificultam o acesso e seguimento de qualquer tratamento.

Um retrato dessa situação do município de Eldorado está na dificuldade dos agendamentos nos serviços de saúde que são incompatíveis com a realidade da trabalhadora rural. Sem contar a situação das filas de espera que geram as demandas reprimidas, e que perdurem por anos no sistema, sem uma efetiva resolutividade. No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema Único de Saúde (FARIAS ET AL, 2019). Por muitas vezes, eu como enfermeira, em atendimentos na ESF, pude escutar as pessoas relatarem a angústia por esperar agendamento de uma consulta com a especialidade a muito tempo. A crítica aos serviços de saúde e falas de desabafo das trabalhadoras rurais trazem um repensar sobre práticas e políticas de saúde que precisam alcançar o usuário e sua realidade existencial.

FIGURA 9. A mulher na fila de espera



fonte: Figura criada pelo Autora

Outra informação importante é como se dá o acesso da população rural aos serviços de saúde. A ESF realiza atendimento no período diurno, o que representa uma dificuldade para a trabalhadora rural, pois nesse horário está na labuta. E normalmente procuram atendimento na UPA, no período noturno, sendo esse atendimento realizado de forma pontual por ser um serviço de urgência e emergência, mas que gera no cliente ansiedade e impotência diante das suas demandas de saúde, porque não é resolutivo. No relato abaixo da P2, é possível verificar a falta de sensibilidade do profissional na assistência;

[...] Estava com a cabeça doendo, eu fui no médico na quarta feira, eles me deram um teste de gravidez, em vez de me dar um teste de covid, ou um teste de alguma coisa né, mas eles me deram um teste de gravidez, tá aqui, tá comigo eu trouxe, eu não estou grávida (P 2).

Essa trabalhadora (P.2) relatou que estava com dor de cabeça há alguns dias, achou que poderia ser COVID 19, conseguiu uma carona, foi ao médico na UPA, mas ele não a examinou. No atendimento perguntou se ela estava grávida; ela respondeu que não e, mesmo assim, o médico solicitou um exame para gravidez. No relato na TCI se mostrava decepcionada com a atitude do profissional.

As equipes de saúde da Atenção Básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono (BRASIL, 2011).

Outro relato importante era sobre a demora dos procedimentos e a não resolução do problema. Normalmente a trabalhadora rural procura a UPA no período noturno porque não consegue ir na onde?

[...] Essa dor, como falei faz uns 2 anos, antes doía, mas bem pouquinho coisa, depois de 2 anos que começou a aumentar. Aí passo no médico ele fala que é porque eu fiz laqueadura. Ah, não sei aí. Affi. Aí pediu um ultrassom agora vou fazer (P 10).

O relato dessa trabalhadora (P. 10) é de indignação pelo atendimento recebido dos profissionais de saúde; explica que há 2 anos tem dor em baixo-ventre, uma cólica forte que a deixa de cama, que vai ao médico, às vezes tarde da noite e o profissional passa uma medicação para dor e a manda de volta para casa. Há 2 meses conseguiu passar em consulta e só agora vai fazer um ultrassom. Relatou sentimento de desrespeito por parte dos profissionais de saúde.

É necessário e indispensável que as várias instâncias, articulem caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, possibilitem o desenvolvimento/atualização do pessoal que já está no SUS e legitimem propostas direcionadas a um desempenho profissional qualificado e em quantidade suficiente em todos os pontos do país (BATISTA & GONÇALVES, 2011)

Outro apontamento das trabalhadoras rurais está na falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, falta de comunicação esclarecedora, explicando os processos com paciência, reconhecendo as dificuldades de compreensão das pessoas e se adaptando a elas.

[...]. A gente fica deixando, deixando por causa dos médicos eles dão bronca na gente. Fala pra gente esperar três dias do sintoma né (P 1).

Nesse relato a P. 1 explica que vai ao médico somente depois de três dias do sintoma, porque algumas vezes foi no primeiro dia e o médico deu bronca, dizendo que só é para procurar o médico depois de 3 dias de qualquer sintoma. Ela estava com dor ao urinar, mesmo assim suportou três dias para depois ir ao Pronto atendimento procurar ajuda, estava com uma infecção urinária. Essa participante relata sentimento de medo e desconhecimento.

[...] Há um tempo eu ficava muito triste pelas pessoas mesmo. [...] porque a gente sabe que às vezes não é um ou outro que é culpado né, às vezes é mais lá na frente, político, ou várias pessoas né (P 8)

A P. 8 chama a atenção sobre as pessoas que são privilegiadas nos serviços de saúde, que passam na frente, “furam a fila”, geralmente são pessoas com influências políticas e de classes sociais elevadas que utilizam o chamado “jeitinho brasileiro”. Explica que adoeceu e por sete dias procurou assistência médica, estava com uma forte dor no estômago e mandavam ela de volta para casa.

Observava que, pessoas conhecidas politicamente, tinham melhor assistência e passavam na frente; isso a deixava triste, e indignada. No último dia em que foi ao serviço de saúde, sua avó (nordestina) a acompanhou, lá brigou para que não retornasse para casa. No mesmo dia foi internada e de madrugada passou por uma cirurgia. Explica que se a avó não a tivesse acompanhado, talvez tivesse morrido. Relatou sentimento de gratidão e orgulho da avó.

Nos serviços públicos ainda nos deparamos com o despreparo dos profissionais na assistência, em procedimentos básicos como: realizar acolhimento, acolher e escutar com respeito, utilizar linguagem popular para auxiliar o indivíduo na compreensão das informações, comprometimento responsável no direcionamento para continuidade do cuidado, todas atitudes básicas de uma abordagem.

Mas entende-se que alguns profissionais ainda não se apropriaram da importância do seu papel de responsabilidade diante da necessidade humana. Isso nos leva a questionamentos sobre qualidade da formação profissional, quanto a escolha profissional dos indivíduos e quanto à própria capacidade da gestão dos serviços de saúde em reconhecer e valorizar práticas significativas no trabalho, com o intuito de requalificar as que não se adequam.

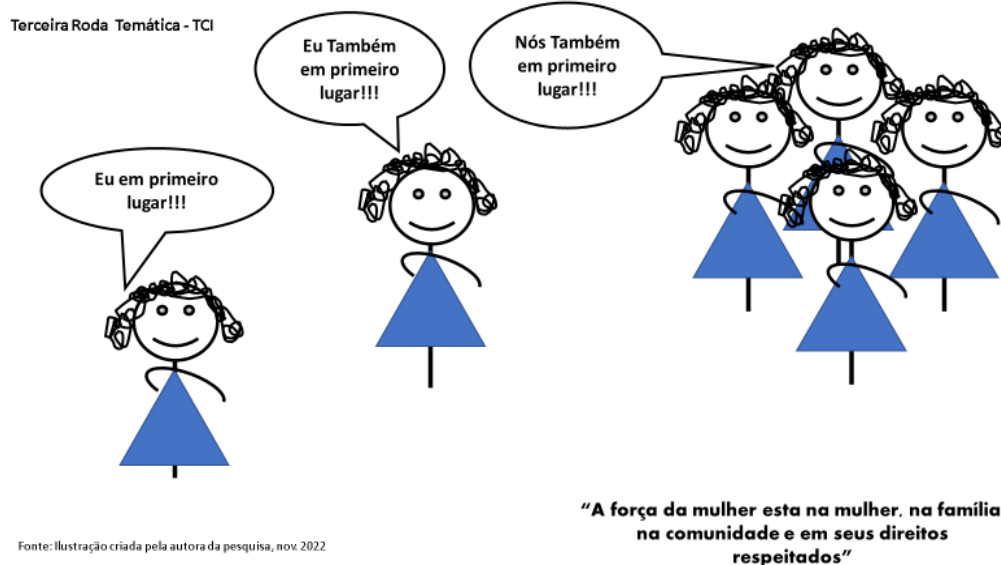
Esses profissionais, iniciantes ou não, necessitam da articulação das instituições formadoras e dos diferentes níveis de gestão, de modo a possibilitar a construção de processos de educação permanente, oferecendo espaços de capacitação e reflexão crítica positiva, diante dos problemas e desafios da Saúde Pública nos municípios e regiões (BATISTA & GONÇALVES, 2011).

De acordo com Barreto (2008), seria necessário sensibilizar os futuros profissionais de saúde, como fazê-los conhecer o universo cultural das pessoas que, mais tarde, serão recebidas em seus consultórios e nos hospitais. Do mesmo modo, seria necessário permitir-lhes refletir sobre a riqueza de uma cultura não acadêmica e os perigos de uma prática que exclui, não somente o universo do paciente, mas também o do próprio profissional de saúde.

4.1.3. Percepções da mulher rural: identidade, desafios e empoderamento.

Destaca-se que as rodas temáticas proporcionaram descobertas sobre a identidade da mulher, seu papel enquanto ser social, cultural e familiar. Nesse encontro de culturas e saberes, realizaram trocas e compartilharam relatos de dor, afetos, sonhos, frustrações, bem como suas afetações. Emergiram fatos que demonstraram que a trabalhadora rural está em construção, na busca por mudanças e, assim como seus antepassados, sonham futuros prósperos para elas e suas famílias.

FIGURA 10. A mulher em primeiro lugar



Fonte: Figura criada pela autora.

Averiguou-se que a maioria das participantes tinham projetos de vida, destacando a busca pela casa própria, melhoria do salário, moradia em área urbana, busca por uma nova profissão, estudar, cuidar melhor de si e viver feliz em família. E argumentam que muitas delas entendem a importância da mudança, mas que quando acontece “não é por amor e sim pela dor”. Assim como relatado pela participante 1:

[...] Meu nome é “P.1”, porque tinha uma moça, que tinha esse nome, era conhecida dos meus pais, era muito bonita e aí ela colocou esse meu nome. Eu praticamente não tive infância, comecei a trabalhar eu tinha 8 anos, morava na casa de um e na casa de outro. [...] Eu gosto do meu nome, acho bonito (P 1).

A P.1 nasceu em Eldorado, na área rural, sendo a quinta filha de seis irmãos. Trabalhou na roça desde menina (infância) e em casa de família. Com o falecimento do pai retornou para casa e para a atividade rural; a mãe era muito severa e batia nela com frequência. O irmão mais velho casou-se e trouxe a esposa para morar com eles, mas mal tinha comida para todos. Com 14 anos P.1 casou-se para aliviar o número de pessoas em casa que precisariam se alimentar. Retornou a trabalhar com o marido na roça, e logo vieram os filhos. Com 21 anos de idade descobriu que tinha diabetes mellitus e com o passar dos anos perdeu parte da visão esquerda. Já com a idade de 47 anos, época em que ocorria uma pandemia de COVID 19, estava trabalhando no bananal, quando sentiu uma forte dor no peito, mas suportou por três dias, para não se ausentar do trabalho. Logo após esses episódios, procurou o Pronto Atendimento onde constatarem um infarto agudo do miocárdio, tendo sido transferida para o Hospital Regional de Pariquera-Açu, por onde passou por duas cirurgias cardíacas, que até o momento a impediram de retornar ao trabalho.

História como a da P.1 reflete a condição de vulnerabilidade de mulheres em várias regiões do Brasil, trabalhadoras que estão inseridas em contextos de vida difíceis e que precisam ser alcançadas pelos serviços de saúde.

De acordo com Sales (2007) embora elas estejam inseridas desde a infância no grupo de trabalho familiar, inclusive na roça, quando acompanham a família no período de colheita, elas crescem tendo de lutar para serem consideradas trabalhadoras rurais. Essa realidade se insere em uma luta mais ampla. Questões como: renda, endividamento, papel de responsabilidade pelo outro, dependência de moradia, violência e dificuldade de acesso fazem parte do cotidiano dessas mulheres.

Toda trajetória realizada por essas mulheres é envolta por laços, perdas, conquistas, afetos e afetações estruturadas em um contexto familiar.

[...] Até hoje não superei a morte da minha avó, eu não voltei pra casa do meu pessoal, até hoje e às vezes eu sonho com minha avó ainda, porque eu ia uma vez por ano na casa dela. (P 3).

[...] Eu tive muitas perdas, perdi meu pai muito cedo com 38 anos, perdi minha avó que eu amava por demais, perdi e perdi uma tia também que ela era muda, sabe que eu gostava muito dela... o raio a matou, faz tempo isso. [...] Também perdi minha mãe recentemente que não tem nem 1 ano, perdi né, que ela teve Covid e ela veio falecer (P 7).

A perda de alguém, o luto, a falta de um ente querido fazem parte dos relatos de dor e sofrimento de P.3 e P.7, chamando a atenção para o cuidado em saúde mental. Em meios a tantos relatos, percebe-se a descoberta da superação, utilizando-se recursos para vencer as dificuldades do cotidiano rural, dentre esses: o apego a fê, a família e a resiliência, descrito pelas participantes abaixo;

[...] O que me fortalece eu acho que os filhos né, os filhos né, os netos, eu tenho um neto que mora comigo, então tudo isso faz a gente não caí. E pedi muito a Deus que não me deixasse caí nos momentos difícil, né, me sustentasse e tô aqui (P 7).

[...] A minha força vem, eu acho que foi dos meus netos, por eles. Sim, por eles, pelos meus netos. Eu tava na UTI, tava na cirurgia ainda, aí eu tive uma revelação que minha neta ia precisar muito de mim, ainda, e eu voltei (P 10).

[...] Eu agradei muito a minha avó por ela ser essa pessoa de pulso, de ter ido lá me levar, de ter brigado por mim, salvou minha vida, na verdade (P 8).

Verificou-se que as trabalhadoras rurais se identificam como mulheres fortes, mesmo diante das várias “situações adversas” vivenciadas por elas. O corpo, a aparência também é algo importante para elas e , nesse contexto, descobriu-se algo importante relacionado ao acesso à informação.

[...] Eu tô satisfeita, poucos meses atrás eu também estava muito gorda. Eu almoçava e depois enfiava o dedo na garganta pra vomitar... já faço isso uns 3 anos (rs). Agora eu tô satisfeita. Sabe que depois que a moça da farmácia falou pra mim que acaba estourando a veia por dentro eu parei, mas eu vinha fazendo isso até o começo do mês (P3).

A P. 3 revelou um hábito utilizado por cerca de 3 anos como recurso para melhorar sua aparência. O relato era que ao mudar para a zona rural começou a ganhar peso, e uma colega sugeriu que vomitasse após as refeições pois, dessa forma, ficaria magra; seguiu a orientação. Manteve esse hábito parando somente quando uma profissional de saúde explicou os danos desse procedimento. Esse relato ressaltou a importância da educação em saúde; nota-se que muitas pessoas não têm acesso à informação, principalmente na zona rural, como no município de Eldorado.

Tal condição demonstra a importância da proximidade com o território, do trabalho em base comunitária, da construção do vínculo e do reconhecimento das vulnerabilidades. Outras informações sobre expectativas futuras revelaram seus sonhos e a esperança em alcançá-los.

[...] Eu gostaria de ser confeitadeira, de fazer aqueles bolos decorados (risos e lágrimas) (P10).

Com os olhos lagrimejantes, a P10 relatou que seu sonho era ser confeitadeira, falou sobre a alegria em poder fazer bolos decorados, e o desejo de fazer em seu local de moradia, na comunidade.

[...] Sou mulher, sou mãe, sou batalhadora, sou amiga, se precisar, é isso. [...] Eu acho que eu quero ver meus filhos crescendo, mudar daqui, crescer na vida também. (P 2).

[...] ser saudável é bom né, é bom porque traz felicidade, tem muita coisa pra fazer na família, a gente quer que os netos e filhos da gente seja muito feliz né (P 10).

[...] Daqui 5 anos o meu objetivo maior é ver a minha filha formada, é ver ela estudando, ver ela prosperando, ver ela vencendo na vida, é ver ela se tornando a menina e mulher forte que ela tá se tornando. Eu queria viajar e morar em outro lugar (P 9).

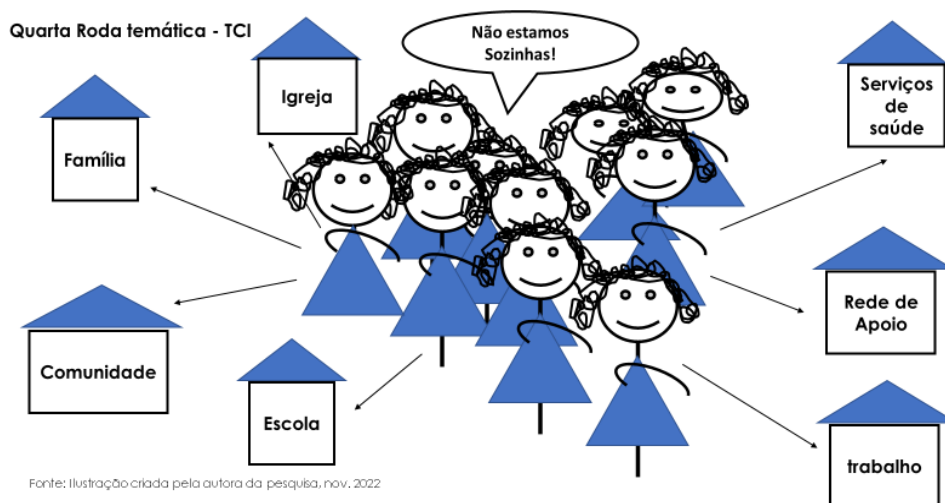
As P.2, 10 e 9, compartilham momentos de felicidade, futuro e sonhos que desejam alcançar e realizar, uma relação ligada diretamente com o bem-estar dos seus familiares (filhos e netos). Para elas, a força vem das pessoas que amam; destacaram o desejo de mudanças, a vontade de aprender, de estudar, a busca por uma nova profissão e por morar em outro lugar. Outra observação está na boa relação que as trabalhadoras rurais têm uma com as outras e com a comunidade, segundo Sales (1989) quando as mulheres ingressam em movimentos, criam possibilidades de se afirmarem como portadoras de um saber-poder no campo da política, que lhes proporcione também repensar seu cotidiano,

[...] meu sonho é ter um conforto, uma casa pros meus filhos, é isso que eu sonho né. Eu queria ser enfermeira (P 6).

[...] Eu queria mudar, não morar aqui, crescer, subir na vida, crescer, ter o que eu quero, trabalhando, cuidando dos meus filhos. Eu queria ser enfermeira (P 2).

Ao perguntar para a P.6 e P.2, o porquê de ser enfermeira, estas responderam: “queremos ajudar, cuidar das pessoas, cuidar bem das pessoas, a gente sabe como é precisar de ajuda”. Importante registrar que essas mulheres já cuidam uma das outras e entendem como missão ajudar o próximo. Elas sabem quem adoeceu, quem está grávida e realizando o pré-natal, quem precisa de ajuda, e nesse contexto se ajudam. Muitas se colocam a disposição para buscar resultado de exames, marcar consultas ou mesmo trazer informações, demonstrando que a força e a união também estão na comunidade.

FIGURA 11. Redes de Apoio



Fonte: Figura criada pela Autora

4.1.4. TCI: instrumento para pesquisa e recurso potencial na APS

A terapia comunitária há muitos anos vem sendo utilizada como estratégia para trabalhar com pessoas em instituições públicas ou privadas.

A metodologia da (TCI), genuinamente brasileira, foi criada há mais de três décadas pelo médico e antropólogo Adalberto de Paula Barreto que, ao longo de suas diversas produções, afirma que a TCI propõe cuidar da saúde comunitária em muitos espaços, principalmente em espaços públicos; valorizando a prevenção, estimulando o grupo a usar sua criatividade e a construir seu presente e seu futuro a partir de seus próprios recursos para curar suas dores físicas, mentais ou espirituais (SILVA, 2020).

Segundo Chiaverini (2011) é uma estratégia de cuidado considerada como um método avançado psicossocial. Segundo o site da ABRATECOM vem sendo desenvolvida em vários

Estados do Brasil e presente em 24 países da América do Sul, existem mais de 40 polos representativos que formam terapeutas e proporcionam um apoio às instituições e serviços alcançando as mais distintas populações.

A TCI se efetiva por utilizar recursos da própria comunidade, reforçando a importância dessa PICS no SUS. Seu método, através de rodas, trabalha numa perspectiva acolhedora, facilitando resgates, construindo redes solidárias e possibilitando o empoderamento do participante. A TC colabora para que o grupo compreenda que os problemas pertencem ao ser humano e que na maioria das vezes as soluções também estão em suas mãos (LIMA ET AL, 2014).

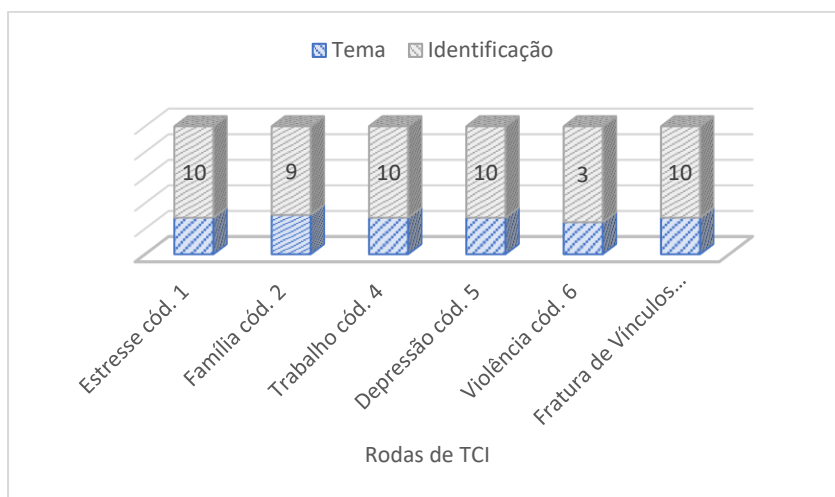
A TCI como método de pesquisa traz instrumentos que permitem realizar avaliação e verificar o impacto que a TCI tem produzido de fato nas pessoas e comunidades onde ela é aplicada (Barreto, 2008).

Dessa forma, usar a TCI como ferramenta de pesquisa possibilitou a análise situacional de pessoas de um determinado território e a coleta de informações, contribuindo para acessar o universo de vida das participantes. Nesse contexto, possibilitando acesso a informações sobre sua história de vida, sua cultura e recursos estruturais para superar suas dificuldades. Com o uso dessa metodologia identificou-se público-alvo, gênero, quantidade de pessoas, faixa etária, temas apresentados nas rodas, temas escolhidos, estratégias de enfrentamento, direcionamento para a rede de apoio, benefícios individuais e comunitários dos participantes. Abaixo os instrumentos de avaliação da TCI: Onde?

Nesta pesquisa utilizou-se o modelo das fichas nº 1, 2, 3 e 4 do livro de Barreto (2008). Esse instrumento auxiliou na organização da coleta de dados, análise das informações, categorização e codificação dos temas das rodas de TCI. O uso de tais fichas trouxe informações importantes sobre os sujeitos da pesquisa e seus contextos existenciais (família, crenças e vínculos).

Em relação as rodas de terapia, os temas mais recorrentes estavam centrados na família, no trabalho e fatores emocionais. Verificou informações com as participantes sobre a relação de identificação com os temas apresentados, obtendo os seguintes resultados, exposto no gráfico abaixo:

GRÁFICO 5. Temas e identificação



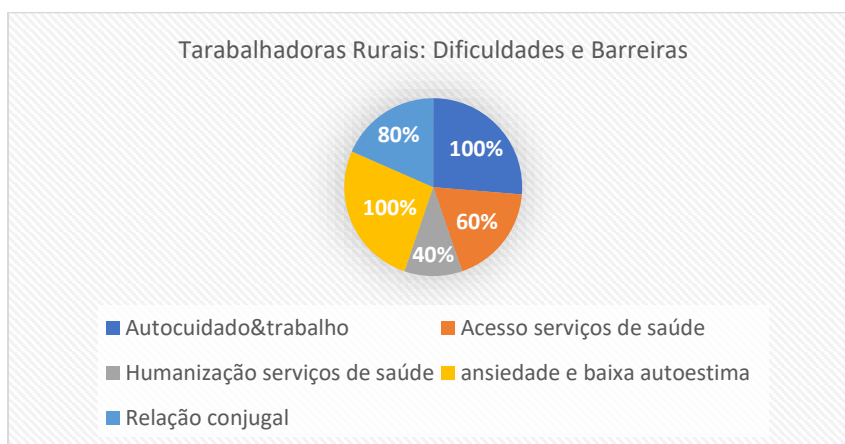
Fonte: Gráfico criado pela Autora.

Resultados:

- 10 participantes se identificaram com o tema estresse.
- 9 participantes se identificaram com o tema conflitos familiares.
- 10 participantes se identificaram com o tema trabalho.
- 10 participantes se identificaram com o tema depressão.
- 3 participantes se identificaram com o tema violência
- 10 participantes se identificaram com o tema rompimento de vínculos.

As rodas possibilitaram verificar as narrativas e exposição das dificuldades e desafios trazidos pelas mulheres no cotidiano rural. Os temas categorizados e codificados favoreceram a organização e o agrupamento das informações por rodas. Nesse sentido, foi possível verificar as barreiras vivenciadas pelas trabalhadoras apontadas no gráfico abaixo:

Gráfico 6. Barreiras da trabalhadora rural



Fonte: Gráfico criado pela Autora.

Resultados de acordo com suas narrativas:

- 10 participantes relataram dificuldade em sair do trabalho para ir a ESF passar em consulta ou realizar procedimento.
- 8 participantes informaram algum tipo de conflito no relacionamento conjugal.
- 10 participantes Informaram ansiedade e baixa autoestima com as demandas do cotidiano.
- 4 participantes Informaram que os profissionais de saúde não são receptivos.
- 6 participantes relataram dificuldade para agendar consultas com especialidades e outros procedimentos laboratoriais e de imagem.

Nas rodas foi possível verificar:

Primeira roda. Cód. 4: Dificuldade do autocuidado devido à sobrecarga de Trabalho (cansaço/falta tempo). Essa categoria (trabalho), trouxe a possibilidade de reflexão para a APS sobre as possíveis mudanças e caminhos para melhorar a saúde do trabalhador rural, com ações de educação e estratégias que possam alcançar o indivíduo, a família e a comunidade. Nesse sentido, podendo ainda auxiliar o indivíduo na consciência de responsabilidade sobre si mesmo e seu autocuidado em seu contexto existencial.

Segunda roda. Cód. 7: Dificuldade de agendamento nos serviços de saúde e falta de acolhimento por parte dos profissionais. Essa categoria (Discriminação), trouxe um alerta sobre como os serviços de saúde desenvolvem suas práticas assistências e o quanto seria importante a efetivação da educação permanente (EP) nos serviços de saúde, pois auxilia em relação as problemáticas do cotidiano, e faz refletir, incansavelmente, na busca de soluções; para isso, sendo necessário, um exercício contínuo de conhecer profundamente tal realidade, os envolvidos e possíveis soluções para demandas existenciais, desenvolvido sobre uma ótica empática e humanizada.

Terceira roda. Cód. 5 e 6: Dificuldade de revelar sentimentos, medo do julgamento e relações de poder. Nessa categoria (Rompimento de vínculos) foi possível avaliar que as perdas como o luto, e a tristeza, apesar de serem e fazerem parte da existência, fazem com que o indivíduo se isole, diminua sua capacidade de concentração, interação e produção, afetando todos nesse convívio. Trouxe um olhar ampliado a importância da saúde mental da mulher, trabalhadora rural e suas relações de pertencimento. Entretanto, parece urgente a efetivação de

políticas públicas voltadas a saúde do (a) trabalhador (a) e sua saúde mental, um alerta à APS e outros serviços de apoio sobre a ruralidade e seus contextos existenciais.

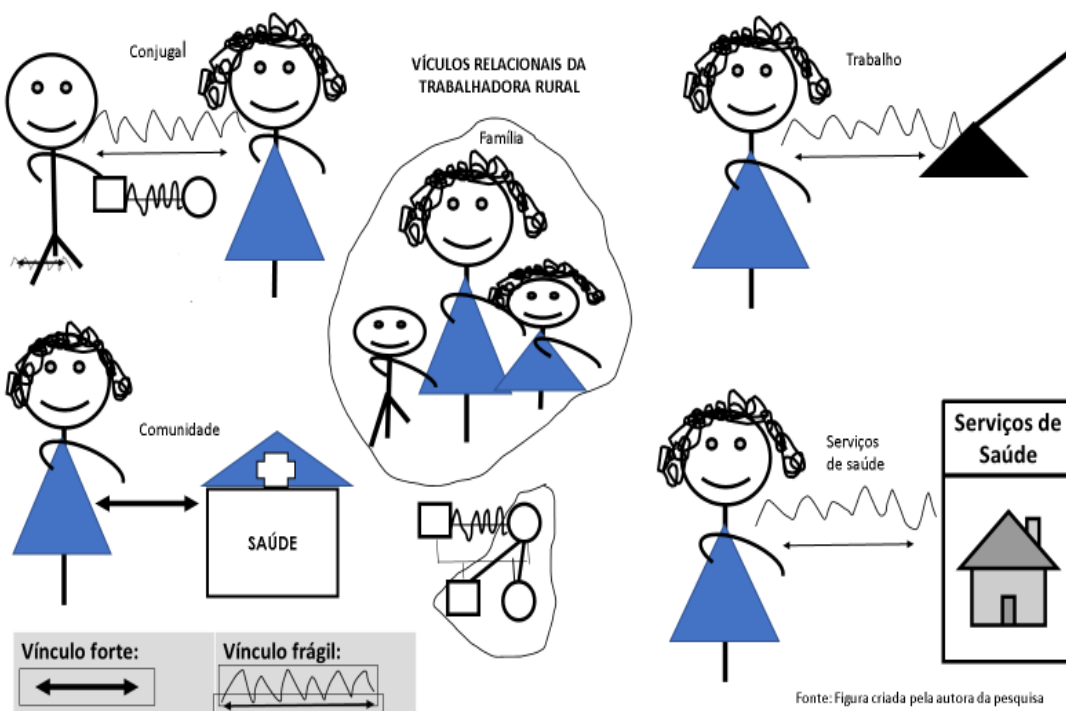
Quarta roda. Cód. 2: Dificuldade de lidar com os conflitos familiares. Nessa categoria foi possível verificar que o núcleo familiar é a estrutura dominante e relacional que tem influência direta nas tomadas de decisão do membro pertencente a ela. Tal fato, constatado na realidade das trabalhadoras rurais, pode ser visto como positivo sob uma ótica, mas também podendo ser desagregador. Contudo, quando o indivíduo, no caso, as mulheres da lida, fizeram a descoberta na TCI de que era possível ter autonomia, fortalecer suas competências e habilidades e, com isso, resistir e se adaptar (resiliente), puderam acessar em si mesmas o poder interno, o empoderar que favorece nas mudanças internas e externas, sabendo que além da família podem acessar outras redes de apoio.

Por fim, os vínculos de risco, apontam como causa a relação com o trabalho e as barreiras de acesso aos serviços de saúde.

As dificuldades de acesso estão relacionadas ao: transporte público na zona rural, equipes da APS atuantes, a burocratização dos serviços de saúde (filas de espera), superlotação das agendas, demandas reprimidas, falta de humanização na assistência. Todos esses apontamentos indicam a fragilidade dos vínculos do usuário com sua rede relacional.

Na figura a seguir podemos observar a questão dos tipos de vínculo:

FIGURA 12. Avaliação dos Vínculos



Fonte: Figura criada pela Autora

Quanto a autoestima das participantes, foi possível avaliar que a maioria utiliza recursos estratégicos para vencer seus obstáculos, neste sentido recorrendo à fé, à família e à comunidade para se manterem em equilíbrio. Destacaram que sua rede de força está centrada na família, na comunidade e na maioria das vezes, em si mesmas. Reforçando o papel do núcleo familiar, sua influência e inter-relação com a saúde, Jaques & Leal (2017) explica que a respeito das famílias, percebe-se que o nível de sua importância varia ao longo dos séculos, de modo que elas acabam por refletir as diferenças entre as classes sociais e evidenciar as mais diversas formas de organização da sociedade.

FIGURA 13. O encontro com a identidade



Fonte: ilustração criada pelo pesquisador, nov. 2022

Fonte: Figura criada pela Autora.

Esses dados foram comprovados com a conquista do local para atendimento dos moradores das 12 fazendas daquela localidade. A equipe da ESF assumiu seu papel de responsabilidade e de cobrança por mudanças em seu território. Com isso, organizou junto a gestão de saúde uma análise das prioridades locais, dando vazão às demandas reprimidas que estavam paradas no agendamento. Ocorreram revisões das guias de urgências relacionadas a consultas e procedimentos, sendo estas demandas revisadas e agendadas conforme classificação de risco.

Quanto as perspectivas futuras, algumas tem esperança na mudança, outras entendem

que a mudança vem com a melhoria da renda financeira. A maioria ganha um salário-mínimo, não tem cesta básica, mas são beneficiárias do auxílio Brasil (antes bolsa família).

Após a pesquisa começamos (equipe da ESF, gestão e comunidade) a efetivação do plano de cuidados para essa população. O posto de saúde no bairro favoreceu o acesso e todas as pessoas dessa área passaram por consultas de enfermagem, consulta médica e, alguns, de acordo com a demanda, com a equipe multiprofissional que foi atender no bairro. Tiveram acesso a atividades educativas (saúde da mulher, do homem, da criança e do idoso) e procedimentos preventivos, fortalecendo o vínculo com a equipe da ESF. Observou-se que o processo de empoderamento iniciou-se com a mudança de olhar sobre si mesmas, despertando seu “eu” de poder aprender, poder ensinar, poder agir e modificar, se tornando agente de transformação em seu território.

As equipes da ESF trabalham na lógica do território com a missão de acolher as demandas trazidas pelo usuário. Desenvolvem estratégias e utilizam técnicas e tecnologias para melhorar a condição de saúde da população de uma área adscrita.

Entende-se como uma das atribuições das equipes de saúde a função de se comunicar, sendo esta ação fundamental e necessária para a compreensão e construção do cuidado. Barreto (2008, p. 221) explica que muitas vezes, na vida não nos saímos melhor por problemas de comunicação, isto é, ou não sabemos nos comunicar, ou não sabemos entender bem a comunicação da outra pessoa, do grupo, da comunidade ou, até mesmo, da natureza. Para tanto, qualquer abordagem com o outro está ligada a uma ação de comunicação e, consequentemente, o vínculo gerado nesse encontro determina a relação de segurança e/ou confiança entre os envolvidos.

A TCI é um método, uma tecnologia leve que utiliza o diálogo, a escuta e troca de saberes como instrumento para prevenção e promoção da saúde.

A TCI como instrumento de pesquisa propiciou a demonstração da potência dessa tecnologia no trabalho em saúde, utilizada normalmente, como informado por LIMA et al (2014) em grupos heterogêneos, com a finalidade de prover cuidado através do acolhimento e da relação formada entre Terapeuta e participante, e de todos os participantes entre si.

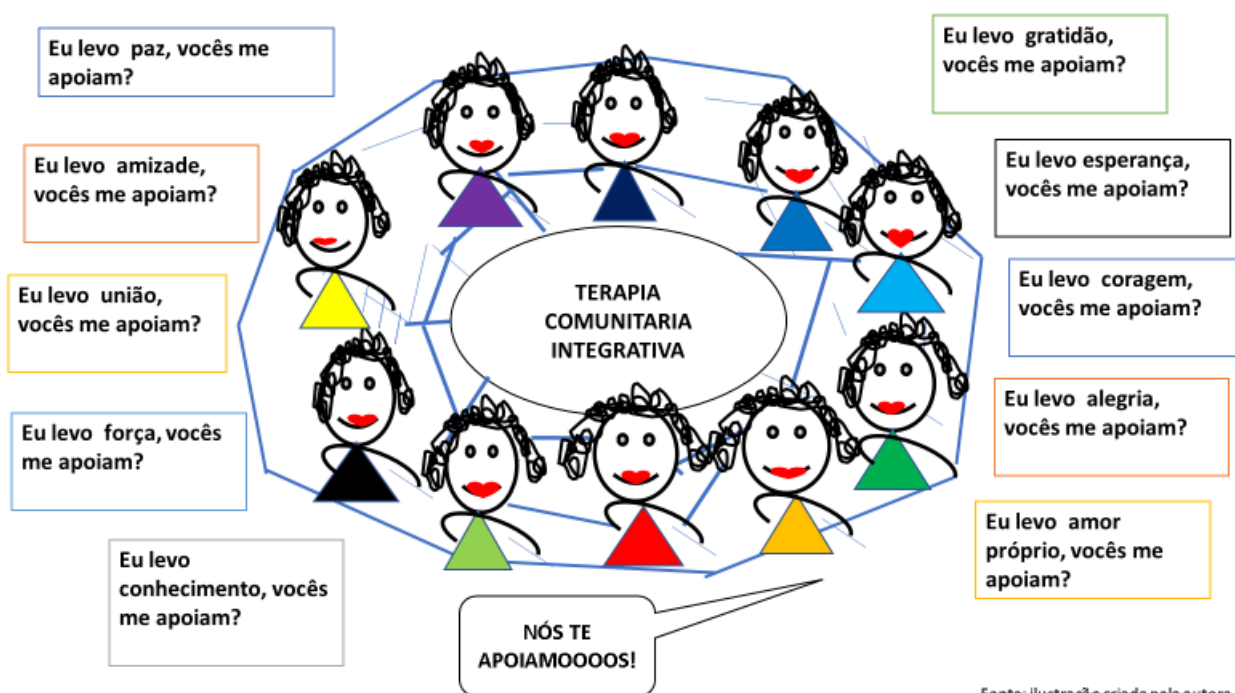
Além de demonstrar sua própria potência como estratégia de cuidado, o uso da TCI como ferramenta de pesquisa demonstrou ser um caminho profícuo para a produção de dados que se aproximam das vivências, dos pensamentos e dos sentimentos dos participantes da pesquisa, podendo ser mais uma ferramenta a ser somada às ferramentas mais conhecidas como os grupos focais, ou mesmo as entrevistas semiestruturadas.

Os instrumentos de registro da TCI, como suas fichas de registro, também contribuíram

com a organização e formulação da análise dos dados, articulando-se à técnica da análise de conteúdo, também utilizada neste estudo. Ou seja, a TCI parece ser uma possibilidade interessante de método de produção e análise de dados no campo das pesquisas qualitativas, uma vez que favorece a comunicação com o universo existencial dos participantes da pesquisa, auxiliando assim no trabalho de campo, e que também cria um caráter participativo e interventivo, superando a ideia de suposta neutralidade do pesquisador que, na verdade, ao adentrar o campo, torna-se um elemento de transformação do próprio fenômeno a ser estudado.

Verificou-se que nos quatro encontros da TCI as participantes encontraram segurança e confiança para contar suas histórias, se apropriar do conhecimento e criar relações potenciais como forma de garantir o cuidado àquela comunidade. Ressalta-se como resultado potencial a conquista dos atendimentos in loco permitindo o acesso às várias famílias desse território. Verificou-se a origem da força, resistência e resiliência das mulheres da lida com base no âmbito familiar, na espiritualidade e na aceitação da mudança, reafirmando que onde há problemas e/ou conflitos também pode haver solução e mudança.

FIGURA 14. O que levo: bagagem da TCI



Fonte: Figura criada pela Autora

4.1.5. Percepções do Pesquisador: sentidos e significados da pesquisa

Esta pesquisa trouxe motivação a pesquisadora que percorreu um longo caminho para concluí-la. Nessa trajetória me senti desafiada diante de situações nunca experimentadas. A gestão de saúde do município, a universidade, os sujeitos da pesquisa, e minha própria atuação como pesquisadora influenciaram na motivação desse estudo. Dessa maneira, vou trazer brevemente minhas impressões sobre essas vivências.

Realizar um mestrado profissional em um período de pandemia onde se tem uma exigência do profissional de saúde a frente do serviço, principalmente do enfermeiro, é desafiador. Iniciei o primeiro projeto de pesquisa na zona urbana em uma UBS em Eldorado, cidade pequena, mas com grande influência política. Com a mudança do gestor de saúde em 2021, fui remanejada para zona rural tendo que abandonar o projeto, começando uma nova busca. A partir dessas mudanças, estava colocado o desafio de permanecer firme no mestrado mesmo diante da resistência do gestor em não favorecer a pesquisa. Foram 10 meses de atuação na zona rural desenvolvendo um trabalho intenso com as comunidades e na reorganização do processo de trabalho da equipe. Nesse período aconteciam as plenárias de saúde, nas quais a população elogiou o trabalho desenvolvido pela equipe da ESF Itapeúna, um reconhecimento que repercutiu alcançando o gestor de saúde, que passou a apoiar os projetos desenvolvidos naquela área e a pesquisa que havia sido iniciada nesse território.

Observei e vivenciei situações de total desinformação e desconhecimento das Políticas Públicas de Saúde por quem deveria conhecê-las e, por ter tal saber, incomodei. Assim como eu, muitas pessoas passam por experiências parecidas e penso que deveria existir uma forma de garantir e validar o compromisso entre o município, universidade e estudante para que pudesse existir cooperação mútua.

Iniciamos numa turma de mestrado profissional que não conseguiu ter encontros presenciais devido a pandemia. Todas as disciplinas, trabalhos e atividades foram desenvolvidas de forma online. Criamos um grupo dos discentes onde trocávamos informações, e parte das nossas dificuldades estavam em como arrumar tempo para participar de todas as atividades geradas pelas disciplinas.

Considerei esse período exaustivo, mas riquíssimo por possibilitar acesso a informações e aprendizados que davam vazão ao conhecimento, debatidos e dialogados com tanta sinceridade. Pude refletir e analisar sobre a nossa realidade frente a uma pandemia, ao qual era exigido atuação do profissional e muitos adoeciam no processo. Dessa forma, aumentava a sobrecarga de trabalho e diminuía o tempo para o discente concluir as atividades da pesquisa.

E, por ter vivenciado tais experiências, vejo como importante reforçar o papel do representante de turma; este representa o elo entre os discentes com a coordenação do curso e/ou universidade para que possam acompanhar o processo da pesquisa e auxiliar diante das dificuldades; na minha turma isso foi um diferencial.

Eu escolhi uma área de atuação que tinha por objetivo ajudar pessoas a curarem suas enfermidades, auxiliá-las de forma que pudessem ter uma vida saudável, e que nesse processo não sofressem sozinhas. Quando eu fui remanejada para a zona rural, ao trabalhar em uma área com poucos recursos, percebi que poderia fazer algo junto àquelas pessoas, naquele território. Ao realizar minhas consultas de enfermagem sentia uma grande satisfação em escutar os clientes, reforçá-los e orientá-los, utilizando várias estratégias para que pudessem sair do consultório conscientes e responsáveis por si.

E, nesse movimento, conheci as mulheres da bananicultura, pessoas sofridas, algumas adoecidas, mas com um sorriso no rosto. Me chamou a atenção aquela condição que me desafiou em querer conhecer, estudar e intervir para que aquela realidade pudesse ser modificada. Assim ocorreu, se tornaram os sujeitos da pesquisa, mulheres, trabalhadoras rurais, que nunca tinham sido enxergadas e tratadas de acordo com suas demandas. Foi recíproco o cuidado direcionado a elas, que demonstraram o mesmo afeto e respeito que receberam de nós. Tinham anseios em falar sobre suas vivências e queriam aprender a lidar com suas dificuldades. Houve cooperação por parte de todos os envolvidos, dando início a um processo de vinculação entre pessoas, comunidades e equipes de saúde.

Foi um movimento que envolveu a equipe que se dedicou em fazer todos os preparativos, o gestor de saúde que disponibilizou o transporte para acesso ao local e pelas próprias mulheres e seus familiares que criaram as possibilidades para estar nas rodas de TCI. Observo que no SUS os desafios se apresentam de várias maneiras, e que a mudança começa de forma tardia. Vejo como fundamental o olhar do profissional no reconhecimento das vulnerabilidades e na busca de estratégias para fortalecer o seu território, mas ressalto por experiência própria que é um movimento de todos.

Quanto a pesquisa considero um presente, pois permitiu ressignificar minha prática assistencial e rever conceitos de aprendizados, me permitindo acessar novos conhecimentos. Assim ocorreu nesse encontro com as trabalhadoras rurais em Eldorado. Minha relação de identificação com a pesquisa e com os sujeitos da pesquisa tem a ver com a minha história de vida, onde minha mãe, avó, eu e meus antepassados vivíamos do trabalho rural.

O encontro com uma usuária do SUS, trabalhadora rural que estava em uma condição de adoecimento e atribuía a dificuldade de tratamento aos serviços de saúde e ao trabalho, fez com que naquele momento eu demonstrasse a importância do papel do cuidador e da sua prática assistencial. Realizei uma abordagem de forma acolhedora com uma escuta respeitosa e empática e procedi de maneira a auxiliá-la em suas demandas. Naquele momento criou-se um vínculo entre profissional e cliente e um compromisso de conhecer a realidade das pessoas vivendo naquele território. O preparo para a pesquisa foi com minha apresentação e sensibilização em demonstrar para aquelas mulheres que aquela realidade poderia ser modificada, se permitissem, e poderiam acessar recursos e criar estratégias de enfrentamento.

A aceitação ocorreu com a apresentação do método das rodas de TCI e consequentemente um movimento iniciou para que pudéssemos estar mais próximos da comunidade onde residiam as mulheres da lida. Meu percurso inicial nesta pesquisa consistia em realizar as visitas e conhecer melhor as trabalhadoras rurais em seus contextos relacionais. Exercia naquele momento um trabalho de reconhecimento da realidade local coletando todas as informações. E para as Rodas de TCI utilizei um diário de campo, cartolinas, caneta piloto, sulfites, um aparelho de som, um pendrive e 2 celulares. A transcrição foi algo desafiador: estávamos em um local aberto com um ventilador que fazia muito ruído dificultando a captação do áudio.

Um exercício constante de ouvir e ouvir várias vezes para compreender corretamente as narrativas das participantes foi realizado com atenção. A TCI auxiliou com seus instrumentos de pesquisa, facilitando o agrupamento dos temas, categorização e codificação. Nesse processo, contribuiu na estruturação da pesquisa e possibilitou a verificação dos seus resultados.

Por fim, acredito que fazer um estudo que permite interagir e intervir com o cenário e/ou realidade apresentada pode ser desafiador, mas o que se aprende é muito maior. Construimos reciprocidade, possibilidades de mudanças e um novo movimento. Atribuo as mudanças não somente a pesquisa ou a pesquisadora, mas aos atores desse contexto. Destaco que o fato de ser enfermeira da área pesquisada, ser terapeuta e já ter sido uma trabalhadora rural contribuiu para o alcance do objetivo. Realizei a pesquisa e aprendi muito, conduzi as rodas de TCI e reafirmei a importância dessa PICS, prestei assistência de enfermagem para aquelas pessoas e ressignifiquei minha prática. E como resultado, vejo que deveria haver mais estudos e trabalhos voltados para essas realidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na região do Vale do Ribeira o trabalho rural significa a garantia de renda e sobrevivência para muitas famílias. O estudo foi desenvolvido no município de Eldorado-SP, com trabalhadoras rurais, área adscrita da ESF Itapeúna. Os problemas locais dessa população estão relacionados a sobrecarga de trabalho, conflitos em contextos existenciais e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Outros fatores emocionais também demonstraram ser geradores de conflitos. Nesse contexto, a pesquisa possibilitou o desenvolvimento de um trabalho interventivo que trouxe a APS uma nova perspectiva de trabalhar com comunidades em realidades não favoráveis.

O instrumento utilizado como método de coleta de dados foi a terapia comunitária integrativa, uma PICS que promove espaços de interação, trocas e formação de redes solidárias. Nas quatro rodas que foram desenvolvidas a produção de dados gerou informações importantes que foram analisadas, categorizadas e codificadas com seus respectivos temas nas rodas de TCI. Os relatos das participantes trouxeram visibilidade a uma realidade antes velada, demonstrando situações de desigualdade, desvalorização e subordinação. Dentro desse contexto, revelaram quais estratégias utilizavam como recursos potenciais para mantê-las resilientes e fizeram descobertas que favoreceram para o empoderamento pessoal.

As rodas de TCI foram desenvolvidas com propósito interventivo, utilizando-se métodos que favoreceram a comunicação, o aprendizado, trabalhando o despertar gerador de protagonismo e de redes solidárias. Resultado esse alcançado quando compreenderam ser potentes e agentes de transformação em seu território.

Outro dado importante desta pesquisa, foi o movimento gerado pelas trabalhadoras rurais na comunidade, no qual, envolveu a equipe da ESF e a gestão de saúde do município, que acreditaram e investiram na mudança. Nesse contexto, surgiu um movimento que trouxe átona a compreensão do papel de responsabilização de cada envolvido na execução das ações, com isso, fortalecendo as relações e criando espaço para a participação social. Para a equipe da ESF a TCI possibilitou a proximidade e o resgate de vínculo com o indivíduo, famílias e comunidade, além de possibilitar a troca de experiências e com outras equipes de saúde.

Para a pesquisadora o estudo foi palco de aprendizado com papel de responsabilização em realizar a pesquisa, conduzir as rodas e desenvolver junto com a equipe a efetivação de um plano de ação com o objetivo de melhoria da condição de saúde das trabalhadoras rurais e população local.

A pesquisa traz contribuição científica significativa, tendo em vista que existem poucos estudos que utilizam a terapia comunitária como instrumento de pesquisa. Constata-se que seus processos investigativos são construídos com interações a partir de uma metodologia participativa, transdisciplinar e transcultural. Possibilitou um olhar ampliado das trabalhadoras rurais dessa região na aceitação de práticas não violentas, mas de socialização, pertencimento, numa perspectiva de transformação e mudança de cenários. Portanto, como sugestão futura, considera-se relevante a continuidade de estudos como este.

REFERÊNCIAS

- ABRATECOM. Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa. Disponível em: <<https://abratecom.org.br/quem-somos/>> Acesso em set.2021.
- ANDRADE. D. P.: Mulher, desigualdade de gênero e trabalho. Trabalho Conclusão de Curso. Universidade Federal de Juiz de Fora/Minas Gerais. 2016. Disponível e:<<https://www.ufjf.br/bach/files/2016/10/DANIELLE-DE-PAULA-ANDRADE-sda.pdf>> Acesso em Fev. 2023.
- ARAÚJO T. M., PINHO P. S., ALMEIDA M. M. G.: Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (3): 337-348, jul. / set., 2005 337.Disponível em<
<<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6vSkSdfMXfDsWj9q9RFymcd/?format=pdf>>Acesso em Fev.2023.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- BARRETO A. P.: Terapia comunitária: passo a passo. Fortaleza: LCR; 2008.
- BARROS F. P. C., LOPES J. S., MENDONÇA A. V. M., SOUSA F.: Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-271 Jul-set 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611020 Disponível em:<
<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Cwzk8h3gBsFH7rpF949K9Wm/?format=pdf&lang=pt>> acesso em Fev. 2023.
- BATISTA K. B. C, GONÇALVES. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado.Saude soc. 20(4). Dez 2011.
- BRAGA. L.A.V.: Terapia Comunitária e Resiliência: histórias de mulheres. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Política nacional de Atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82.p.:(C. Projetos Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

ISBN 978-85-334-1843-1

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p.46-51. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso set. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de humanização no SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. 1. reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso set 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

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. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.: il. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf> Acesso em ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> acesso em julh. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136 p.: il. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/CAB_41_saude_do_trabalhador.pdf> Acesso set. 2021.

CACHADO. R.: Diário de campo. Um primo diferente na família das ciências sociais. Publicado out/2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/2238-38752021v11128>>Acesso em Set/22.

CAMPOS, C.J.G.: método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. Bras. Enferm. Brasília (DF)2004 set/out;57 (5):611-4. Disponível em <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/14329/1/S003471672004000500019.pdf>>acesso set 2021.

CAMPOS, G. W. S.: A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária Editorial • Interface 22 (64) Jan-Mar 2018. Disponível<<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0772>>acesso set 2021.

CHIAVERINI D. H.: Ministério da Saúde. Saúde mental – Matriciamento. I. Guia prático de matriciamento em saúde mental [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.1. II. III.

COSTA. L . A., CARNEIRO.F.F., ALMEIDA. M. M., MACHADO. M. F. A. S., DIAS. A. P., MENEZES. F.W.P., PESSOA. V. M.: Estratégia Saúde da Família Rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares no Ceará. Artigo Original • Saúde debate 43 (spe8). Dez 2019 . Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S803> .>Acesso em Fev. 2023.

D'ALONSO, G. L.: Trabalhadoras brasileiras e a relação com o trabalho: trajetórias e travessias. *Psicol. Am. Lat.* [online]. 2008, n.15, pp. 0-0. ISSN 1870-350X.

DICIO, Dicionário Online de Português, definições e significados de mais de 400 mil palavras. Todas as palavras de A a Z. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/pesquisa.php?q=mulheres+da+lida>> acesso em: mar. 2022

DUARTE. E., EBLE. L.J., GARCIA. L.P.: 30 anos do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 1, e00100018, mar. 2018 Disponível em<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742018000100001&lng=pt&nrm=iso>.acessos em 05 out. 2021. Epub. 09-Mar-2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100018>.

EBLING S. B. D., FALKEMBACH E. M. F., NASCIMENTO L. A., SILVA M. M., SILVA S. O. MINUSSI P. S.: As mulheres e suas “lidas”: compreensões acerca de trabalho e saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 581-596,set./dez. 2015

DOI. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00065> Acesso em Fev. 2023

FARIAS C. M. L., GIOVANELLA L., OLIVEIRA A. E., NETO E. T.S.: Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 5, P. 190-204, DEZ 2019 Disponível em:<
<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/190-204/pt>>Acesso em Fev. 2023.

GOMES. R. C. M., NOGUEIRA. G. C., TONELI. M. J. F Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade. Article in *Psicologia & Sociedade* 28(1):115-124. 2016. Disponível em< <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p115>> acesso em Jan. 2022.

HAUSER L.: Validade e fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) versão profissionais de saúde, no Brasil/Lisiane Hauser.2012.94 f. Disponível em:<
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143392/000861329.pdf?sequence=1>>Acesso em Fev. 2023

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010, 2015 e 2021. Disponível em< <https://www.ibge.gov.br/>>Acesso em ago.2021.

INSTITUTO DE TERRAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (ITESP), 2016 Disponível em<
http://www.itesp.sp.gov.br/br/info/acoes rtc/RTC_Ribeirao_Grande_Terra_Seca.pdf>Acesso em ago.2021.

JAQUES. C. O., LEAL. G. M.: Determinantes Sociais e Território em sua Inter-Relação com as Famílias e os Processos de Saúde-Doença. *Revista Sociais & Humanas*. Dossie Temático. Vol./30/Nº1-2017 Pág. 75.

LIMA. E.D., KINKER. F. .S.: Relatos de Experiência sobre Eldorado/SP – Vale do Ribeira: trabalhador da saúde em tempos de covid-19. In: TEIXEIRA, C.P et al (Orgs.). *Covid 19 e Atenção Primária as experiências no território (Rede Profsaúde)*. Anais/Sessões temáticas/Profsaúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2020. p. 99- .101

LIMA. A.M., PAULA. V.G., JUNIOR. E.F.P., SILVA.K.C.C.: Terapia Comunitária: Uma ferramenta utilizada para promoção da saúde na Atenção Básica. Artigo original. *Revista Amazônia Science & Health* 2014 Out/Dez;2(4):9-16.

MALTA. D. C., GRACIE. R. C.: A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. Artigo original .*Epidemiol. Serv. Saúde* 29 (4) . 2020 Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>. >Acesso em Fev. 2023

MERHY, E. E.: ONOKO, R. (Org.). Agir em saúde: o desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO M.C.S.: Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.3 Rio de Janeiro mar. 2012 ISSN 1413-8123.Disponível em<
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>>Acesso em ago.2021.

NAZARENO, L. A.: Desigualdades regionais de renda no Brasil: potencial de queda por meio da educação / Luísa de Azevedo Nazareno; Orientador Prof. Dr. Marcelo Medeiros. - Brasília, 2016. 55 f. : il. Disponível < <https://repositorio.unb.br/handle/10482/19878>> acesso em: Fev. 2023.

PAIVA. A.R., RANDOW. R., DINIZ. L. P., GUERRA .V.A.: O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais 2018;28 (Supl 5): e-S280523. Disponível em<https://www.researchgate.net/publication/330376982_O_papel_do_gestor_de_servicos_d_e_saude_revisao_de_literatura. Acesso em Març. 2023.

PAULILO, M. I. S. O Peso do Trabalho Leve. Revista Ciência Hoje, v. 5, n. 28, p.64-70. Rio de Janeiro: SBPC, 1987.

PAULON S.M.: A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Psicologia & Sociedade, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.

PINTO, N. M., PONTES, F.A. R. & SILVA, S.S.C. (2013). A rede de apoio social e o papel da mulher na geração de ocupação e renda no meio rural. Temas psicol. 21 (2), 297-315. doi: 10.9788/TP 2013. 2 – 01.

PINTO, C. R.J.: Feminismo, história e poder. Revista Sociologia Política, Curitiba-PR, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010.

QUEIROZ, D.M.: Mulheres do Campo, Reconhecimento e Trabalho na Construção de Outras Economias em Porteirinha – MG. Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG/Universidade Estadual de Montes Claros-MG, 2018.

RAFAGNIN, M. S. S., & RAFAGNIN, T. R.: Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: uma reflexão sobre a gestão da saúde e doença da classe-que-vive-do-trabalho. Barbarói, (57), 88-102. Disponível:<
<https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.15069/2020>> Acesso em Nov. 2022

ROCHA. L. A, SÁ. N. P., BRAGA L. A. V., FILHA. M. O. F., DIAS. M. D.: Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. Ver. Gaúcha Enferm. 2013;34(2):155-162.

ROCHA. L. A, BRAGA L. A. V., TAVARES. L. M., ANDRADE. F. B., FILHA. M. O. F., DIAS. M. D., SILVA. A. O.: A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 687-94.

SALES. C. M. V.: Mulheres Rurais: tecendo novas relações e reconhecendo direitos. Dossiê Mulheres em áreas rurais nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Rev. Estud. Fem. 15 (2). Ago 2007. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2007000200010>> Acesso em: Fev. 2023.

SANTIAGO, M.E.C.F.: Práticas Integrativas e Complementares: a Enfermagem Fortalecendo essa Proposta. Universidade Potiguar, Curso de Enfermagem. RN, Brasil. UNICIÊNCIAS, v. 21, n. 1, p. 50-54, 2017.

SANTOS, M. O dinheiro e o Território. GEographia. Revista da Pós- Graduação em Geografia, UFF. Rio de Janeiro, no1, 1999. Disponível<<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13360/8560>> acesso em Fev. 2023.

SCHVEITZER. F. C., SCHVEITZER.M. C.: Autocuidado: a dinâmica da saúde integral.[prefácio maria paesda silva]Foz de IGUAÇU:Epigrafe, 2021. 278 p iISBN978-65-87816-12-8.

SILVA. M. Z., BARRETO. A. P., RUIZ J. E. L., CAMBOIM. S. P., LAZARTE. R, FILHA M. O. F.: O cenário da terapia comunitária integrativa no Brasil: história, panorama e perspectivas. Temas em Educ. e Saúde, Araraquara, v. 16, n. esp. 1, p. 341-359, set., 2020. e-ISSN 2526-3471 DOI: Disponível em:<<https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14316>> 341. Acesso em marc. 2023.

SCHEITZER?

VOSGERAU, M. Z. S.: Indicadores de bem-estar emocional e doenças crônicas: associação da autopercepção da felicidade, amor e bom humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, Paraná. Doutorado. Universidade Estadual de Londrina, UEL, 2012.

ZAVARIZZI. C. P, SIMAS. J. M. M., SANTOS. L. S., ALENCAR. M. C. B.: Contexto rural e a reabilitação profissional em uma região do Vale do Ribeira. Universidade Federal de São Paulo -Santos (SP), Brasil. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. 123, P. 1057-1069, OUT-DEZ 2019 Disponível<<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n123/1057-1069/pt>> acesso em outubro de 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE ANUÊNCIA - MUNICÍPIO DE ELDORADO
Departamento Municipal de Saúde de Eldorado

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Domingos Bauer Leite nº 127, Centro, Eldorado – São Paulo
Email: saude@eldorado.sp.gov.br
Telefone: (13) 3871-3010



TERMO DE ANUÊNCIA

O Departamento Municipal de Saúde de Eldorado-SP concorda com o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Mulheres da Lida: percepções de trabalhadoras rurais sobre vida, trabalho e saúde em rodas de terapia comunitária integrativa (TCI) no Município de Eldorado-SP”, pesquisadora Elza Domingues de Lima sob orientação do Professor Fernando Sfair Kinker do Mestrado Profissional da Saúde da Família Fiocruz-Unifesp.

Declaramos para os devidos fins, que cederemos o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa. Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, documentos referentes a pesquisa, dados secundários, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Eldorado, 27/10/2021

Bruno Fernando Mariano Pereira e Souza
Diretor
Departamento Municipal de Saúde

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
DEPARTAMENTO DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: “Mulheres da Lida: percepções de trabalhadoras rurais sobre vida, trabalho e saúde em rodas de terapia comunitária integrativa no Município de Eldorado-SP”

Pesquisador Responsável: Elza Domingues de Lima

Local onde será realizada a pesquisa: No município de Eldorado-SP, ESF Colibri, Distrito de Itapeúna, área rural.

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito a você porque poderá trazer informações importantes para esta pesquisa e contribuir para a melhoria dos serviços de saúde. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Elza Domingues de Lima, nos telefones (13)38713010, celular (15)996636868, Rua Domingos Bauer Leite S/N Centro, Cep 11960-000, e e-mail: elzaonpi@hotmail.com. Orientador: Professor Fernando Sfair Kinker, telefone celular (13)997762124, Rua Silva Jardim, 136, Vila Matias, Santos-SP, e e-mail: fernando.kinker@unifesp.br. Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, 5. andar (sala 557) CEP 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, de segunda a sexta, das 08:00 às 13:00hs ou pelo e-mail cep@unifesp.br

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Para maiores informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, leia a Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que está disponível para leitura no site: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pelo pesquisador responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

Página 1 de 1

Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, 5. andar (sala 557) CEP 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, cep@unifesp.br

<p>Rubrica do Pesquisador Principal</p>	<p>Rubrica do(a) Participante da Pesquisa</p>
---	---

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

✓ Esse projeto de pesquisa propõe verificar a condição de saúde de mulheres trabalhadoras rurais no município de Eldorado - São Paulo. A proposta visa criação de espaços de escuta e acolhimento a partir da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), permitirá avaliar a intervenção desenvolvida para pessoas em condições de vulnerabilidade. O método a ser desenvolvido é através de rodas de conversa e já está inserido no SUS como Prática Integrativa e Complementar de Saúde (PICS) trabalha em sua abordagem prevenção de doenças e promoção de saúde.

Objetivos da pesquisa: Compreender as perspectivas de trabalhadoras rurais de uma região do município de Eldorado sobre suas condições de vida e saúde.

✓ População da pesquisa: Trabalhadoras rurais, 10 participantes, pertencentes ao território da ESF Colibri Distrito de Itapeúna.

Procedimentos aos quais será submetido(a): O Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) é um documento que será lido junto com você participante para que possa ter suas dúvidas esclarecidas. O método de intervenção utilizado nessa pesquisa e que subsidiará a produção de dados, será a Terapia Comunitária Integrativa. Considerada uma Prática Integrativa e Complementar de Saúde (PICS), um modelo desenvolvido a partir de rodas de conversa. Nessa proposta existe o desafio de analisar as condições de vida, trabalho e saúde de você trabalhadora rural, considerando aspectos singular e subjetivo a partir de um método comunicativo. Esse método interventivo e coletivo ao qual você participará permitirá a coleta e produção de dados da pesquisa. Esses encontros serão gravados, será registrado pontos importantes observado no decorrer da TCI. As rodas serão quinzenais, presenciais, às sextas-feiras, no período matutino, com 01 hora de duração, respeitando todas as medidas sanitárias. Por isso, será disponibilizado álcool em gel e máscara caso algum participante necessite. Você participará de 04 rodas de TCI, 2 temáticas e 2 com tema livre, num período de 02 meses, com início previsto para fevereiro de 2022. Ao participar da roda de TCI você passará por seis etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, ritual de agregação e conotação positiva e encerramento. Além disso, 2 dos encontros serão temáticos, ou seja, serão apresentados temas de interesse da pesquisa para discussão do grupo. Esses temas serão definidos com você e conjuntamente com outros participantes, a partir do que surgir das primeiras rodas de TCI. Essa pesquisa propõe elaborar registro diário, sendo fontes de informação os relatos dos participantes, a gravação das rodas e transcrição, resultando em documentos que possam contribuir para a produção de dados e análise de conteúdo que seguirá três etapas: organização, codificação e categorização. Após essa etapa serão construídas as categorias de análise, a discussão articulará esses temas com a literatura científica. Você poderá a qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

✓ Privacidade e confidencialidade: Os dados dessa pesquisa e dos participantes (prontuários, gravações de voz, registro de imagens, ou respostas de questionários) serão tratados de forma a garantir a privacidade e a confidencialidade, que os dados pessoais não serão divulgados e os dados da pesquisa a serem divulgados ou publicados não permitirão a identificação do participante.

✓ Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: o participante tem o direito, caso solicite, a ter acesso aos resultados da pesquisa. O pesquisador responsável dará acesso aos resultados da pesquisa sempre que solicitado.

✓ Custos envolvidos pela participação da pesquisa: a participação na pesquisa não envolverá custos ao participante, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles deverão ser ressarcidos pelo pesquisador responsável, não haverá gastos para o SUS nessa pesquisa.

✓ Danos e indenizações: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais a Sra. será submetida, lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito pelo pesquisador, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

O participante de pesquisa tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em

Página 2 de 1

Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, 5. andar (sala 557) CEP 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, cep@unifesp.br

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa
-------------------------------------	---

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo a minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____ local e data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

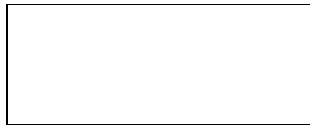
Nome do Pesquisador: Elza Domingues de Lima

Assinatura: _____ Local/data: _____

Nome do Orientador de pesquisa: Fernando Sfair Kinker

Assinatura: _____ Local/data: _____

(



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

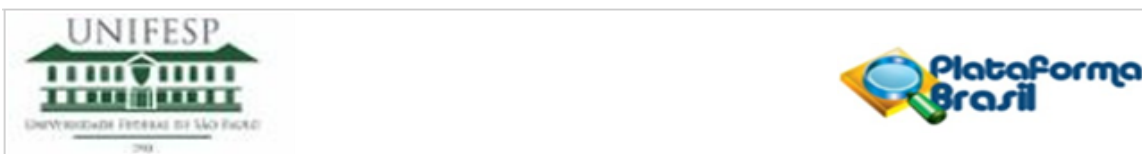
Nome: _____; Assinatura: _____

ágina 3 de 1

Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, 5. andar (sala 557) CEP 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, cep@unifesp.br

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa
-------------------------------------	---

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHERES DA LIDA: Percepções de Trabalhadoras Rurais Sobre Vida, Trabalho e Saúde em Rodas de Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária a Saúde em Eldorado-SP

Pesquisador: FERNANDO SFAIR KINKER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53531521.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.219.874

Apresentação do Projeto:

- Projeto CEP/UNIFESP n: 1327/2021 (parecer final)
- Projeto de mestrado de Elza Domingues De Lima (Pós-Graduação em Saúde da Família do Profsaúde - Fiocruz, da Universidade Federal de São Paulo).
- Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker.
- Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa", "Avaliação dos Riscos e Benefícios" e "Comentários e Considerações sobre a Pesquisa" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1857094.pdf> postado em 11/11/2021) e do Projeto detalhado (<ProjetoOriginalTCMMulheresdaLidaEldoradoSP.docx>, postado em 10/11/2021).

-APRESENTAÇÃO: Trata-se de uma pesquisa realizada no município de Eldorado-SP, com trabalhadoras

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

utilizando uma estratégia de cuidado interventivo: a Terapia Comunitária Integrativa.

-Esta metodologia, considerada uma Prática Integrativa e Complementar de saúde, possibilita inclusão, sendo possível desenvolver ações preventivas e de promoção de saúde, ampliar o olhar sobre saúde, além da prevenção dos agravos. O campo da pesquisa será o território da Estratégia da Saúde da Família Colibri, área rural.

-A pesquisa, de caráter qualitativo e interventivo, pode contribuir para a investigação científica, no sentido de problematizar como uma Prática Integrativa e Complementar de Saúde pode se dar num contexto de vulnerabilidade de recursos materiais.

-HIPÓTESE: A TCI pode ser uma via de expressão da história de vida de pessoas em vulnerabilidade, podendo favorecer os vínculos do usuário com o serviço de saúde, consequentemente o acesso a recursos que promovam sua melhoria da qualidade de vida.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Compreender as perspectivas de trabalhadoras rurais de uma região do município de Eldorado sobre suas condições de vida e saúde.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO:

- 1- Propor espaço de escuta, acolhimento e descobertas para trabalhadoras rurais em relação ao processo saúde-doença;
- 2- Identificar as potencialidades das trabalhadoras rurais no enfrentamento dos desafios do trabalho rural;
- 3- Problematicar sobre a TCI como estratégia de cuidado coletiva para mulheres em condição de vulnerabilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

-RISCOS: Na pesquisa o participante poderá sentir desconforto em se expor ao falar de si, sentir-se inseguro, sentir-se cansado e não conseguir participar de todas as rodas. Se sentir algum desconforto, poderá recorrer à pesquisadora e aos profissionais da ESF Colibri. Além disso, poderá deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo por conta disso.

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900

UF: SP **Município:** São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 **Fax :** (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

-BENEFÍCIOS: Os benefícios da pesquisa estão em participar de espaço que promove escuta e acolhimento, construção de redes solidárias, melhoria da qualidade de vida, vínculo com o serviço de saúde e empoderamento pessoal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-TIPO DE ESTUDO: pesquisa de caráter qualitativo e interventivo.

-LOCAL: Estratégia Saúde da Família Colibri – município Eldorado.

-PARTICIPANTES: 10 mulheres trabalhadoras rurais pertencentes ao território da ESF Colibri, Distrito de Itapeúna.

-PROCEDIMENTOS: O método de intervenção, que subsidiará a produção de dados, será a Terapia Comunitária Integrativa, considerada PICS, um modelo desenvolvido a partir de rodas de conversa. Para além da observação participante, pretende-se imprimir um caráter participativo na pesquisa, de forma que os participantes possam contribuir na construção dela, na medida em que participam das rodas de conversa (PAULON, 2005). O campo de pesquisa permite a investigação e vasta possibilidade de produção de dados de pessoas em condições de vulnerabilidade. Nessa proposta existe o desafio de analisar condições reais e subjetivas através da comunicação.

-Durante a realização das rodas de TCI as sessões serão gravadas, e os momentos que denotem condição singular e/ou subjetiva (emoção/comportamento) serão registrados no processo metodológico.

-As rodas de TCI, serão quinzenais, presenciais, às sextas-feiras, no período matutino, com 01 hora de duração, respeitando todas as medidas sanitárias. Estipula-se 04 rodas de TCI, 2 temáticas e 2 com tema livre, num período de 02 meses, com início previsto para dezembro de 2021.

-A metodologia dos encontros segue seis etapas, conforme o guia de matriciamento em saúde mental (2011). Além disso, como referido, 2 dos encontros serão temáticos, ou seja, serão apresentados temas de interesse da pesquisa para discussão do grupo. Esses temas serão definidos em conjunto com os participantes, a partir do que surgir das primeiras rodas de conversa. Propõe-se elaborar registro diário através da observação, relatos, gravação, transcrição, resultando em documentos que possam contribuir para a produção de dados.

-A análise de conteúdo seguirá três etapas: organização, codificação e categorização. Após essa

Endereço: Rua Batucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

etapa serão construídas as categorias de análise, de acordo com os pontos relevantes e importantes. A discussão articulará esses temas com a literatura científica.

-Os participantes da pesquisa receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e terão livre escolha de participação no projeto de pesquisa. O TCLE será elaborado tendo como base o modelo sugerido pelo CEP da UNIFESP.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.

2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

- a) Termo de Anuência do Departamento Municipal de Saúde de Eldorado-SP (autorizacaoinstituicao.jpeg);
- b) O roteiro da roda de conversa (Roteiro.docx).

3– O modelo do TCLE foi apresentado pelo(a) pesquisador(a).

Recomendações:

RECOMENDAÇÃO 1- O parecer do CEP/UNIFESP é fortemente baseado nos textos do protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter, inclusive, trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

RECOMENDAÇÃO 2- Destaca-se que o parecer consubstanciado é o documento oficial de aprovação do sistema CEP/CONEP, disponibilizado apenas por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 3- É obrigação do pesquisador desenvolver o projeto de pesquisa em completa conformidade com a proposta apresentada ao CEP. Mudanças que venham a ser necessárias após a aprovação pelo CEP devem ser comunicadas na forma de emendas ao protocolo por meio da

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 4- O CEP informa que a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil. Os pesquisadores devem informar e justificar ao CEP a eventual necessidade de suspensão temporária ou suspensão definitiva da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 5- Os pesquisadores devem manter os arquivos de fichas, termos, dados e amostras sob sua guarda por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 6- Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP/UNIFESP por meio de notificação enviada pela Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 7- Se na pesquisa for necessário gravar algum procedimento (exemplos: entrevistas, grupos focais), o CEP/UNIFESP recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e exclusivamente para a pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 8- Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 9- Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

RECOMENDAÇÃO 10- Se a coleta de dados for realizada em ambiente virtual, solicitamos que sigam as orientações contidas no OFÍCIO CIRCULAR N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS, disponível para leitura em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 5171618 de 16 de Dezembro de 2021. PROJETO APROVADO.

RESPOSTA DE PENDÊNCIA

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

PENDÊNCIA 1. Foi informado na metodologia que a pesquisa será realizada na Estratégia Saúde da Família Colibri – município Eldorado. Como a unidade da ESF é uma instituição municipal subordinada à Secretaria da Saúde (SMS), é necessário verificar a necessidade de cadastrar a SMS de Eldorado como instituição Coparticipante na Plataforma Brasil, se for do interesse da Instituição colaboradora e se houver Comitê de Ética na referida instituição (Maiores detalhes, acessar Manual do Usuário – Pesquisador (pg.13), da Plataforma Brasil, para verificar o significado de uma coparticipação ou participação). Esta pode ser uma exigência da própria Secretaria Municipal da Saúde.

RESPOSTA: Por se tratar de um município pequeno, não há Comitê de Ética na instituição. O município tem como proposta futura implantar uma Secretaria da Saúde. Há muitos anos o órgão responsável pela Saúde é um departamento: o Departamento Municipal de Saúde. Desta forma, a autorização para realização de pesquisa, que leva em conta a avaliação das condições éticas para sua realização, são sempre fornecidas pelo diretor do Departamento Municipal de Saúde.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 2. Em relação ao TCLE:

PENDÊNCIA 2.1. Rever toda a redação do documento: todas as informações sobre os procedimentos e sobre os direitos das participantes, devem ser dadas pelo pesquisador dirigindo-se à participante (exemplo correto: “Você participará de 4 rodas de conversa com a metodologia da Terapia Comunitária Integrativa...”). Ainda, é necessário lembrar que o TCLE é um documento que deve ser lido junto com o participante, no momento da aplicação. Desta forma, sua forma de escrita deve tornar a leitura e entendimento fácil às participantes;

RESPOSTA: modificou-se a formulação do texto, de forma a que este se dirigisse diretamente ao participante, especialmente no item “Informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa”. Essas modificações estarão no novo TCLE a ser anexado na plataforma, com o nome TCLEv2_22dez22. Seguem abaixo as modificações em vermelho:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Esse projeto de pesquisa propõe verificar a condição de saúde de mulheres trabalhadoras rurais no município de Eldorado - São Paulo. A proposta visa a criação de espaços de escuta e acolhimento a partir da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), e permitirá avaliar a intervenção desenvolvida para

Endereço: Rua Batucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

pessoas em condições de vulnerabilidade. O método a ser desenvolvido se dará por meio da realização de rodas de conversa. A TCI já está inserida no SUS como Prática Integrativa e Complementar de Saúde (PICS), e trabalha em sua abordagem a prevenção de doenças e a promoção de saúde.

Objetivos da pesquisa: Compreender as perspectivas de trabalhadoras rurais de uma região do município de Eldorado sobre suas condições de vida e saúde. População da pesquisa: Trabalhadoras rurais, 10 participantes, pertencentes ao território da ESF Colibri Distrito de Itapeúna.

Procedimentos aos quais será submetido(a): O Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) é um documento que será lido junto com você participante para que possa ter suas dúvidas esclarecidas. O método de intervenção utilizado nessa pesquisa e que subsidiará a produção de dados será a Terapia Comunitária Integrativa, considerada uma Prática Integrativa e Complementar de Saúde (PICS), um modelo desenvolvido a partir de rodas de conversa. Nessa proposta existe o desafio de analisar as condições de vida, trabalho e saúde de você trabalhadora rural, considerando aspectos singulares e subjetivos a partir de um método comunicativo. Esse método interventivo e coletivo ao qual você participará permitirá a coleta e produção de dados da pesquisa. Esses encontros serão gravados, serão registrados pontos importantes observados no decorrer da TCI. As rodas serão quinzenais, presenciais, às sextas-feiras, no período matutino, com 01 hora de duração, respeitando-se todas as medidas sanitárias. Por isso, será disponibilizado álcool em gel e máscara caso algum participante necessite. Você participará de 04 rodas de TCI, 2 temáticas e 2 com tema livre, num período de 02 meses, com início previsto para fevereiro de 2022. Ao participar da roda de TCI você passará por seis etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, ritual de agregação e conotação positiva e encerramento. A partir da apresentação das pessoas, exposição das regras da TC e da escolha do tema do dia, as pessoas relatam suas histórias pessoais e o grupo participa da discussão com perguntas e falas que objetivem a superação das dificuldades do dia a dia, tudo em um clima acolhedor e de empatia. Além disso, 2 dos encontros serão temáticos, ou seja, serão apresentados temas de interesse da pesquisa para discussão do grupo. Esses temas serão definidos com você e conjuntamente com outros participantes, a partir do que surgir das primeiras rodas de TCI. Essa pesquisa propõe elaborar registro diário, sendo fontes de informação os relatos dos participantes, a gravação das rodas e transcrição, resultando em documentos que possam contribuir para a produção de dados e análise de conteúdo que seguirá três etapas: organização, codificação e categorização. Após essa etapa serão construídas as categorias de análise, e a discussão articulará esses temas com a literatura científica. Você poderá a qualquer momento, antes, durante e depois

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

da pesquisa, solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Riscos em participar da pesquisa: você poderá sentir algum desconforto em se expor ao falar de si, se sentir inseguro, sentir-se cansado e não conseguir participar de todas as rodas. Se sentir algum desconforto, poderá recorrer à pesquisadora e aos profissionais da ESF Colibri. Além disso, poderá deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo por conta disso.

Benefícios em participar da pesquisa: participar de espaço de escuta e acolhimento, construção de redes solidárias, melhoria da qualidade de vida, vínculo com o serviço de saúde e empoderamento pessoal.

Privacidade e confidencialidade: Os dados dessa pesquisa e dos participantes (gravações de voz, registro de imagens) serão tratados de forma a garantir a privacidade e a confidencialidade. Os dados pessoais não serão divulgados e os dados da pesquisa a serem divulgados ou publicados não permitirão a identificação do participante.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: você ou qualquer participante tem o direito, caso solicite, a qualquer tempo, a ter acesso aos resultados da pesquisa.

Custos envolvidos pela participação da pesquisa: a participação na pesquisa não envolverá custos a você ou a qualquer participante, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles deverão ser ressarcidos pelo pesquisador responsável. Não haverá gastos para o SUS nessa pesquisa.

Danos e indenizações: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais a Sra. será submetida, lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito pelo pesquisador, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Você, como participante de pesquisa, tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

PENDÊNCIA 2.2. É necessário retirar os itens “Forma de acompanhamento do tratamento” e “Métodos alternativos de tratamento e/ou tratamento padrão” pois eles não são aplicáveis a esta pesquisa;

RESPOSTA: itens retirados do TCLE. Essa modificação estará no novo TCLE a ser anexado na plataforma, com o nome TCLEv2_22dez22.

PENDÊNCIA 2.3. Deve ser informado que o pesquisador responsável dará acesso aos resultados da

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

pesquisa sempre que solicitado;

RESPOSTA: foi inserida a informação de que o pesquisador dará acesso aos resultados da pesquisa, como segue abaixo. Essa modificação estará no novo TCLE a ser anexado na plataforma, com o nome TCLEv2_22dez22.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: você ou qualquer participante tem o direito, caso solicite, a qualquer tempo, a ter acesso aos resultados da pesquisa.

PENDÊNCIA 2.4. Deve ser informado que o participante de pesquisa tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

RESPOSTA: Foi informado ao participante que ele tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, como segue abaixo. Essa modificação estará no novo TCLE a ser anexado na plataforma, com o nome TCLEv2_22dez22.

Você, como participante de pesquisa, tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

PENDÊNCIA 2.5. Cuidado para que na formatação final do documento não deixar grandes espaços em branco e para que as assinaturas não fiquem isolados em uma folha, separados do restante do documento (exceto quando, por questões de configuração, isto não é possível);

RESPOSTA: tomamos o cuidado com a formatação, dentro do que foi possível. Essa modificação estará no novo TCLE a ser anexado na plataforma, com o nome TCLEv2_22dez22

PENDÊNCIAS DE TCLE ATENDIDAS

PENDÊNCIA 3. O cronograma (anexado na plataforma Brasil, no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, e inserido no final projeto detalhado) deve ser readequado/ajustado: deve ser levado em consideração o tempo para a tramitação do projeto no CEP UNIFESP. Uma vez que o projeto ainda está pendente, não será possível iniciar as rodas de TCI e Coleta de dados em 03/12/2021.

RESPOSTA: realizada a modificação no cronograma, prevendo o início das rodas de conversa para

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

fevereiro de 2022. Essa modificação constará na parte final do projeto (ProjetoOriginalTCMMulheresdaLidaEldoradoSPv2_22dez22) , no anexo CRONOGRAMAv2_22dez22) e também constará no formulário da plataforma Brasil, como segue abaixo

Meses 2021 MESES 2022

ATIVIDADES outubro novembro Dezembro Janeiro fevereiro março abril maio junho

julho agosto setembro

Revisão de literatura

Submissão projeto comissão ética PB

Rodas de TCI

Coleta de dados

Análise dos Dados

Redação da Dissertação

Divulgação dos Resultados

Defesa da Dissertação

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original, incluindo necessárias mudanças no cronograma da pesquisa, deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1857094.pdf	22/12/2021 11:52:36		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.doc	22/12/2021 11:48:42	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900

UF: SP Município São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 Fax : (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

Continuação do Parecer: 5.219.874

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEv2_22dez22.doc	22/12/2021 11:48:09	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAv2_22dez22.docx	22/12/2021 11:47:50	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoOriginalTCMMulheresdaLidaEldoradoSPv2_22dez22.docx	22/12/2021 11:47:29	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	11/11/2021 09:05:58	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Outros	Cadastro_CEPassinado.pdf	11/11/2021 09:05:44	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Outros	Roteiro.docx	10/11/2021 12:04:36	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	10/11/2021 11:55:15	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Outros	autorizacaoinstituicao.jpeg	10/11/2021 11:49:46	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 01 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Paula Midori Castelo Ferrua
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Batucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900

UF: SP **Município:** São Paulo

Telefone: (11)5571-1062 **Fax :** (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br

**ANEXO B - FICHA N.º 1 – APRECIÇÃO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE
TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS (AS)**

ETAPAS	Como foi desenvolvido? Assinale abaixo:				Como Podemos aprimorar? Enumere abaixo:
1 Acolhimento 1.1. Dar boas vindas 1.2 Definição da TCI 1.3. Regras 1.4.Celebrações, aniversários 1.5.Dinamica de aquecimento 1.6 Apresentação do Terapeuta	Excelente 4	Bom 3	Regular 2	Ruim 1	????
2. Escolha do Tema 2.1 Palavra do terapeuta 2.2 Apresentação do tema e capacidade de síntese 2.3 Identificação do grupo com os temas apresentados 2.4 Votação 2.5 Agradecimento	Excelente 4	Bom 3	Regular 2	Ruim 1	
3. Contextualização a) informações, questionamentos sobre o tema escolhido b) Construção do mote	Excelente 4	Bom 3	Regular 2	Ruim 1	
4. Problematização a) Lançamento do mote	Excelente 4	Bom 3	Regular 2	Ruim 1	
5. Encerramento (rirual de agregação) a) Formação da roda b) Conotação positiva	Excelente 4	Bom 3	Regular 2	Ruim 1	

Livro Terapia Comunitária passo a passo – BARRETO (2008, pg. 313)

ANEXO C - FICHA N.º 2 - ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS RODAS DE TCI

Integrantes da Equipe

Nome	Etapa da terapia comunitária desenvolvida
1-	() Alcoolismo
2-	() Desenvolvimento da TC
3-	() Encerramento

Localização

Endereço do local da TC	Data	Horário

Participantes da Terapia Comunitária

N. total de Participantes	Faixa etária	Quantitativo	N. total de participantes novatos
	>12 anos		
	12 a 18 anos		
	18 a 45 anos		
	45 a 60 anos		
	+ 60 anos		

Temas/Mote/Marque o tema escolhido

Temas apresentados	Mote
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	

Estratégias de enfrentamento

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-

Bagagem – O que as participantes levam da TC

Livro Terapia Comunitária passo a passo – BARRETO (2008, pg. 315)

ANEXO D - FICHA N.º 3. MODELO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO (PLANO INDIVIDUAL)

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:.....

Idade:.....Nascimento.....

Estado civil:.....N.º filhos:.....

Profissão:.....

Religião:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

E-mail:.....

Como soube da Terapi a comunitária?

.....

Por que a procurou?

.....

Data:/...../.....

Livro Terapia Comunitária passo a passo – BARRETO (2008, pg. 316)

ANEXO E - FICHA N.º 3. ANEXO - TABELA DE VÍNCULOS

Terapia Comunitária • 327

TIPOS DE VÍNCULO	Ausência vincular				Tabela: Vínculos existentes			
	Alternativa A				QUANTITATIVO	QUALITATIVO		
		1	2	3	Alternativa B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1 Vínculo Familiar								
2 Vínculo Conjugual								
3 Vínculo Filial								
4 Vínculo de Moradia								
5 Vínculo Comunitário								
6 Vínculo com a Lettura								
7 Vínculo com a Escrita								
8 Vínculo Profissional								
9 Vínculo Econômico								
10 Vínculo Religioso								
11 Vínculo de Saúde Física								
12 Vínculo de Saúde Psíquica								
13 Vínculo de Apoio Social 1								
14 Vínculo de Apoio Social 2								
15 Vínculo de Apoio Social 3								
16 Vínculo de Amizade								
17 Vínculo de Documentação								
18 Vínculo de Cidadania								
19 Vínculo de Segurança								
20 Vínculo de Lazer								
21 Vínculo Alimentar								
22 Vínculo Ecológico								
23 Vínculo Tecnológico 1								
24 Vínculo Tecnológico 2								
25 Vínculo de Solidariedade								
26 Vínculo Social								
27 Vínculo de Dependência								
28 Vínculo Espiritual								
Total de Pontos								

CAPÍTULO XI

Digitalizado com CamScanner

Livro Terapia Comunitária passo a passo – BARRETO (2008, pg. 327)

ANEXO F - ENCAMINHAMENTO PARA REDE DE APOIO

1) Este (a) entrevistado (a) foi encaminhado (a) para algum outro serviço?

1.1 () Não

1.2 () Sim – Qual?.....
Por que?.....

No retorno: reaplicação do questionário

2) O entrevistado(a) procurou o serviço?

2.1 () Não

2.2 () Sim

3) O entrevistado (a) foi atendido?

3.1 () Não

3.2 () Sim

4) O serviço ajudou a resolver o problema?

4.1 () Não

4.2 () Sim

Livro Terapia Comunitária passo a passo – BARRETO (2008, pg. 331

ANEXO G - FICHA N.º 4. INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE IMPACTO (PLANO COLETIVO)

- Lá onde a Terapia comunitária está sendo aplicada:
- Houve alguma alteração significativa na fonte de renda das famílias e comunidade?
- Houve modificação na resolução dos conflitos tais como diminuição da violência?
- Que melhorias de infraestrutura tais como luz, água, telefone, saneamento ocorreram na comunidade com a presença da TC?
- Que valores culturais e/ou espirituais foram resgatados com a TCI?
- Houve alguma redução do uso de psicotrópicos/medicamentos com a participação nas rodas da TCI?
- É possível identificar maior humanização das relações profissionais e humanas?
- Nas classes ou escolas que aplicam a TCI com seus alunos e/ou familiares é possível identificar alguma mudança como: redução no nº de evasão escolar, melhora de rendimento na aprendizagem, e redução de conflitos escolar, melhora de rendimento na aprendizagem, e redução de conflitos entre/ou família e escola?
- Que hábitos foram modificados que sinalizaram a diminuição da discriminação, preconceitos e intolerância?
- Houve diminuição da mortalidade infantil?
- O índice de natalidade aumentou ou diminuiu?

Livro Terapia Comunitária passo a passo – BARRETO (2008, pg. 331)

ANEXO H - FICHA N.º 4. ANEXO - TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Termo de Autorização

Eu,-----
 Aceito participar da Avaliação dos indicadores de Saúde Comunitária realizada pelo (a)
 -----, tendo ciência de que os dados coletados,
 serão usados para divulgação de resultados da Terapia Comunitária Integrativa, mas será
 guardado sigilo e confidencialidade, ou seja, haverá cuidado de resguardar a minha
 identidade sem contar meu nome ou qualquer outro dado que me torne identificado para
 os leitores.

 Entrevistado (a)

 Entrevistador (a)

-----,----- de-----20-----

Livro Terapia Comunitária passo a passo – BARRETO (2008, pg. 332)

ANEXO I - FICHA N.º 4. ANEXO B - DIVISÃO DOS TEMAS POR CATEGORIAS

Código 1. Tema – Estresse: Angústia, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, mágoa, raiva, vingança, desânimo, encosto, desprezo...

Código 2. Tema – Conflitos: Familiares Marido e mulher, separação, pais, filhos, irmãos, avós, neto, traição, ciúme...

Código 3. Tema – Álcool e Outras Drogas: tráfico, prisão, furto, dependências, remédios, agressões em contexto intrafamiliar, comunitária...

Código 4. Tema – Trabalho: Desemprego, falta de reconhecimento, insatisfação, insegurança, agressão física, agressão verbal e moral, dificuldade financeira, endividamento...

Código 5. Tema – Depressão/Perda : Pai, mãe, esposo (a), companheiro (a), filho (a) vizinho (a), parentes, animal de estimação, insucesso

Código 6. Tema – Violência: Gangues, sexual, assalto, homicídio, intrafamiliar contra mulher/homem, criança, adolescente, idoso, policial...

Código 7. Tema – Abandono/Rejeição/Discriminação (fratura dos vínculos sociais) Adoção, poder público, esposo(a), companheiro (a), amigo (a), irmão (ã), autorejeição, parente, colega de trabalho, por questões de cor, raça, gênero, doença...

Código 8. Tema – Conflitos: Posse de terra, habitação, religião, vizinho, justiça, escola, trânsito...

Código 9. Tema – Prostituição: Criança, adolescente, adulto....

Código 10. Tema – Deficiências Mentais: Epilepsia, autismo, psicose...

Código 11. Tema – Problemas escolares: Aprendizagem, reprovação e outros...

Livro Terapia Comunitária passo a passo – BARRETO (2008, pg. 333)