



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO**

ESTELA RODRIGUES PAIVA ALVES

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E MULHERES VIVENCIANDO O
CLIMATÉRIO: UMA PESQUISA AÇÃO-INTERVENÇÃO**

JOÃO PESSOA, PB

2017

ESTELA RODRIGUES PAIVA ALVES

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E MULHERES VIVENCIANDO O
CLIMATÉRIO: UMA PESQUISA AÇÃO-INTERVENÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de Pesquisa vinculado: A Terapia Comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Djair Dias

JOÃO PESSOA, PB

2017

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A474t Alves, Estela Rodrigues Paiva.

Terapia Comunitária Integrativa e mulheres vivenciando
o climatério: uma pesquisa ação-intervenção / Estela
Rodrigues Paiva Alves. - João Pessoa, 2017.
178 f. : il.

Orientação: Maria Djair Dias.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Terapia Comunitária. 2. Climatério. 3. Autoestima.
4. Depressão. 5. Saúde da família. I. Dias, Maria
Djair. II. Título.

UFPB/BC

ESTELA RODRIGUES PAIVA ALVES

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E MULHERES VIVENCIANDO O
CLIMATÉRIO: UMA PESQUISA AÇÃO-INTERVENÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e saúde.

Aprovada em: ____/____/2017

BANCA EXAMINADORA

Maria Djair Dias

Profa. Dra. Maria Djair Dias
Universidade Federal da Paraíba (UFPB/PPGEnf)

Maria de Oliveira Ferreira Filha

Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Universidade Federal da Paraíba (UFPB/PPGEnf)

Maria das Graças Melo Fernandes

Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes
Universidade Federal da Paraíba (UFPB/PPGEnf)

Profa. Dra. Priscilla Maria de Castro Silva
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE/PPGEnf)

Profa. Dra. Sandra Aparecida de Almeida
Universidade Federal da Paraíba (UFPB/PPGEnf)

Profa. Dra. Alynne Mendonça Saraiva
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

DEDICATÓRIA

A **Edna e Edmilson**, meus pais, pelo amor e pela educação que me conceberam e por ter me tornado na pessoa que hoje eu sou.

A **Liliane**, minha irmã, por eu ter estado tão ausente durante a nossa convivência, mas que está sempre em meus pensamentos.

A meus **avós maternos, tios, tias e primos**, pelo carinho e pela admiração que recebo deles.

A meus **avós paternos e minha vó materna** (*In memoriam*). Saudades...

Anderson, meu marido, pelo nosso amor, por nossas vidas juntos e todos esses anos repletos de momentos felizes que até hoje ele me proporciona.

Ao meu amor incondicional, meu filho **Otávio**, criança iluminada, presente de Deus em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, todo poderoso!

Ao meu pequeno, meu filho, Otávio Rodrigues. O melhor de mim! Trilhar esse caminho árduo foi mais fácil com você ao meu lado; em nossas vidas. Confesso que de todos os títulos que conquistei, ser MÃE, foi e, sempre será o melhor! AMO-TE.

Minha gratidão ao meu marido Anderson Paiva não cabe em palavras. Sem a ajuda dele o meu sonho de realizar-me Doutora em Enfermagem não seria possível. Ele me incentivou, deu apoio durante todo o período enquanto estive na Pós-Graduação; a sua compreensão, amizade, cumplicidade e tolerância estiveram presentes até hoje em nossas vidas. Sou-lhe grata por um amor que perdura e que cresce a cada dia e sempre foi maravilhoso.

Aos meus familiares, mesmo que ainda estejam longe, posso senti-los próximo a mim, com todo amor e carinho. Deus os proteja!

Às minhas amigas, Maria Aparecida e Patrícia Helena, pela nossa amizade. Duas pessoas maravilhosas que cruzaram o meu caminho ainda no período escolar e que juntas, compartilhamos todos os prazeres e dissabores desta vida, fortalecendo ainda mais, nossos laços de amizade. A distância não nos separa. Adoro as duas!

Terei sempre uma enorme gratidão de ordem tanto pessoal quanto intelectual à minha querida orientadora Profa. Dra. Maria Djair Dias, por ter caminhado comigo nesta busca, com otimismo e humor e, à Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha, pessoa maravilhosa e que nos ajudou, contribuindo de maneira valiosa, estando ao nosso lado em todos os momentos de construção deste estudo. Admiro e tenho as duas no meu coração, muitíssimo obrigada!

A todas as mulheres que participaram das rodas de Terapia Comunitária (TC) tenho uma enorme gratidão pela confiança em mim depositada, pela permissão da minha invasão nos meandros da intimidade de cada uma, além da nobre relação fraternalmente estabelecida entre nós durante o desenvolver deste estudo e por contribuírem sumariamente para a conclusão do mesmo.

À equipe de saúde da Unidade Integrada de Saúde Nova Esperança, especialmente a Agente Comunitária de Saúde, Maria Aparecida Nascimento e a Enfermeira Valdileide Oliveira que me forneceram informações valiosas e relevantes sobre algumas peculiaridades do serviço e do público-alvo deste estudo, me norteando em algumas situações.

À Gelciane, que nos deu autorização com a maior boa vontade, para realizarmos as rodas de terapia TC, no Salão externo da Igreja Sagrado Coração de Jesus. Minha gratidão!

Às minhas colegas de disciplinas do Doutorado, em especial a Priscilla Castro, Cidney Soares e Vagna Cristina, pela busca do crescimento pessoal e intelectual e na realização de um sonho pessoal e compromisso com a sociedade.

À Lucineide Braga e todo o grupo de estudo e pesquisa do qual o presente estudo está vinculado, especialmente às terapeutas comunitárias que colaboraram e atuaram de forma grandiosa como parte integrante da equipe de apoio, nas rodas de TCI, sendo o meu “braço direito” durante a fase de construção do material empírico: Brena Meira, Nayanne Ingrid e Camila Carla, minhas amigas, meus sinceros agradecimentos!

À Nathali Costa, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENf/UFPB) que com simpatia, alegria e entusiasmo sempre tem nos ajudado, nos orientando e esclarecendo todas as nossas dúvidas. Você é especial!

Ao corpo docente do PPGENf-UFPB que contribuiu de forma grandiosa para a minha formação durante o doutoramento.

À Gerência de Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB, pela autorização e compromisso em apoiar o desenvolvimento do presente estudo, contribuindo para a ordenação da formação dos profissionais de saúde.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças Melo Fernandes (UFPB), Prof^ª. Dr^ª. Sandra Aparecida de Almeida (UFPB), Prof^ª. Dr^ª. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (UFPE) e Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima de Araújo Silveira (UEPB), Prof^ª. Dr^ª. Priscilla Maria de Castro Silva (UFCG) - membros da Banca Examinadora, pelas contribuições dadas ao meu estudo, na fase de qualificação do projeto e defesa de Tese.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.



“...Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida...”

Milton Nascimento

ALVES, Estela Rodrigues Paiva. **Terapia Comunitária Integrativa e mulheres vivenciando o climatério: uma pesquisa ação-intervenção**. 2017. 178f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

RESUMO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) se constitui em um espaço de acolhimento, partilha de sabedoria de vida e de sofrimentos vivenciados no cotidiano das pessoas, onde elas se tornam terapeutas de si mesmas, permitindo encontrar soluções para seus conflitos pessoais e familiares. O estudo teve como objetivo avaliar a eficácia da TCI, como tecnologia do cuidado, capaz de aumentar a autoestima e reduzir os sinais e sintomas da depressão, de mulheres vivenciando o climatério. Trata-se de uma pesquisa-ação-intervenção com 06 mulheres no climatério que apresentavam sinais e sintomas de depressão e, que participaram de no mínimo de 06 rodas de TCI, em uma Unidade Integrada de Saúde da Família, de João Pessoa, PB, Brasil. Como instrumentos, foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Autoestima de Rosenberg - versão UNIFESP-EPM e, como intervenção, foram realizadas 12 rodas de TCI, no período de 19 semanas. Para a produção do material empírico foram utilizados as videogravações das rodas, caderno de campo e entrevistas semiestruturadas, sendo analisados, por meio da análise de conteúdo temática de Bardin. O estudo obedeceu aos preceitos éticos, sendo deferida sob o protocolo: CAAE 50926615.7.0000.5188. Como resultados, as mulheres melhoraram a autoestima e reduziram os sinais e sintomas de depressão. Percebeu-se que a TCI representou para elas, uma possibilidade de descobrir um jeito novo de ver a vida, despertando a necessidade de mudança, mediante a autorreflexão e desenvolvimento das competências pessoais, como autonomia, emancipação, empoderamento e resgate da autoestima. Conclui-se que a TCI é uma tecnologia do cuidado potente, capaz de ampliar o olhar das participantes, as motivando a saírem da estagnação da qual suas vidas se encontravam, adotando novas posturas e jeito de conduzir a vida, encorajando-as a refletirem e buscarem respostas para suas necessidades subjetivas, provocando mudanças importantes em suas vidas.

Palavras-chave: Terapia Comunitária; Climatério; Autoestima; Depressão; Saúde da Família.

ALVES, Estela Rodrigues Paiva. **Integrative Community Therapy and women experiencing climacteric: an action-research-intervention.** 2017. 178pp. Thesis (Doctorate in Nursing) – Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2017.

ABSTRACT

Integrative Community Therapy (ICT) is a space for welcoming and sharing of life wisdom and suffering experienced in people's daily lives, where they become therapists of themselves, which enables them to find solutions to their personal and family conflicts. The study was intended to assess the effectiveness of ICT as a health care technology capable of improving self-esteem and mitigating the depression signs and symptoms in women experiencing climacteric. This is an action-research-intervention with 06 women in climacteric who showed depression signs and symptoms and who took part in at least 06 ICT rounds in an Integrated Family Health Unit in João Pessoa-PB, Brazil. Beck's Depression Inventory and Rosenberg's Self-esteem Scale – UNIFESP-EPM version were used as instruments, whilst 12 ICT rounds were held as interventions in a 19-week period. In order to produce the empirical material, we used the video-recordings of the rounds, field notebook and semi-structured interviews, which were analyzed through the Bardin thematic content analysis. The study complied with the ethical precepts, and then accepted under the CAAE protocol: 50926615.7.0000.5188. As a result, women have improved self-esteem and mitigated the depression signs and symptoms. We have realized that ICT represented for them a possibility of discovering a new way of seeing life, thus awakening the need for change, through the self-reflection and development of personal skills, such as autonomy, emancipation, empowerment and rescue of self-esteem. We can conclude that ICT is a powerful health care technology capable of enhancing the participants' standpoint, thus motivating them to leave the stagnation of their lives, by adopting new stances and ways of driving life, as well as encouraging them to reflect and seek answers to their subjective needs, which may entail important changes in their lives.

Keywords: Community Therapy; Climacteric; Self-esteem; Depression; Family Health.

ALVES, Estela Rodrigues Paiva. **Terapia Comunitaria Integradora y mulheres mujeres experimentando el climaterio: investigación-acción-intervención.** 2017. 178h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

RESUMEN

La Terapia Comunitaria Integradora (TCI) se constituye en un espacio de acogida e intercambio de sabiduría de vida y de sufrimientos experimentados en el cotidiano de las personas, donde se convierten en terapeutas de sí mismas, permitiendo encontrar soluciones para sus conflictos personales y familiares. El estudio intentó evaluar la efectividad de la TCI como tecnología de atención capaz de incrementar la autoestima y reducir los signos y síntomas de la depresión de las mujeres experimentando el climaterio. Se trata de una investigación-acción-intervención con 06 mujeres en el climaterio que presentaban signos y síntomas de depresión y que tuvieron parte en al menos 06 ruedas de TCI en una Unidad Integrada de Salud Familiar de João Pessoa-PB, Brasil. Como instrumentos, se emplearon el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoestima de Rosenberg – versión UNIFESP-EPM y, como intervenciones, se llevaron a cabo 12 ruedas de TCI en un período de 19 semanas. Con el fin de producir el material empírico, se utilizaron las videgrabaciones de las ruedas, cuaderno de campo y entrevistas semiestructuradas, siendo analizadas a través del análisis de contenido temático de Bardin. El estudio obedeció a los preceptos éticos, siendo aceptado bajo el protocolo: CAAE 50926615.7.0000.5188. Como resultados, las mujeres mejoraron la autoestima y redujeron los signos y síntomas de la depresión. Se ha notado que la TCI representó para ellas una posibilidad de descubrir una manera nueva de ver la vida, despertando la necesidad de cambio, por medio de la autorreflexión y el desarrollo de las competencias personales, tales como autonomía, emancipación, empoderamiento y rescate de la autoestima. Se concluye que la TCI es una poderosa tecnología de atención capaz de alargar la mirada de las participantes, motivándolas a salir del estancamiento en el que sus vidas se encontraban, adoptando nuevas posturas y maneras de conducir la vida, animándolas a reflexionar y buscar respuestas a sus necesidades subjetivas, provocando cambios importantes en sus vidas.

Palabras clave: Terapia Comunitaria; Climaterio; Autoestima; Depresión; Salud de la Familia.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Aproximação com a temática.....	14
1.2	Contextualização do problema em foco.....	16
1.3	Objetivos.....	20
1.3.1	Geral.....	20
1.3.2	Específicos.....	20
2	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	22
2.1	Revisão Integrativa da Literatura, sobre TCI, envolvendo mulheres.....	22
2.2	A Terapia Comunitária Integrativa: bases conceituais e alicerces teóricos.....	26
2.2.1	<i>O Pensamento Sistêmico.....</i>	<i>29</i>
2.2.2	<i>A Teoria da Comunicação.....</i>	<i>30</i>
2.2.3	<i>A Antropologia Cultural.....</i>	<i>32</i>
2.2.4	<i>A Pedagogia de Paulo Freire.....</i>	<i>32</i>
2.2.5	<i>A Resiliência.....</i>	<i>34</i>
2.2.6	A Terapia Comunitária Integrativa e seu método.....	35
2.3	Evolução histórica das políticas públicas para mulheres no climatério.....	36
2.3.1	Climatério: fase natural do ciclo de vida feminino e as principais mudanças associadas a essa fase que afetam negativamente a autoestima da mulher, aumentando o risco para depressão.....	38
3	O CAMINHO DA INVESTIGAÇÃO.....	46
3.1	O referencial metodológico.....	46
3.2	O cenário do estudo.....	50
3.3	Participantes do estudo.....	53
3.4	Instrumentos e técnicas utilizadas para obtenção dos dados e do material empírico.....	54
3.5	Etapas da pesquisa.....	56
	<i>1ª Etapa: Preparação da equipe de apoio para a realização das rodas de TCI (1ª semana).....</i>	<i>56</i>
	<i>2ª Etapa: Inserção no campo (2ª a 14ª semanas).....</i>	<i>58</i>
	<i>a) Aproximação com a equipe de profissionais de saúde da unidade integrada e seleção das participantes do estudo (2ª e 3ª semanas).....</i>	<i>58</i>
	<i>b) Fase de intervenção (4ª a 15ª semanas).....</i>	<i>59</i>
	<i>c) Fase de avaliação (18ª a 19ª semanas).....</i>	<i>61</i>
3.6	Avaliação dos instrumentos e do material empírico.....	62
3.7	Considerações éticas.....	63
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	66
4.1	Caracterização das participantes do estudo.....	66
4.2	Resultados da avaliação da depressão e autoestima, no pré-teste: o grau da depressão.....	69
4.3	A descrição das rodas de TCI e análise das principais situações-problemas apresentadas.....	75
4.3.1	Descrição das rodas.....	78
4.3.2	Análise dos temas principais e das situações-problemas apresentadas.....	104
	<i>a) Medo de perder a identidade feminina.....</i>	<i>105</i>
	<i>b) Somatizando o sofrimento: a dor física e emocional.....</i>	<i>106</i>
	<i>c) A diminuição do desejo sexual.....</i>	<i>109</i>

	<i>d) A desvalorização de si - self break - depressão.....</i>	111
	<i>e) Conflitos familiares e conjugais - síndrome do ninho vazio.....</i>	114
	<i>f) Climatério: desinformação acerca do assunto.....</i>	119
4.4	Aprendendo a conviver consigo mesma - mudanças percebidas.....	120
4.5	O pós-teste de depressão e autoestima: uma análise comparativa.....	127
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
	REFERÊNCIAS.....	139

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário pré-intervenção.....	152
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista pós-intervenção.....	154
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155

ANEXOS

ANEXO A – Inventário de Depressão de Beck.....	159
ANEXO B – Escala de Autoestima versão UNIFESP-EPM.....	162
ANEXO C – Passo a passo para conduzir a roda de Terapia Comunitária.....	163
ANEXO D – Músicas utilizadas nas rodas de TCI.....	164
ANEXO E – Textos utilizados nas rodas de TCI.....	175
ANEXO F – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	177
ANEXO G – Autorização institucional.....	178

Introdução



1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com a temática

Após concluir a graduação, no ano de 2007, ingressei no mercado de trabalho do qual tive a oportunidade de desenvolver atividades assistenciais durante três anos em uma Unidade Básica de Saúde da Cidade de Goiana, Estado de Pernambuco. A partir da minha inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), fui selecionada para participar do curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI), organizado pelo Espaço Família, em convênio com o Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica) e Universidade Federal do Ceará, o qual teve início em meados de 2008, em Recife (PE), tendo concluído no mês de junho de 2009. Sempre tenho dito que o curso foi um momento em que dediquei um tempo e olhar especial para mim mesma, de ressignificação da minha própria vida. Após a minha formação pude compartilhar com os meus colegas de trabalho e comunidade tudo o que havia aprendido. Desenvolver as rodas de TCI foi uma experiência ímpar que me fez crescer, não só como profissional da saúde, mas também como pessoa.

Não soa estranho se eu disser que a maior parte das pessoas que frequentavam as rodas de TCI realizadas por mim, na ESF eram constituídas de mulheres, uma vez que elas são as que mais procuram a atenção básica. Essa maior aproximação das mulheres com os profissionais de saúde que ali trabalham nos proporciona assisti-las em todo o seu ciclo vital, puberdade, gestação e climatério.

Durante esse período de atuação na ESF percebi o quanto as necessidades das mulheres mudavam conforme o ciclo de vida ao qual elas se encontravam. Umas com menos necessidades, outras com mais, porém, ainda sim, apesar de demandar necessidades de atenção em comum de acordo com cada fase, cada uma delas, apresentavam necessidades bem peculiares. Dentre todas as fases do ciclo vital das mulheres, o período que compreende o climatério tem me intrigado até os dias de hoje.

Em 2010, fui aprovada para o Curso de Mestrado do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba (PPGEnf/UPE/UEPB), com área de concentração em Enfermagem e Promoção à Saúde. Trabalhar na perspectiva da Promoção da Saúde, seja qual for a área, tem sido o meu foco por entender e acreditar que esta é a melhor maneira de preservar a saúde e oferecer

assistência de qualidade com vistas a atender as necessidades de cada indivíduo ou comunidade. Dentro dessa linha de pensamento e totalmente envolvida com a área de Saúde da Mulher desenvolvi a minha dissertação de mestrado intitulada “O padrão de desempenho sexual e a intensidade da síndrome do climatério em um grupo de mulheres que realizam atividade física”, uma pesquisa de natureza quantitativa, que teve como objetivo verificar a associação entre a intensidade dos sintomas do climatério e o padrão de desempenho sexual de mulheres neste período. Como resultados, os sintomas do climatério classificados como de intensidade leve estiveram associados a um melhor padrão de desempenho sexual considerado bom/excelente, presumindo-se que as alterações no padrão de desempenho sexual das mulheres no climatério têm uma forte relação com a intensidade destes sintomas. Além disso, o estudo possibilitou a hipótese de que a prática de atividade física pode estar associada à menor intensidade dos sintomas no climatério.

Foi então, que durante a coleta de dados do material que seria trabalhado em meu estudo, no Programa Academia da Cidade do Recife, tive a oportunidade de conhecer várias mulheres no climatério e conversar com elas sobre o universo da “meia idade” e todos os assuntos que permeiam essa fase. Esse período de aproximação e entrosamento me proporcionou vários momentos de descontração e alegria, no qual conversávamos sobre muitos assuntos, pois trabalhar com o tema sexualidade não é tarefa fácil, exige, além de preparação, cautela e certa intimidade para gerar nas participantes do estudo algum grau de confiança, respeito e credibilidade.

Em meio às conversas, experiências compartilhadas e alegria contagiante daquelas mulheres, percebi que para a maioria delas, o segredo de viver bem e feliz era simplesmente estar de bem consigo mesma. A partir desse entendimento, compreendi claramente que tudo tinha uma relação direta com a autoestima elevada e o quanto isso repercutia no bem estar físico e psicológico delas.

Em 2013, fui aprovada para o Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGEnf/UFPB). Neste mesmo ano, me matriculei na disciplina de estágio docência, a qual fui designada pela minha orientadora, a ministrar aulas teórico-práticas, na disciplina de Saúde da Mulher I e II, na Unidade Integrada Saúde da Família Nova Esperança, para os alunos da graduação em Enfermagem da UFPB.

Nesse período de estágio, procurei refletir sobre a práxis da Enfermagem em relação à assistência à mulher no climatério, no contexto da atenção básica, tornando-se combustível para acender a chama e alimentar, ainda mais, todas as minhas inquietações que andavam adormecidas dentro de mim, desde o ano de 2012, quando defendi a minha Dissertação de

Mestrado. Também, trago comigo, uma bagagem pequena, porém muito valiosa, de construção do conhecimento e experiência do vivido, como Enfermeira da ESF, entre os anos de 2007 e 2010, tempo de muito trabalho e dedicação. Nesse ínterim, constatei que, em relação à assistência da mulher no climatério, nada havia avançado. A assistência continua sendo, exatamente a mesma, pautada na “medicalização” do envelhecimento feminino, mesmo após o lançamento do Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa, em 2008. Pois bem, estamos em 2017 e ainda é urgente, a necessidade de repensar práticas e condutas em relação ao período do climatério, porque pouco se faz no planejamento da assistência para esse grupo de mulheres na ESF.

Convencida de que algumas das necessidades das mulheres que vivenciam o climatério, jamais poderiam ser compreendidas dentro de uma perspectiva dedutiva e após o amadurecimento de algumas ideias junto ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária - GEPSMEC, ao qual está vinculada ao projeto “A terapia comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde: a terapia comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais”, do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPB), que tem reconhecida experiência, no desenvolvimento de pesquisas que envolvem a TCI, demonstrando a sua importância como uma tecnologia do cuidado na prevenção em saúde mental. Assim, resolvi realizar uma pesquisa ação-intervenção, na qual busquei avaliar a eficácia da TCI, como tecnologia do cuidado capaz de reduzir os sinais e sintomas da depressão e consequentemente aumentar a autoestima de mulheres vivenciando o climatério, sendo este, portanto, o meu objeto de investigação.

1.2 Contextualização do problema em foco

A expectativa de vida feminina observada nas últimas décadas vem proporcionando às mulheres, por um maior tempo, a vivência do período do climatério. Calcula-se que em 2020, haverá mais de 1 bilhão de pessoas com mais de 60 anos de idade, por isso o climatério e a pós menopausa se constitui em um dos principais problemas de saúde pública (HALBE et al., 2005).

O profissional de enfermagem tem atuado de maneira significativa nos diversos setores da saúde que envolve o cuidado com as mulheres em todas as fases da vida. Esse contato permite que o profissional vivencie junto com a mulher momentos que despertam sentimentos

peculiares segundo a fase de vida que cada uma se encontra. Em meio a todas as fases vivenciadas pelas mulheres, está o período do climatério.

O climatério é caracterizado fisiologicamente pela perda progressiva da capacidade de produção do estrogênio, sendo um período de limites imprecisos. A menopausa é uma subfase do climatério que tem data para começar, ocorrendo normalmente entre 48 e 50 anos de idade, sendo seu início reconhecido após doze meses de amenorreia (BRASIL, 2008).

Por se tratar de um estado que leva a mulher a uma deficiência hormonal, o climatério pode ser compreendido, como uma patologia. No entanto, trata-se de uma fase natural do ciclo feminino e não um processo patológico e, por isso, nem todas as mulheres irão experimentar este período associando-o à noção de doença. Neste sentido, são vários os fatores que vão determinar a experiência positiva ou negativa da mulher ao vivenciar o climatério.

Desse modo, o climatério envolve um processo de transformação condicionado não só aos aspectos biológicos, mas principalmente aos aspectos psicosocioculturais. De acordo com Serão (2008), as alterações metabólicas e hormonais devido à deficiência estrogênica quando aliados aos problemas decorrentes da construção cultural e à individualidade da mulher, são responsáveis por manifestações clínicas somáticas e psicológicas.

Há fatores psicossociais predominantes que marcam esse período e podem estar presentes na gênese dos transtornos psíquicos. Como exemplo, cito o estudo de Galvão et al. (2007) que identificaram uma alta prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres no climatério, sendo estes relacionados aos fatores mencionados. Tais fatores podem determinar a ocorrência de alterações do humor, exteriorizadas por irritabilidade, nervosismo, depressão e ansiedade. O surgimento destes transtornos psíquicos nesta fase pode estar relacionado à falta de capacidade da mulher de se adaptar e se ajustar psicológica e socialmente aos eventos que permeiam o climatério, colocando-a em situação de vulnerabilidade emocional (JIMÉNEZ LOPES; PERES SILVA, 1999; MORI; COELHO, 2004; SILVEIRA et al., 2007; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008; BRASIL, 2008).

Alguns autores mencionam que diferentemente do transtorno disfórico pré-menstrual e dos transtornos puerperais do humor, ainda não existe consenso sobre a existência de uma síndrome psicoafetiva associada ao hipoestrogenismo, embora o tema seja controverso (NIEVAS et al., 2006; BRASIL, 2008; SILVA et al., 2008; FERNANDES; ROZENTHAL, 2008; BERLEZI et al., 2013).

No entanto, dentre as inúmeras queixas mencionas pelas mulheres no climatério, a depressão tem se destacado, sendo o transtorno mental mais comum nos serviços de AB com uma prevalência de 10 a 20% dos casos. Tal situação contribui para aumentar os custos no setor

da saúde, aumentando a morbimortalidade e redução da qualidade de vida (Thompson et al., 2002). Coincidentemente ou não, a manifestação da depressão nesta fase, ocorre concomitantemente com o processo de senescência. Nestes casos, deve ser considerado o histórico pessoal de cada mulher para investigar a possibilidade de outra causa que não essa.

Outro ponto importante a destacar é que o sentimento de menos valia ou baixa autoestima é presença marcante na depressão, provocando em algumas mulheres a sensação de inutilidade. Como é amplamente sabido, a nossa sociedade hipervaloriza a juventude e a fertilidade da mulher. Somam-se a isto, a falta de conhecimento sobre o climatério por parte das mulheres e o mito da perda do desejo sexual construído no imaginário social. Todos esses fatores levam algumas mulheres a vivenciar o climatério em silêncio, entendendo que esta é uma fase, repleta de infelicidades, passando a interferir diretamente na construção da sua autoestima, levando-as ao desenvolvimento da depressão.

É possível minimizar a influência que os fatores biopsicosocioculturais exercem sobre o climatério. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que as mulheres nesta fase, com desequilíbrio emocional, incluindo a depressão, sejam assistidas adequadamente por profissionais da saúde devidamente capacitados e sensibilizados para enfrentar esse tipo de demanda. O atendimento precisa ser acolhedor, com escuta qualificada e estimular a mulher a investir no seu autocuidado e a valorizar-se, sendo protagonista da sua própria história de saúde e de vida (BRASIL, 2008).

Sendo a atenção básica, a porta de entrada dos usuários – especialmente das mulheres, nos serviços de saúde, a atenção à mulher no climatério deve contemplar ações que favoreçam a possibilidade de troca de experiências, acesso às informações e à assistência holística, no sentido de proporcionar à elas, a oportunidade de alcançar a autovalorização e autoestima, fundamentais à saúde mental. No entanto, em nossa realidade, a assistência à mulher no climatério na ESF é bastante tímida em suas ações. A atenção oferecida, na maioria dos casos, é baseada numa medicina curativa, pautada nos sinais e sintomas, especialmente com foco na hipertensão, diabetes e dislipidemia, havendo, portanto, uma tendência à medicalização.

A falta de um apoio terapêutico complementar na atenção à saúde da mulher no climatério leva a uma assistência puramente curativa, baseada em sintomas, não percebendo a verdadeira gênese das inquietações que causam sofrimento na mulher, pois muitas vezes, o que existe por trás das queixas, na verdade, é um sofrimento muito intenso do qual a mulher não consegue associar aos sintomas que seu corpo está produzindo. Por esta razão, o MS tem buscado políticas capazes de intervir sobre os determinantes sociais da saúde, procurando agir sobre as causas dos problemas.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo incluída no âmbito da atenção básica, tendo como premissa, orientar suas ações para a prevenção de agravos e promoção da saúde, disponibilizando diversas práticas, dentro delas, a TCI, podendo ser utilizada como tecnologia de cuidado, na assistência à mulher no climatério.

A TCI foi criada em 1987, pelo médico psiquiatra e antropólogo Dr. Adalberto de Paula Barreto, sendo implantada na Rede SUS e na ESF desde agosto de 2008, como uma estratégia de mudança do modelo biologista vigente com foco na política assistencial, para uma política solidária de promoção da saúde e da vida. É considerada uma tecnologia leve do cuidado e vem sendo desenvolvida nos diversos contextos e comunidades, se apresentando como uma ferramenta eficaz de intervenção psicossocial avançada, cuja finalidade é reduzir o estresse provocado por situações-problemas que surgem no cotidiano das pessoas, com vistas a minimizar o sofrimento psíquico de seus participantes (Brasil, 2006; Rocha et al., 2009; Ferreira Filha et al., 2009; Barreto; Lazarte, 2013; Lazzarini; Grandesso, 2013). Entendamos como intervenção psicossocial avançada, toda prática concebida na realidade de um território, onde são levados em consideração a singularidade das pessoas e suas comunidades (BRASIL, 2013).

Pesquisas com a TCI têm demonstrado o quanto ela tem sido um instrumento potente e eficaz no tocante à promoção da saúde mental, fortalecimento da capacidade de resiliência e dos vínculos, no processo de empoderamento, inclusão social e resgate da autoestima, elementos necessários para que as pessoas se tornem protagonistas de sua própria história e direcionem suas vidas.

Como foi dito anteriormente, estudos apontam que a autoestima negativa tem uma forte relação com a depressão e a presença de sintomas psiquiátricos em mulheres no climatério é bastante comum. Sendo a autoestima positiva um constructo básico para o desenvolvimento da capacidade de melhorar a adaptação da mulher à este período, parto do pressuposto de que as mulheres que vivenciam o climatério sofrem com seus medos, angústias e ansiedade e, por isso, acabam buscando estratégias menos eficientes para enfrentar as suas dificuldades e seus problemas. Portanto, acredito que a participação de mulheres que vivenciam o climatério com depressão, em rodas de TCI, poderá proporcionar a elas, a oportunidade de desenvolver ou ampliar a autoestima, tornando-as mais capazes de se adaptarem com mais facilidade a esta etapa da vida.

Com base no que foi exposto, as questões norteadoras que encaminharam o desenvolvimento deste estudo, foram as seguintes: Como a TCI pode ajudar as mulheres que vivenciam o climatério a reduzir os sinais e sintomas de depressão e consequentemente elevar

a autoestima? Quais as situações enfrentadas por essas mulheres que contribuem para diminuir a autoestima e aumentar o risco para depressão? Que mudanças positivas podem ocorrer na vida dessas mulheres após a participação delas, em rodas de TCI?

Defendo neste estudo, a tese de que a TCI é uma tecnologia de cuidado potente, capaz de provocar nas mulheres que vivenciam o climatério, a resignificação das suas angústias e de seus medos, capacitando-as ao desenvolvimento da autoestima ao mesmo tempo em que atua na prevenção do adoecimento psíquico, promovendo a saúde e o bem estar deste grupo específico.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

- Avaliar a eficácia da Terapia Comunitária Integrativa, como tecnologia do cuidado, capaz de aumentar a autoestima e reduzir os sinais e sintomas da depressão, de mulheres vivenciando o climatério.

1.3.2 Específicos

- Investigar os sinais e sintomas de depressão e a medida da autoestima das mulheres, antes e após a intervenção, para avaliar o efeito da TCI na melhora da autoestima e redução dos sinais e sintomas de depressão;
- Identificar as principais situações-problemas que essas mulheres vivenciam e, que diminui a autoestima, aumentando os sinais e sintomas da depressão;
- Destacar as mudanças positivas que ocorreram na vida das mulheres, após a participação nas rodas de TCI, que contribuíram para a melhora da autoestima e redução dos sinais e sintomas de depressão.

Marco teórico e conceitual



2 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

Para compor este capítulo, inicialmente, apresentaremos a construção de uma revisão da literatura, trazendo ao leitor toda a produção da TCI, envolvendo mulheres, enfatizando os objetivos, principais resultados e conclusões relevantes de cada estudo. Sequencialmente, abordaremos as bases conceituais e os alicerces teóricos que constitui a TCI, bem como, apresento didaticamente, o passo a passo para a condução do método. No tópico seguinte, discorro brevemente sobre a evolução histórica das políticas públicas para mulheres no climatério, realizando uma avaliação acerca de como a assistência tem sido ofertada atualmente na ESF, para este grupo específico. Ao final, abordaremos os conceitos sobre o climatério, enfatizando as principais alterações psicossociais que afetam negativamente a autoestima da mulher e, conseqüentemente aumenta o risco para o desenvolvimento da depressão.

2.1 Revisão Integrativa da Literatura, sobre TCI, envolvendo mulheres

Para a construção dessa revisão, o levantamento dos artigos foi realizado mediante consulta online, nas principais plataformas de pesquisa disponíveis como SciELO, Bireme, LILACS e Portal de Periódicos da CAPES. Nesta busca foram utilizadas as palavras chaves: “Mulher *and* Terapia Comunitária Integrativa” ou “Mulher *and* TCI”.

Como critérios de inclusão os estudos deveriam estar disponíveis na íntegra e abordar a TCI envolvendo mulheres. Não foi utilizado recorte temporal ou restrição de tempo com o intuito de aumentar o potencial da busca. Dessa forma, foram resgatados 38 estudos publicados desde o ano de 2005 até os dias atuais. No entanto, desses, 07 envolviam mulheres, sendo 2 artigos e 5 dissertações de mestrados. De acordo com Silva (2016) o Brasil é pioneiro e se destaca quanto à produção intelectual e compartilhamento de saberes sobre a TCI.

O *primeiro* artigo que abordava a TCI envolvendo mulheres foi publicado em 2007, sendo esta a única publicação do referido ano. Trata-se de um artigo construído a partir de uma Dissertação, produzida no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária - GEPSMEC, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB. A pesquisa utilizou como referencial metodológico, a História Oral Temática (HOT) e versou sobre as contribuições da TCI para o enfrentamento das

inquietações vivenciadas por 9 gestantes usuárias da ESF de Mangabeira IV – mesma unidade de saúde, da qual a presente tese está sendo desenvolvida. Como resultado, as autoras concluíram que as rodas de TCI vem se constituindo como uma importante tecnologia do cuidado com gestantes, aliviando o sofrimento por meio da fala, da escuta e da partilha de experiências do cotidiano (HOLANDA; DIAS; FERREIRA FILHA, 2007).

As próximas publicações, também provenientes do GEPSMEC, ocorreram em 2009, sendo uma delas com mulheres – o *segundo* artigo recuperado nas plataformas. Também foi uma pesquisa realizada na ESF, em uma unidade do município de Vila Flor, no Rio Grande do Norte e teve como objetivo investigar as contribuições da TCI com relação ao cuidado de 13 mulheres, usuárias do serviço, que frequentavam as rodas. As autoras constataram, através da análise dos discursos, que a TCI possibilitou que as mulheres ao compartilharem suas dores e sofrimentos, obtiveram apoio do grupo buscando estratégias para aliviar o sentimento de dor associado aos lutos não elaborados. Para as autoras, as rodas de TCI também resgatou a resiliência das mulheres, contribuindo para o empoderamento, melhorando a autonomia e autoestima das mesmas. Além disso, possibilitou o fortalecimento dos vínculos familiares, sociais, comunitários e espirituais (FERREIRA FILHA et al., 2009).

A partir de 2010, as publicações foram crescendo excepcionalmente a cada ano e em 2012, identificamos mais uma produção do GEPSMEC, envolvendo mulheres – uma dissertação de mestrado, da qual, a autora procurou, através do método da HOT, conhecer as mudanças ocorridas nos aspectos pessoais e profissionais de enfermeiras que utilizavam a técnica da TCI como estratégia de cuidados com grupos de uma unidade de saúde da família, que foi cenário de implantação da TCI, na capital paraibana; como também, compreender os motivos que levaram estas enfermeiras a buscarem a capacitação em TCI e os desafios enfrentados por elas, para a implementação desse recurso terapêutico. As histórias revelaram que, o que as motivou a procurar por capacitação em TCI, foi a dificuldade de desenvolver atividades coletivas que contemplassem as novas exigências de implantação de estratégias de cuidados apontadas pelo novo paradigma do modelo comunitário de saúde. Em relação às mudanças ocorridas na vida pessoal e profissional das enfermeiras, a capacitação em TCI influenciou nos modos de agir e pensar a partir do autoconhecimento e despertar da resiliência. Quanto as dificuldades encontradas, elas citaram problemas de estrutura física, o uso de metodologias tradicionais, a desmotivação dos profissionais, o desinteresse dos usuários, a pouca participação da equipe, a sobrecarga de trabalho e falta de apoio da gestão. Contudo, a autora concluiu, enfatizando que a TCI se mostrou como um instrumento eficaz que auxilia tanto no atendimento individual, quanto em atividades em grupo (SÁ, 2012).

Em 2013, uma produção relevante, também oriunda do GEPSMEC, foi a publicação de um livro: *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*, pela editora da UFPB e organizado por Ferreira Filha, Lazarte e Dias (2013), no qual foram reunidas pesquisas envolvendo relatos de experiências, teses e dissertações. Essa obra se destaca como uma fonte importante de pesquisa e por apresentar aos leitores a importância da TCI nos diferentes contextos. A obra foi dividida em cinco eixos temáticos e em treze capítulos, trazendo uma atualização da TCI no tocante ao seu conceito, suas bases teóricas e seu método.

No segundo eixo do livro: *A TCI como instrumento de transformação*, encontramos 2 resumos de dissertações de mestrados realizadas com mulheres: *Tempo de falar e tempo de escutar: a produção de sentido em um grupo terapêutico*, foi produzida sob a óptica da psicologia, em 2005 e teve como pretensão compreender o sentido atribuído à TCI, por 5 mulheres participantes. Os achados desse sentido, encontrados pelos autores foram compilados em cinco categorias: 1) a valorização das relações desenvolvidas pelas participantes, das famílias e das redes de relações que estes estabelecem com o seu meio; 2) o fortalecimento da dinâmica interna de cada sujeito, possibilitando que este possa tornar-se mais autônomo e desenvolva um sentido de autoria da sua própria vida; 3) o fortalecimento dos vínculos nas comunidades, através da formação de uma rede social de solidariedade e de participação entre os sujeitos; 4) a produção do sentido a partir das práticas discursivas realizadas no grupo, com ênfase no falar e no escutar e, por último, 5) quanto às percepções das participantes em relação às características da TCI: as várias fases da aplicação e quanto ao papel do terapeuta. Dessa forma, os autores concluem que a TCI tem lugar importante na vida das mulheres participantes que antes não tinham voz e, que agora, contam com um espaço privilegiado de fala e escuta (CAMARGO; FERREIRA, 2013).

O segundo resumo de dissertação, não menos importante que ainda compõe o mesmo eixo acima citado, foi publicada em 2009 e intitula-se: *Terapia Comunitária e Resiliência: histórias de mulheres*. Essa produção, também proveniente do GEPSMEC, utilizou mais uma vez, o método da HOT e teve como objetivo conhecer as experiências resilientes de 15 mulheres que participavam das rodas de TCI, identificando as fontes de forças que elas utilizavam no enfrentamento das situações de sofrimento e as principais características resilientes. Assim, os autores concluíram que a TCI é um espaço favorável para construção de uma rede de apoio, uma estratégia de criação e de fortalecimento de vínculos sociais, tornando-se uma ferramenta importante no despertar da capacidade resiliente de cada um. Observaram também, que as características resilientes das participantes se apresentaram de diferentes maneiras, nos

diferentes contextos e que pessoas resilientes enfrentam a vida de forma mais otimista (BRAGA et al., 2013).

No terceiro eixo: *A TCI na Estratégia Saúde da Família/SUS: mudanças de práticas*, encontramos outro resumo de dissertação oriundo do GEPSMEC: *Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida*, novamente. Nesta pesquisa, que também teve como referencial metodológico a HOT, o objetivo foi analisar as transformações relatadas por 10 colaboradoras e terapeutas comunitárias da ESF, motivadas pelo processo de formação em TCI, identificando de que modo a formação pode se tornar instrumento de transformação na vida e verificar as possíveis contribuições do processo de formação, no despertar de mudanças no trabalho do profissional e terapeuta. Os autores concluíram que a TCI é uma ferramenta de cuidado que se aproxima dos princípios doutrinários do SUS, no sentido de potencializar a construção das redes de apoio social, possibilitando mudanças sociais e reconhecendo as competências de cada sujeito na superação de suas dificuldades e transformações de práticas e saberes (CARÍCIO et al., 2013).

No quarto eixo: *A TCI com grupos específicos*, dois resumos de dissertações provenientes do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, do Rio de Janeiro, foram produzidos, envolvendo populações femininas, em 2010. Contudo, um deles já foi mencionado no início deste capítulo, pois foi recuperado na plataforma em forma de artigo. Assim, citaremos o único resumo de dissertação que tem como título: *Terapia Comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão: uma estratégia de Saúde Mental no PSF de Petrópolis/RJ*, tendo como objetivo geral avaliar a contribuição da TCI como abordagem complementar no tratamento da depressão, em um PSF, a partir da percepção do usuário. A amostra foi constituída por 20 mulheres que apresentavam sinais e sintomas de depressão, identificados a partir do Inventário de Beck, o mesmo instrumento utilizado neste estudo de tese. As mulheres tinham idades entre 15 a 75 anos e deveriam participar de pelo menos 80% dos encontros de TCI. A pesquisa evidenciou a prevalência dos indicadores psicossociais na depressão e como resultado, os autores apontaram que na percepção das usuárias, a TCI é um espaço de fala, se aliviar, ser escutado pelo grupo, diminuir os sentimentos de tristeza e medo e sair do isolamento, possibilitando também, a troca de experiências e aprendizado, além de ser um espaço facilitador do diálogo se estendendo também às relações sociais e familiares (SILVA; ALMEIDA, 2013).

Constata-se, portanto, que a produção de pesquisas com a temática da TCI, envolvendo mulheres, ainda é escassa, o que torna o desenvolvimento da presente tese, pertinente. Nota-se, também que a maior parte das produções foram desenvolvidas na ESF, aspecto que se justifica

por se tratar de uma ferramenta utilizada essencialmente em comunidades, apesar de sua viabilidade em qualquer tipo de serviço ou espaço, seja público ou privado. Quanto ao método adotado na maioria das pesquisas, o da HOT se deve ao fato de a maior parte das publicações serem produzidas a partir do GEPSMEC e do Grupo de Estudos e Pesquisa em História Oral e Saúde da Mulher - GEPHOSM, também vinculado ao PPGENF/UFPB.

2.2 A Terapia Comunitária Integrativa: bases conceituais e alicerces teóricos

A história da TCI se confunde com a própria história de vida de seu criador Dr. Adalberto de Paula Barreto. Nascido e criado em Canindé, sertão do Ceará, cidade de romarias, criou a TCI na tentativa de travar um diálogo entre o conhecimento científico e o saber popular. Acostumado com as pessoas humildes de sua região e resoluto em ajudá-los, além de ser influenciado pelas crenças religiosas no processo de cura das doenças, ao ingressar na Faculdade de Medicina, ele percebia que aos poucos, o mundo acadêmico, dominado pelo modelo biomédico, exigia dele, a renúncia das crenças e da sua própria cultura (SILVA, 2016; BARRETO, 2008).

Ao sentir sua identidade ameaçada e temendo ser devorado pelas “certezas científicas” ele passou a desconfiar das “grandes certezas”. Ao passo que em seu primeiro universo cultural – àquele com pouca liberdade e espaço para contestações, ele era nutrido pelas coisas mágicas, do qual o homem, para sobreviver deveria considerar o essencial, que é invisível aos olhos; por outro lado, o universo científico, com suas explicações científicas, lhe concebia realizar algumas coisas dentro do seu universo mágico-religioso. Entretanto, a ciência ao mesmo tempo em que lhe fascinava, causava-lhe medo, pelo seu caráter excludente que desvalorizava as crenças populares. Assim, diante dessa crise e instigado pelo desejo de mudança, ele buscou novos conhecimentos na filosofia, teologia, psiquiatria, antropologia e psicanálise (BARRETO, 2008, grifo do autor).

Em 1983, já então, professor da Universidade Federal do Ceará e decidido a dar a sua contribuição de tudo que aprendera e refletira, Barreto criou a disciplina Antropologia da Saúde, que era ministrada aos alunos de medicina, na favela, dando-lhes a oportunidade de vivenciar os aspectos culturais da doença e do processo de cura na comunidade (Barreto, 2008, Barreto; Boyer, 2009). Contudo, para atender a essa demanda dos excluídos e necessitados, surgiu na favela de Pirambu, em Fortaleza, o Projeto Quatro Varas, que tinha como objetivo prestar um

trabalho de prevenção e cuidados psicológicos para estas pessoas e foi a partir daí que surgiu o Movimento Integrado de Saúde Mental - MISMEC/CE que por sua vez, deu origem a TCI (BARRETO, 2008).

Dessa forma, o MISMEC foi se consolidando como laboratório de desenvolvimento dessa metodologia inovadora de intervenção na comunidade e por consequência, a TCI foi sendo difundida pelo Brasil, através dos 42 polos formadores e, para outros países de forma progressiva. Foi implantada na Rede do SUS e na ESF desde agosto de 2008 como uma estratégia de mudança do modelo biologista vigente com foco na política assistencial, para uma política solidária de promoção da saúde e da vida (SILVA, 2016; BARRETO, 2008; BARRETO et al., 2011).

Barreto e Lazarte (2013) explicam que o termo terapia vem do grego *Therapeia*, e diz respeito a acolher, servir, atender. Enquanto que o termo (comunitária) deriva de comunidade, que significa a união das duas palavras: comum + unidade, designando pessoas com as mesmas características como, por exemplo, o sofrimento e a busca de estratégias para enfrentá-lo. Todavia, geograficamente falando, comunidade também significa o local onde as pessoas vivem e convivem como escolas, trabalho, etc., sendo, portanto, um ambiente social onde os riscos são vividos e resolvidos.

A TCI é integrativa porque se trata de uma prática que unifica as pessoas, valorizando suas diversidades culturais, competências individuais e coletivas em prol da luta contra a exclusão e fragmentação social e, apresenta caráter sistêmico porque considera que todas as dificuldades se relacionam com o contexto e interação social (BARRETO; LAZARTE, 2013).

Barreto (2008) define a TCI como um espaço promotor de relações interpessoais e intercomunitárias que tem como objetivo valorizar as experiências de vidas das pessoas que dela participam, proporcionando o resgate da sua identidade cultural, despertando a autoconfiança e restaurando a autoestima, por meio da ampliação da percepção dos problemas e suas possibilidades de resolução, a partir das competências do grupo e recursos da comunidade. Contudo, também promove a construção de redes solidárias, fortalece vínculos, gera empoderamento, inclusão e resgate dos valores de cidadania.

Trata-se de uma proposta terapêutica de intervenção com foco na prevenção que acontece em um ambiente acolhedor onde o próprio sujeito encontra a solução dos seus problemas. Nesse ambiente, são discutidos temas do cotidiano das pessoas, cada um fala por si e de sua experiência de vida, sempre a partir de uma situação-problema que permite às outras pessoas que se encontram na posição de ouvinte, encontrar também, soluções para as suas dificuldades (BARRETO; LAZARTE, 2013).

Nessa direção, autores concordam que a TCI é uma prática fomentadora de cidadania, uma vez que se constitui em um espaço de escolhas coletivas, pois na sua metodologia, a apresentação dos temas pelos participantes e a escolha de um desses temas que lhes pareçam relevantes naquele momento, a partir de uma reflexão coletiva, propicia além de uma abordagem de ação terapêutica, o próprio exercício da cidadania, contribuindo para a transformação social (HORTA; CALDEIRA, 2011).

Barreto (2008, grifo do autor), elenca os seguintes objetivos da TCI: reforçar a dinâmica intrínseca de cada indivíduo para que o mesmo descubra seus valores e potenciais para se tornar uma pessoa autônoma; desenvolver a autoestima individual e coletiva; reforçar a autoconfiança de cada pessoa para que o mesmo possa evoluir como pessoa; valorizar o papel da família e de sua rede de apoio estabelecida; estimular nas pessoas e comunidade o sentimento de união e valorização de sua cultura; estimular o desenvolvimento da comunidade, combatendo a desagregação das pessoas por meio da restauração e fortalecimento dos vínculos sociais; promover e valorizar as práticas culturais de tradição que são a fonte do “saber fazer” e guardiãs da identidade cultural; unificar o “saber popular” e o “saber científico” e, por fim, estimular a participação como fonte promotora das relações sociais, abrindo espaço para a conscientização, estimulando o grupo por meio do diálogo e reflexão a se tornarem agentes de transformação.

Segundo Barreto (2008), a TCI possui três características básicas:

1. Dá-se em torno de uma discussão e realização de um trabalho preventivo e curativo em saúde mental, envolvendo todos os elementos da comunidade como, agentes de saúde, educadores, curandeiros, etc.;
2. Dá-se em função, também, do trabalho de grupo, sejam eles, de mulheres, adolescentes ou idosos, dos quais, irão buscar soluções para seus problemas diários se tornando um instrumento de agregação social.
3. Diz respeito ao desenvolvimento da consciência social, ou seja, as pessoas se tornam conscientes da origem de seus problemas e das implicações sociais que giram em torno do sofrimento. Essa consciência adquirida favorece a descoberta das potências terapêuticas necessárias para enfrentar os problemas.

Com base nessas características ora mencionadas, a TCI tem se mostrado como um potente recurso terapêutico para a prevenção em saúde mental e alívio do sofrimento daqueles que procuram o bem-estar físico e emocional, rompendo com o modelo biologista, com enfoque na doença e na intervenção curativa. Trata-se de uma forma diferente de assistir ao outro em que o foco é a sua dor e o seu sofrimento, configurando-se em uma nova maneira de

atendimento aos grupos (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006; D'AFONSECA; BARBOSA, 2007; BARRETO, 2008).

Portanto, a TCI é considerada um instrumento de intervenção psicossocial importante e essencial, que se configura como uma nova modalidade terapêutica e complementar voltada para a prevenção no nível primário de atenção à saúde, permitindo que só afluam para outros níveis de atenção quando realmente for necessário (Barreto, 2008a; Brasil, 2013). Com finalidade de prover meios de promoção à saúde na atenção básica, se encontram em consonância com as ações propostas no Pacto pela Saúde, do Ministério da Saúde que se constitui em um pacto solidário para que os usuários sejam atendidos dentro dos princípios preconizados pelo SUS (equidade, universalidade e integralidade) (Ferreira Filha et al., 2009). Desde 2016, a TCI faz parte dos serviços ofertados pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e sua maior conquista no cenário nacional, foi sua consolidação em 2017, através da Portaria n. 145/17, da qual juntamente com outras práticas, receberam novos códigos, na tabela de procedimentos do SUS, com o intuito de facilitar para os gestores a identificação dos procedimentos (MISMEC-DF, 2017).

A inserção da TCI na ESF amplia o vínculo entre o profissional e a comunidade, representando uma metodologia dinâmica, participativa e integrativa dos grupos de educação em saúde. Além disso, fortalece a prática do autocuidado e da corresponsabilidade da população em relação ao seu processo saúde-doença; favorecendo também, a construção do diagnóstico epidemiológico da comunidade e redirecionamento da demanda de pessoas com problemas relacionados ao sofrimento que ocupam vagas nos agendamentos das consultas. Enquanto ferramenta de trabalho comunitário está alicerçada em cinco eixos teóricos: Pensamento sistêmico; Teoria da comunicação; Antropologia cultural; Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência. Discorreremos sobre esses conceitos a seguir para o melhor entendimento de sua metodologia (BARRETO, 2008).

2.2.1 O Pensamento Sistêmico

O termo pensamento sistêmico vem do grego (*Synhistanai*) que significa - colocar juntos e foi utilizado pela primeira vez no século XX, pelo bioquímico Lawrence Henderson. O pensamento sistêmico tem sido o novo paradigma das ciências. É uma nova maneira de abordagem da realidade que surgiu em contraposição ao pensamento cartesiano, reducionista,

herdados dos filósofos da Revolução Científica do século XVII, como Descartes, Bacon e Newton (SILVA, 2014).

Pensar sistematicamente significa pensar de uma forma multidimensional, focalizando o todo e todas as partes que o compõe, além da interação entre as partes do sistema, entendendo que o todo jamais poderá ser avaliado pela simples análise de suas partes. De acordo com essa concepção, Barreto (2008, p. 27) ao trazer o conceito de pensamento sistêmico para a TCI, explica “[...] que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebemos como partes integradas de uma rede complexa, cheias de ramificações, que ligam e relacionam as pessoas num todo [...]”. Em outras palavras, todo sofrimento advindo das crises e dos percalços da vida devem ser percebidos como parte de um todo complexo que envolve as dimensões biológicas (corpo), psicológicas (mente e sentimentos) e a sociedade, formando um sistema de infinitas relações (BARRETO, 2008).

Sendo assim, o pensamento sistêmico tem oferecido importantes contribuições para o campo da saúde, pois considerando a complexidade que envolve o ser humano e suas relações em contextos torna-se relevante na produção da saúde humana (Moré et al., 2004). A abordagem sistêmica possibilita compreender a pessoa e sua relação com a família, com a sociedade, com seus valores e crenças, pois tendo em mente a importância da observação do contexto e a globalidade, é possível situar o problema sem se dissociar das várias partes do conjunto (BARRETO; LAZARTE, 2013).

Na TCI, a abordagem sistêmica implica em reconhecer que o ato de uma pessoa, sua vida, seus valores, atitudes e sua forma de agir no mundo estão organizados dentro de um contexto que dá sentido aos seus atos, em forma de comportamentos e atitudes. Implica também, em não julgar isoladamente, mas compreender e perceber as coisas dentro de um contexto próprio, numa perspectiva de integralidade (BARRETO; LAZARTE, 2013).

2.2.2 A Teoria da Comunicação

Inicialmente se faz pertinente explicar a origem da palavra comunicação que segundo Hoebel e Frost (1995) vem do latim (*Communicare*) e significa partilhar elementos de comportamento em um processo onde o indivíduo provoca uma resposta em outro indivíduo, ou seja, é partilhar, participar algo, tornar comum. Por meio da comunicação as pessoas

partilham diferentes informações entre si, tornando o ato de comunicar algo essencial para a vida em sociedade.

Watzlawick (1967) quando formulou a Teoria da Comunicação afirmou existir cinco axiomas entre dois indivíduos e que se um deles não funciona, a comunicação não é estabelecida. Vejamos a seguir, os cinco axiomas elaborados por Paul Watzlawick:

- É impossível não se comunicar;
- Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação;
- A natureza de uma relação está dependente da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes;
- Os seres humanos se comunicam de forma digital e analógica;
- As permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença.

A teoria da comunicação é um dos pilares básicos da TCI. A comunicação é o responsável por unir os indivíduos, as pessoas e comunidade, sendo ela expressada por meio de comportamento ou ato, verbal ou não, individual ou coletivo em um universo de possibilidades de significados e sentidos da existência humana (Barreto, 2008). Em outras palavras, a comunicação se apresenta com múltiplas possibilidades de significados e sentidos (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010).

Segundo Barreto e Lazarte (2013, p. 29), “Toda a conduta humana é transmissora de mensagens, inclusive quando nos propomos a não comunicar, estamos a dizer algo: você não existe, você não me importa, você não é de nada.” Sendo assim, na TCI aprendemos que quando uma pessoa deixa de ter sentido ou é ignorada, dizemos que ela é denegada e isso afeta diretamente a sua autoestima. Desta forma devemos estar atentos aos efeitos nocivos usados de maneira ambígua, uma vez que todo ato de comunicação tem várias possibilidades de significados e sentidos que podem estar ligados ao comportamento e a busca de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer como cidadão (BARRETO, 2008).

Portanto, o que se aprende na TCI em termos de comunicação é não se deixar cair em suas armadilhas. O processo de comunicação se dá com a transmissão de uma informação (emissor) para um receptor que decodifica (interpreta) uma determinada mensagem. Mas a comunicação é muito mais que isso, é um meio de transmissão de ideias, emoção e valores, por meio de um sistema de símbolos produzidos. Além disso, a comunicação permite a interação face a face entre as pessoas, se reforçando como uma ferramenta de integração, de troca e desenvolvimento, fomentando a formação de vínculos (HOEBEL; FROST, 1995; PEDUZZI et al., 2009; BARRETO; LAZARTE, 2013).

Nesse sentido a TCI, por meio da comunicação, apropria-se das experiências compartilhadas na roda e amplia as possibilidades de ressignificação e de transformação de seus participantes.

2.2.3 A Antropologia Cultural

A cultura é o conjunto de comportamento, de valores e das crenças culturais de um povo. A partir dela, as pessoas tomam como referencial e adquirem habilidades para pensar, avaliar e discernir valores para realizar suas escolhas no cotidiano. Portanto, a cultura é a expressão maior de um grupo social, sendo uma referência necessária para a construção da nossa identidade pessoal e comunitária. É com base nessa referência que podemos nos afirmar, nos aceitar e nos amar, para então, podermos nos doar para os outros, amar os outros e assumir nossa identidade como pessoa e cidadão (BARRETO, 2008).

De acordo com Barreto (2008), valorizar a nossa cultura, nos permite romper com a dominação e exclusão social que, muitas vezes, nos impõe uma identidade negativa ou baseada em valores de outra cultura que não respeita a nossa. Ao reconhecermos que moramos em um país multicultural e aprendemos a respeitar essa diversidade, descobrimos o quanto ela é positiva, pois é uma verdadeira fonte de riqueza de um povo. Este recurso nos permite somar com outros conhecimentos, multiplicando nossos potenciais de crescimento e de resolução de nossos problemas sociais.

Na TCI, as pessoas são impulsionadas a ir de encontro consigo mesmas, por meio do autoreconhecimento no qual as falsas autoimagens vão sendo descobertas e eliminadas, sendo substituídas por autoconceitos positivos. O participante da TCI torna-se terapeuta de si mesmo e isso envolve, entre outras coisas, o reencontro profundo com as suas raízes, sua identidade, sua origem, seu pertencimento (BARRETO; LAZARTE, 2013).

2.2.4 A Pedagogia de Paulo Freire

Na concepção de Paulo Freire, o ensino não é apenas uma transferência de conhecimento, é exercitar o diálogo, é troca. Aquele que ensina, aprende com seu aprendiz. Além disso, existe

associação entre o ato de ensinar e a realidade vivida, abrindo espaço para os educandos expressar os problemas reais vividos dentro do contexto no qual se encontram (BARRETO, 2008).

Desta forma, a TCI é um instrumento pedagógico que tem permitido a aplicabilidade das ideias de Paulo Freire. Segundo Lazarte (2010), a TCI e a pedagogia de Paulo Freire partilham princípios comuns, como a autonomia, a horizontalidade do saber e a educação como prática libertadora. Na TCI as pessoas são protagonistas de sua própria história e donas de sua direção, ou seja, de escrevê-las e reescrevê-las, inclusive dentro de uma perspectiva emancipatória. A horizontalidade do saber valoriza o saber que cada um possui e desenvolve ao longo de sua vida e, a educação como prática libertadora, refere-se ao apropriar-se da sua história de vida, numa perspectiva de autoconhecimento, para fazer escolhas e adotar posicionamentos e não como vítimas das circunstâncias.

Assim como ocorre na TCI, o método Paulo Freire é uma forma de ver o mundo, de ler a realidade e a si mesmo, de agir individualmente ou em grupo, a partir de valores gerados do encontro com a matriz sociocultural e histórica a qual se pertence. Com relação ao movimento de educação popular de Paulo Freire, esse se assemelha aos princípios educacionais adotados na TCI, por agirem na base, pois se constituem em movimentos sociais que modifica a consciência do oprimido em direção à sua libertação na prática, sendo um dos eixos principais dessa ação libertadora, o resgate da autoestima das pessoas e comunidade (BARRETO; LAZARTE, 2013).

Destarte, o resgate da autoestima está ligado diretamente “[...] à libertação da pessoa e das comunidades, dos estereótipos e dos preconceitos internalizados, que os faziam se repudiar e se desconhecem a si mesmos, por terem introjetados a visão do opressor.” Na TCI o resgate da autoestima se dá a partir do momento em que as pessoas se percebem como uma pessoa que tem o direito de existir e de ser ele mesmo e, não o que os outros pensam ao seu respeito ou o que os outros querem que a pessoa seja. Portanto, cada um de nós é um mundo a ser transformado e não há ninguém ou entidade que possa nos libertar se não assumirmos, nós mesmos, a responsabilidade de sermos autores do nosso destino, de sermos pessoas autônomas (BARRETO; LAZARTE, 2013, p. 28).

Barreto (2008) conclui que na TCI, a construção da identidade pessoal e coletiva, a aproximação entre teoria e prática e a valorização dos recursos pessoais, como as nossas raízes culturais se assemelha com os mesmos traços da pedagogia do oprimido e da pedagogia da autonomia.

2.2.5 A Resiliência

Segundo Yunes (2003) o termo resiliência apresenta diferenças culturais, nas línguas portuguesa e inglesa, em suas propriedades de significado. Na língua inglesa, o termo é originado da Física e faz referência à capacidade ou poder que um material tem de, quando exposto a alguma tensão ou estresse, retomar a sua configuração inicial, após a eliminação do agente estressor. Na língua inglesa, o termo apresenta duas definições. A primeira delas, diz respeito à habilidade de voltar rapidamente ao seu estado usual de saúde ou de espírito, depois de passar por doenças, dificuldades, problemas. A segunda explicação para o termo encontrada no mesmo dicionário afirma que se trata da habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida, flexibilidade.

Para Pinheiro (2004), resiliência é a capacidade do ser humano de se recuperar psicologicamente quando é exposto às adversidades da vida. Antunes (2003) define como a capacidade de pessoas, grupos ou comunidades resistir não só às diversidades, mas também, utilizá-las para seu desenvolvimento pessoal e crescimento social.

Barreto e Lazarte (2013), explicam que resiliência é o saber que uma pessoa adquire, por meio de sua experiência ao longo de sua vida, conforme forem suas lutas, vitórias, sobre dores que poderiam tê-la destruída ou que de fato, a destruiu durante anos. Segundo os mesmos autores, quando a pessoa emerge vitoriosa, ao passar por um processo de estranhamento de si, ao recuperar a sua autoestima, aprende o valor que ela tem na vida por ter vencido tantas batalhas e que é dona de um saber e de um poder que só deve a si mesma e a mais ninguém. Para Barreto (2008), os traumas, as carências, os obstáculos e os sofrimentos superados se transformam em sensibilidade e competência, levando-nos a reparar outros sofrimentos. Essa habilidade e competência adquirida à base do sofrimento são transmitidas de geração a geração, pela tradição oral. Portanto o saber produzido na vida, no contexto familiar, na escola, com base em nossa história, nossos valores culturais e nossas origens étnicas, nos torna um sujeito ativo, empoderado para enfrentar as adversidades da vida (BARRETO, 2008).

Para Melo (2012), não existe modelo ou forma para alcançar o empoderamento. Ele é moldado para cada indivíduo, conforme suas experiências individuais, seus contextos e suas histórias. Na visão de Gohn (2004) o empoderamento individual tem como indicadores, a autoestima, autoconfiança e autoafirmação.

Portanto, na TCI, o enfrentamento dos problemas vivenciados por alguns produz um saber que quando partilhado no grupo são utilizados por outros membros como matéria-prima,

tornando-os empoderados e fornecendo subsídios para a construção de uma conscientização sobre a origem do problema ou da solução do mesmo (BARRETO, 2008).

A seguir, adentraremos no método da TCI, explicando detalhadamente o passo a passo para o planejamento e execução, além dos cuidados a serem tomados pelo terapeuta comunitário ao conduzir uma roda de terapia.

2.2.6 A Terapia Comunitária Integrativa e seu método:

Inicialmente é necessário preparar o terreno. Esse preparo exige atenção por parte do terapeuta para desenvolver ações de mobilização da comunidade. Algumas dessas ações incluem: promover o envolvimento da comunidade; identificar ou convidar pessoas para formar uma equipe de animação, como por exemplo, a participação de violeiros, sanfoneiros, etc.; consolidação da participação da comunidade com ajuda de uma equipe de apoio que será encarregada de divulgar o trabalho, convidar novas pessoas, arrumar o local e torná-lo acolhedor, organizar a oferta do lanche coletivo e homenagear os aniversariantes da semana e por fim, orientar aos agentes comunitários de saúde em visitas às famílias a falar sobre o assunto, convidando-as e incentivando-as a participar das rodas de TCI. Após esse cuidado, a TCI deve ser realizada respeitando as seguintes fases sequenciais:

- No 1º passo, momento do **Acolhimento**, os terapeutas acomodam os participantes em um círculo para que todos possam olhar para a pessoa que está falando, então, um dos terapeutas dar as boas-vindas, podendo ser iniciada com músicas de conhecimento do grupo. As músicas nesta etapa estimula a participação, desinibindo os participantes, tornando o ambiente alegre e acolhedor. Em seguida, é feita a celebração da vida dos aniversariantes do mês, seguido da explicação dos objetivos da TCI e suas regras. A regra principal diz respeito ao fazer silêncio enquanto o outro fala; a segunda alerta que cada participante deverá falar de sua experiência, do seu sofrimento e, a terceira regra, diz respeito ao julgamento, ou seja, na roda de TCI não é permitido, aconselhar ou dar sermões e a quarta regra refere que entre uma fala e outra, qualquer participante pode interromper a reunião para sugerir uma música, um provérbio ou piada dentro do contexto. A quinta e última regra fala do respeito ao outro, sua história de vida e que a TCI é um espaço de escuta e compreensão do sofrimento humano. Ao final, também é possível aquecer o grupo com alguma dinâmica e, conclui apresentando o terapeuta responsável pela condução da roda.

- No 2º passo, depois que todos estejam confortáveis, é necessário realizar a **Escolha do tema**. Nesta fase, o terapeuta que irá conduzir a roda, pergunta ao grupo quem dali gostaria de começar a falar sobre o que está lhe fazendo sofrer. Estimula os participantes a falar sobre aquilo que está inquietando. Neste momento, é importante o terapeuta explicar sobre a importância da fala e sempre lembrar o dito popular: “quando a boca cala, os órgãos falam, mas quando a boca fala, os órgãos saram”. É necessário clarear as ideias dos participantes enaltecendo a importância de desabafar, dividir os problemas e o sofrimento. Neste ponto, o terapeuta precisa estar comprometido com o grupo e com o processo de crescimento da comunidade, estabelecendo alianças com as pessoas envolvidas. Após cada participante falar de suas inquietações, o terapeuta põe em votação os temas citados na roda para que assim todos os participantes votem e escolham o tema que lhes pareça de maior interesse. Após o tema escolhido, o terapeuta agradece aos participantes e prossegue.
- No 3º passo - o da **Contextualização**, é obtido mais informações sobre o tema escolhido para que se possa compreender o problema no seu contexto. Cada participante que vem para as rodas de TCI vem com uma visão de mundo e sai enriquecido com outros pontos de vista ao se confrontar com a visão de mundo de outras pessoas, pois isso é tão importante que haja a atitude de escuta e o respeito ao próximo nesta hora, sendo necessário que o terapeuta esteja atento para evitar que ocorram conversas paralelas. O terapeuta e os demais participantes podem fazer perguntas para compreender o problema apresentado e neste momento o terapeuta está atento para a construção do mote.
- No 4º passo, que é o da **Problemática**, o terapeuta apresenta o mote que consiste na pergunta-chave que vai permitir a reflexão do grupo e a pessoa que expôs o problema fica em silêncio. A construção do mote é a alma da TCI porque a partir dele, as pessoas fazem uma reflexão coletiva trazendo à tona os elementos fundamentais que irão permitir a cada participante rever seus preconceitos e construir a realidade. O terapeuta pode lançar mão de dois tipos de mote, conforme o desenrolar da situação-problema. O mote coringa consiste em realizar um questionamento que possibilite a identificação de outros participantes do grupo com o problema apresentado; já no mote simbólico ou específico, o terapeuta anota as palavras-chave que servem de temas para serem refletidos, através de motes mais específicos, sendo que cada palavra sugere um tema. Então, neste momento as pessoas que passaram em algum momento de sua vida por algo parecido com o que foi falado e tiveram alguma estratégia de enfrentamento é o momento da troca de saberes e da partilha e assim o participante que teve seu problema escolhido elege as estratégias mais adequadas a serem aplicadas na resolução de seu problema.

- No 5º passo é realizada a **Conclusão ou Encerramento**, onde todos ficam de pé dando-se as mãos em um grande círculo. O terapeuta faz sua conotação positiva, valorizando e agradecendo o esforço, a coragem, a determinação e a sensibilidade de cada um, não no sentido de valorizar o sofrimento, mas no de reconhecer o esforço para superar os problemas. Em seguida, abre-se um espaço para todos partilharem o que mais lhe tocou com o tema escolhido. A conotação positiva permite que os participantes repensem seu sofrimento de uma maneira mais ampla, ultrapassando os efeitos imediatos da dor e da tristeza, atribuindo um sentido mais profundo à sua crise de forma que o ajude identificar melhor os recursos pessoais necessários para fortalecer a sua autoestima. Essa fase é um momento sagrado, visto que nessa etapa se constrói e se solidifica as redes sociais, a teia que une cada indivíduo da comunidade.

2.3 Evolução histórica das Políticas Públicas para mulheres no climatério

No Brasil, as questões relacionadas à saúde da mulher, foram incorporadas às políticas públicas nacionais no início do século XX e desde então, percorreu um longo caminho de mudanças, ajustes e aprimoramentos para se chegar ao que está disponível para as mulheres brasileiras nos dias atuais (BRASIL, 2008).

Nas décadas de 1930, 1940 e 1950, a mulher era vista sob o ponto de vista exclusivamente materno e como cuidadora do lar. Na década de 1960, o interesse mundial estava voltado para o controle da natalidade, isso devido ao desenvolvimento dos métodos anticoncepcionais, como a pílula e o dispositivo intrauterino, direcionando as políticas de saúde para as mulheres em idades férteis, ganhando destaque no Brasil até o final da década de 1970 com o Programa de Saúde Materno-Infantil (Mori; Coelho; Estrella, 2006; Brasil, 1975). A divulgação e uso dos métodos contraceptivo foram, em parte, responsáveis pela mudança no papel social das mulheres com maior inserção no mercado de trabalho e liberdade sexual (LABRA, 1989).

Nesta mesma época, a concepção de saúde era fragmentada, reducionista e se limitava ao ciclo gravídico-puerperal e seus agravos, como a redução das elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna, sendo suas ações verticalizadas e centralizadoras (LABRA, 1989; BRASIL, 2008).

Devido à assistência fragmentada e reducionista, as reais necessidades das mulheres brasileiras não eram atendidas. As mulheres constataram que a assistência era precária e que cada vez mais, os métodos contraceptivos estavam sob o controle médico e sua oferta era bastante limitada (Labra, 1989). Com isso, gerou um movimento feminista que deu início a um plano com uma série de reivindicações que tinha como objetivo incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões que envolvia temas como a desigualdade, gênero, trabalho, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (MOURA; SILVA, 2004).

A primeira luta das mulheres pelos seus direitos denunciava a total precariedade com que a mulher era assistida e vista unicamente sob o aspecto reprodutivo. Tais reivindicações motivou a criação de uma nova abordagem na saúde da mulher baseado no conceito integral da saúde (Formiga Filho, 1999; Brasil, 2004). Nesse contexto, o governo brasileiro, auxiliado pela nova conjuntura política de democratização, criou em 1983 e publicou em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 1984).

O PAISM foi elaborado por um grupo de pessoas que incluía sanitaristas, profissionais da saúde, representantes dos movimentos feministas, demógrafos e pesquisadores das universidades (Mandú, 2002). Foi o modelo assistencial que incorporou as aspirações feministas para a atenção à saúde da mulher, com ênfase nos aspectos da saúde reprodutiva, mas também, com propostas de ações dirigidas à atenção integral da população feminina e das suas necessidades prioritárias, significando uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então vigente (BRASIL, 2008).

Ao mesmo tempo, com o Movimento da Reforma Sanitária, o assunto da integralidade havia sido incorporado como uma das estratégias de enfrentamento da crise e como sendo uma alternativa para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil, contribuindo sumariamente para a implementação do PAISM que se caracterizou pelas propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços (Moura; Silva, 2004; Ayres, 2004). Guedes (2001) ressalta que os programas surgidos nesta década, que se diziam pautados na integralidade, eram pontuais e simplificados, atendendo a populações-alvo não havendo correspondência com as ideias preconizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária.

As medidas do PAISM incluíam o acesso das mulheres à contracepção e à integralização da assistência por meio de ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento, recuperação e de promoção da saúde em todas as fases do ciclo de vida feminino, incluindo o climatério (Brasil, 1984, 2008). Diante deste cenário, inúmeras atividades passaram a ser desenvolvidas nos Estados brasileiros com ações de capacitação voltados para a atenção integral

à saúde feminina e em algumas delas, ações específicas voltadas para a saúde da mulher no climatério. Nesse interim e diante das demandas exigidas, no ano de 1994, foi lançado pelo Ministério da Saúde, a Norma de Assistência ao Climatério (BRASIL, 2008).

Entretanto, somente em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, incluiu um capítulo sobre o climatério no documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. O plano de ação dessa política nacional tinha como objetivos a implantação e implementação da atenção à saúde da mulher no climatério, em todo o território nacional. O documento (Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa) trazia em seu corpo, orientações técnicas aos profissionais de saúde, no sentido de efetivar uma atenção integral e humanizada da mulher no climatério, levando em consideração a pluralidade e a singularidade das mulheres brasileiras (BRASIL, 2004, 2008).

Apesar de no Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa constar como recomendação a implementação de recursos que visem estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e suas relações sociais – que constituem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, nota-se que quando há ações específicas para o cuidado da mulher que vivencia o climatério na atenção básica, compreende, na maioria das vezes, atividades educativas voltadas para o esclarecimentos das alterações biológicas que ocorrem nesse período, acompanhado de propostas de mudanças nos hábitos de vida, como adesão a uma alimentação saudável e prática regular de atividade física, para melhorar o bem estar geral e qualidade de vida, suprimindo os aspectos subjetivos da vida da mulher que vivencia esse período.

2.3.1 Climatério: fase natural do ciclo de vida feminino e as principais mudanças associadas a essa fase que afetam negativamente a autoestima da mulher, aumentando o risco para depressão

Dentro do longo período do climatério ocorre a etapa da menopausa caracterizada pela última menstruação espontânea da mulher. Considerando a menopausa como ponto de referência, didaticamente o climatério pode ser dividido em três subperíodos sequenciais, a pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa (BRASIL, 2008).

A definição de pré-menopausa é usada de forma ambígua, podendo se referir a um ou dois anos anterior à cessação total do ciclo menstrual (menopausa) ou ao tempo total do período reprodutivo. Diante dessa ambiguidade, a Sociedade Internacional da Menopausa (IMS), recomenda que este termo (pré-menopausa) seja utilizado para designar o final do período reprodutivo, caracterizado pelo último período menstrual e sugere que este seja substituído pelo termo - transição para a menopausa (IMS, 1999).

A transição para a menopausa ocorre normalmente na quarta ou no curso da quinta década de vida da mulher, podendo apresentar largas variações individuais conforme o padrão menstrual e fertilidade da mulher durante a sua vida reprodutiva. Sob o ponto de vista endócrino, a alteração mais evidente é o aumento gradual dos níveis séricos do hormônio folículo estimulante (FSH) (FERNANDES et al., [entre 2005 e 2008]).

O período da perimenopausa é caracterizado pelas mesmas modificações observadas na etapa anterior, porém, em grau mais intenso. Abrange o período que se inicia na pré-menopausa e termina um ano depois da menopausa, sendo essa uma definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) que diverge da definição da IMS que prolonga o tempo de vigência do climatério até a velhice. Esta fase se inicia com os primeiros sintomas que sugerem a aproximação da menopausa como as alterações nos ciclos menstruais que podem se apresentar mais longos ou curtos (HALBE et al., 2005; TANGEN; MYKLETUN, 2008).

Neste período, devido à deficiência estrogênica e à intensa flutuação hormonal, algumas mulheres podem apresentar os sintomas típicos do climatério como as ondas de calor ou fogachos, transtornos do humor e distúrbios do sono. Por haver uma flutuação dos marcadores hormonais nesta fase, a determinação é feita unicamente com base na história clínica da mulher (FERNANDES et al., [entre 2005 e 2008]).

Devido à irregularidade dos ciclos menstruais que ocorrem no período da perimenopausa, a menopausa só poderá ser reconhecida retrospectivamente após 12 meses de amenorreia, sem qualquer causa patológica ou fisiológica óbvia, ocorrendo em média por volta dos 51, 2 anos de idade, em mulheres brasileiras (IMS, 1999; PEDRO et al., 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), mulheres histerectomizadas apresentam menopausa artificial, muito embora o funcionamento dos ovários esteja preservado. Segundo a IMS (1999), a menopausa induzida ocorre quando a mulher sessa seu ciclo menstrual em decorrência da remoção cirúrgica de ambos os ovários (ooforectomia bilateral) com ou sem histerectomia ou ablação iatrogênica das funções dos ovários como pode ocorrer nos casos de quimioterapia, radioterapia e menopausa precoce, quando esta ocorre em idade inferior a 40

anos. Nesses casos, a sintomatologia do climatério pode apresentar-se mais agressivamente com aumento da frequência e intensidade.

E, finalmente a pós-menopausa que é o período após a instalação da menopausa (propriamente dito), seja ela induzida ou natural (IMS, 1999), se estendendo até os 65 anos de idade (Brasil, 2008). É uma etapa caracterizada normalmente pela exacerbação dos sintomas decorrentes do hipoestrogenismo, apresentando níveis elevados de FSH e níveis plasmáticos estrogênicos insistentemente baixos (Fernandes et al., [entre 2005 e 2008]). É importante frisar que o início da velhice é um dado impreciso e muitas das alterações que ocorrem neste período poderão estar atrelados ao próprio processo de senescência.

Observe a figura 1, ela representa os subperíodos do climatério.

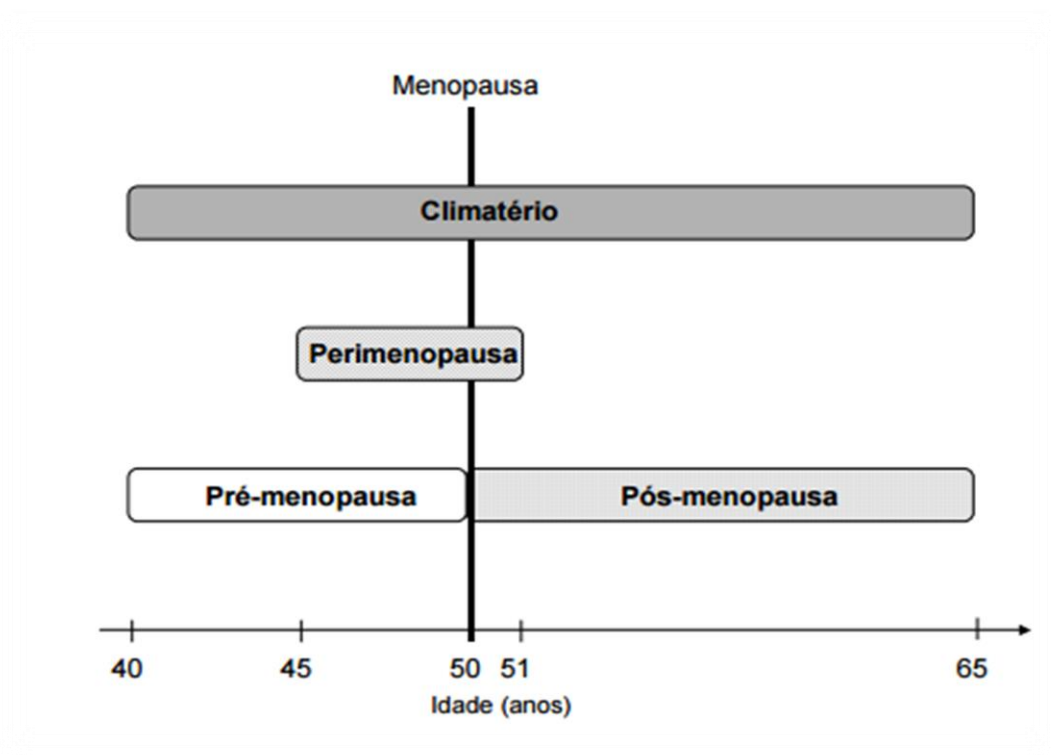


Figura 1 – Esquema das etapas do climatério.

Fonte: Fernandes et al. (entre 2005 e 2008, p.51).

Segundo Halbe et al. (2005), o climatério e a pós-menopausa não representam doenças, porém o que existe em comum entre elas, são estados caracterizados pela crescente carência estrogênica e o surgimento progressivo dos fenômenos do envelhecimento.

O climatério nem sempre está associado às alterações físicas e emocionais comuns deste período, mas já está bem definido que cerca de 60 a 80% das mulheres referem uma série de sinais e sintomas que em conjunto, é denominado de síndrome do climatério (IMS, 1999; SPEROFF, 1989 citado por DE LORENZI et al., 2005).

Autores concordam que a síndrome do climatério se apresenta dinamicamente, de forma transitória ou permanente, tendo prevalência e duração variável e se relacionam com alguns fatores de ordem biológica (ligados à queda dos níveis de estrógenos ou em decorrência da senescência), aspectos psicológicos (envolvendo a autopercepção da mulher, ou seja, como essa mulher enfrenta esse momento da sua vida) e aspectos sociais (relacionados à interação da mulher com os familiares, amigos e comunidade). Este último tem uma forte relação com os aspectos socioculturais, como os mitos, crenças e preconceitos que a sociedade constitui, disseminam e vivenciam em cada época (DE LORENZI ET AL., 2005; BRASIL, 2008; SERRÃO, 2008).

Os sintomas mais comuns estão apresentados abaixo, na figura 2.

Sintomas vasomotores/físicos	Sintomas psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fogachos diurnos e noturnos ▪ Sudorese diurna e noturna ▪ Palpitações ▪ Modificações atroficas do sistema geniturinário 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insônia ▪ Depressão ▪ Ansiedade ▪ Irritabilidade ▪ Choro imotivado ▪ Diminuição da libido ▪ Dificuldade de concentração ▪ Redução da memória ▪ Astenia

Figura 2 – Sintomas comuns do período do climatério.

Fonte: Adaptado de Fernandes et al. (entre 2005 e 2008, p.51).

O Ministério da Saúde (2008) define como sintomas transitórios as alterações do ciclo menstrual e sintomatologia mais aguda como os fogachos com ou sem sudorese e sintomas neuropsíquicos (alterações do humor, ansiedade e depressão) e como não transitórios, os fenômenos relacionados à atrofia genitourinária, distúrbios do metabolismo lipídico e ósseo. Vale ressaltar que as alterações do humor, a ansiedade e a depressão são frequentemente encontradas em outras faixas etárias. Portanto essa sintomatologia não é exclusivamente relacionada à deficiência estrogênica.

Sabe-se que o declínio gradativo da produção estrogênica no período do climatério é um fato universal, porém estudos apontam que as manifestações se apresentam diferenciadas, sofrendo influências de características sociodemográficas (Pedro, 2003). Tal fato leva a conclusão de que nem toda mulher será afetada pela sintomatologia relacionada à insuficiência estrogênica (BRASIL, 2008).

Por isso, as alterações de origem neuroendócrinas, por si só não são capazes de explicar as mudanças globais que afetam o bem estar psicológico da mulher, devendo ser consideradas algumas questões externas, ligadas ao ambiente como, por exemplo, o status e a posição social da mulher, estado civil, ocorrência de eventos importantes na vida, condição socioeconômica, episódio anterior de depressão e questões internas relacionadas com a personalidade e autoestima (CARRANZA-LIRA et al., 1999; MAARTENS; KNOTTNERUSB; POP, 2002; BRASIL, 2008).

Appolinário et al (2001) e Mori e Coelho (2004), acrescentam que fatores ligados às realizações pessoais, como o êxito profissional, o êxito no sexo e na maternidade, bem como, a dependência financeira e a síndrome do ninho vazio (quando os filhos saem de casa), aliados ao equilíbrio emocional, influenciam essa etapa da vida, podendo favorecer a vivência positiva ou negativa do climatério.

Coleman (1993) em seu estudo de revisão sobre as possíveis causas de sintomas depressivos em mulheres no climatério, apontou que dentro dos aspectos psicológicos foram destacadas as mudanças no status sexual, percepção da menopausa dentro da cultura em que a mulher está inserida, presença de filhos adolescentes, o adoecimento dos pais e a perda do trabalho.

Além disso, autores afirmam que existe uma relação entre mulher-beleza-juventude no imaginário da sociedade brasileira que está associada à saúde. Além da aproximação ou interrupção dos ciclos menstruais (menopausa), alguns agravos, como as doenças cardiovasculares, dislipidemias, neoplasias, distúrbios urinários, osteoporose e doenças autoimunes que não estão diretamente relacionados ao decréscimo da função ovariana podem provocar alteração da autoimagem, levando à mulher à insegurança e ansiedade. Esses fatores, associados a predisposições biológicas, problemas de ordem subjetiva e social, podem provocar na mulher sentimentos de desvalia com evolução gradual para um processo de depressão (MORI; COELHO, 2004; DE LORENZI et al., 2005; VERAS et al., 2006; GALVÃO et al., 2007; BRASIL, 2008, ALVES et al., 2015).

Outros eventos também podem coincidir com o período do climatério, como a mastectomia (extirpação cirúrgica de uma ou ambas as mamas), histerectomia (remoção cirúrgica do útero) acompanhada ou não de ooforectomia (remoção cirúrgica de um ou de ambos os ovários), que podem desencadear na mulher, sentimentos de desvalia frente a uma situação que para elas, pode representar uma mutilação de órgãos, acarretando a sensação de incompletude sexual. Além disso, podem estar presentes alterações geniturinárias decorrentes das mudanças do trofismo da mucosa genital, e alterações da pele com a perda de elasticidade,

causando a incontinência urinária e o prolapso vaginal que causam constrangimento social na vida da mulher, levando a perda da autoestima, podendo afetar também a sua sensualidade (BRASIL, 2008).

Em seu estudo, Morihisa e Scivoletto (2001) ao descrever as fases da vida da mulher em que a depressão é mais prevalente, com relação à menopausa, os fatores psicossociais citados por eles foram: preocupação com os filhos, companheiros e parentes idosos, atitudes negativas com relação à menopausa, percepção de finitude da vida, questionamento de valores, crise de identidade e perda da autoestima devido ao envelhecimento.

Embora a autoestima seja um sentimento subjetivo, o processo de envelhecimento natural traz, no geral, a insatisfação pessoal e com a vida (De Lorenzi et al., 2009). Tanto o climatério, quanto o envelhecimento estão atrelados e condicionados aos fatores socioculturais. Desse modo, evidentemente, tem se observado nas mulheres que vivenciam o climatério, uma degradação considerável da autoestima e elevada incidência da depressão, devido à fragilidade emocional, estresse e sofrimento intenso.

O caminho da investigação



3 O CAMINHO DA INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo, consideramos importante apresentar e justificar a escolha do referencial teórico-metodológico utilizado para viabilizar a construção do caminho percorrido. Desta maneira, a seguir, descreveremos sobre o tipo de estudo, como se deu a minha aproximação com o cenário da pesquisa e trajetória de inserção na realidade, sobre os instrumentos utilizados e como se desenvolveu o processo de análise do material empírico, bem como, sobre os aspectos éticos considerados.

3.1 O referencial metodológico

A escolha do pesquisador pelo referencial teórico-metodológico tem como propósito assegurar o rigor e garantir o cumprimento dos objetivos, e esta deve, sem sombra de dúvidas, considerar o seu objeto de estudo. Sendo assim, tendo como objetivo avaliar a eficácia da TCI, como tecnologia do cuidado capaz de reduzir os sinais e sintomas da depressão e consequentemente aumentar a autoestima de mulheres vivenciando o climatério, optei por utilizar no presente estudo, o método da pesquisa-ação-intervenção.

Para justificar o paradigma adotado, a seguir, apresentarei algumas considerações relevantes sobre o referencial teórico-metodológico da pesquisa-ação, pesquisa-participante e pesquisa-intervenção.

A pesquisa-ação teve início na década de 1940 e se deu no contexto da psicossociologia norte-americana. Não se sabe ao certo quem criou a pesquisa-ação. No entanto, acredita-se que o primeiro pesquisador a cunhar o termo, foi o psicólogo alemão Kurt Lewin. Seus estudos se voltavam para os problemas de ajustamento de populações marginais, para a resolução de conflitos no trabalho ou em situações de tensão interpessoal e por isso, implicava na intervenção concreta. Outra versão alega que o primeiro estudioso a utilizar o método, foi Jonh Collier, com o objetivo de melhorar as relações raciais, durante a segunda Guerra Mundial (THIOLLENT, 1987; TRIPP, 2005).

A utilização do método da pesquisa-ação tem se apresentado em diferentes campos de aplicação. No final da década de 1940 e início da década de 1950, utilizava-se na área de administração, desenvolvimento comunitário, mudança organizacional e ensino, possivelmente

dando início a sua utilização na América Latina, cujo marco pode ser ligado a uma pesquisa-piloto, desenvolvido por Paulo Freire, em 1960. Na década de 1970, a pesquisa-ação adquire claramente a intencionalidade emancipatória, incorporando-se com a finalidade de mudança política, conscientização e outorga de poder (empoderamento). Costa (1991) afirma que neste período, as obras de Paulo Freire, intituladas “Educação como prática da liberdade” e “Pedagogia do oprimido” exerceram papel importante no redirecionamento da pesquisa-ação. Logo em seguida, é utilizada na agricultura e, mais recentemente nas áreas de negócios bancários, geração de tecnologia e saúde (GAJARDO, 1986; TRIPP, 2005).

Autores afirmam que, devido à participação popular e interação entre os atores envolvidos, a pesquisa-ação torna-se um método valioso de construção social do conhecimento. Desse modo, pelo fato de muitos enfermeiros trabalharem diretamente no cuidado das coletividades, sobretudo, da promoção da vida e da saúde, esses profissionais têm optado por adotar esse método em suas investigações (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008; COSCRATO; BUENO, 2010).

Para Thiollent (2011), a pesquisa-ação é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo onde, pesquisadores e participantes são representativos da situação-problema e, estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. É uma pesquisa social de base empírica. Social porque “[...] trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos.” “No campo, fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador [...]” (Minayo, 2008, p.105). Neste tipo de estudo, pesquisador e pesquisado trocam conhecimentos, estimulando a autonomia dos participantes na busca por soluções individuais e coletivas dentro do contexto no qual estão inseridos. Nessa interação entre pesquisador e pesquisado, ocorre a integração dos diferentes saberes e posições que eles possuem, sem diferenciação hierárquica. E, é empírica, porque o pesquisador deve penetrar no campo de pesquisa para participar e presenciar as relações sociais existentes que acontecem dentro do recorte de espaço social (THIOLLENT, 2005, 2011).

A pesquisa-ação é, algumas vezes, considerada como pesquisa participante ou pesquisa intervenção. Por esse motivo, os pesquisadores brasileiros se preocupam em distinguir pesquisa-ação, pesquisa participante e pesquisa-intervenção e, isso tem gerado na comunidade acadêmica certa confusão quanto a sua compreensão (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Thiollent (1987), por exemplo, faz uma clara distinção entre pesquisa-ação e pesquisa participante, sustentando que toda pesquisa-ação é uma forma de pesquisa participante, mas que nem toda pesquisa participante é uma pesquisa-ação. O mesmo autor explica, que na

literatura, são várias as concepções que corroboram com a teoria de que a pesquisa-ação é pesquisa participante porque se trata de uma investigação centrada no agir, sendo, portanto, apenas uma questão de terminologia.

A pesquisa-intervenção, tem sido uma modalidade bastante utilizada nas pesquisas participativas, na qual se busca investigar a vida das coletividades respeitando suas diversidades. De acordo com Santos (1987) e Stengers (1990) o processo de formulação da pesquisa-intervenção intensifica a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa, ampliando as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. Nesse sentido, a transformação da realidade, não se dá por uma questão de aplicação correta dos conhecimentos produzidos nas hierarquias formalizadas, mas, à possibilidade de interação dinâmica entre os diversos campos do conhecimento dos saberes acadêmico e dos saberes dos sujeitos individuais e coletivos, envolvidos na pesquisa (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Barreto (2009), criador da TCI, sustenta que não existem grandes diferenças entre a pesquisa-ação, pesquisa participante e pesquisa-intervenção, por isso tem seus fundamentos baseados no método da *Recherche-action participative* (RAP) ou Pesquisa-Ação-Participação, que define como sendo uma rejeição ao monopólio universitário sobre a produção do conhecimento e fazendo apelo a outras maneiras de produção do conhecimento, como por exemplo, àquelas que priorizam os saberes da base, na base e para a base (ATELIER..., 1997; BARRETO, 2013).

Para Barreto (2008), a Pesquisa-Ação-Participação é um método tão importante quanto às ferramentas técnicas utilizadas, pois o pesquisador se coloca numa postura humanizada através do exercício da paciência e do respeito ao próximo, levando os participantes à alteridade, deixando claro que existem sensibilidade e qualidade na interação entre pesquisador e comunidade. Afirma também, que a TCI é uma ação de intervenção, uma vez que seu desenvolvimento se dá a partir de uma situação-problema real do grupo, aonde o terapeuta conduz o diálogo para que todos juntos, encontrem as possíveis soluções para o enfrentamento dos problemas e/ou transformação da realidade.

Em uma pesquisa desenvolvida por Silva (2016), que teve como objetivo analisar o efeito da TCI como ferramenta de intervenção psicossocial avançada, avaliando a sua contribuição para a melhoria da autoestima e da vinculação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, a autora encontrou resultados positivos, ao utilizar em seu plano de investigação, o método da Pesquisa-Ação-Intervenção. Ao analisar o poder de transformação

que a roda de TCI provocou nos participantes de seu estudo, a autora percebeu mudanças significativas no resgate da autoestima e na melhora dos vínculos, além da ampliação da capacidade empática e do senso crítico dos participantes.

Como foi dito anteriormente, o terapeuta ao conduzir o diálogo, desperta no grupo a necessidade de mudança, a partir de uma reflexão crítica coletiva. Assim, espera-se que o sujeito ao tomar consciência das transformações que ocorre em si e, no processo, assuma, de fato, o caráter emancipatório. É essa participação consciente, que oferece a oportunidade de se libertar dos mitos e dos preconceitos que organizam suas defesas à mudança e, assim, reorganizando a sua autoconcepção (Franco, 2005). Dessa maneira, também ocorre com o pesquisador, pois nesse avanço, a via é de mão dupla, o diálogo compartilhado é matéria-prima, para ambos.

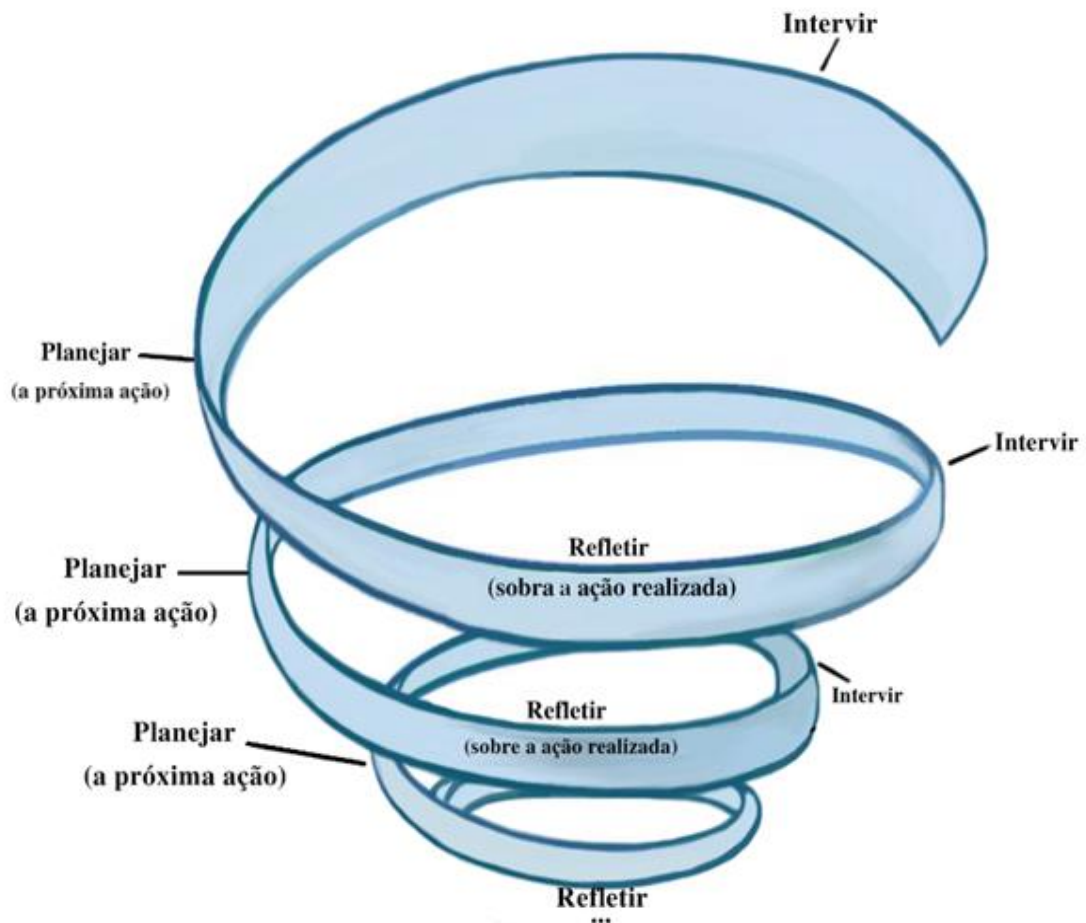
Com base no que foi exposto e parafraseando Machado (2002), podemos dizer que em toda pesquisa participante, sempre haverá algum tipo de interferência no jogo de relações que surgem a partir das interações entre pesquisador e pesquisado naquilo que é investigado. Portanto, a mim, cabe esclarecer que, diante de todo o processo de crescimento do grupo, no plano dos acontecimentos, é inegável o meu envolvimento na pesquisa, pois a transformação dentro da roda de TCI é coletiva e contínua, envolvendo pesquisador e participante.

Ainda sobre a pesquisa-ação, Engel (2000, p. 182) afirma ser “... uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta”. Portanto, tem como características, ser autoavaliativa, pois as modificações lançadas na prática devem ser continuamente avaliadas durante o processo de intervenção, de forma que o *feedback*¹ apreendido a partir dessa avaliação, seja traduzido em mudanças de direção, caso seja necessário e, apresenta um caráter cíclico, porque suas fases finais servem para aperfeiçoar os resultados obtidos nas fases anteriores. Por essa razão, buscou-se, realizar uma auto-apreciação sobre a condução, ao final de cada roda, tendo em vista os objetivos a serem alcançados.

A figura abaixo representa como se deu o processo do pesquisador no campo de investigação.

¹ Palavra de origem inglesa formada pela junção de “feed”, que pode ser traduzida como alimentação, e “back”, que tanto pode ser atrás ou retorno. Tanto no idioma inglês quanto em sua utilização em português, podemos considerar *feedback* como retroalimentar, realimentar ou retroação.

Figura 3: Processo do pesquisador.



Fonte: Adaptado da internet, localizado a partir do buscador Google (2016).

3.2 O cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade Integrada de Saúde da Família, no bairro de Mangabeira IV, em João Pessoa, Paraíba. Essa unidade abriga quatro equipes de saúde da família e atende cerca de quatro mil famílias, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de até 4,500 pessoas.

A unidade é um equipamento de saúde que beneficia os moradores da área com serviços integrados de atenção básica, como consultas médicas e de enfermagem, atendimento odontológico, vacinação, realização de exames laboratoriais, distribuição de medicamentos, visitas domiciliares, ações individuais e coletivas. O atendimento é oferecido de segunda à

sexta, no período da manhã e da tarde, sem intervalo, para que a população possa ser atendida ou marcar consultas.

Mangabeira é o bairro mais populoso de João Pessoa – e da Paraíba. Conta com sete etapas e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a sua população, em 2010, foi estimada em 76 mil habitantes. Está localizado na porção sudeste do município de João Pessoa e delimita-se com os seguintes bairros: ao norte, com Jardim Cidade Universitária; ao sul, com Valentina Figueiredo; a leste, com Costa do Sol e, a oeste, com José Américo (ARAÚJO, 2006; IBGE, 2010).

Ainda com base no censo de 2010, em relação à população, 94,40% é alfabetizada e a renda *per capita* é de R\$ 864,84. As mulheres são a maioria no bairro e somam 40.144 moradores.

Convém mencionar que a unidade integrada foi, antes, campo da minha atuação profissional, ao ministrar aulas teórico-práticas, na área de Saúde da Mulher I e II, para os alunos da graduação em enfermagem, como requisito para a conclusão da disciplina de estágio docência do curso de doutorado da pós-graduação ao qual está investigação está vinculada.

Durante esse período de aproximação, além da observação, foi possível conversar informalmente com os profissionais de saúde e identificar algumas das demandas das mulheres no climatério. Deparei-me com inúmeros desafios e problemas, especialmente sobre a “medicalização” do envelhecimento feminino. Além disso, a minha escolha por este campo, se deu ao fato de constatar o quanto era escasso, nessa unidade, o uso de ferramentas de intervenção com caráter preventivo em saúde mental. Este foi um período muito útil para que eu pudesse planejar estratégias que facilitariam o desenvolvimento da pesquisa, além de conhecer e me aproximar das mulheres que poderiam fazer parte da investigação.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, a equipe de saúde da unidade integrada era constituída por 3 médicos, 4 odontólogos, 4 enfermeiras, 5 técnicos de enfermagem, 4 assistente de saúde bucal e 25 agentes comunitários de saúde, contando, também, com o apoio de 3 auxiliares de limpeza, 3 recepcionistas, 2 profissionais apoiadores, 2 profissionais responsáveis pela marcação de consultas, 1 profissional responsável pela entrega de medicamentos na farmácia e 1 vigilante.²

² Informações obtidas na Unidade Integrada de Saúde da Família, em março de 2016, com uma das Enfermeiras.

Abaixo, na figura 4, a fachada da Unidade Integrada de Saúde da Família.



Figura 4: Unidade Integrada de Saúde da Família, em João Pessoa/PB.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2016.

No entanto, as rodas de TCI, ocorreram no salão externo da Igreja Sagrado Coração de Jesus, situada na Rua Odete Gomes de Araújo, S/N, localizada por trás da unidade integrada. Este lugar foi indicado por alguns dos profissionais de saúde do serviço, por oferecer um espaço físico amplo, tranquilo, ao ar livre, com pouco fluxo de pessoas e com disponibilidade de cadeiras que poderiam ser organizadas em forma de círculo, já que na unidade as cadeiras eram do tipo longarina, não permitindo tal configuração.

Na figura 5, destacamos a imagem do local onde as rodas de TCI foram realizadas.



Figura 5: Salão externo da Igreja Sagrado Coração de Jesus em João Pessoa/PB.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2016.

3.3 Participantes do estudo

Foram participantes ativas do estudo, 06 mulheres selecionadas com base nos seguintes critérios de elegibilidade:

- Ter idade entre 40 e 65 anos (BRASIL, 2008);
- Apresentar algum grau de depressão (≥ 10 até 63 pontos), no Inventário de Depressão de Beck;
- Do total de 12 rodas de TCI, participar de, no mínimo 06.

Barreto (2008) não especifica o número de rodas de TCI ou o número mínimo de participações em rodas, para que ela se mostre eficaz. Entretanto, em sua pesquisa, Silva (2016)

encontrou resultados positivos ao estabelecer 12 rodas com o número mínimo de 06 participações, para avaliar o seu efeito, sobre a autoestima e os vínculos. Desse modo, norteou-se a presente investigação.

Visando respeitar o anonimato das participantes, buscou-se realizar uma analogia entre estas e as imagens de mulheres fornecidas pelas deusas gregas que permanecem vivas até hoje, na imaginação da humanidade; homenageando-as com seis nomes mitológicos: Ártemis, Hera, Perséfone, Atena, Afrodite e Deméter.³

3.4 Instrumentos e técnicas utilizadas para obtenção dos dados e do material empírico

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos: o Inventário de Depressão de Beck (ANEXO A) e a Escala de Autoestima de Rosenberg - versão UNIFESP-EPM (ANEXO B).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi criado em 1961, sendo traduzido e validado para o português por Gorenstein e Andrade, em 1998. É uma escala psicométrica que tem o propósito de avaliar, com base nos sinais e sintomas, a medida da depressão: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perdas de apetite e de peso, preocupação somática e diminuição da libido. O BDI avalia a medida de depressão de acordo com os novos critérios estabelecidos pelo DSM-IV, e pode ser aplicado em indivíduos com idade igual/superior a 13 anos. É composto por 21 grupos de 4 afirmações de múltipla escolha que descreve a melhor maneira como uma pessoa tem se sentido, na última semana, incluindo o dia a qual responde o questionário. Outra observação importante é que para cada grupo, é possível escolher mais de uma afirmativa, caso se aplique igualmente. (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

A Escala de Autoestima de Rosenberg - versão UNIFESP-EPM foi traduzida e validada para o português por Dini e colaboradores (2004), a partir da *Rosenberg's Self-Esteem Scale* (1965). Trata-se de um instrumento unidimensional que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala do tipo Likert com quatro opções de respostas, variando entre concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente. Possui 10 afirmativas, 5

³ Nominção extraída do livro “As deusas e a mulher” de Jean Shinoda Bolen (1984).

avaliam sentimentos positivos sobre si mesmo, referentes à “autoimagem” ou “autovalor”: 1- “De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma.”; 3- “Eu sinto que eu tenho uma tanto (um número) de boas qualidades.”; 4- “Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).”; 7- “Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.” e 10- “Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo.” e, as outras 5, sentimentos negativos, referentes à “autoimagem negativa” ou “autodepreciação”: 2- “Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros).”; 5- “Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.”; 6- “Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).”; 8- “Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.” e 9- “Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada.” Para cada uma dessas questões, há quatro alternativas de respostas, cada uma, com valores diferentes de 0 a 3 nas questões nº 1, 3, 4, 7, e 10, ou valores de 3 a 0 nas questões 2, 5, 6, 8 e 9. Estes valores são somados e o valor final varia de 0 a 30, em que zero é a maior autoestima e 30 é a menor autoestima, mensuráveis por este questionário (ROSENBERG, 1965; DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004; CARVALHO et al., 2007).

Tanto o Inventário de Depressão de Beck, quanto a Escala de Autoestima de Rosenberg - versão UNIFESP-EPM, foram escolhidos pelo fato de serem instrumentos que possuem propriedades psicométricas adequadas, além da fácil aplicação e entendimento. São amplamente utilizados mundialmente, com diferentes populações, mostrando-se especialmente úteis para avaliar a autoestima e o grau de depressão (Carvalho et al., 2007). Estes dois instrumentos foram utilizados para atender o proposto no *primeiro* objetivo que foi aferir os sinais e sintomas de depressão e a medida da autoestima das mulheres, antes e após a intervenção, para avaliar o efeito da TCI na redução dos sinais e sintomas de depressão e melhora da autoestima

Para atender ao *segundo* objetivo que foi identificar as principais situações-problemas que as mulheres vivenciavam e, que aumentavam os sinais e sintomas da depressão, diminuindo a autoestima, utilizamos o material proveniente dos registros das rodas de TCI: a videogravação e as anotações do caderno de campo. Todo material gravado foi posteriormente transcrito e transformado em texto, em forma de narrativas, priorizando os fatos ocorridos na roda, tornando possível a observação sistematizada dos fenômenos latentes, viabilizando a transcrição fiel dos acontecimentos para a construção do *corpus* de análise. No caderno de campo foram registradas todas as impressões da pesquisadora referentes à evolução de cada roda e às mulheres

participantes, como a postura adotada e os aspectos emocionais (gestos, sinais corporais, mudanças no tom de voz, etc.), bem como a reação da pesquisadora diante dos acontecimentos. Essa ação complementou as observações, reforçando a descrição mais detalhada da desenvoltura de cada mulher, facilitando a construção das narrativas e dos fenômenos ocorridos.

Como foi descrito anteriormente, a TCI, enquanto técnica de intervenção obedece a um protocolo próprio (ANEXO C) constituído de cinco passos que já foram descritos anteriormente. A orientação permite que a condução das rodas de TCI aconteça da forma mais organizada e harmônica possível. É importante destacar que em nosso estudo, a TCI foi implementada como uma possibilidade metodológica de produção de material empírico, por esse motivo, foram agregadas outras dinâmicas, para viabilizar o alcance dos objetivos pretendidos.

Por último, foi realizada a entrevista semidirigida (APÊNDICE B) que se propôs ao atendimento do *terceiro* objetivo que foi destacar as mudanças positivas que ocorreram na vida das mulheres, após a participação nas rodas de TCI, contribuindo para a melhora da autoestima e redução dos sinais e sintomas de depressão. Permitiu conhecer em profundidade o efeito da TCI na vida das mulheres, além de compreender melhor o significado que elas atribuíram as suas experiências durante as rodas, além de suas inquietações e desejos.

3.5 Etapas da pesquisa de campo

A seguir, apresentarei as duas etapas realizadas para a execução desse estudo. A primeira consistiu na preparação da equipe de apoio para a realização das rodas de TCI e, a segunda, foi referente à minha inserção no campo e produção do material empírico, obedecendo a um período total de 19 (dezenove) semanas, organizadas da seguinte forma:

1ª Etapa: Preparação da equipe de apoio para a realização das rodas de TCI (1ª semana)

Na primeira semana foi realizada a preparação da equipe de apoio que foi constituída por três voluntárias, sendo que duas delas, eram terapeutas comunitárias e todas, faziam parte do grupo de pesquisa a qual este estudo está vinculado.

Além do planejamento prévio do primeiro encontro, foi necessário orientá-las sobre o desenvolvimento da pesquisa, utilização dos equipamentos de áudio e videogravação e, prepará-las para a aplicação dos instrumentos: Inventário de Depressão de Beck e Escala de Autoestima de Rosenberg - versão UNIFESP-EPM, além dos cuidados práticos que esses instrumentos requerem, incluindo o TCLE. Desenvolvi essa atividade educativa, num período de 2h, no dia 11 de março de 2016, por meio de aula expositiva com utilização de material impresso, sendo a mesma, administrada em uma sala de aula do Programa de Pós-Graduação da UFPB. As terapeutas neste dia, também receberam uma pasta de aba elástica, contendo: 1 prancheta, 1 caneta e 1 manual de instruções sobre o preenchimento e cálculo final dos escores das escalas. Quanto a esse material, elas foram orientadas a levar para a primeira e a última roda de TCI.

Convém ressaltar, que o planejamento das rodas e atribuições de cada terapeuta: atividades que seriam desenvolvidas, gravações (áudio e vídeo), animação, homenagem aos aniversariantes da semana, organização do local, vivências, escolha das músicas, confecções de lembrancinhas e distribuição do lanche coletivo, ocorreram antes e durante a minha inserção no campo, pois após a primeira roda de TCI, este preparo e definição das tarefas eram realizadas durante o momento de auto-apreciação, ao final de cada roda, obedecendo ao caráter cíclico e avaliativo da pesquisa, servindo de subsídio para o realinhamento da próxima roda, levando em consideração cada ponto que poderia ser melhorado ou modificado, caso fosse necessário. Esta não definição inicial dos papéis de cada uma das terapeutas, da equipe de apoio, foi proposital, uma vez que preferi avaliar ao longo da realização das rodas, aquela que desempenharia melhor uma determinada função. Além do mais, preferi que cada uma estivesse pronta para assumir cada posição, caso fosse necessário, pois imprevistos ocorrem, como por exemplo, algum dos membros poderia faltar, como de fato, ocorreu e, como éramos quatro, essa sem sombra de dúvidas, seria um fato relevante a ser considerado na determinação das tarefas.

Outro ponto relevante e vantajoso é que as terapeutas da equipe de apoio, já possuíam aproximação prévia com o cenário da pesquisa recentemente, uma vez que a unidade integrada é, também, local de campo de estágio teórico-prático dos alunos de graduação e da pós-graduação em Enfermagem da UFPB, como já foi mencionado anteriormente.

2ª Etapa: Inserção no campo (2ª a 14ª semanas)

a) Aproximação com a equipe de profissionais de saúde da unidade integrada e seleção das participantes do estudo (2ª e 3ª semanas)

A **segunda semana**, teve início no dia 18 de março de 2016 e, consistiu em uma aproximação inicial com os profissionais vinculados à unidade integrada, para conhecer e identificar as demandas das usuárias.

Na **terceira semana**, foi realizada a primeira reunião que ocorreu no dia 21 de março, com as apoiadoras do serviço para definir uma data e horário para realizarmos a segunda reunião que envolveria a totalidade dos profissionais de saúde e da unidade, com o objetivo de explicar sobre os propósitos da pesquisa e como se daria todas as etapas do desenvolvimento. A data acordada foi para o dia 23, às 14h, com as quatro equipes, pois neste dia, já havia uma reunião programada, tornando a ocasião conveniente para ambos. Além de todas as informações sobre a pesquisa, foram esclarecidas algumas dúvidas dos profissionais, apresentado a carta de anuência concebida pela Secretaria de Saúde do município que delibera a inserção do pesquisador no campo e, o parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Além disso, todos, especialmente os agentes comunitários de saúde foram orientados a indicar e convidar, mulheres da comunidade (entre 40 e 65 anos), de preferência, a participarem do primeiro encontro com a pesquisadora.

Ainda que o nosso foco, tenha sido mulheres no climatério, é sabido que a TCI é uma ferramenta inclusiva. Então, neste caso, mantivemos a observação de que, se outras mulheres que estivessem fora da faixa etária, caso necessitassem ser encaminhadas por estes profissionais, estaríamos abertos a recebê-las.

No dia 25 de março, da **mesma semana**, encontrei com as possíveis participantes do estudo, no salão externo da Igreja. É um espaço muito utilizado pela comunidade e pelos profissionais, sendo, inclusive, algumas das atividades, desenvolvidas lá, como por exemplo, o Programa HiperDia. Cabe salientar que a liberação deste espaço foi autorizada verbalmente, ainda na fase de aproximação, com a pessoa responsável pela parte administrativa da igreja.

Neste dia, compareceram ao local, 14 mulheres. O objetivo principal foi explicar sobre a pesquisa (objetivos, finalidade e a forma de desenvolvimento), além de esclarecer algumas dúvidas e propiciar um maior entrosamento com as mulheres.

Teve início com a realização de uma dinâmica de acolhimento que tinha como finalidade a apresentação de cada uma das mulheres e como elas se enxergavam, falando de suas qualidades, virtudes e defeitos. Após esse momento de descontração, foi realizada a aplicação dos instrumentos de pesquisa, incluindo a assinatura do TCLE, pela equipe de apoio (Questionário com dados de identificação, caracterização sociodemográfica e contexto da mulher, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Autoestima de Rosenberg - versão UNIFESP-EPM). Alguns instrumentos tinham a finalidade de assegurar o cumprimento dos critérios de elegibilidade (estar da faixa etária determinada e apresentar algum grau de depressão).

Após a aplicação dos instrumentos, verificamos que 2 mulheres, não atendiam ao critério de elegibilidade referente à idade (40 a 65 anos), outras 5, não apresentavam depressão, segundo o Inventário de Depressão de Beck e, 1 no decorrer das rodas, não apresentou a frequência mínima de participação nas rodas, restando 6 mulheres. É importante ressaltar que em relação ao cumprimento do critério de participação, em pelo menos, metade das rodas, coube a mim, enquanto pesquisadora, manter o estímulo das mulheres para prosseguir na pesquisa. Sendo assim, tive o cuidado de ligar para todas as mulheres, sempre, em um dia anterior a cada roda, para incentivar e confirmar a presença de cada uma.

Em relação às 6 mulheres selecionadas, estas foram o nosso foco deste ponto em diante, não que as outras tiveram tratamento diferenciado, mas sim, aquelas elegíveis, foi matéria prima para a nossa análise.

Esse foi um momento, em que foi definido também, em decisão conjunta com as mulheres, o melhor dia e horário para a realização das rodas de TCI. Fiz questão de alertá-las que nossos encontros aconteceriam, uma vez por semana, no mesmo horário e local. Assim, todas firmaram o compromisso de comparecer à todos os encontros. Ao final, encerramos com a oferta de um lanche coletivo.

b) Fase de intervenção (4ª a 15ª semanas)

Na **quarta semana**, teve início, o período de intervenção propriamente dito. Nesse período, outras mulheres compareceram às rodas decorrentes do entusiasmo daquelas que passaram a divulgar positivamente sobre a maravilha que é a TCI, em casa, na comunidade, etc., despertando, assim, o interesse de novos participantes, um vizinho, um amigo, um familiar.

A TCI tem esse papel, de ser acolhedor, de incluir, de passar segurança, pois todos que dela participam se beneficiam de alguma forma. Por se tratar de uma pesquisa e devido à vinculação da imagem e som, todas as mulheres que chegavam à roda, pela primeira vez, em qualquer fase, era solicitado a sua assinatura no TCLE.

Quanto a isto, é importante ressaltar que só foram incluídas no presente estudo, àquelas que se inseriram até o primeiro dia de intervenção ou roda de TCI. Então, para as mulheres que faltaram na semana anterior, mas que compareceram no primeiro dia da roda, nos reunimos em separado das demais, para fazer uma breve explicação do que havia sido abordado na semana passada. Ainda em tempo, já que a intervenção propriamente dita não havia começado, aplicamos os questionários pertinentes. Dessa forma, reafirmo que deste ponto em diante, as demais mulheres que chegassem ao grupo poderiam participar das rodas e não mais como participante da pesquisa.

As rodas aconteceram nas quartas-feiras, com previsão de iniciar às 14h e terminar às 16h. No entanto, apesar desse ser um horário combinado entre todas, ocasionalmente ocorreram pequenos atrasos, sendo necessário esperar por alguns minutos, até que todas estivessem presentes para dar início.

O encerramento das rodas ocorreu no dia 15 de junho de 2016 (**décima quinta semana**). Na ocasião, todas as mulheres demonstraram um pouco de tristeza. Algumas, verbalizaram que iriam ficar com saudades; outras, perguntavam quando voltaríamos a realizar as rodas novamente. Em meio ao alvoroço, trocamos números de *Whatsapp*, e nome do perfil no *Facebook*, além de confirmar os números de celulares que já possuímos para preservar os contatos.

Uma das mulheres sugeriu que fizéssemos uma confraternização e, de imediato, acatamos a sugestão e já pensamos numa possível programação. A TCI é, de fato, uma ferramenta potente, que age especialmente na promoção dos vínculos, desatando os nós da vida e unindo as pessoas em meio às adversidades.

Assim, com base no que foi exposto e me apropriando da afirmação de Dione citado por Pereira e Conceição (2013, p. 119) que, “... no contexto da pesquisa-ação cria-se uma relação incomum entre pesquisador implicado na ação e ator implicado na reflexão, um tipo de cooperação que acaba por se tornar estimulante para todos os participantes” e, que o processo de desligamento da pesquisa-ação é marcado pela presença atuante entre ambos, pesquisador e pesquisado. Destaco então, que o nosso processo de desligamento (entre pesquisadora/equipe de poio e as mulheres participantes) ainda está ativo e, ocorre de forma natural e gradativa. Outro ponto relevante que faz parte desse processo é a apresentação dos resultados do relatório

de pesquisa, não só para as participantes do estudo, mas também, para os profissionais do serviço, no caso, a unidade integrada.

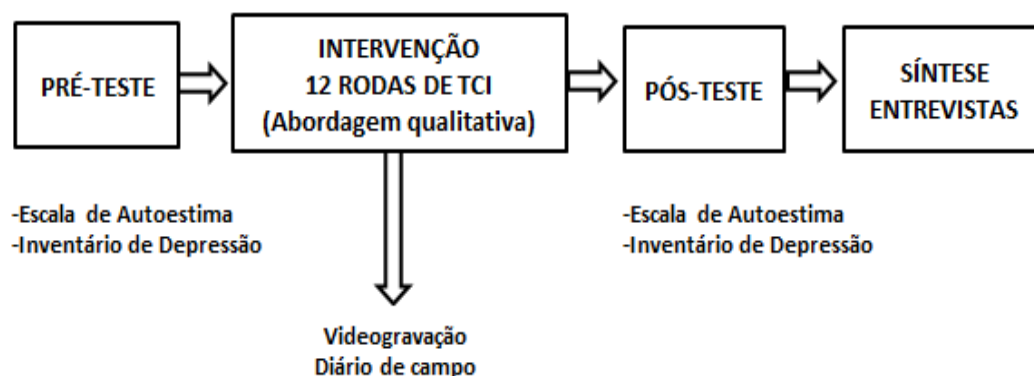
Neste mesmo dia, agendamos uma reunião para realizarmos a reaplicação dos instrumentos, que aconteceu 15 dias após a última roda. Tempo necessário para que as mulheres pudessem responder os questionários de forma mais segura, sem o calor da emoção. Vale ressaltar que a festividade de encerramento propostas pelas mesmas, aconteceu ao término de todas as fases do estudo. Tais cuidados foram adotados para afastar possíveis vieses na pesquisa.

c) Fase de avaliação (18^a a 19^o semanas)

No dia 15 de julho (**décima oitava semana**), realizamos a reaplicação dos instrumentos de avaliação do grau de depressão e de autoestima. Em seguida, agendei, em conversa particular com cada uma das mulheres, o dia e o horário ideal para a realizarmos a entrevista semiestruturada, com vistas a captar o que as mulheres tinham a dizer acerca da sua vivência nas rodas de TCI, especificamente, sob o ponto de vista delas em relação às mudanças ocorridas neste período. Três delas optaram por realizar a entrevista, no mesmo local em que as rodas eram realizadas – salão externo da igreja, porém, em horários distintos. As outras três, preferiram que eu fosse até as suas residências no dia e horário especificado por elas. As entrevistas foram realizadas por mim, em ambiente tranquilo e privativo. Todas as entrevistas foram realizadas na semana seguinte (**última semana**) e gravadas em equipamento do tipo mp4 e, transcritas, na sequência.

A seguir, o desenho da pesquisa pode ser visualizado na figura 6.

Figura 6: Desenho da pesquisa



Fonte: Própria autora, 2016.

3.6 Avaliação dos instrumentos e do material empírico

a) *Análise dos instrumentos*

A análise do Inventário de Depressão de Beck, foi realizada a partir da obtenção do escore total de cada participante, por meio da soma dos pontos. Os 21 grupos de afirmativas, que se referem ao atual momento do sujeito, são quantificadas em uma escala de 4 pontos de intensidade (0 à 3). Os escores variam de zero até 63, onde o zero indica não existir nenhum traço de depressão, enquanto o escore mais alto indica maior severidade dos sintomas. O guia de interpretação se apresenta da seguinte forma: pontuação menor que 10 = pontuação mínima, sem depressão; 10 a 18 = indica estado de depressão leve à moderada; 19 à 29 = compreende um estado de depressão moderada à grave; e 30 à 63 = indica um estado de depressão severa (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

Quanto a Escala de Autoestima de Rosenberg - versão UNIFESP-EPM, nesta também, é realizada a soma da pontuação obtida. Devido a referida escala não oferecer um ponto de corte, estabelecemos neste estudo que uma pontuação entre “0” e “10” caracteriza um estado de elevada autoestima; entre “11” e “20” pontos, média autoestima e entre “21” e “30”, um estado de baixa autoestima.

Para apresentar os resultados obtidos nos dois instrumentos, tanto no pré-teste, quanto no pós-teste, foi produzido uma demonstração gráfica, no *Excel 2010* e *CorelDraw Graphics Suite x6*, respectivamente.

b) Análise do material empírico

Com relação à organização das imagens da videogravação, Bauer e Gaskel (2015) propõe que seja inserido um código de tempo que registre os segundos, minutos ou horas de cada ação das pessoas envolvidas. Desta forma, além da inserção deste código, produzi uma planilha de anotações, a fim de reunir todas as informações necessárias para análise, como data, dia da semana, quantidade de participantes e o passo a passo da roda de TCI. Essas informações possibilitou a leitura sistemática para a construção, por meio dos programas *CorelDraw Graphics Suite x6* e *Sketbook 8.1*, do desenho e arranjo de cada roda, tomando como referência, o ponto cardinal sul.

Para o tratamento do material empírico, oriundos dos áudios e videogravação das rodas, bem como, das anotações no caderno de campo e das entrevistas, utilizei a análise categorial de Bardin (2011), modalidade temática, nas suas etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise consistiu na leitura flutuante do conjunto de informações obtidas após a transcrição das rodas e das entrevistas. Na exploração do material, buscou-se identificar as unidades de registro e a temática central, recortando os extratos das falas, em cada um dos núcleos de sentido identificados, o que permitiu a conformação das unidades temáticas. Na última etapa ocorreu a análise propriamente, por meio do tratamento dos resultados. A interpretação dos dados foi realizada após uma reflexão crítica dos discursos, com objetivo de desvendar o “conteúdo latente” das participantes e não se limitando apenas ao conteúdo manifesto das mesmas.

3.7 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), para

posterior encaminhamento do mesmo, conforme as diretrizes e normas preconizadas na resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Sendo assim, com base nesta resolução, a qual afirma que todas as pesquisas que envolvem seres humanos abrangem riscos imediatos ou tardios, a pesquisa em tela, apresentou pouco risco associado à intervenção, sobretudo, considerando a relevância do conhecimento gerado e os benefícios terapêuticos concebidos às participantes das rodas. Com relação ao sigilo e anonimato, a pesquisadora teve todos os cuidados necessários, preservando definitivamente a privacidade das mulheres, atribuindo-lhes pseudônimos e, com relação às entrevistas, estas, foram agendadas previamente, conforme a disponibilidade, respeitando o dia, local e horário desejado pela pesquisada. Além disso, ao fim do estudo, todo o material produzido (entrevistas, imagens e áudios) ficou de posse da pesquisadora, guardado em um local seguro e confidencial.

Perante o que foi posto, a pesquisadora garantiu e assegurou que em caso de algum dano a participante, se responsabilizaria por prestar assistência integral e imediata. Logo, estas mulheres, caso necessário, teriam direito à indenização por parte da pesquisadora. Também, foi solicitada às participantes, sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do qual foi impresso em duas vias, uma ficando de posse da pesquisadora e a outra com a pesquisada.

Destacamos que a devolutiva dos resultados foi marcada para depois da defesa da tese, no endereço do serviço cuja a pesquisa foi realizada, onde nos reuniremos com as mulheres envolvidas e os profissionais da unidade de saúde, para partilhar as experiências e discussão sobre os resultados e o impacto que o estudo tivera na redução dos sinais e sintomas de depressão e melhora da autoestima das participantes.

Portanto, cabe enfatizar, que a execução deste estudo, bem como a implementação das rodas de TCI, aconteceu após aprovação e emissão do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), deferido em 17 de março de 2016, sob nº: 50926615.7.0000.5188.

Análise e discussão



4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e discussões provenientes da avaliação dos instrumentos de depressão e autoestima, bem como as discussões das categorias temáticas oriundas do *corpus* documental construído a partir das transcrições das rodas de TCI que foram filmadas e das entrevistas semidirigidas.

No primeiro tópico, apresento o perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, bem como alguns dados relativos ao contexto de cada mulher. Em seguida, analiso os resultados dos instrumentos de depressão e autoestima que foram aplicados antes da realização das rodas. Na sequência, faço a descrição das rodas com seus temas, conforme as situações-problemas identificadas e discuto em categorias, destacando alguns recortes das falas das participantes. Por fim, realizo uma análise comparativa do pré e pós-teste dos instrumentos utilizados.

4.1 Caracterização das participantes do estudo

No quadro 1, listarei as seguintes variáveis: idade, nível de escolaridade, estado marital, religião, profissão/ocupação e renda familiar. Estes dados são relevantes para uma melhor compreensão das participantes, na análise do material empírico.

Quadro 1: Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo. João Pessoa, PB, Brasil, 2016. n= 06

Participantes	Idade *	Nível de escolaridade	Estado marital	Religião	Profissão/ Ocupação	Renda familiar **
Ártemis	47 anos	Médio completo	Casada	Católica	Diarista	<1 salário mínimo
Hera	47 anos	Superior incompleto	Casada	Católica	Agente Comunitário de Saúde	<1 salário mínimo
Perséfone	52 anos	Fundamental incompleto	Casada	Católica	Do lar	<1 salário mínimo
Atena	58 anos	Fundamental incompleto	Casada	Evangélica	Do lar/ Comerciante	<1 salário mínimo
Afroditte	59 anos	Fundamental completo	Casada	Católica	Do lar	>2 salários
Deméter	61 anos	Fundamental incompleto	Casada	Evangélica	Do lar	<1 salário mínimo

*Considerado a idade conforme a data de nascimento referida pela participante na data da entrevista, todas foram realizadas no mês de março de 2016.

**Renda familiar *per capita*, sendo os valores calculados com base no salário mínimo vigente (R\$ 880,00) em março de 2016.

Fonte: Pesquisa de campo.

Os dados sobre o climatério e diagnóstico de depressão, estão apresentados no quadro 2, com as seguintes variáveis: estado menopausal, reposição hormonal, diagnóstico de depressão e uso de antidepressivo.

Quadro 2: Caracterização do perfil das mulheres sobre o climatério e depressão. João Pessoa, PB, Brasil, 2016. n= 06

	Estado menopausal	Reposição hormonal *	Diagnóstico de depressão	Uso de antidepressivo
Ártemis	Perimenopausa	Não	Não	Não
Hera	Pré-menopausa	Não	Não	Não
Perséfone	Perimenopausa	Não	Não	Não
Atena	Pós-menopausa	Não	Não	Não
Afrodite	Pós-menopausa	Não	Não	Não
Deméter	Pós-menopausa	Não	Não	Não

*Incluindo os fitoestrógenos

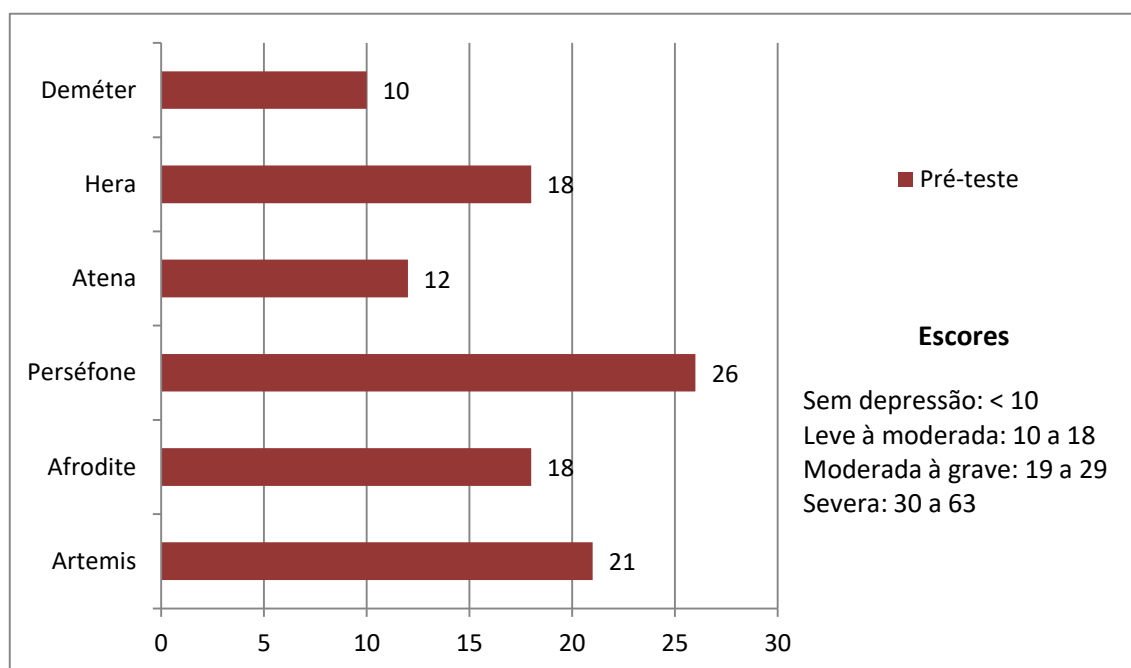
Fonte: Pesquisa de campo

Em relação à idade, variou de 47 a 61 anos. Em mulheres ocidentais, a média etária da subfase do climatério – menopausa ocorre normalmente ao redor dos 50 anos. No entanto, em nosso estudo, observou-se que, uma delas, apesar de ter 52 anos, estava na etapa de perimenopausa, ou seja, apresentava ciclo menstrual irregular. Outras duas mulheres, ambas com 47 anos, uma estava na pré-menopausa e a outra na perimenopausa. As outras três, com idades de 58, 59 e 61, se encontravam na pós-menopausa. Nenhuma das mulheres fazia reposição hormonal, incluindo o uso de fitoestrógenos. Apesar das mulheres não terem mencionado, no momento da entrevista, o diagnóstico prévio de depressão e tratamento com antidepressivos, verificou-se, no decorrer das rodas que, algumas delas, fizeram uso de antidepressivos e ansiolíticos por tempo determinado e/ou faziam esporadicamente. Quanto à escolaridade, das seis mulheres, uma tinha ensino médio completo e outra estava cursando a faculdade, uma com ensino fundamental completo e três não concluíram. Todas as mulheres estavam casadas e no que concerne à religião, quatro eram católicas e duas evangélicas. No tocante à profissão ou ocupação, uma é agente comunitário de saúde, outra diarista e quatro são donas de casa. Apenas uma das mulheres, tinha uma renda *per capita* maior que dois salários mínimos e as demais, menor que um.

4.2 Resultados da avaliação da depressão e autoestima, no pré-teste: o grau da depressão

A partir dos dados obtidos no Inventário de Depressão de Beck, o resultado de cada participante revelou que todas as mulheres apresentavam um grau de depressão que variou de leve à grave, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 1: Pré-teste de depressão



Fonte: Consolidado dos instrumentos de depressão do pré-teste.

Dentre elas, Deméter, Hera, Atena e Afrodite, foram classificadas com depressão leve à moderada e, Ártemis e Perséfone com depressão moderada à grave.

Ao analisar as respostas das mulheres referentes a cada grupo de afirmativas que constitui o instrumento, na ordem de sua apresentação, é possível destacar os sintomas mais presentes. Vejamos detalhadamente:

No item 1, o sentimento de tristeza foi assinalado por 4 mulheres. Ártemis e Atena, assinalaram que se sentiam triste. Perséfone e Afrodite estavam tão tristes que afirmaram não conseguir sair dessa situação.

No item 2, quanto ao sentimento de esperança, Ártemis e Perséfone assinalaram estar desanimadas quanto ao futuro, inclusive uma delas (Ártemis), assinalou uma segunda afirmativa, de que acredita que as coisas não podem melhorar.

No item 3, apenas Ártemis assinalou que fracassou mais do que uma pessoa comum.

No item 4, Perséfone, Hera, Atena e Ártemis assinalaram que não sentiam mais prazer nas coisas como antes.

No item 5, quanto ao sentimento de culpa, Ártemis assinalou que sentia-se culpada na maior parte do tempo, enquanto que Atena, Hera e Afrodite, sentiam-se culpada às vezes.

No item 6, duas das mulheres assinalaram que achavam estar sendo punidas – Perséfone e Hera.

No item 7, Ártemis e Perséfone assinalaram que estavam decepcionadas com elas mesmas.

No item 8, Perséfone assinalou que é crítica com ela mesma, pelas suas fraquezas ou erros e Ártemis assinalou que sempre que falha, acha-se culpada. Afrodite, assinalou que se culpa por tudo de mal que acontece.

No item 9, Atena e Ártemis assinalaram que tinham ideias de se matar, mas não as executaria.

No item 10, Atena, Hera e Afrodite assinalaram que choravam o tempo todo, enquanto que Ártemis e Deméter assinalaram que choravam mais do que costumava.

No item 11, com relação a irritação, Ártemis assinalou que sentir-se irritada o tempo todo. Atena e Perséfone ficam irritadas com mais facilidade do que costumavam e, Deméter e Hera, não se irritam mais com coisas que costumavam irritar-se.

No item 12, todas assinalaram não perder o interesse nas outras pessoas.

No item 13, Perséfone e Atena, assinalaram que adiavam as suas decisões mais do que costumavam.

No item 14, Atena e Perséfone assinalaram que sentem que há mudanças permanentes nas suas aparências que as fazem parecer sem atrativos. Ao mesmo tempo, Perséfone ao assinalar outra afirmativa deste grupo, preocupa-se por estar parecendo velha.

No item 15, Ártemis e Hera, assinalaram precisar de um esforço extra para começar qualquer coisa, enquanto que Perséfone, precisava se esforçar muito até fazer alguma coisa.

No item 16, só uma não assinalou que tinha algum tipo de dificuldade com o sono. As demais: Atena, Deméter, Perséfone, Hera e Afrodite, não dormiam tão bem como costumavam. Afrodite e Hera também assinalaram uma segunda afirmativa de que se acordavam 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e têm dificuldades para voltar a dormir; enquanto que Perséfone, também na sua segunda resposta, assinalou que acordava várias horas mais cedo do que costumava e também tinha dificuldade para voltar a dormir.

No item 17, Atena, Ártemis, Perséfone, Hera e Afrodite assinalaram ficar cansadas com mais facilidade do que costumavam e Deméter sentia-se cansada ao fazer qualquer coisa. Além disso, Perséfone e Hera, assinalaram essa mesma alternativa como segunda resposta do mesmo grupo.

No item 18, apenas uma das mulheres (Deméter) afirmou que o seu apetite está pior do agora.

No item 19, todas as mulheres assinalaram que não perderam peso ultimamente.

No item 20, Deméter, Ártemis, Hera, Perséfone e Afrodite assinalaram que se preocupam com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. Ao mesmo tempo, Perséfone também assinalou que estava muito preocupada com problemas físicos, sendo difícil pensar em outra coisa.

No item 21, que é o último grupo de afirmativas, Afrodite e Artemis assinalaram que estão bem menos interessadas em sexo atualmente.

Observa-se que os sintomas que caracterizam mais fortemente o estado depressivo estão presentes em pelo menos uma das mulheres e, como a escala avalia sinais e sintomas como tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perdas de apetite e de peso, preocupação somática e diminuição da libido, encontramos fragilidades na maioria deles, com exceções dos sintomas dos grupos 12 (retração social) e 19 (perda de peso).

No que se refere a retração social não ser afetada, é necessário reportar que a maioria das mulheres, apesar de serem donas do lar, mantinham-se ativas socialmente. Duas delas ainda exerciam atividades profissionais remuneradas, sendo que uma dessas, também frequentava à Faculdade. As outras, participavam de outros grupos terapêuticos, como por exemplo, de idosos, faziam hidroginástica e frequentavam à igreja.

Muitas vezes a retração social ou isolamento se dá em decorrência da aposentadoria ou falta de atividades, como é o caso de um grande número de mulheres que não desempenham mais o papel de criação dos filhos, devido à saída de casa em função do casamento ou de outros motivos. Neste caso, as participantes do presente estudo, especialmente aquelas que já estavam aposentadas, conseguiram compensar o tempo ocioso, substituindo por atividades que lhes davam sentido e utilidade.

Em relação à perda de peso, essa é uma condição esperada, uma vez que as participantes do estudo não apresentavam quadros severos de depressão o que poderia levá-las a uma perda

de peso importante. Mudanças importantes do peso quando associado à depressão é um fenômeno complexo, podendo estar relacionado à fatores específicos da doença, como por exemplo, as alterações do apetite (MICHELSON; AMSTERDAM; QUITKIN et al., 1999).

Um dos dados que mais chamam atenção é com relação ao grupo 16 (distúrbios do sono). Neste item, com exceção de uma, as mulheres revelaram ter alguma dificuldade com o sono. Duas delas, mencionaram ter o sono interrompido e apresentar dificuldade para voltar a dormir. Esse é um fato esperado uma vez que os distúrbios do sono, são um dos principais sintomas mencionados pelas mulheres que se encontram no período do climatério, sendo os sintomas vasomotores (fogachos), uma das causas dessas alterações no sono (CORRÊA; BITTENCOURT; TUFIK, 2014).

O gráfico nos confere dados importantes relativos ao grau de depressão das mulheres uma vez que nenhuma delas tinha o diagnóstico e, numa situação limite faziam uso indevido de remédios (ansiolíticos e antidepressivos) para amenizar os sintomas de tristeza, ansiedade e insônia. No decorrer das rodas, apenas uma delas, mencionou precisar de ajuda profissional para tratar problemas psicológicos devido ao seu diagnóstico - de fibromialgia, embora a mesma tenha negado o uso de medicamentos para depressão no questionário que abordava o contexto de cada mulher, realizado no pré-teste. De fato, em muitos casos, as pessoas têm preconceito de admitir que precisam de ajuda profissional para tratar doenças emocionais e preferem se automedicar.

Durante muitos anos, estudos apontaram resultados satisfatórios com o uso de estrógenos e/ou progestágenos no manejo dos quadros depressivos da mulher peri e pós-menopausa. Entretanto, após ensaios clínicos controlados, realizados pelo *Women's Health Initiative*, ao detectar um aumento do risco relativo de tromboembolismo, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e câncer de mama, no acompanhamento das pacientes tratados com hormônios – no caso, estrógeno equino conjugado, quando comparados ao grupo placebo, os médicos tornaram-se mais relutantes em utilizar essas terapias, especialmente com aquelas mulheres que já possuem um risco aumentado para problemas cardiovasculares e câncer de mama. Desta forma, houve aumento da procura por terapias não hormonais, incluindo os fitoestrógenos, antidepressivos e terapias comportamentais (REMARQUE; RENNÓ JR; RIBEIRO, 2012).

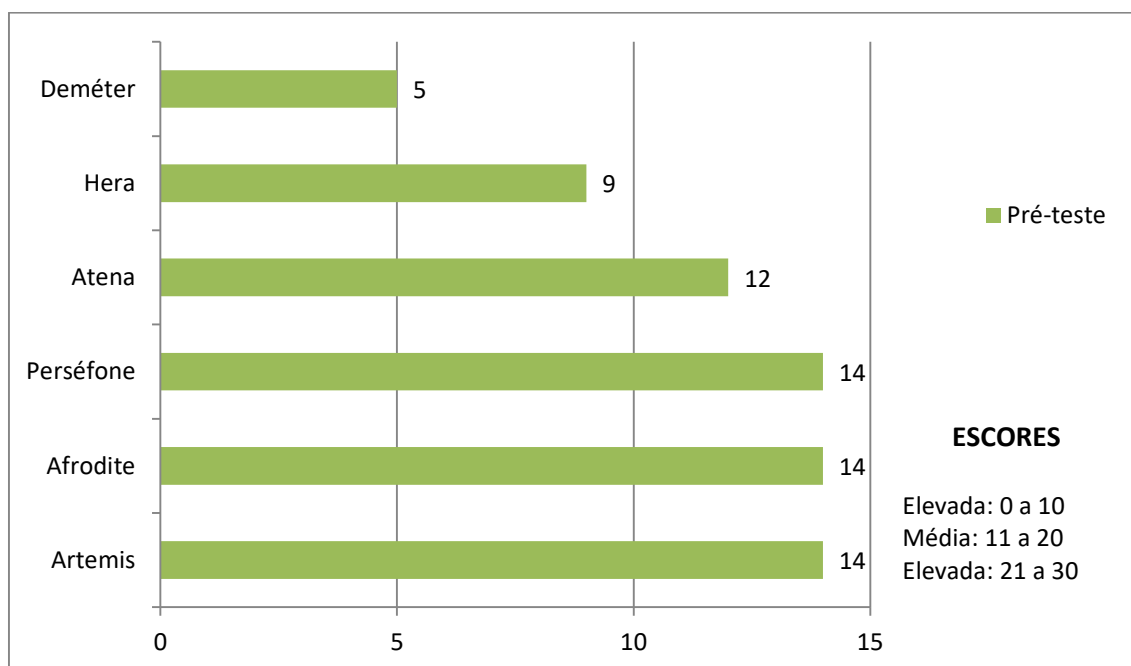
A automedicação nesta fase é uma problemática, principalmente para aquelas mulheres conhecedoras da sintomatologia do climatério, que buscam de alguma forma minimizar tais desconfortos. A automedicação pode trazer sérios riscos à saúde. Além das interações medicamentosas, pode mascarar outros problemas de saúde que apresentam sintomatologia

parecida com as do climatério, dificultando o diagnóstico precoce de doenças graves. Somam-se a isso, o uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos que causam dependência e muitas vezes não resolvem o problema.

Destarte, consideramos que a identificação do grau de depressão das mulheres participantes – dentro de uma classificação que variou de leve à grave – nos permitiu uma maior compreensão da situação em que elas se encontravam emocionalmente, considerando este estado influenciador da baixa autoestima. Este foi um dado importante e complementar para o planejamento da etapa seguinte – de realização das rodas.

Passemos agora, para a apresentação dos dados obtidos a partir das respostas das participantes, na escala de autoestima de Rosenberg, versão UNIFESP-EPM:

Gráfico 2: Pré-teste de autoestima



Fonte: Consolidado dos instrumentos de autoestima do pré-teste.

Das participantes da pesquisa apontadas na escala de autoestima, no pré-teste, duas delas apresentaram escores menores, Deméter com 5 pontos e Hera com 9 pontos, o que sugere uma autoestima elevada, que se caracteriza pelo autojulgamento de valor, confiança e competência. As outras quatro, apresentaram escores mais elevados, sendo três (Perséfone, Afrodite e Ártemis) com 14 pontos e Atena com 12 pontos, revelando uma média autoestima que se constitui pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si (ROSENBERG, 1965).

Ao analisar as respostas das mulheres referentes aos dois grupos de afirmativas positivas e negativas, que constitui o instrumento, na ordem de sua apresentação, é possível destacar e avaliar detalhadamente a medida da autoestima das participantes:

No grupo de afirmativas positivas que se referem à autoimagem ou autovalor positivos, quatro das seis participantes, se destacaram por assinalar respostas que contribuíssem para a baixa autoestima: 1 – De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma, discordaram, Hera, Ártemis e Perséfone e, 10 – Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo, discordaram Atena e Perséfone. As outras duas participantes Deméter e Afrodite concordaram com as afirmativas positivas deste grupo.

No grupo de afirmativas negativas que se referem à autoimagem negativa ou autodepreciação, cinco das participantes, se destacaram, mais uma vez por assinalar respostas, novamente condizentes com a baixa autoestima: 2 - Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros) - Afrodite, Perséfone e Hera; 5 - Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar (Ártemis e Afrodite); 6 - Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas) - Afrodite e Atena; 8 - Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (Afrodite, Perséfone, Ártemis e Atena) e 9 - Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada (Ártemis, Hera, Atena, Perséfone e Afrodite). Deméter não pontuou neste grupo, ou seja, discordou de todas as afirmativas negativas.

De uma maneira geral, estas mulheres demonstraram, através das suas respostas que se sentiam inúteis, insatisfeitas e não se valorizavam, não tendo satisfação nas coisas que realizaram, sentindo-se, muitas vezes, fracassadas.

A partir da identificação dessas fragilidades foi possível planejar e traçar estratégias que pudessem ser aplicadas durante as rodas de TCI, com o objetivo de contribuir com a melhora da autoestima. Obviamente esse foi um desafio, pois a autoestima é algo construído dentro de si, que muitas vezes não depende de ferramentas que visem melhorá-la; mas sim, do desejo de se transformar, da pessoa confiar nas próprias ideias e achar-se merecedor da felicidade. No entanto, entendo que todo esforço necessário para despertar nas participantes a vontade de querer alcançar a transformação é fator determinante, pois a autoestima positiva para essas mulheres que vivenciam o climatério pode representar, uma melhora significativa da qualidade de vida.

Pesquisas apontam para uma correlação entre mulher no climatério e baixa autoestima. Esses autores revelam que a autoestima é construída baseada em fatores internos e externos. Os

internos residem no interior da pessoa e, por ela são gerados. A mudança física que afeta a autoimagem é um desses fatores, embora essa experiência seja produzida pela nossa sociedade que não valoriza a mulher de meia idade. Os externos estão relacionados ao ambiente, como baixo poder aquisitivo, dependência econômica e baixa escolaridade que se constituem como barreira para o alcance dos objetivos de vida (SANTOS; SARAIVA, 2004; MORI; COELHO, 2004; DE LORENZI et al., 2009).

Com efeito, a falta de autoestima pode levar à depressão. Tendo isso em mente, a avaliação da autoestima foi necessária uma vez que o período do climatério é marcado por um desequilíbrio hormonal, acompanhado pela desvalorização estética do corpo e por uma sintomatologia física e psíquica que no limite desaponta como sofrimento depressivo. Estudos como o De Lorenzi e colaboradores (2005, 2009) e o de Dennerstein, Lehert e Guthrie (2002) defendem que a maior ocorrência da depressão no climatério está diretamente relacionada ao medo de envelhecer, aos sentimentos de inutilidade e carência afetiva. Não defendo, no presente estudo, que a causa da depressão, seja tão somente um problema de baixa autoestima, porque outros fatores também contribuem, como as experiências de vida, fatores genéticos e biológicos.

Neste ponto, após os resultados do pré-teste, o passo inicial foi tentar relacionar esses dados, buscando encontrar na TCI, maneiras de reduzir os sinais e sintomas de depressão, trabalhando formas para elevar a autoestima das mulheres e quando fosse o caso, de encaminhá-las para um serviço especializado. É importante ressaltar que a medida da autoestima, não foi um critério de elegibilidade, servindo, contudo de parâmetro para avaliar se houve melhora da autoestima, após a participação das mulheres nas rodas de TCI.

Após os esclarecimentos dos dados acima, passaremos agora, para à descrição das rodas conforme estabelecido no plano de análise.

4.3 A descrição das rodas de TCI e análise das principais situações-problemas apresentadas

Nesta seção, apresento em quadros, o consolidado dos temas abordados nas doze rodas de TCI, o total de participantes e dos sujeitos do estudo, bem como a frequência de cada mulher nas rodas. Em seguida, realizo as descrições das rodas, dando ênfase a movimentação, a

comunicação e as redes tecidas pelas participantes. Para viabilizar uma melhor compreensão, optei por transformá-las em ilustrações.

Com relação à configuração das rodas, onde a disposição das participantes ocorre de forma circular, Barreto (2008) explica que essa circularidade acolhe, reconhece e oferece o suporte necessário para quem apresenta o sofrimento. Em outras palavras, a circularidade favorece um contato mais direto, porque todos os participantes estão no campo de visão dos demais, criando um ambiente de comunicação, por meio da troca de olhares.

Desta forma, proporciona respeito à participação e ao protagonismo, além de assegurar o direito de “vez e voz”, onde não existem “donos do saber”, onde todos são capazes de aprender com os outros, quando compartilham com o grupo, as soluções encontradas para enfrentar o sofrimento vivido (FERREIRA FILHA; LAZART; BARRETO, 2015, p. 172).

A realização das rodas seguiu seu protocolo específico, criado por Barreto (2008), como foi descrito anteriormente, o qual tem uma sequência de cinco passos. Contudo, vale à pena relembra-los: 1) *acolhimento*; 2) *escolha do tema*; 3) *contextualização*; 4) *problematização* e 5) *encerramento*. Destaco que é inviável a descrição de todos os atos ocorridos, abarcando a totalidade do processo. Portanto, o que foi realizado a seguir é uma descrição sucinta das rodas, obedecendo aos passos estabelecidos, de modo a ressaltar as falas significativas e comportamentos relevantes das participantes, considerando o objeto de investigação do presente estudo. Desse modo, serão elencados aspectos como a interação e as relações entre as participantes, além da dinamicidade do grupo, visando reduzir os sinais e sintomas de depressão e consequentemente melhora da autoestima. Todo esse apanhado de informações se torna relevante para que se compreenda como se deu o processo de análise.

O quadro abaixo demonstra o número de participantes e os temas abordados em cada roda, bem como o número de mulheres – sujeitos da pesquisa.

Quadro 4: Os temas abordados nas rodas, número de participantes e dos sujeitos do estudo.

Rodas	Temas	Nº de participantes na roda	Nº dos sujeitos do estudo	Total
1	Dor no corpo e sentimento de injustiça	12	6	18
2	Medo	8	5	13
3	Tristeza devido à perda de pessoas queridas	12	5	17
4	Sentimento de impotência frente ao uso de drogas na família	7	3	10
5	Síndrome do ninho vazio	7	5	12
6	Ciúme conjugal	7	5	12
7	Conflitos / problemas familiares	6	4	10
8	Liberdade	6	6	12
9	Resiliência	7	2	9
10	Medo de ficar incapacitada	6	5	11
11	Ingratidão / Indignação / frustração	7	4	11
12	A ferida e a pérola	8	5	13

Fonte: Videogravação das rodas de TCI, 2016.

Vejamos no quadro 5, a frequência de cada uma das mulheres, nas doze rodas, conforme um dos critérios de inclusão que foi participar de no mínimo 6.

Quadro 5: Frequência das mulheres em cada uma das rodas de TCI realizadas.

Sujeitos do estudo	Números de rodas que participaram
Ártemis	11
Afrodite	6
Perséfone	9
Atena	12
Hera	9
Deméter	9

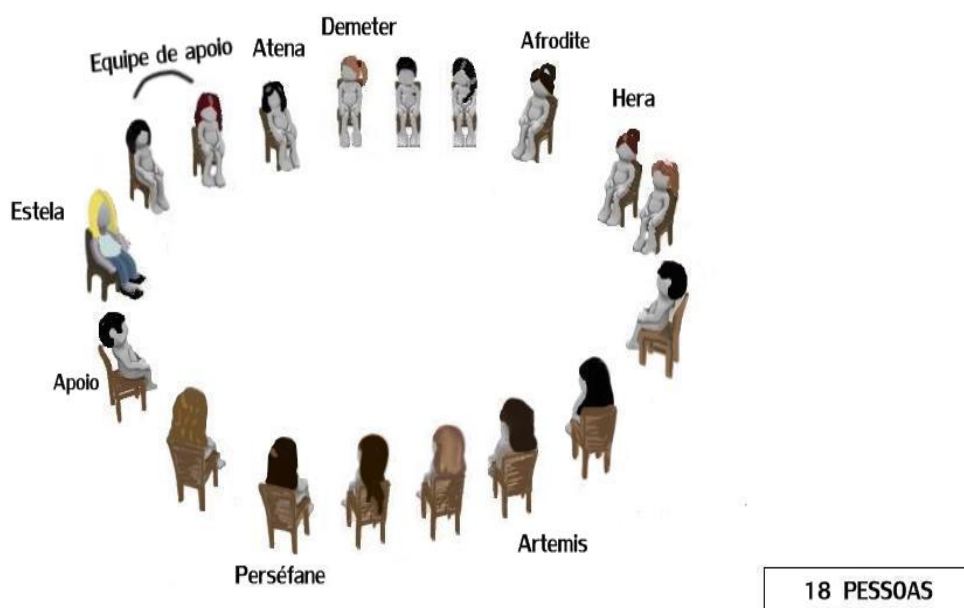
Fonte: Própria autora, 2016.

4.3.1 Descrição das rodas

1ª Roda. Tema: Dor no corpo e sentimento de injustiça.

A primeira roda de TCI aconteceu no salão externo da Igreja Sagrado Coração de Jesus. Preparamos o ambiente com todo cuidado. Arrumamos a mesa do lanche coletivo, disponibilizamos as cadeiras em forma de círculo, tal como se vê na ilustração abaixo (Figura 7) e colocamos uma música instrumental suave.

Figura 7: Representação da primeira roda de TCI



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

Neste primeiro encontro, eu estava com três apoiadoras, seis participantes do estudo e oito usuárias da unidade de saúde, totalizando 18 pessoas. O primeiro passo foi o **acolhimento** que aconteceu em meio a muita alegria e descontração. Cada uma que chegava ao grupo, dávamos boas-vindas, cantando uma música muito conhecida entre os terapeutas comunitários: “Seja bem-vindo” (Anexo D.1). Vieram muitas mulheres e logo percebi que algumas, já se

conheciam. Eram vizinhas ou colegas de outros grupos. Elas conversavam entre si, riam e pareciam eufóricas, outras se mostravam bastante inibidas. De forma geral, elas estavam receptivas.

Em seguida, falei dos objetivos da TCI e suas regras (fazer silêncio, respeitar o outro e sua história, falar da sua própria vivência/experiência/dificuldade, não dar conselhos ou sermões e expliquei que entre uma fala e outra se alguém lembrasse de uma cantiga ou piada que tivesse a ver com o contexto da história, poderia levantar a mão e falar). Antes mesmo que eu retomasse a fala, uma participante da pesquisa, que já conhecia o método da TCI, fez questão de falar sobre uma observação importante que é não trazer segredos pra roda, pois quando colocado na roda, deixa de ser segredo. Por considerar as regras essenciais para o bom andamento, uma das apoiadoras do grupo, as escreveu em cartazes, com canetas coloridos, pois dessa forma fica mais didático. Também celebramos a vida e os aniversariantes da semana.

Na sequência, propus ao grupo, uma música muito divertida: “Boneca de lata” (Anexo D.2). Todas se divertiram bastante, pois se trata de uma música que tem uma sequência de movimentos próprios e algumas delas, acabavam se atrapalhando o que gerava muitas gargalhadas no grupo.

Em seguida, quando todas já estavam acomodadas em suas cadeiras, falei sobre a importância de falar com a boca, que quando não falamos com a boca, tendemos a somatizar os problemas, podendo trazer complicações para a nossa saúde, pois todos os problemas são externados em forma de doenças como, gastrite, ansiedade, insônia, etc. Pra reforçar, citei o provérbio que Barreto, em seu livro de TCI passo a passo, menciona: “Quando a boca cala, os órgãos falam, quando a boca fala, os órgãos saram”. Realizamos uma breve orientação de como seria realizada a *escolha do tema* e perguntei: Quem gostaria de compartilhar nesse momento, algo que esteja lhe tirando o sono? A maioria das mulheres trouxeram temas relacionados com dores físicas (nos ombros, mãos, pernas e coluna). Nesse contexto, surgiu também o sentimento de injustiça diante de algumas situações mencionadas. No momento, pensei na possibilidade dessas mulheres estarem somatizando os problemas.

Durante a votação para escolher o tema que seria abordado, notei que algumas mulheres não votaram e outras votaram mais de uma vez, sendo necessário parar e orientar o grupo novamente, inclusive explicando que elas poderiam votar em suas próprias histórias. Logo, uma delas falou: “Ah, não quero votar na minha!”. Provavelmente esse foi o primeiro sinal de empatia no grupo. O que ocorre é que, na maioria das vezes, ao escutar as histórias, algumas pessoas concluem que o seu sofrimento é menor em relação à dor do outro. O tema escolhido com doze votos foi sobre a dor na coluna. De maneira geral, todas demonstraram estar ansiosas,

balançavam as pernas constantemente e se mostravam um pouco inquietas. Pareciam tentar entender como tudo aquilo iria funcionar, apesar de duas delas, já conhecerem o método.

Na **contextualização**, a usuária que teve seu tema escolhido falou do problema e do quão se sentia injustiçada, por ter ficado doente da coluna e precisado se afastar do trabalho, não tendo a compreensão da sua patroa. Explicou que sempre esteve à disposição dela, mas que quando precisou, não encontrou o apoio necessário e se não bastasse, ao retornar para o serviço, após o afastamento, foi demitida. Além disso, procurou por recurso financeiro na Previdência Social, do qual também, não teve seu pedido aceito, o que a fez sentir-se mais uma vez injustiçada.

No passo seguinte, o da **problematização**, foi a vez das mulheres que passaram por situações semelhantes falarem e destacarem as suas estratégias de enfrentamento. Uma das participantes da pesquisa mencionou que, algumas vezes, se sentiu injustiçada e que sempre se colocava no lugar do outro pra não ser injusta e, que naquele momento, sentia-se injustiçada pelo marido, dentro da sua própria casa. Para enfrentar este problema, ela revelou que o tem ignorado, procurando fazer o que gosta como bordar, cozinhar, fazer crochê, etc. Outras apontaram como estratégias, colocar as situações nas mãos de Deus e da justiça. Para dor, uma delas, ensinou como se faz uso da pedra do Breu⁴.

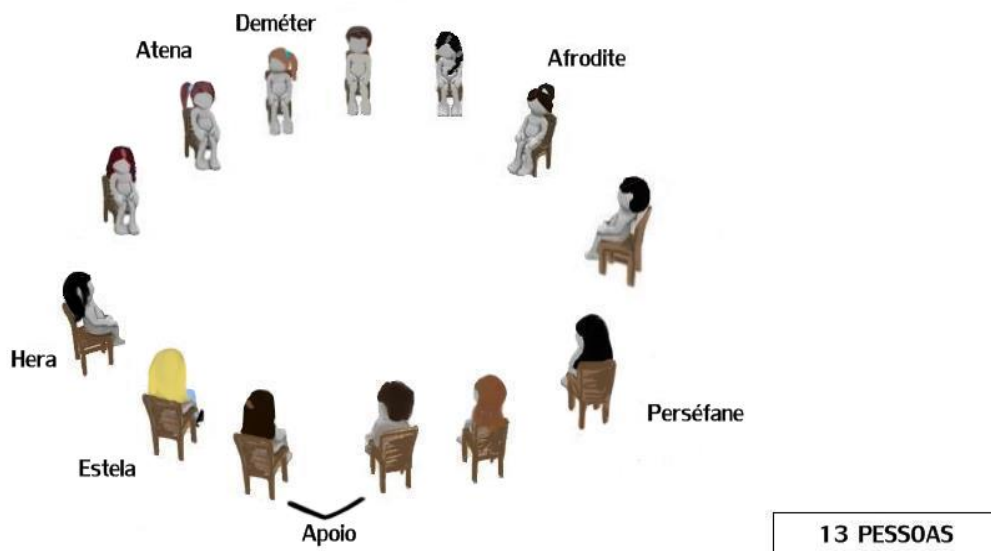
Durante as falas, uma parte das mulheres se mostrou tensa, pareceriam estar com medo, pensando, talvez, que teriam que falar alguma coisa, como se não fizesse sentido, apenas escutar. A postura tímida e ansiosa de algumas persistia. Além dos movimentos constantes e frenéticos das pernas, algumas cruzaram os braços. Analisando a linguagem corporal, esta atitude significa dizer que a pessoa não sente confiança ou que procura isolamento, sendo este comportamento bastante comum e esperado entre as participantes que começam a frequentar as rodas.

No **encerramento**, pedi para que cada uma partilhasse o que estava levando da roda e elas citaram a fé e a perseverança. Todas estavam em sintonia, cantamos uma música que tinha a ver com o momento: “Noites traiçoeiras” (Anexo D.3) e, para quebrar o gelo, cantamos uma música própria da TCI: “Ponha a mão na cabeça” (Anexo D.4) e encerramos com alegria e abraços. Convidamos todas as mulheres para o nosso lanche coletivo.

⁴Resina bastante utilizada na medicina popular para cura de dores de cabeça, como descongestionante nasal, para imobilizar fraturas e principalmente como repelente de insetos (COLETTTO-SILVA, 2005).

2ª Roda. Tema: Medo.

Figura 8: Representação da segunda roda de TCI.



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

Em nosso segundo encontro, após a preparação do ambiente com todo capricho que nós nos dedicávamos; iniciamos o *acolhimento* com muita receptividade e alegria por estarmos juntas novamente. Devido a tantas queixas relacionadas às dores físicas, citadas no encontro anterior, tive a preocupação de preparar para esse encontro algo que pudesse amenizar qualquer desconforto que elas pudessem sentir devido ao tempo que passariam sentadas nas cadeiras. Então, propus que um exercício de alongamento pudesse ser incluído antes de iniciarmos as rodas. Pois bem, levei colchonetes e orientei as mulheres, para que elas deitassem sobre o mesmo. Apesar de demonstrarem estar surpresa, contudo, estavam colaborativas, pois tiveram a iniciativa de organizá-los do jeito que pretendíamos. O exercício de alongamento foi realizado ao som de uma música suave e, ao fim, reservamos uns 3 minutos para que elas, de olhos fechados, adotassem uma posição que fosse mais confortável e relaxassem. Notei, então, que uma das participantes, adotou a posição fetal. Desse ponto em diante, fiquei mais atenta para

os acontecimentos posteriores. No campo da psicologia, essa posição simboliza estados de regressão, representando um desejo de proteção, como ocorre no útero materno.⁵

Neste dia, eu estive com duas apoiadoras, cinco participantes do estudo e cinco usuárias da unidade de saúde, totalizando 13 pessoas. Como uma das participantes da pesquisa havia faltado, logo percebi que eu deveria rever com mais cuidado todo o planejamento para o dia seguinte. Além disso, busquei informações com as demais participantes do grupo, com o objetivo de identificar o motivo da ausência da colega e, fui informada que a mesma não compareceu por questões pessoais.

Após se acomodarem em suas cadeiras, em forma de círculo, perguntei se alguém se lembrava do motivo de estarmos ali. Prontamente, uma das participantes do estudo falou que era um “espaço pra falar de nós, de si mesmo”. Ao perguntar sobre as regras, ainda utilizando os cartazes para chamar atenção, duas participantes citaram quatro, das cinco regras. Outra citou um dos provérbios de Barreto (2008, p. 66) que ainda não havíamos citado na roda anterior “Quem guarda, azeda, quando azeda, estoura e quando estoura, fede”. Essa participante era umas das que já conhecia o método. Tais fatos sinalizaram que no encontro seguinte já não seria necessário fazer uso dos cartazes e que elas já demonstravam os primeiros sinais de compreensão sobre a finalidade da TCI e suas regras. Comemoramos os aniversariantes da semana e as boas novas do grupo.

O *tema escolhido* com 12 votos foi sobre o medo de perder a mãe. A participante do estudo, na fase de *contextualização* explicou que tem medo do que possa vir a acontecer a sua mãe, quando ela souber da morte da cunhada que está em estágio terminal de câncer. No entanto, ela explicou que a maior preocupação da sua mãe é o fato de que seu irmão ficará só e sem os cuidados da sua esposa. Desabafou com a voz embargada, que sua mãe é muito idosa, tem hipertensão arterial e vários problemas de saúde e, por esse motivo, teme pela sua morte ao saber da notícia. Após o desabafo e o mote lançado, na fase de *problematização* as histórias se desenvolveram em torno do mesmo tema, das vivências das mulheres que passaram por situações semelhantes. Outra participante durante a fala demonstrou fragilidade em vários momentos, chorando sem controle. Numa dessas ocasiões, paramos para consolá-la e uma das apoiadoras ofereceu lenços de papéis para que ela enxugasse as lágrimas. A esse ponto, já sabíamos do falecimento de sua mãe e, então cantamos uma música que tinha a ver com o

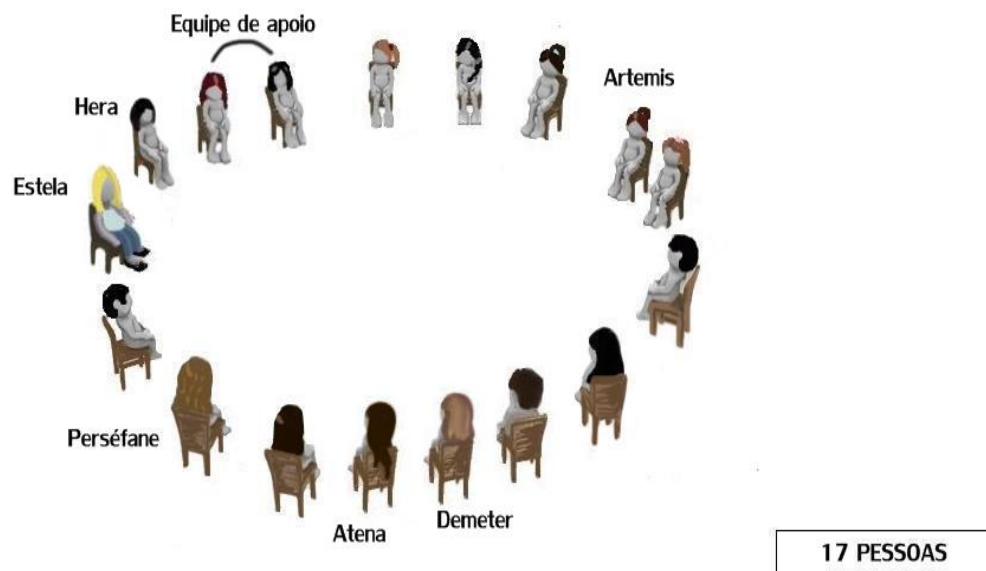
⁵Fluxo da forma e posturas da alma, texto da página de internet, do psicoterapeuta José Guilherme Oliveira, baseado em palestra de David Boadella feita durante o 12º Congresso Mundial de Medicina Psicossomática da Universidade da Basileia, setembro 1993, traduzida por Karin Sachs e adaptada por Rubens Kignel, para o Congresso Comemorativo de Wilhelm Reich em São Paulo, 1997 (OLIVEIRA, J. G, 1997).

momento: “Mamãe” (Anexo D.5). Porém, ela não se colocou em momento algum, talvez faltasse confiança no grupo ou simplesmente por não estar pronta para falar sobre o assunto. Entendo que o tempo de cada uma é diferente. Para algumas, o momento chega rápido, já para outras, é um processo lento. Como estratégias de enfrentamento, referiram buscar apoio na família e na fé em Deus.

No **encerramento**, após a conotação positiva, cada uma partilhou o que estava levando da roda: o valor da família, a força do grupo, coragem, amizade, alegria, paz e o aprendizado. Unidas e abraçadas pela cintura, de pé, ainda em forma de círculo, cantamos a música: “Ponha a mão na cabeça” (Anexo D.4) e concluímos com uma frase de uma das apoiadoras “encerramos com a esperança, de dias melhores”.

3ª Roda. Tema: Tristeza devido à perda de pessoas queridas.

Figura 9: Representação da terceira roda de TCI



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

O terceiro encontro, como previsto, ocorreu no mesmo lugar. Chegamos mais cedo como de costume e organizamos o ambiente. Quando as mulheres começaram a chegar, já estávamos prontas, aguardando-as.

Neste dia, eu estive com duas apoiadoras, duas estagiárias da residência multiprofissional da UFPB - uma Psicóloga e uma Fisioterapeuta, cinco participantes do estudo, quatro usuárias da unidade de saúde e três crianças, totalizando 17 pessoas.

Iniciamos o nosso *acolhimento* pedindo para que todas ficassem de pé. Notei que a maioria das mulheres, espontaneamente, foi dando as mãos, sendo este mais um prenúncio de empatia. Formamos uma grande roda, dançamos e cantamos algumas músicas: “Boneca de lata” e “Ponha a mão na cabeça” (Anexo D.2 e D.4). Todas estavam muito animadas e entrosadas e já demonstravam certa intimidade com as músicas, além de estarem totalmente desinibidas. Ao final da musicalização, todas se acomodaram nas cadeiras calmamente enquanto eu dirigia a palavra para elas, perguntando-lhes se elas lembravam o que foi dito nas rodas anteriores com relação às regras da TCI. Timidamente, porém seguras do que falavam, três mulheres se arriscaram, citando: “silêncio”, “não julgar” e “respeito”. Todas se mantiveram atentas às demais regras lembradas pela apoiadora, pois algumas não conseguiram recordar. Tivemos a preocupação de explicar todas as regras novamente, detalhando e dando exemplos. Após esse momento, celebramos a vida e cantamos parabéns para comemorar os aniversariantes da semana, incluindo os seus familiares.

Durante a *escolha do tema* apenas uma usuária expôs o seu sofrimento. Foi a primeira vez que ela participou da roda e desde a sua chegada eu já havia notado nela, certa ansiedade porque suas pernas balançavam freneticamente demonstrando sentimento de desconforto. Quando questionei se alguém gostaria de falar sobre o que lhe andava tirando o sono, ela prontamente olhou para um lado, olhou para o outro e ao perceber que ninguém demonstrou interesse de imediato, levantou a mão, se permitindo falar. O tema trazido por ela foi sobre tristeza, dor e desconsolo devido à perda de dois filhos e do ex-marido. A participante revelou que no mesmo ano, perdeu um de seus filhos e o ex-marido com quem tinha uma relação harmoniosa. Em seguida, falou da morte do segundo filho, a mais recente, era a que estava lhe causando maior dor no momento. Após esse problema ter sido colocado no grupo, todas calaram. A primeira coisa que me veio à cabeça foi: Será que uma nova participante abalou a confiança do grupo? Em seguida, refleti um pouco mais e pensei que, talvez, algumas das mulheres tivessem se identificado com a história ou simplesmente, elas se calaram diante da dor, por achar que nenhuma outra, seria maior que esta – a dor de perder um filho. Outro ponto importante a destacar é que o tema discutido na roda anterior foi sobre o medo da perda o que

apresenta certa relação com a dor da perda. Dessa forma, julgo que esse sentimento ainda poderia estar mal resolvido deixando as participantes com os sentimentos à flor da pele.

Durante a **contextualização**, ela relatou que ainda sofria muito pela morte de seus dois filhos. Explicou que a última perda aconteceu há um ano, aproximadamente. Enquanto falava, em vários momentos, não conteve o choro. Disse que o seu sofrimento tem afetado a sua saúde, que se sente deprimida e sabe que tem que procurar ajuda. Todas as mulheres da roda ficaram muito comovidas e algumas também choraram a sua dor, demonstrando compaixão.

Após lançado mote, na **problematização**, três mulheres relataram situações de perda na família, inclusive uma das participantes da pesquisa, também passou pela mesma dor de perder dois filhos, obviamente por situações diferentes. Ela relatou que o que mais doía nela, era achar que não era capaz de criar um filho. Durante a sua fala, também houve muita comoção. Sobre as estratégias de enfrentamento, citaram: procurar ajuda médica para tratar a depressão, buscar por distrações, realizar trabalhos voluntários, se relacionar melhor com a família e ter fé em Deus.

Por fim, no **encerramento**, todas se levantaram e se abraçaram e cantamos a música: “Balançando na terapia” (Anexo D.6) e ao perguntar o que elas estariam levando da roda, mencionaram: a coragem, a superação, o aprendizado e a fé em Deus.

4ª Roda. Tema: Sentimento de impotência frente ao uso de drogas na família.

Figura 10: Representação da quarta roda de TCI



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

O quarto encontro ocorreu na véspera de feriado. Por esse motivo, fiquei um pouco preocupada, pois não ficaria surpresa se poucas pessoas aparecessem. Neste dia, além de mim e as duas apoiadoras, estiveram presentes três participantes da pesquisa e quatro usuárias da unidade de saúde, totalizando 10 pessoas.

Para o *acolhimento*, preparamos uma brincadeira com o intuito de fortalecer a confiança no grupo. Levamos balões coloridos e dissemos que cada uma deveria escolher um deles. Dentro dos balões, havia um papel sorteado e o brinde era uma caixa de chocolate. Todas ficaram muito felizes e ao estourarem o balão perceberam que não havia nada escrito nos papéis. Então, explicamos o sentido da brincadeira e que tudo foi proposital, pois já que o nosso espaço é de partilha, todas nós iríamos partilhar os bombons. Todas ficaram muito alegres e algumas enfatizaram que mesmo se tivesse ganhado o brinde só, dividiria com as demais.

O grupo sugeriu que cantássemos a música: “Boneca de lata” (Anexo D.2). Achei interessante a atitude, pois essa ação demonstrou a autonomia do grupo. Essa música é a preferida das mulheres, pois em quase todas as rodas ela era lembrada, nos trazendo muita diversão. Propus também, um exercício onde elas deveriam formar uma fila e colocar as mãos no ombro da colega à frente, massageando firmemente ao som de uma música. É importante lembrar que em todas as rodas, falávamos dos objetivos da TCI, comemorávamos os aniversariantes da semana e/ou algum acontecimento que fosse motivo de alegria, merecendo tal comemoração. Neste dia, não houve aniversariantes, apenas conquistas e boas novas. Por esse motivo, ao invés de cantarmos parabéns, sugerimos a música gospel: “Conquistando o Impossível” (Anexo D.7). Quando perguntei se elas se lembravam das regras, prontamente uma a uma foi lembrando: “silêncio”, “não julgar”, “ouvir a história do próximo”, “não aconselhar” e “falar de si”.

Na *escolha do tema*, a história eleita com oito votos foi sobre o sentimento de impotência frente ao uso de drogas na família. Este dia, foi um dos mais tristes. Todas nós ficamos muito emocionadas. Durante a *contextualização*, a participante nos contou que estava muito aflita e preocupada com seu irmão, que mora com sua mãe e seu padrasto, no interior. Ele está envolvido com drogas e tem ameaçado a família de morte. Seu maior desespero é o fato de estar distante deles e, por esse motivo, sente-se impotente diante da situação de não poder protegê-los, temendo que a qualquer momento possa acontecer uma tragédia. Porém, o que mais repercutiu nas mulheres, foi quando ela relatou o histórico de violência que ela, seu irmão e a mãe sofreram no passado, por parte do seu pai biológico. Para ela, a história estava se repetindo. Ela chorou o tempo todo enquanto falava, de modo que não conseguia se controlar. Por vários momentos tivemos que dar uma pausa e ampará-la, cantando: “Cabecinha no meu

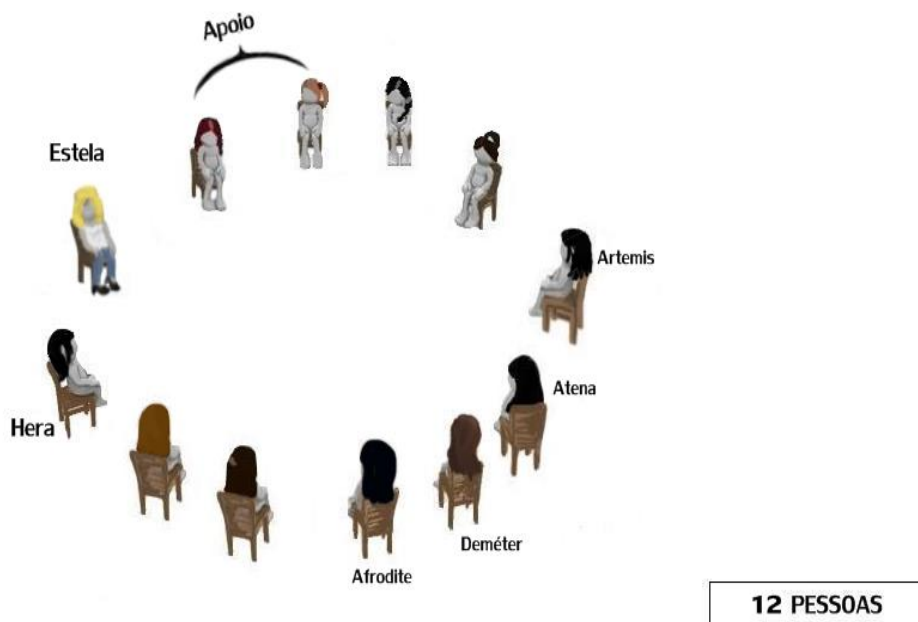
ombro” (Anexo D.8). Neste dia, percebi que duas das participantes saíram da posição passiva para assumirem uma atitude mais autônoma, pois antes de nós, elas se aproximaram da participante que contava a história e lhe ofereceu um lenço de papel para que enxugasse as lágrimas, demonstrando cuidado com a mesma. São essas atitudes que promovem a construção de vínculos. Foi uma história de vida carregada de dor e o grupo se mostrou muito solidário nas palavras de apoio.

Na **problematização** uma das usuárias relatou ter passado por uma situação parecida. Com a voz embargada, nos contou que por muitos anos, foi maltratada e judiada pelo seu irmão. Ela nos contou que na época, sentia-se impotente diante dessa situação, pois não sabia como resolver, ainda mais porque era filha adotiva. Para ela, o que despertava o ódio de seu irmão, era o ciúme que ele sentia da mãe. Relatou também, que foi abandonada em uma caixa de sapato e que conforme os anos se passaram, ela teve a oportunidades de realizar seu sonho, que era conhecer a sua mãe biológica. Ao final, explicou que diante de tanto sofrimento, ela se fortaleceu e aprendeu a valorizar a vida, não deixando que os problemas lhe atinjam tanto. Numa demonstração de afeto e carinho com a participante que teve o tema escolhido, ela falou que iria rezar para que ela encontrasse logo a solução do seu problema. Este foi um tema que causou indignação, revolta e mobilizou o grupo.

A roda **encerrou** com muita emoção e a participante que falou da sua dor e do seu sofrimento, revelou que se sentia aliviada, que parecia ter tirado um peso enorme das costas. No ritual de agregação cantamos a música: “Noites traiçoeiras” (Anexo D.3). Ao perguntar o que elas estavam levando da roda neste dia, muitas citaram a fé em Deus, a força do perdão e o aprendizado.

5ª Roda. Tema: Síndrome do ninho vazio

Figura 11: Representação da quinta roda de TCI.



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

A quinta roda me chamou atenção pela consolidação dos vínculos. As mulheres já estavam totalmente envolvidas e as atitudes de carinho e gentileza entre elas eram mais perceptíveis e espontâneas. Elas já estavam tão à vontade que neste dia, quando eu cheguei o ambiente já tinha sido preparado por elas. Além de mim, estiveram presentes nesta roda, cinco participantes do estudo, quatro usuárias da unidade de saúde e duas apoiadoras do estudo, totalizando 12 pessoas.

No *acolhimento*, após das boas vindas, falei que estávamos ali para falar do nosso sofrimento, dos problemas que tiram o nosso sono e das atitudes que tomamos para superá-los. Como de costume, celebramos os aniversariantes cantando parabéns e citamos as regras da TCI. Para o aquecimento trouxemos duas músicas novas, a do “Faça assim” e a do “Dedinho pra frente” (Anexos D.9 e D10). Durante a musicalização o grupo se divertiu bastante com as brincadeiras, que ambas as músicas proporcionaram.

O *tema eleito* com dez votos foi sobre “Síndrome do Ninho Vazio”.⁶ Após agradecer a cada uma das mulheres que se colocaram na roda, expliquei que não havia tema mais importante que o outro, que o que acontecia era que naquele momento as pessoas que ali estavam se identificavam mais com uma história do que com outra. Na sequência, pedi para que a participante que teve seu tema escolhido *contextualizasse* a sua história, falando um pouco mais sobre ela. Ela desabafou sobre o quanto estava triste, deprimida e ao mesmo tempo surpresa com a decisão repentina do seu filho, que é casado, sair de sua casa para morar em outro Estado. Com a voz trêmula ela mencionou não aceitar essa situação, mesmo sabendo que esse, seria o curso natural da história. Falou também, que se sentia injustiçada e que esse não era o momento, pois a sua nora estava grávida.

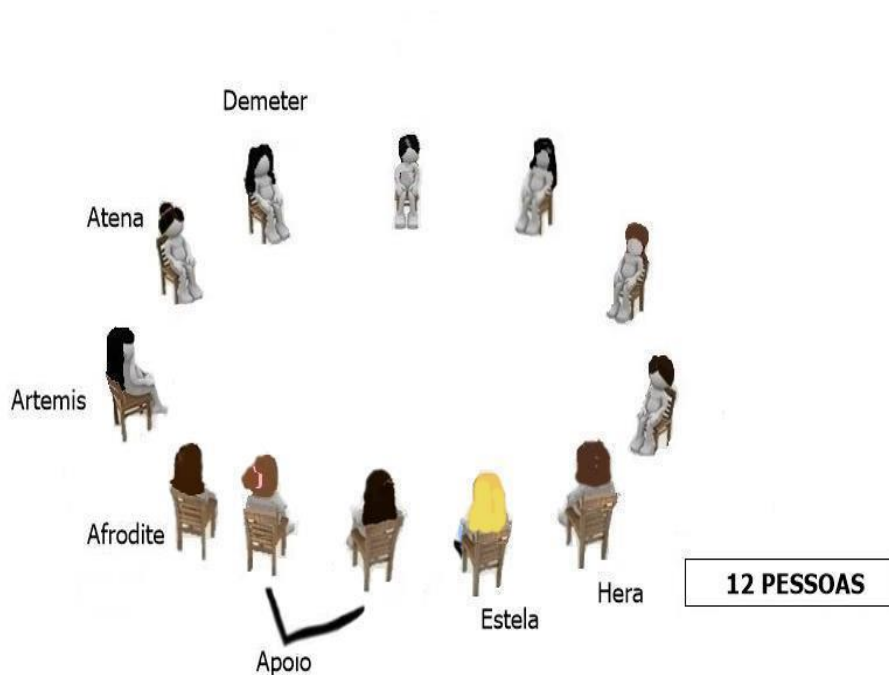
Durante a *problematização*, muitas usuárias se manifestaram na tentativa de trabalhar suas demandas e mostrarem suas estratégias de enfrentamento. As histórias abordavam de maneira geral a depressão e como enfrenta-la. Uma delas mencionou que quando está deprimida, procura se distrair, frequentando a hidroginástica, participando de nossos encontros e gosta de visitar as amigas. Outra mencionou a fé e a oração como principal estratégia para sair do “fundo do poço” após seu sobrinho ter sido baleado e ter que vê-lo numa situação difícil, traqueostomizado e sofrendo, pois eles eram muito apegados.

No *ritual de agregação*, enquanto cantávamos em pé, abraçadas pela cintura e em círculo, a música “Balançando na terapia” (Anexo D.6), questionei as mulheres o que elas estavam levando dessa roda, elas mencionaram: a gratidão, esperança, amizade, fé em Deus, força e compreensão do grupo. Cumpro destacar que desde a primeira roda, a fé em Deus sempre esteve presente nos relatos, demonstrando o quanto estas mulheres eram cristãs. Assim, finalizamos o momento cantando outra música “Boneca de lata” (Anexo D.2).

⁶Segundo Barnett (1988) e Raup & Myers (1989), citado por Sartori & Zilberman (2009), o termo Síndrome do Ninho Vazio (SNV) tem a ver com o desconforto emocional dos pais ao verem seus filhos deixando a casa.

6ª Roda. Tema: Ciúme conjugal.

Figura 12: Representação da sexta roda de TCI.



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

O sexto encontro aconteceu em um dia ensolarado. Eu estava com duas apoiadoras, cinco participantes do estudo e quatro usuárias da unidade de saúde, totalizando 12 pessoas. As mulheres pareciam felizes e estavam muito entusiasmadas com o momento.

Iniciamos o *acolhimento* com uma técnica que chama atenção das participantes para o valor da reciprocidade, ou seja, do dar e do receber. Nesta técnica formamos um círculo e damos as mãos, considerando a seguinte orientação: uma mão deve ficar com a palma da mão voltada para baixo, simbolizando o dar, o doar-se e, a outra deve ficar com a palma da mão voltada para cima, simbolizando o receber. Em seguida pedimos para que cada uma delas fechassem os olhos e pensassem em algo que queria trabalhar naquele momento. Neste ponto, uma das participantes da pesquisa nos chama atenção, quando falou que queria trabalhar “o ódio, a mágoa e o rancor” e que gostaria de sair de lá com a “esperança”. Na sequência cantamos a música gospel “Cura, senhor” (Anexo D.11) e antes mesmo que terminássemos de cantá-la, fomos surpreendidas pelo marido dela que naquele momento invadiu o nosso espaço. Por motivos éticos, uma das apoiadoras que filmava a roda, parou com a gravação. Foi um momento tenso e até um pouco

assustador para todas nós (terapeutas e participantes da roda). Depois da situação contornada e do invasor ter se retirado do ambiente, ela permaneceu conosco. Em demonstração de apoio, demos um abraço coletivo para acalmá-la e dissemos que estávamos ali para apoiá-la, pois ela ficou muito abalada e chorava bastante. Outra participante falou que iria orar por ela e que ela ficasse calma, pois tudo passaria. Na sequência, pedimos para que todas sentassem, lembramos as regrinhas da TCI, o objetivo e celebramos a vida, cantando parabéns para os aniversariantes da semana e agradecendo as conquistas.

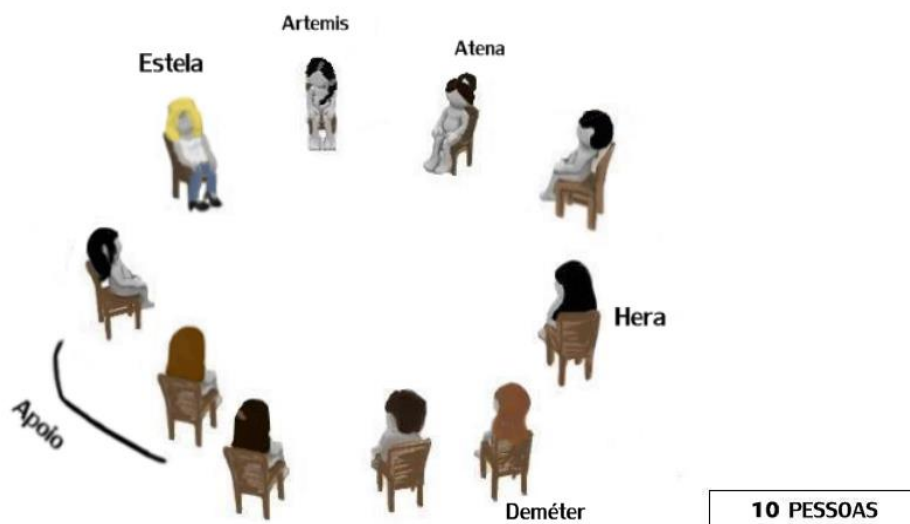
Durante a *escolha do tema*, foi inevitável que a participante da pesquisa, em questão, falasse. Ela parecia desabafar algo que havia tido início em sua casa, antes mesmo dela chegar ao nosso encontro. Ela explicou que seu marido é muito ciumento, não quer deixar que ela participasse das rodas. Falou que ele já a impediu uma vez, de concluir um curso e que estava apreensiva e com medo dele impedi-la, mais uma vez. Como eu já esperava, não houve outro tema a ser trabalhado, mais uma vez, o grupo que já havia construído laços de amizade, se calou diante do problema da colega, oportunizando o direito da vez e voz. Na *contextualização* ela falou que não acredita que essas agressões, até então verbais, possam evoluir para agressões físicas, que ama seu marido e não quer que nada de ruim lhe aconteça, pois ele está passando por um momento difícil em sua vida.

A *problematização* se desenvolveu a partir de vivências sobre histórias de pais e maridos ciumentos, envolvendo a submissão feminina, o machismo e a violência doméstica. Mais uma vez, esse foi um tema que causou revolta nas mulheres. Algumas vivenciaram tais situações com os seus pais, ainda quando eram crianças. Para estas, a dificuldade enfrentada, fez com que elas procurassem por relações saudáveis na vida adulta.

No *encerramento* quando perguntei o que as mulheres estavam levando da roda, elas mencionaram levar a amizade, compreensão, confiança, paciência, tranquilidade e paz. Cantamos a música “Balançando na terapia” (Anexo D.6) e, em seguida, as convidamos para o lanche coletivo.

7ª Roda. Tema: Conflitos / problemas familiares.

Figura 13: Representação da sétima roda de TCI.



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

O nosso sétimo encontro ocorreu em um dia chuvoso e por este motivo poucas pessoas apareceram. Além de mim, estiveram presentes duas apoiadoras, quatro participantes do estudo, e três usuárias da unidade, totalizando 10 pessoas.

No **acolhimento**, após dar boas-vindas, pedi para que as mulheres sentassem e colocassem as mãos espalmadas sobre as coxas numa posição confortável e iniciei um exercício de respiração. Além disso, falei sobre os objetivos da TCI e suas regras. Também comemoramos as conquistas e aniversariantes da semana, seja das participantes ou de pessoas próximas a elas. E, para aquecer, trouxe uma música da TCI que ainda não havia apresentado às mulheres “Vou acordar o meu corpo” (Anexo D.12). Aliás, essa era uma das minhas preocupações, eu procurava trazer novidades a cada encontro, como foi dito anteriormente, cada roda foi planejada com muito cuidado para que não caíssemos na mesmice. A TCI não precisa ser uma receita de bolo, é possível inovar, trazendo dinamicidade aos encontros, não deixando de seguir seus passos.

O **tema escolhido** com o maior número de votos foi sobre conflitos/problemas familiares. Na **contextualização**, a participante explicou que está muito preocupada após a separação do seu filho, sente muito pela situação que os netos vêm enfrentando. As crianças

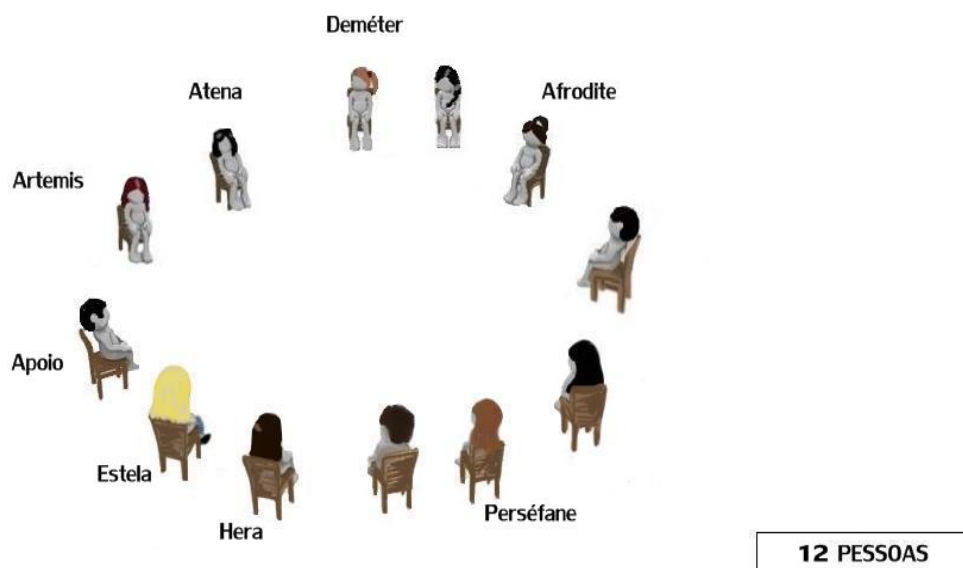
ficaram sob os cuidados do pai que anda muito deprimido e ela tem ajudado, fazendo o que é possível, para dar o suporte necessário. Os conflitos foi uma temática que precisava ser trabalhada, pois em quase todas as rodas, os temas convergiam para esse assunto.

Na **problematização**, muitas mulheres se manifestaram. A maioria das histórias evoluía conflitos e problemas no contexto familiar. Uma delas relatou com muita indignação sobre a cirurgia de troca de marca-passo que sua mãe precisou realizar. A cirurgia infeccionou e afetou a saúde dela por completo, chegando ao ponto dela não conseguir mais andar. Falou de todo o sofrimento que enfrentou durante o período de internações até ir para a Unidade de Terapia Intensiva e evoluir para o óbito. Disse que cuidou da sua mãe o tempo todo, que sua irmã, também doente na época, ficava responsável por cuidar dos seus filhos, enquanto ela estava no hospital. Sua maior decepção foi quando solicitou ajuda do seu irmão que morava num estado vizinho, para que ele também ajudasse, ficando com a mãe, pois já andava exausta e, o mesmo se negou, afirmando que a família dele eram as filhas e a esposa. Também relatou que entrou em depressão após a morte da sua mãe e que foi muito difícil na época. Neste ponto, ela não se conteve e chorou bastante. Outra, não muito diferente da primeira, falou da sua revolta com relação a sua irmã que não a ajudou em nada e se quer foi visitar a mãe que estava internada. Falou que ficou firme diante da sua mãe e que até brincou com ela, dizendo que iria dar tudo certo, quando teve a notícia dos médicos de que o caso era muito grave. Não queria que sua mãe ficasse triste ou desiludida com a situação do qual se encontrava, mas que quando saiu do quarto que desceu as escadas do hospital, chorou desesperadamente. Neste dia, ela falou que saiu de lá tão arrasada que fez uma promessa – que se o Senhor curasse sua mãe, ela doaria o pouco dinheiro que recebia a uma igreja católica. Por fim, outra participante falou dos problemas que enfrenta com sua filha, pois os netos acabam ficando sob sua responsabilidade, mas que com tudo isso, ela é grata. No entanto o que mais chamou a minha atenção foi quando todas mencionaram a fé em Deus, como estratégia de superação.

No **encerramento**, quando perguntei o que elas estavam levando da roda, elas responderam estar levando o aprendizado, a sabedoria, a garra, a confiança, a força, a esperança, a solidariedade, o amor e a fé em Deus. Para finalizar, cantamos alegremente a música “Balançando na terapia” (Anexo D.6).

8ª Roda. Tema: Liberdade.

Figura 14: Representação da oitava roda de TCI



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

Como de costume a nossa oitava roda aconteceu no salão da igreja, as mulheres foram chegando, uma a uma, e calmamente foram se organizando, pegando as mesas que usávamos para acomodar o lanche e as cadeiras foram dispostas em forma de círculo, como já vinham fazendo em rodas anteriores.

Enquanto esperávamos as demais, conversávamos umas com as outras e eu fui arrumando o centro da roda com uma cartolina decorada com várias borboletas de plástico coloridas e sobre a mesma, um jarro com flores naturais e borboletas, além de um incenso floral para perfumar o ambiente. Também distribuí sobre as cadeiras, textos com a letra da música que seria cantada. Nesse momento, as mulheres demonstraram curiosidade sobre o que seria trabalhado neste dia.

Esse foi um dia preocupante para mim, uma vez que uma das apoiadoras não estaria presente, aquela que seria responsável por filmar a roda, restando apenas uma para me auxiliar. No entanto, o planejamento da roda, sempre era realizado com antecedência, e sabendo desta ausência, tratei de me organizar. Decidimos, eu e a outra apoiadora, que enquanto uma conduziria uma etapa, a outra filmaria e vice-versa e que nos ajudaríamos em todas as etapas.

Pois bem, eu estive com uma apoiadora, seis participantes do estudo e outras quatro usuárias da unidade de saúde, sendo que uma delas estava presente pela primeira vez como convidada de sua irmã, totalizando 12 pessoas.

Iniciamos nosso **acolhimento** com um exercício de respiração e relaxamento muscular, com sons de natureza, pra criar um clima que tivesse a ver com o momento. Em seguida, realizamos uma dinâmica com formação de duplas que tinha como objetivo o fortalecimento da autoestima. Essa dinâmica consistia em falar uma para a outra, olhando nos olhos e bem baixinho, as qualidades que a pessoa percebia em sua parceira. As mulheres demonstraram muita confiança umas nas outras e realizaram a atividade com leveza e naturalidade, apesar de percebermos que uma ou outra se mostrou um pouco envergonhada no início. Depois, foi pedido que elas fechassem os olhos e que ainda de mãos dadas, pensassem nas qualidades que elas sabiam que tinham e que não foram ditas pela sua colega.

Para situá-las no **tema escolhido** e ainda de olhos fechados, as mulheres foram convidadas a visitar um “Lindo jardim” (Anexo E.2), repletos de flores e borboletas e que elas pudessem imaginar a sensação de liberdade que as borboletas têm ao voar. Todas estavam muito concentradas e, em seguida cantamos a música “Borboletas” (Anexo D.13), acompanhando atentamente a letra, Todas se balançavam dançando e se abraçavam também.

Na **contextualização**, descrevi as fases do processo de metamorfose da borboleta e expliquei que ela era considerada um símbolo de transformação e de um novo começo. Apresentamos o pequeno jardim decorado no centro da roda, uma grande borboleta de plástico e uma lagarta de pano que seria passado de mão em mão. Foi um momento muito engraçado, todas riram muito e falaram piadas, porque o que denominamos de lagarta, nada se parecia com uma. Nesse momento eu tive que chamá-las para dar continuidade, pois as brincadeiras pareciam não ter fim. Em continuação, pedimos a elas que ao olharem aquele jardim, do centro da roda, elas resgatassem suas experiências e respondessem a minha pergunta: Quem na vida já se sentiu lagarta e o que fez para superar, se transformando em borboleta?

Na **problematização**, todas resgataram o passado de suas vidas, desde quando eram crianças até os dias atuais. Falaram sobre situações ou épocas das quais elas se sentiam presas e como elas buscaram a liberdade, até o dia que se viram como borboletas.

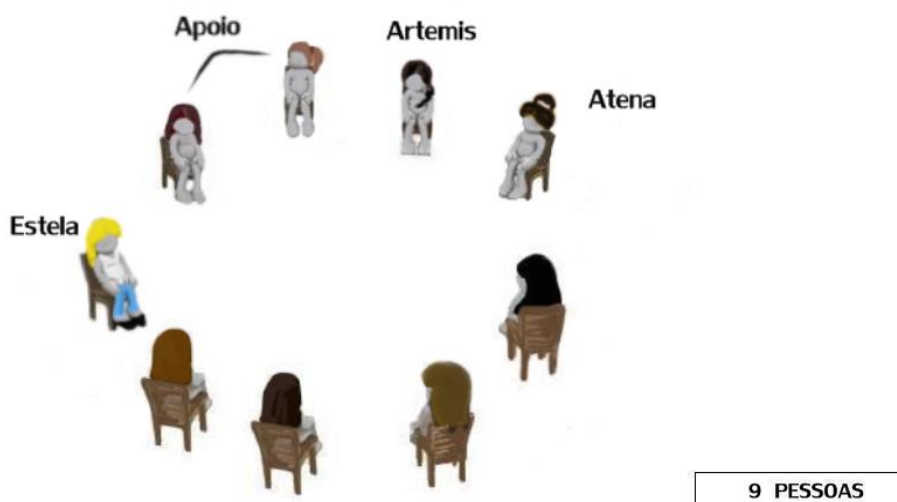
A maioria relatou ter recebido dos pais, uma educação rígida e limitada. Em relação à busca pela liberdade, para algumas, as mudanças ocorreram antes do casamento, essas se mostraram bastante empoderadas ao falar, enquanto que para outras, a conquista veio após a separação. Uma das participantes referiu caminhar no sentido oposto, explicando que no início do casamento se sentia livre, mas agora que seu marido está aposentado, ela se sente presa.

Outra usuária explicou que agora que está solteira, pois já havia sido casada, se sente presa. Acha espantoso e não sabe o que acontece com ela e que está tentando reverter essa situação. Para ela, a liberdade acontece de dentro para fora. Uma das últimas participantes a se colocar contou algo que nos emocionou. Ela falou que sua transformação teve início a partir de sua participação na terapia, precisamente depois do segundo encontro, quando ela passou a entender que precisava pedir perdão a uma pessoa, para ter liberdade no coração. Revelou que passou a vida toda no casulo e que seu momento de libertação ocorreu só agora. Todas nós nos emocionamos com as palavras dessa participante. Esse momento me chamou atenção porque ela era a participante mais tímida e introvertida do grupo, mal falava, então conclui o quanto ela estava de fato, sentindo-se livre, com tom de confiança e semblante alegre, diferente do que era no início.

No *encerramento* foi sugerido que cantássemos a música “Sonho de Ícaro” (Anexo D.14) e, as participantes definiram em uma única palavra o que estavam levando da roda: liberdade, amor, lembranças e saudade. Como a palavra saudade foi referida mais de uma vez, sugerimos a música “Meu primeiro amor” (Anexo D.15). Para finalizar, agradei a presença de todas e as convidei para o lanche coletivo.

9ª Roda. Tema: Resiliência

Figura 15: Representação da nona roda de TCI.



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

A nona roda aconteceu em um dia ensolarado e mais uma vez, numa véspera de feriado. Fiquei muito preocupada com a suposta ausência de algumas, como de fato aconteceu. Na ocasião, éramos eu, duas apoiadoras, duas participantes do estudo e quatro usuárias da unidade de saúde, totalizando 9 pessoas. Foi o encontro que mais faltaram participantes.

Para o *acolhimento* preparamos um exercício de alongamento para aquecer o grupo, ao som do canto dos pássaros. Na sequência acomodamos as mulheres nas cadeiras em forma de círculo e agradecemos mais uma vez a presença de todas. Falamos do objetivo da TCI e suas regras, além da celebração da vida. Neste ponto, todas já demonstraram estar apropriadas com a ferramenta.

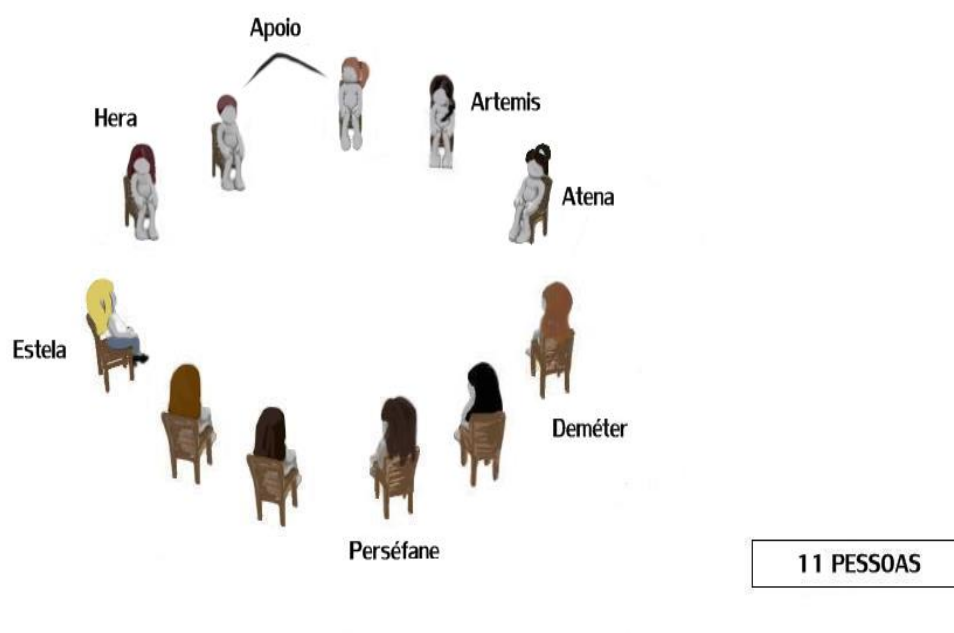
Para situá-las na *escolha do tema*, prosseguimos com a entrega de um texto com a letra de uma música gospel muito conhecida dos anos 70 “Galhos secos” (Anexo D.16). Em seguida, explicamos as mulheres que colocariam o áudio da música e cantaríamos todas juntas e, que nesse momento, todas deveriam ficar atentas ao conteúdo da letra. Na *contextualização* e com o intuito de sensibilizar as mulheres para refletirem e buscarem na memória momentos da vida em que se sentiram um galho seco (sofrimento) e passaram pelo processo de enfrentamento (estratégias de superação) para depois florescer como um galho verde (transformação do sofrimento em aprendizagem) decoramos o centro da roda com uma cartolina contendo uma figura do ciclo das folhas, que iam do verde intenso, passando pela cor amarelada até o marrom da folha seca, acompanhados de um galho seco e um galho verde. Em seguida, convidamos as mulheres a fecharem os olhos e respirar lenta e profundamente por alguns minutos. Pedimos que se sentissem relaxadas e escutassem o som da natureza. Dentro desse contexto, convidamos a um passeio por uma linda floresta: “Imaginem-se um broto de folha, verdinho, úmido, desenrolando, despontando, estendendo sua superfície verde clarinho para receber os raios de sol...”. Durante a meditação guiada todas se mantiveram bastante concentradas. Em seguida, fizemos algumas considerações que achamos ser pertinente e todas foram muito colaborativas, afirmando ter compreendido todo o conteúdo do texto “O ciclo das folhas” (Anexo E.3). Demos um tempo para que refletissem um pouco com o intuito de que elas elaborassem a resposta para a seguinte pergunta: Quando eu me senti um galho seco e o que fiz para florescer?

Durante a *problematização* as mulheres resgataram fatos importantes que marcaram as suas vidas e de suas famílias. Para uma das participantes, sua transformação aconteceu quando ela se conscientizou que precisava parar de beber e procurou ajuda dos Alcoólicos Anônimos (AA) para se livrar do vício. Segundo ela, essa decisão mudou sua vida por completo. Outra que teve seu depoimento bem marcante referiu que sua transformação se deu a partir da perda de uma pessoa querida, sendo esta a causa do seu amadurecimento, do seu florescer.

No **encerramento**, após a conotação positiva, todas ficaram de pé e se posicionaram como de costume. Solicitei que elas expressassem o que significou para elas esse momento e o que elas estavam levando da roda. Então, elas afirmaram levar: a alegria de viver, o poder da transformação, a felicidade e a fé. Na ocasião, cantamos a música “Balançando na terapia” (Anexo D.6) e realizamos a seguinte reflexão: se não fossem os galhos secos não haveria espaço para a transformação e finalizamos agradecendo a presença de todas.

10ª Roda. Tema: Medo de ficar incapacitada.

Figura 16: Representação da décima roda de TCI.



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

A décima roda de TCI foi muito divertida, todas chegaram com uma alegria contagiante. No **acolhimento**, resolvemos começar pela dinâmica de integração: “Conte-me sobre você!”. Levamos alguns balões e dentro deles, havia um pedaço de papel com uma frase. Cada participante deveria estourar o seu balão, ler a frase e completá-la. Demos cinco minutos para que elas pudessem pensar um pouco, antes de responder. As frases eram diferentes e tinham a ver com o sentimento de cada uma, como por exemplo: “Eu me sinto feliz quando...?”, “O que

mais me entristece é...?”. Uma das participantes, respondeu que o que mais lhe entristecia era ver a sua família desunida. Seu maior desejo era que todos estivessem unidos, pois ela adorava os sobrinhos. Em seguida, de pé e com as mãos uma na cintura da outra, formando um pequeno círculo, encerramos a dinâmica pedindo para que elas, de olhos fechados, pensassem em silêncio e visualizassem como elas se veriam no futuro e cantamos a música “Oração ao tempo” (Anexo D.17).

Neste dia, eu estive com duas apoiadoras, cinco participantes do estudo e três usuárias da unidade de saúde, totalizando 11 pessoas. Como de costume, também comemoramos os aniversariantes da semana e as boas novas e quando pedimos mais uma vez que citassem as regras da roda, cada uma foi lembrando e todas as regras foram ditas.

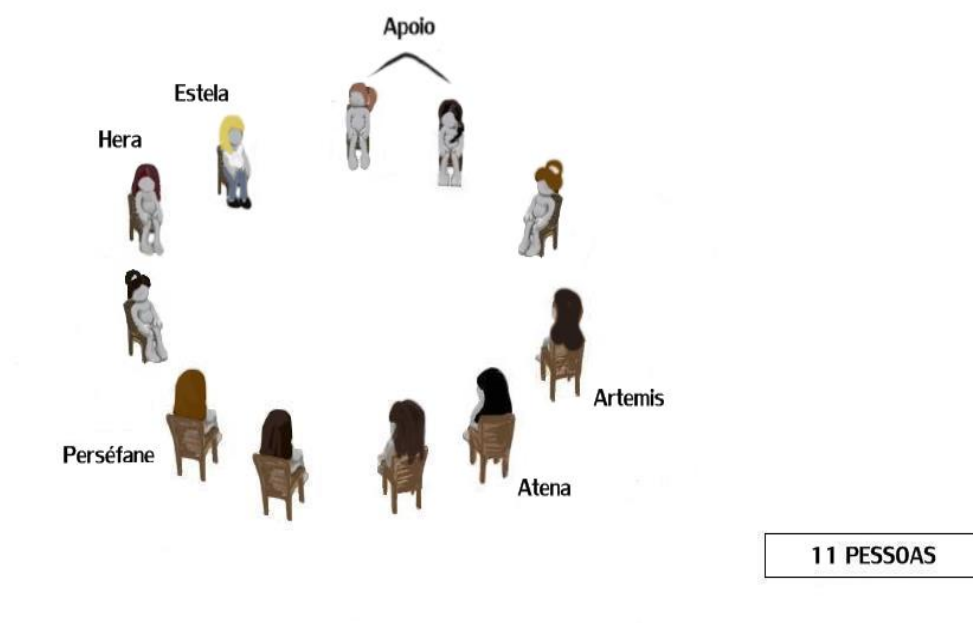
Na **escolha do tema**, dos três temas colocados na roda, a situação-problema escolhida com a maioria dos votos, foi sobre o medo de ficar incapacitada. E, na **contextualização** a usuária cujo tema foi escolhido, com a voz trêmula, desabafou que era muito difícil conviver com a dor na coluna e se sente incapacitada para realizar algumas tarefas, como por exemplo, fazer faxina na sua própria casa. Explicou que tem medo de um dia ficar de cama e não conseguir se levantar. O sentimento dela era de medo, até já pensou que pudesse ter um câncer, pois os médicos não lhe deram um diagnóstico e suas dores só tem piorado. Pelo seu relato, logo percebi que não se trata de um câncer ou doença rara, mas sim, do nível de importância que a usuária tem dado ao seu problema. Pelo seu relato, entendi que o problema não parecia ser tão grave e que o fato de não ter um diagnóstico, tal como ela menciona, tinha mais a ver com uma comunicação mal estabelecida entre médico-paciente, do que pela própria doença. Talvez, o fato de ela estar deprimida, naquele dia, tivesse atribuindo a essa questão, uma importância maior, do que deveria.

A roda prosseguiu, com as **problematizações** e eu pude perceber que um dos temas citados, o segundo mais votado, também foi contemplado, porque se tratara da incapacidade de uma das participantes em lidar com o seu marido que é alcoólatra. Assim, de uma forma geral, a partir de um único tema escolhido, acabamos por trabalhar os dois temas mais votados. Nesta fase, muitas das histórias de enfrentamento compreendiam vivências que abarcavam o medo que elas sentiam de um possível diagnóstico de câncer. Esse parece ser um tema que ainda hoje aterroriza a maioria das mulheres, principalmente as de meia idade. Como estratégias de enfrentamento, citaram a busca pelo desconhecido e a fé em Deus.

Encerramos, nos abraçando e cantando a música “Balançando na terapia” (Anexo D.6) e disseram estar levando da roda, a amizade, a paz, a tranquilidade e a paciência. Prosseguimos, então, para o lanche coletivo.

11ª Roda. Tema: Ingratidão / indignação / frustração

Figura 17: Representação da décima primeira roda de TCI.



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

A décima primeira roda aconteceu em um dia nublado e tranquilo. As conversas entre as participantes eram mais afetuosas, elas se abraçavam com mais frequência e naturalidade. Nesse dia eu estive com duas apoiadoras, quatro participantes do estudo e quatro usuárias da unidade de saúde, totalizando 11 pessoas.

No **acolhimento**, demos as boas-vindas, celebramos as conquistas e aniversários, além das regras da TCI e as participantes, já apropriadas, mencionaram todas elas, sem qualquer dificuldade. Em seguida, realizamos a dinâmica de aquecimento: “Quem sou eu” que tem como objetivo proporcionar autoconhecimento, identificar bloqueios e separá-los pelo esforço pessoal. Nessa atividade solicitamos às mulheres que fizessem uma roda dupla e orientamos que a pessoa que estivesse atrás colocasse as mãos nos ombros da pessoa da frente e, suavemente realizasse uma pequena massagem, falando bem baixinho, do lado esquerdo e direito do ouvido, alternadamente, da pessoa a sua frente, através dos seguintes comandos que eu falava com uma voz suave: “Quem é você, quem é você, quem é você (repetir durante 1 minuto); “Qual é a tua dor, a tua dificuldade, o teu sofrimento?” (repetir durante 1 minuto); “O que você tem feito das suas dores, das suas dificuldades, dos seus sofrimentos? Só sofrido ou

crescido?” (repetir durante 1 minuto); “O que você tem feito por você e para você?” (repetir durante 1 minuto) e “Você é o que você quer ou aquilo que os outros querem que você seja?” (repetir durante 1 minuto). Após uma pausa de 30 segundos, falei: “Saiba que você não está só, você pode contar comigo na sua caminhada”. Depois disso, repeti a mesma técnica, agora, com a pessoa que estava atrás. Ao final, elas agradeceram e muitas comentaram que nunca haviam parado pra pensar sobre elas mesmas dessa forma. Então, eu falei, concluindo que este é um exercício que elas podem fazer em casa, no seu silêncio e que é uma boa reflexão para o dia a dia, que quando refletimos sobre isso, vivemos mais felizes.

Na **escolha do tema** expliquei qual era o objetivo de estarmos na roda e, perguntei: Quem gostaria de compartilhar o que anda lhe tirando o sono? Uma das participantes sinalizou e antes mesmo de começar a falar do seu sofrimento, não se conteve e chorou bastante, demorando um pouco para se recompor. Uma das mulheres de pronto começou a cantar: “Cabecinha no ombro” (Anexo D.8) e todas as outras acompanharam. Tive a impressão de que ela já chegou determinada para falar, pois parecia meio triste neste dia e, me arrisco a dizer que ela já sabia que teria seu tema escolhido, pois como em outras ocasiões, as mulheres se calavam diante de um sofrimento intenso, geralmente acompanhado de choro descontrolado. De fato, esse foi o único tema a ser trabalhado.

A participante que **contextualizou** sua história, explicou que estava muito preocupada com o seu filho que precisava realizar uma cirurgia da qual ela precisou acionar a justiça para que ele pudesse fazer. Seu maior medo era de que o filho pudesse sofrer as consequências da sua rispidez em decorrência da falta de ética e respeito de alguns dos membros da equipe médica que seria responsável pela cirurgia. Além disso, o hospital determinado pela justiça para a realização da cirurgia, a seu ver, não estava em condições de realizá-la, uma vez que o mesmo era alvo de graves denúncias e assunto constante em telejornais sobre a falta de estrutura e condições de higiene adequadas, além da má qualidade no atendimento.

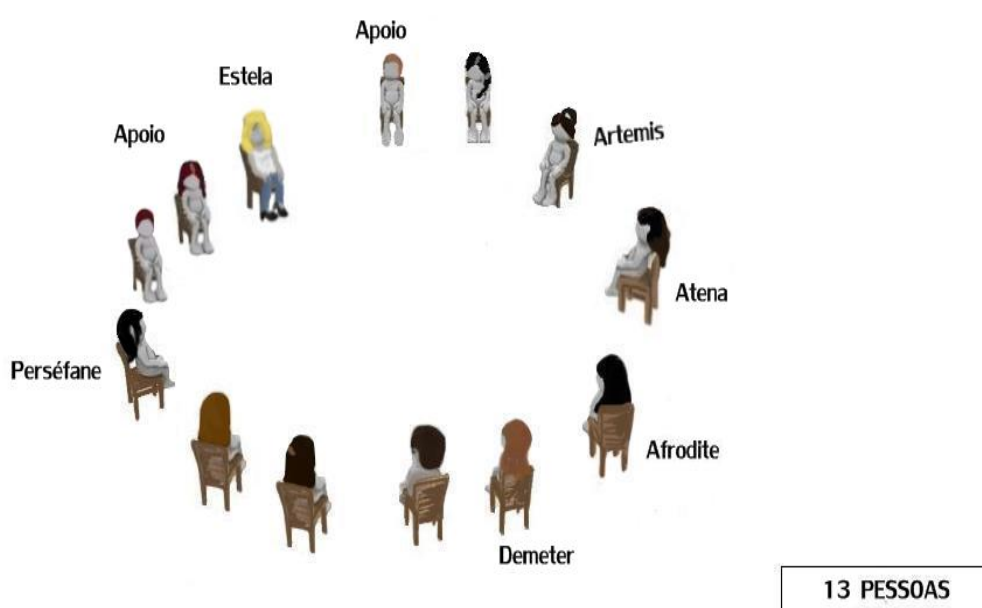
Durante a **problematização** todos os relatos foram sobre a vivência de situações envolvendo o mau atendimento e o desrespeito médico do qual as mulheres sofreram. Apesar dos acontecimentos, percebi o quanto as mulheres eram empoderadas e conscientes de seus direitos.

No **encerramento**, finalizamos como de costume, cantamos a música “Balançando na terapia” (Anexo D6) e disseram estar levando da roda, a esperança, a fé em Deus, o apoio, a coragem e a força. Antes do lanche coletivo, uma das participantes lembrou que na semana seguinte seria o nosso último encontro, causando certa agitação no grupo. Uma delas alertou

que ainda não, que teríamos a confraternização. Outras seguiram questionando quando iria acontecer novamente.

12ª Roda. Tema: A ferida e a pérola

Figura 18: Representação da décima segunda roda de TCI.



Fonte: Imagem das videogravações das rodas, 2016.

A décima segunda roda aconteceu no mesmo local e foi um dia de muitas emoções. Neste dia chegamos bem cedo e organizamos o ambiente com muito carinho e cuidado. Além do texto que seria trabalhado, colocamos sobre as cadeiras, um bombom. Levamos um grande painel, no qual fixamos algumas fotos dos melhores momentos das rodas anteriores. Elas adoraram a surpresa.

Neste dia, eu estava com duas apoiadoras, cinco participantes do estudo e cinco usuárias da unidade de saúde, totalizando treze pessoas. No *acolhimento*, ficamos de pé e formamos um grande círculo, pedimos para que todas tirassem os sapatos, demos as mãos, agradecemos a presença de todas e realizamos um breve exercício de alongamento para melhorar a

flexibilidade muscular, cantamos e dançamos a música “Boneca de lata” (Anexo D.2) e lembramos que este dia, seria o nosso último encontro.

Quando todas já estavam acomodadas em suas cadeiras, convidamos as mulheres a fechar os olhos, colocarem as mãos espalmadas sobre as coxas e relaxar, respirando lenta e profundamente por alguns minutos. Em seguida, colocamos uma música instrumental com sons de ondas e mencionei que ali, era um espaço de escuta e fala, onde elas poderiam compartilhar suas experiências, falar de seus atos e sentimentos que tem transformado o seu dia a dia, sua relação com o mundo e com as pessoas. Que aqui, devemos falar das atitudes que tomamos em algum momento de nossas vidas para superar nossos problemas e transformar o nosso sofrimento em aprendizado. Como de costume, também celebramos a vida e as conquistas, além de relembrar as regras da TCI.

Para sinalizar o *tema escolhido e contextualizá-lo*, utilizei o áudio do texto “Uma ostra que não foi ferida, não produz pérolas” (Anexo E.4), explicando que todas deveriam prestar atenção e refletir sobre o que havia escutado. Nesse momento, todas ficaram muito pensativas. Na sequência, mostramos uma bela ostra e uma pérola que passaria na mão de cada uma. Ao segurá-las, elas deveriam compartilhar com as demais, sobre o que tem transformado as suas vidas e, responder a seguinte pergunta: Em que momento da vida você foi ferida e o que fez para superar e produzir uma linda pérola?

Durante a *problematização*, os relatos fluíram espontaneamente. Uma das participantes, cheia de emoção nos contou que produziu sua pérola, ao perdoar a sua sogra, pois não falava com ela a cerca de 10 anos. Outra, explicou que o momento mais difícil de sua vida, foi quando a sua mãe faleceu e que diante de tanto sofrimento ela se viu obrigada a produzir a sua pérola, precisando amadurecer a todo custo e a tocar a sua vida. Para outra, a pérola mais importante da vida dela, foi produzida no grupo. Explicou que diante do acontecimento vexatório que seu esposo a fez passar em um dos nossos encontros anteriores, do qual ela ficou muito envergonhada, ela não se deixou abater. Explicou que sentiu muita confiança no grupo e buscou forças para superar. Por fim, outra participante com seu depoimento emocionante, nos fez chorar, afirmando que virou uma pérola, depois que começou a frequentar a TCI e enfatizou o quanto as rodas de TCI pode fazer a diferença na vida das pessoas. Todas se emocionaram e se abraçaram felizes pela sua grande conquista.

No *encerramento*, pedimos para que todas ficassem de pé e mais uma vez elas deram as mãos. Agradecemos pelo grande momento que tivemos e cantamos a música “Como uma onda” (Anexo D.18). Em seguida oferecemos uma pérola em uma caixinha de acrílico de cor azul com laço de fita contendo um pequeno cartão escrito: “Cultive a pérola que existe em

você”, como lembrança dos nossos encontros. Pedimos para que em uma palavra representassem o que significou esse momento para elas. Surgiram palavras como: gratidão, aprendizado e sabedoria. De fato, esse não foi o nosso último encontro, pois estávamos organizando uma confraternização. Logo tratamos de achar meios possíveis para nos mantermos em contato trocando telefones e nos adicionando em redes sociais, como *Facebook* e *Whatsapp*. Ao final, realizamos o nosso lanche coletivo, recheado de momentos de alegria e descontração.

4.3.2 Análise dos temas principais e das situações-problemas apresentadas

Esta etapa possibilitou analisar os temas principais e secundários que emergiram nas rodas de TCI, a partir das situações-problemas relatadas, ressaltando a implicação destes com a vivência do climatério.

Como foi visto anteriormente, nas descrições das rodas, os temas abordados foram: 1) Dor no corpo e sentimento de injustiça; 2) Medo; 3) Tristeza pela perda de pessoas queridas; 4) Sentimento de impotência frente ao uso de drogas na família; 5) Síndrome do ninho vazio; 6) Ciúme conjugal; 7) Conflitos / problemas familiares; 8) Liberdade; 9) Resiliência; 10) Medo de ficar incapacitada; 11) Ingratidão / indignação / frustração; 12. A ferida e a pérola.

Devido à semelhança e extensa natureza do material empírico produzido, oriundo das gravações das 12 rodas de TCI, optou-se por reunir os temas abordados, criando as seguintes categorias: a) Medo de perder a identidade feminina; b) Somatizando o sofrimento: a dor física e emocional; c) A perda do desejo sexual; d) A desvalorização de si - self break - depressão; e) Conflitos familiares e conjugais – síndrome do ninho vazio; f) Desconhecimento sobre o climatério.

Vejamos a seguir, os recortes das falas das participantes e a discussão de cada uma das categorias.

a) Medo de perder a identidade feminina

No processo histórico de construção da identidade, homens e mulheres organizaram-se em dois lados opostos. Assim, Caixeta & Barbato (2004) ao citar Bourdieu (1995), Louro (1995) e Scott (1995), explica que estes lados, foram separados pelas diferenças biológicas, de tal maneira, que ambos detêm o poder; um masculino, público; outro feminino, privado, centrado na função maternal e na capacidade de gerar filhos. Embora ocorram mudanças sociais importantes que colocam a mulher nos espaços públicos, ainda que seja a passos largos, é no cotidiano dos discursos das mulheres de meia idade, que observamos o quanto este conceito ainda não foi alterado, como pode ser constatado no trecho abaixo:

Renunciei muito! A ponto de ficar numa casa sozinha e ele ir pra uma faculdade [...]. Eu renunciei a mim mesma, por esse casamento (Afrodite).

[...] porque ainda não está totalmente afirmada dentro da gente, àquela vontade de querer tomar conta das nossas rédeas (Hera).

[...] no meu casamento, eu me sentia bem numa prisão (Atena).

Eu me sentia muito presa, era do médico com os meninos para casa (Deméter).

No entanto, as mudanças que ocorrem no climatério independe do novo status da mulher na sociedade. Também não depende do descompasso entre homem-mulher, geridos por essa nova “ordem social”. O que ocorre é que a mulher sente-se só, diante de tantos conflitos, causados por um mundo de mudanças e de transformações nas relações sociais, trazendo dificuldade para a construção identitária feminina (Vieira, 2005). Essa demanda social e de comportamentos absolutamente novos geram pressões que se constituem como desencadeadoras de crises existenciais que são reproduzidas, independente do processo histórico em que se vive, mudando as formas e as atitudes, porém constituído do mesmo conteúdo.

Desse modo, para algumas mulheres, o climatério representa um momento de separação do que eu fui para o que sou agora. É o feminino que se vai, deixando o vazio em seu lugar. A mulher sente-se castrada de tudo que a definiu como fêmea desde as suas origens. Assim, o climatério e seu processo de transformação é percebido com medo, como pode ser observado na seguinte fala:

[...] Dá medo, porque a gente se sente meio perdida, porque é tudo novo na vida da gente, muda muitas coisas (Afrodite).

b) Somatizando o sofrimento: a dor física e emocional

Além do medo, outras alterações de ordem psicossociais são influenciados por fatores ligados ao meio e a singularidade de cada mulher. Em nosso grupo, algumas mulheres relataram essas alterações e como elas influenciavam o seus comportamentos:

[...] eu estou uma pilha né, assim eu fico muito estressada [...]. E tem horas que eu nem me suporto (Ártemis).

Hoje tenho meus limites, que eu não sou mais como era antes. Tudo eu resolvia e hoje eu espero mais das pessoas (Afrodite).

Tenho tentado controlar meus impulsos (Hera).

Todos os caminhos que levam ao envelhecimento feminino passam pelo período do climatério e suas dores. As dores são sentidas de forma diferente por cada mulher, mas todas elas trazem um traço comum – a necessidade da redefinição da sua identidade feminina. Essa fase não é exclusiva do climatério. As mudanças psíquicas intensas ocorrem também na puberdade, através da menarca e das menstruações. Portanto, todas as fases em que as mudanças levam a uma alteração corporal, afetiva e social do papel feminino, sua identidade fica ameaçada e o sofrimento acompanha, em alguma medida, essas transformações.

O sofrimento diz respeito à dor física ou emocional, mas normalmente se associa à última. É uma sensação que pode ser consciente ou não, caracterizada principalmente pelo esgotamento (depressão) ou infelicidade. Em outras palavras, a dor emocional se depara com uma série de emoções ou estados como, os medos, receios, angústia, aflição, amargura, resignação, infortúnio, desastres, desejos e as necessidades de cada um.

Melo (2011) ao estudar Nietzsche, explica que para o filósofo do século XIX, o alcance da felicidade ou satisfação não implica em evitar o sofrimento, mas em reconhecê-lo como uma etapa natural da vida. Sua compreensão se configura como resolução dos problemas e o caminho para a felicidade. Barreto (2008) corrobora ao considerar importante a ideia de que reconhecer o sofrimento é um passo fundamental para sua compreensão, respeitando aquilo que inquieta e aflige a pessoa. Nas rodas de TCI, algumas mulheres reconheceram esse sofrimento

emocional, a partir de suas vivências, expressando ou simbolizando o que estavam sentindo de diversas maneiras:

[...] sinto dores nesse ombro aqui. Teve um tempo que eu estava muito ruim desses joelhos [...] parece que fica andando no corpo (Atena).

[...] a gente tem que conversar com os nossos fantasmas. [...] é a melhor forma de se conhecer! (Hera).

Estou me sentindo impotente, uns problemas que tá tendo na minha família (Afrodite).

É comum mulheres como Atena apresentarem dores físicas e serem confundidas com osteoporose severa, em virtude da presença da osteopenia, no período do climatério. Como o que predomina é a interpretação dos processos do envelhecimento fisiológico e como estes afetam à saúde, é comum na prática clínica essa associação. No entanto, não se devem descartar os aspectos subjetivos da experiência humana. A dor emocional pode se projetar como dor física. Este evento pode ser muito observado em pessoas que perdem entes queridos, quando normalmente usam termos como “dor”, “dor no peito”, “ferida” para expressar essas sensações fisicamente. A perda pelo luto pressupõe rompimentos de vínculos possíveis de relações significativas para a pessoa. Quando a perda é de alguém ou algo que tenha importância para nós, costuma ser traumático:

[...] quando eu perdi a minha mãe [...] foi quando eu achei assim que tinha perdido tudo (Atena).

Senti uma tristeza muito grande, porque Deus levou a minha mãe (Perséfone).

Quando perdi minha mãe, aí meu Deus do céu, foi um pedaço de mim (Deméter).

A fibromialgia, apresentada por Hera, expressa na fala seguinte, é um exemplo de uma doença física que pode ser desencadeada por uma tensão psicológica importante ou quando os sintomas vão se acumulando gradualmente ao longo do tempo sem que se consiga determinar os fatores geradores:

[...] quando a minha mãe faleceu, a dor foi agravando, aí eu sofro com essa doença (Hera).

Nas rodas de TCI a dor da perda foi um tema trazido com frequências por algumas mulheres. No entanto, sabe-se que cada pessoa reage de maneira diferente ao luto. Observou-se nas falas de Atena, Perséfone, Deméter e Hera, o quanto elas apresentavam um sofrimento

latente relacionado ao assunto em questão, demonstrando grande impacto emocional dessas perdas em suas vidas.

Todas as participantes da pesquisa se queixaram de dores ósseas e, sobre este assunto Barreto (2014) reitera que essas enfermidades, também se manifestam na presença de conflitos de desvalorização, normalmente acompanhados de sentimentos depressivos, como pode ser evidenciado em outro relato de perda dos filhos de Atena:

Perdi um com um ano e três meses [...] perdi o novinho também. Achava que eu não tinha condição, que eu não sabia criar, que foi culpa minha (Atena).

Quando morre um filho, o sentimento de luto e tristeza é incomparável, pois ninguém está preparado para a morte, ainda mais neste caso, quando inverte a ordem natural da vida. O luto é uma despedida forçada, mas necessária, que abrange sentimentos como tristeza, raiva, solidão, culpa e emancipação. Chiattonne (2007) complementa esta visão ao dizer que outros sentimentos que acompanham a perda de um filho são o intenso fracasso, sensação de incapacidade, inferioridade e desprezo. Duarte e Turato (2009), em sua revisão bibliográfica, apontaram para a existência de sentimentos mais abrangentes e difíceis de lidar, pois trazem à tona conflitos relacionados à identidade feminina e ao papel da mulher na sociedade, o que acaba por se configurar num verdadeiro golpe à autoestima da mulher. Desse modo, Saraiva (2015) considera que a desigualdade nas relações de gênero se configura como um fator agravante do adoecimento feminino.

Para Fonseca (2004), as dores do luto acabam por se confundir com as dores físicas e todas elas interagem no processo de sofrimento. Diante disso, Roselló (2009) afirma que o sofrimento e o adoecimento são processos que se mantêm interrelacionados e se configuram como um constructo social, trazendo implicações biológicas, psíquicas e sociais e, a maneira como cada sujeito interpreta essa experiência, possibilita compreender os valores, as crenças e os significados que moldam o processo saúde-doença.

Contudo, as rodas de TCI me permitiram saber um pouco mais da vida das mulheres e, nesse processo ficou evidente que as dores físicas eram uma projeção no corpo, de algo que poderia estar excedendo a dimensão orgânica. Alguns autores chamam isso de mecanismo de defesa e somatização, assunto bastante tratado na Antropologia do Sofrimento que foi amplamente estudado por Kleinman, Das e Look (1997) e, Barreto (2008). Neste caso, nenhum aparato médico surtirá efeito se não for considerado a dinâmica subjetiva da vida dessas mulheres.

O que ocorre é que as experiências negativas e traumáticas que vivemos durante a vida, vão se acumulando em nosso ser físico, psíquico e espiritual e com o tempo, a mercê desse estresse, tendemos a somatizar muitas doenças. Barreto (2014), em seu livro: *Quando a boca cala, os órgãos falam...* Explica que é fundamental “dialogar com o corpo”. Que o corpo, como muitas palavras, tem vários sentidos. Esclarece ainda que da mesma forma que uma palavra para ser compreendida, necessita do contexto da frase; um sintoma, uma queixa, precisa também estar relacionado ao contexto em que se vive. Pensando nisso, não podemos deixar de perceber que as dores dessas mulheres precisam ser decodificadas, fazendo questionamentos e nunca afirmações concretas, sendo necessário refletir, com vistas a adotar uma postura mais interrogativa do que afirmativa.

c) A diminuição do desejo sexual

Além da perda pelo luto, algumas mulheres podem vivenciar outras conotações de perdas na fase do climatério, como a do desejo sexual e da perspectiva da própria morte. No tocante ao desejo sexual, muitas mulheres internalizam crenças historicamente disseminadas na sociedade de que as mulheres menopausadas são frígidas e estão envelhecendo, tornando-se assexuadas. Tal situação é descrita de forma similar por Adashi, Hillard e Berek (1998), onde os mesmos afirmam que esse conceito internalizado, pode causar sentimentos de negação, estresse, diminuição do desejo, preocupação e insônia.

Com relação à sexualidade esse foi um tema pouco debatido, visto que ainda se apresenta como um tabu para muitas mulheres. No entanto, Afrodite era uma das participantes que mais mencionava conflitos sobre esse assunto em questão. Vivia angustiada e nitidamente atormentada. Para ela, o companheiro não a entendia e nem colaborava para minimizar a situação que ela vivenciava, quando se tratava da sexualidade. O mal-estar entre o casal era constante e na maioria das vezes ela atribuía os conflitos ao cônjuge, pois se sentia pressionada e obrigada a se relacionar sexualmente com ele. Assim ela relata:

Eu num sinto mais nada. Meu marido quer, quer, entendeu? E eu dou, dou, dou, sem sentir nada (Afrodite).

A questão da perda do desejo sexual no climatério sofre influências dos aspectos psicossociais, culturais e situacionais. Para Galvão et al. (2007) e Dennerstein (2008), são vários os fatores que podem interferir na vida sexual de uma mulher, como a saúde geral – especialmente a depressão, ansiedade e o humor alterado, autoestima, o uso de medicamentos que inibem a libido (antidepressivos), como era a vida sexual da mulher antes do climatério/menopausa e até mesmo a qualidade do seu relacionamento com o parceiro.

No entanto, Aderne e Araújo (2007), afirmam que muitas mulheres não sofrem quaisquer alterações na qualidade das suas atividades sexuais, por sentirem-se mais à vontade em exercitar a sua sexualidade nesta fase da vida, em virtude das cessações dos ciclos menstruais e da possibilidade de engravidar. Além disso, com a saída dos filhos de casa, o casal se sente mais à vontade e livre. Outro ponto importante que deve ser considerado é que algumas vezes, as alterações de ordem sexual entre o casal têm como causa, os problemas de saúde do parceiro, especialmente no caso das disfunções eréteis:

[...] ele podia procurar um médico. E o pior de tudo, que eu acho ainda, é que ele não procura me satisfazer de maneira nenhuma (Atena).

Todavia, isto não deveria se tornar um problema, pois a sexualidade vai muito além dos processos hormonais e fisiológicos desencadeados por estímulo genitais. É um fenômeno humano complexo envolvendo também diferentes fatores de ordem emocionais e afetivos, boa comunicação e intimidade emocional com o parceiro, fantasias e estímulos sensoriais únicos que, em conjunto, são responsáveis por efetivar a obtenção do desejo, prazer e satisfação sexual. A respeito disso, Atena, novamente desabafa sobre a dificuldade que tem enfrentado para manter uma vida sexual ativa:

[...] eu pedi muito a Deus que queimasse o desejo da carne, que eu não sentisse nada (Atena).

A sexualidade no climatério, historicamente e até os dias atuais tem sido construída em torno dos mitos, crenças e tabus que cada sociedade vive numa determinada época. A sociedade tem no imaginário que a mulher neste período, não sente desejo e vontade de exercer a sua sexualidade, fato esse desmistificado com base no relato acima.

d) A desvalorização de si - self break - depressão

A mulher desempenha inúmeros papéis na sociedade, ser mãe, esposa, ter aparência agradável e ser atraente para o sexo, são fatores que estão diretamente ligados à sexualidade e a identidade feminina. Sobre ter a aparência agradável, também tem sido fonte geradora de sofrimento para muitas mulheres, pois muitas vezes, elas não se sentem desejáveis, porque o corpo muda. Segundo Biffi (2003), apesar de essas mudanças serem vivenciadas em outras fases da vida, como na puberdade, adolescência e gravidez, são valorizadas pela sociedade, ainda que sejam carregadas de sofrimento, se configuram como momentos geradores de vida e de desenvolvimento, o que não ocorre na fase do climatério.

Desse modo, a mulher que vivencia o climatério tem sua autoestima afetada. Ter a aparência agradável é algo construído socialmente. A valorização da beleza e da juventude traz repercussões negativas para o cotidiano dessas mulheres, trazendo à tona uma visão essencialista de que elas só poderiam existir para servir e ser mãe. A desvalorização da mulher começa em casa:

[...] lá em casa, quem me elogia são os cachorros. Visto uma roupa nova, os cachorros dão tanto pulo, enquanto o marido não vê nada (Atena).

[...] pelo amor de Deus, você fazer um almoço pra duas pessoas, com tudo que tem direito, sempre uma coisa tá salgada, outra coisa tá insossa, uma coisa num presta (Afrodite).

Todo esse conjunto de acontecimentos que passam a acontecer na vida cotidiana das mulheres que vivenciam o climatério contribuem sobremaneira, afetando diretamente a sua autoestima e a construção identitária da mulher que tem sua vida transformada. A esse respeito, cumpre dizer que nos depoimentos das mulheres o sentimento de menos valia era marcante nas falas. Assim podemos destacar, abaixo:

Porque eu sempre me senti assim, pra baixo (Hera).

Eu tô me sentindo o quê? Inútil (Afrodite).

Pesquisadores apontam que a maior tendência ao desenvolvimento da depressão neste período, pode ser atribuído ao medo de envelhecer, à percepção de aproximação da própria

morte que são agravados pela sensação de inutilidade e carência afetiva (FAVARATO; ALDRIGHI, 2001).

Com relação à percepção da própria morte, o psicanalista Jaques (1990), trouxe como ponto essencial de suas ideias - ao descrever a "crise da meia-idade", o fato da juventude ter como principal tarefa psicológica a construção de uma vida madura e independente. No entanto, há um paradoxo, pois paralelamente ao chegar ao estágio da plenitude, haveria o ingresso na cena psicológica, inevitável e real, da própria morte, sendo este um aspecto central e crucial da crise, que imporia um futuro circunscrito para a realização de tudo o que teria sido desejado. Muito acabaria tendo de ficar inacabado e não realizado. Diante desse contexto, Hera desabafa:

[...] a gente ainda deixa muita coisa pendente que tem que ser resolvida. Eu acho que Deus é tão bom, tão misericordioso, que eu acho que ele deixa a gente vir de novo (Hera).

No entanto, o termo crise tem sido questionado por alguns estudiosos, pela conotação negativa do termo, sendo substituído por “transição” para a menopausa, como sendo uma das várias transições do percurso do desenvolvimento, trazendo à tona, eventualmente um revisitar de problemas não resolvidos. Isto inclui a percepção que a mulher faz de si mesma, considerando algumas situações, como os erros do passado o que gera baixa autoestima e infelicidade. O relato a seguir, retrata essa situação:

Meu netinho chegou um dia desse e perguntou: vovó tem três fotos na parede, cadê a sua? Aí eu disse: vovó é tão formada que nem tem foto pra botar aí (Afrodite).

O processo de transição conduz a uma experiência interna diferenciada pela elaboração das perdas – da juventude, da ilusão de onipotência, dos pais, e da imortalidade (Fagulha, 2005). Todas essas conotações de perdas podem desencadear sintomas de baixa autoestima e depressão, como se observa nos depoimentos:

É assim, têm dias que estou deprimida, só eu sei. Choro, choro (Atena).

[...] É muita pressão sabe? Eu fico deprimida (Afrodite).

Fui tomar medicamento para depressão, porque eu perdi realmente o meu rumo (Hera).

Meus Deus do céu, eu acho que eu tenho que ficar na terapia direto, todo dia (Ártemis).

De acordo com Silva et al (2015), muitas mulheres associam a fase do climatério a uma série de eventos que contribuem para precipitar um quadro depressivo, levando a mulher a entender que esta fase marca o início do envelhecimento. De fato, mulheres depressivas tendem a reportar com mais frequência, eventos mais estressantes, como a morte de pessoas próximas, perda de emprego, fracasso econômico, conflitos familiares, divórcio, ninho vazio, inclusive diagnóstico prévio de depressão (WOJNAR et al., 2003).

Contudo, depressão se diferencia da tristeza por envolver uma gama de sentimentos difusos de longa duração no tempo e espaço, normalmente relacionados à angústia. No entanto, em certos casos, podemos considerar a depressão com uma reação natural do indivíduo em períodos de transição, de mudanças e crescimento, antecedendo novos horizontes de amadurecimento do ser em desenvolvimento constantemente (GOMES, 2011).

É interessante observar que, em nosso estudo, apesar de todas as mulheres serem casadas e algumas morarem com suas famílias, ao analisar as diversas lamentações trazidas para a roda, percebe-se o quanto elas se sentiam solitárias diante do enfrentamento de todos os problemas e dificuldades enfrentados. A solidão neste período é uma das consequências mais difíceis, deixando a mulher ainda mais vulnerável emocionalmente. Assim destacamos as falas de Ártemis e Perséfone:

[...] às vezes eu acho que eu queria entrar em depressão, pra ficar coitadinha e o povo ir me visitar (Ártemis).

Eu me via triste assim, porque eu não tinha ninguém pra desabafar né? (Perséfone).

De acordo com Borissova et al (2001), a mulher nesse período pode se sentir retraída ou isolada socialmente, com menos apoio da família e amigos, apresentando dificuldades em enfrentar a vida. Além disso, podemos citar a aposentadoria, conflitos entre o casal e a saída dos filhos de casa, como possível causas para a percepção do sentimento de solidão.

A solidão no climatério é o encontro com o vazio existencial, gera angústia e sofrimento nas mulheres que vivenciam esse momento de suas vidas. É uma fase da qual a mulher necessita de cuidados e apoio emocional, diante dessa sensação de perdas. Passaremos agora, a discutir sobre esse vazio existencial, na categoria seguinte.

e) Conflitos familiares e conjugais – síndrome do ninho vazio

De todas as perdas, já mencionadas na categoria anterior, a saída dos filhos de casa (síndrome do ninho vazio) e os conflitos familiares (estresse, incompreensão no relacionamento conjugal, etc.) foram trabalhados em várias rodas, de forma que todos os outros assuntos eram permeados por este último tema. Quando abordados, os sentimentos que vinham à tona eram de injustiça, ingratidão, indignação, frustração e impotência.

Afrodite é uma das participantes que apresentava uma vivência mais intensa do climatério, encarando com muita dificuldade alguns dos problemas mais frequentes dessa fase. Uma das suas maiores angústias devia-se ao fato de seu filho sair de casa. Esse drama é percebido em seu relato:

Eu me sinto injustiçada [...] era uma hora que ele deveria tá por perto, porque assim eu poderia ajudar com o bebê (Afrodite).

Devido à intensa participação da mulher no seio familiar, Kipper e Lopes (2006), ressaltam que essa participação é renovada quando se tornam avós, sendo este um marco evolutivo e importante no processo de construção da identidade feminina, pois é considerado como uma fonte de renovação e renascimento, o que possibilita a oportunidade de repensar antigos conflitos. Além do que, a chegada de um neto num momento de inatividade, doenças e perdas, especialmente do cônjuge, traz à mulher uma nova importância e utilidade. Dessa forma, os netos se tornam para as avós, uma ponte para reavivar desejos, sonhos e ideais adormecidas.

Deméter é muito tímida e recatada. Falava pouco e evitava expor suas angústias, embora seu semblante deixasse transparecer um sofrimento intenso. Sempre foi muito dedicada à família e aos filhos. Teve dois filhos e sonhava com a possibilidade de ter uma filha. Esse desejo foi realizado ao adotar uma menina que segundo ela “caiu” nos seus braços, “ainda com o cordão umbilical”. Para ela, depois do casamento, este foi um dos momentos mais felizes de sua vida. Eis seu desabafo, ao relatar o quanto sentiu a ausência da filha:

Ela se pegou com um rapaz, aí casou e vive direitinho, mas eu fiquei com muito problema [...] mexeu muito comigo (Deméter).

No caso de Ártemis, o sentimento de ninho vazio era vivenciado acompanhado de muita tristeza e revolta. O fato de a sua filha ter ido morar com os avós maternos se deve a um conflito

na relação entre pai e filha. Ela não se conformava com a situação e culpava o esposo por isso. Assim, ela falou como se sentia:

[...] eu fiquei arrasada nesse tempo porque ela teve que sair de casa. Mas eu acho que isso foi ruim ter tirado ela de perto de mim (Ártemis).

Sartori & Zilberman (2009) cita Barnett (1988) e Raup & Myers (1989) ao definir que, a síndrome do ninho vazio tem a ver com o desconforto emocional dos pais ao verem seus filhos saindo de casa. No entanto, as mulheres são as que enfrentam a perda da função parental com maior sofrimento, isto porque, o papel de cuidadora dos filhos, está atrelado à função da mulher na sociedade. Briggs (2000) afirma que essa condição passa a interferir diretamente no autoconceito, diminuindo a autoestima da mulher. Para Oliver (1997), o problema maior não parece ser o ninho vazio, e sim o vazio existencial que essas mulheres vivenciam. Quanto a esse “vazio existencial”, é uma condição muitas vezes compartilhada com o companheiro:

[...] somos só nós dois. Nós dois idoso numa casa só. Um dia vocês vão entender o que é que eu tô dizendo (Afrodite).

A síndrome do ninho vazio parece ser algo pontual. Tem início no momento da saída dos filhos e se estende até a inclusão de uma nova ordem familiar. Porém, ela pode se prolongar quando há a falta de objetivos na vida por parte da pessoa afetada. Então, para aquelas mulheres que conseguem estabelecer uma nova rotina, ocupando o tempo com algo que lhe traga prazer, esse momento de distanciamento físico dos filhos ou netos, é visto como algo positivo.

Perséfone era uma mulher triste e introvertida. Passava por sérios problemas financeiros. Seu filho estava recém-separado e essa situação lhe trazia uma grande angústia, sentindo-se impotente por não poder ajudá-lo. Por este motivo, os netos estavam morando com ela, o que lhe impedia de arrumar um trabalho. Um tempo depois, seu filho reatou com a esposa e voltou a morar com a sogra. Para ela, a saída dos netos de casa, significava liberdade, além do estabelecimento de uma nova rotina e recuperação financeira, como podemos observar no seu relato:

Agora estou livre, livre dos meus netos, que me prendia dentro de casa (Perséfone).

Cabe, aqui, ressaltar que Lopes, Neri e Park (2005) apontam alguns dos efeitos negativos sobre diversos âmbitos da vida de avós que criam os netos, como sobrecarga financeira, queda na qualidade de saúde física e emocional, com incidência de depressão, baixa saúde percebida, interferência na vida social e familiar, cansaço e esgotamento emocional.

Outra participante, Atena, apresentava uma necessidade enorme de liberdade. Esse contexto pode ser facilmente compreendido. Além de ser mãe muito jovem, ela dividia os momentos de maternidade em companhia de sua mãe, que gestava seus irmãos nos mesmos períodos em que ela gestava os filhos. Foram quatro gestações, perdeu dois filhos e criou dois. Quando seus dois filhos eram pequenos, ela perdeu a mãe de forma brutal e precoce aos 40 anos de idade num acidente de carro, e desde então, assumiu a responsabilidade de criar seus cinco irmãos, que na época também eram pequenos, como se fossem seus filhos e até hoje desempenha esse papel. Assim, ela desabafa:

[...] eu não quero morar com filho. Eu quero liberdade, porque pra ficar na idade, com filho, com neto, não dá! (Atena).

Algumas mulheres que passam boa parte da vida se dedicando à família e envolvidas com a criação dos filhos, chega o momento que elas reconhecem que não tiveram tempo suficiente para si mesma e, quando os filhos casam ou saem de casa por algum motivo, elas planejam como irão aproveitar todo o tempo livre. Sobre esse fato e voltando, contudo, ao caso de Atena, convém notar que ela, também buscava, nas rodas de TCI, a construção da sua identidade feminina:

[...] de manhã eu vou para o Equilíbrio do Ser, de tarde venho para cá e na sexta eu ainda vou pro Trauminha [...] pra mim fazer hidroterapia (Atena).

Na verdade, esse vazio existencial parece ter dois sentidos, um da existência, da necessidade de buscar algo que tenha significado para vida; o outro, é o da ausência, da perda de algo que é importante para si. O paradoxo do ninho vazio é real. Enquanto algumas precisam renovar-se, com a oportunidade de reviver a maternidade, cuidando dos netos; outras preferem a liberdade e tempo para dedicar-se, concebendo a oportunidade de realizar antigos desejos, que antes não eram possíveis devido aos compromissos.

A esse respeito, aliás, cabe salientar que realizar antigos desejos na “meia idade”, não se deve exclusivamente à questão do ninho vazio, mas da necessidade de busca pela felicidade, realizando algo que traga satisfação pessoal.

Hera é uma mulher ativa e estava na perimenopausa. Trabalhava, era casada e mãe de dois filhos. Ainda não vivia o ninho vazio, mas vivenciava algumas das mudanças significativas desse período – quando chega a hora de analisar o que eu fiz até agora e os assuntos pendentes que deixei por resolver. Aos 47 anos de idade e depois dos filhos já crescidos, sentia que era o momento de realizar o seu grande sonho, como ela relata abaixo:

Meu maior sonho era fazer uma universidade. [...] fiz o PROUNI e a Universidade me chamou (Hera).

Em um estudo realizado por Raposo e Günther (2008) ao investigar os principais motivos que levaram homens e mulheres de 45 a 60 anos a ingressar na universidade, dentre as principais apontadas, estavam a: a realização pessoal, o fato de manter contato com as pessoas, ter objetivos na vida e não parar no tempo. Os mesmos autores também revelaram que as mulheres sofrem mais obstáculos relacionados à falta de tempo e a problemas familiares, pois os maridos quando não permitem; não se agradam com a ideia do retorno de suas companheiras aos estudos. No relato de Hera, percebemos este obstáculo:

Você fique com seus filhos! Se não quiser, não tem problema, se tiver que levar os meninos pra universidade, vou levar (Hera).

Aliás, os conflitos familiares são comuns nesta fase. São vários os motivos que podem levar a desestruturação familiar. Muitas vezes os problemas tem origem nos conflitos internos que cada mulher vivencia ou mesmo em decorrência dos sentimentos que brotam quando ocorre a perda da função parenteral. Devido à baixa autoestima, ela não consegue enfrentar com sobriedade emocional ou encontrar soluções para os seus problemas. Nesse caso, como em todos os outros é comum que a depressão no climatério seja acentuada em decorrência das mudanças que ocorrem no meio familiar. Nas rodas de TCI, os conflitos familiares foram relatados em diversas situações, envolvendo toda a família, especialmente o companheiro, assim podemos perceber nas falas de Perséfone, Ártemis e Afrodite:

[...] o que mais me entristece é ver a minha família desunida (Perséfone).

[...] aí ele pegou e meteu a tapa na minha cara (Ártemis).

[...] Eu tô me sentindo impotente. Tenho uma nora que vai ter neném, meu esposo não está se dando com essa nora (Afrodite).

No estudo de Sá, Rocha e Moraes (2012), as autoras identificaram que os principais motivos gerados dos conflitos entre os conjugues, foram a desvalorização da mulher perante o seu papel, a sobrecarga de atividades domésticas as quais lhe foram atribuídas culturalmente e o trabalho extra doméstico.

Voltando à síndrome do ninho vazio, segundo Oliver (1997) existe uma relação com a depressão. Corroborando com o autor, outros pesquisadores argumentam, que dentro de uma perspectiva psicossocial, a depressão e a ansiedade, no climatério, não se devem às flutuações hormonais, mas às mudanças dentro do contexto familiar, como separação, ninho vazio, doença

ou morte na família (Li; Yu; Ma et al., 2008). Veja o relato de Atena, sobre a falta que ela sente de sua mãe e o sentimento de Afrodite frente à doença de um familiar e a morte de seu pai:

[...] porque a gente acha que só vai sentir saudade de mãe quando é menininha assim, quando é solteira, né? [...] Mas você mesmo velha assim, como eu estou, casada, com filho, tem momento que eu queria ter a minha mãe ali de lado, pra conversar, pra deitar no colo dela, como eu fazia com a minha (Atena).

[...] eu me senti muito pra baixo, ultimamente, com a morte da minha cunhada. Porque eu queria fazer tanto por ela, ajudar pra ela estar ainda hoje com a gente. Como meu pai também, eu queria tanto que hoje ele tivesse até hoje entre a gente (Afrodite).

Outro ponto que deve ser considerado é o afastamento afetivo do casal como causa geradora dos conflitos. A incompreensão e falta de tolerância por parte do parceiro, coloca a mulher em situação de vulnerabilidade emocional. As dificuldades enfrentadas pelo casal, que no momento deveriam estar mais unidos, pode ser o gatilho inicial, motivando as brigas, o que causa a situação ainda mais complicada. Assim desabafam Ártemis, Atena e Hera:

Meu marido fica pra lá e eu pra cá, a gente não conversa nada [...] criou um espaço assim na gente, entre eu e ele (Ártemis).

Eu chamo ele pra ir na casa de uma amiga, não vai que não gosta, é só na frente de uma televisão assistindo repórter, coisa que eu detesto ver ele assistindo [...] sai domingo, chega domingo, num vai pra canto nenhum. Chega dá um tédio (Atena).

Aí Geraldo disse: “não é o orgulho da minha vida, minha mulher tá fazendo uma universidade” (Hera).

Tal situação contribui mais ainda para que a mulher se sinta desvalorizada, insegura e solitária e, e a falta de calor humano no seio familiar, especialmente do companheiro, não podendo contar com ele e com as pessoas das quais ela sempre se dedicou, desperta, nesses casos, muitos sentimentos negativos, como por exemplo o sentimento de ingratidão.

Leite e outros autores (2015, grifo do autor), alertam que o convívio conjugal nessa fase, é afetado em decorrência dos aspectos socioculturais, pois o entendimento sobre “o ser homem” e “o ser mulher”, alimentam a produção de atitudes e comportamentos que refletem o modo de viver e de manifestar o amor e a afetividade. Desse modo o companheiro sente-se impotente em relação à experiência vivenciada por sua mulher e, devido a essas questões subjetivas, o diálogo entre o casal é prejudicado, tornando-se escasso ou até mesmo inexistente, contribuindo com o distanciamento (BALDISSERA; BUENO; 2010).

A falta de afeto no casamento, era uma situação mais evidente na vida de Atena e Artemis, elas se queixavam com frequência, durante as rodas de TCI, assim podemos entendê-las com base nos relatos abaixo:

[...] o mais importante, um carinho ele não tem, não dá, porque se ele tivesse um carinho, uma palavra bonita, tudo supre né? (Atena).

Eu digo que sou viúva de marido vivo (Ártemis).

Sabe-se que o contexto familiar, em geral, representa um elemento fundamental para o bem estar e saúde das pessoas. Normalmente, é dentro da família que se tem o apoio e a intimidade necessária para enfrentar as adversidades da vida. Essa relação assegura um espaço de pertencimento que contribui para nutrir proteção e afeto (ARAÚJO, 2010).

f) Climatério: desinformação acerca do assunto

Cumprе ressaltar que de todas as questões levantadas aqui e, que sobressaíram a partir dos temas desenvolvidos nas rodas de TCI, o que mais chamou atenção foi a falta de conhecimento sobre o climatério, por parte das mulheres. Elas desconheciam o termo e principalmente não associavam, alguns dos sintomas e situações que experimentavam à essa fase da vida. Apenas Ártemis, conseguia identificar que a irregularidade menstrual estava diretamente relacionada a sua labilidade emocional, porém, sem o conhecimento que este evento faz parte da sintomatologia do climatério, como podemos perceber, na seguinte fala:

Tem dias que eu me descontrolo, eu acho que é quando eu estou mais perto de menstruar. Aí não vem, porque tá doida! (Ártemis).

De acordo com Valença, Nascimento Filho e Germano (2010), as mulheres nessa fase, mesmo sofrendo com os vários sinais e sintomas, desconhecem ou não identificam a maior parte das alterações hormonais, fisiológicas e emocionais envolvidas no processo do climatério e que essa falta de conhecimento, pode estar associado a outros conflitos socioeconômicos, culturais e espirituais que, somados ao período da vida e à individualidade das mulheres, acabam por agravar o estado físico e emocional. Esta situação, em nosso estudo, pode ser justificada, de maneira geral, pela identificação de algumas dessas fragilidades, especialmente

no que diz respeito à baixa renda *per capita* da maioria das mulheres que era menor que um salário mínimo.

São várias as queixas das mulheres. De certa forma, todas contribuem direta ou indiretamente para aumentar o risco de desenvolvimento de depressão neste período. No entanto, cada mulher vivencia este momento de maneiras diferentes, com uma forma específica de enfrentar a sua dor e, nesse ínterim elas também se descobrem, desenvolvem a capacidade de transformar a vida. Essa dinâmica de “dar a volta por cima” é o que vamos discutir, a seguir, na próxima categoria.

4.4 Aprendendo a conviver consigo mesma – mudanças percebidas

A necessidade de mudança é importante e inerente ao ser humano. Estamos tentando melhorar o tempo todo, nos diversos âmbitos de nossas vidas, seja por iniciativa própria ou por imposições da vida. Ao mudarmos, nós aprendemos como melhorar.

Em nosso estudo, muitas participantes passaram anos de suas vidas envoltas por um conjunto de obstáculos e autosabotagem que lhes tiravam a capacidade de seguir em frente e realizar a mudança desejada. Esses obstáculos que bloqueiam ou dificultam o desejo de mudar são experimentados por nós, porque queremos defender a nossa imagem, ter uma impressão positiva de nós mesmos, sermos amados e estimados pelas outras pessoas. Ter a consciência de que precisamos mudar pode mexer com nosso ego, pois retira-nos o respeito por nós mesmos, nos colocando em posição de vitimização e do sentimento de culpa. A TCI, para essas mulheres, se apresentou como uma oportunidade de mostrar-lhes o caminho e a libertação desses obstáculos que as impedia de ser feliz.

A autonomia é uma característica comum da TCI e da pedagogia freireana, Carvalho et al. (2013, p. 2032) lembra “que todas as pessoas têm poderes reais e/ou potenciais que podem subsidiar transformações em suas próprias vidas”. E em relação à mulher que vivencia o climatério, a TCI trabalha também as competências pessoais necessárias para melhorar a autoestima e a capacidade resiliente, propiciando transformações pessoais importantes, a partir da autorreflexão. É uma estratégia de cuidado que emancipa e liberta, assim, podemos perceber nas falas das participantes, a repercussão da TCI em suas vidas:

Me vejo outra pessoa (Afrodite)

[...] eu tô me sentindo outra, sabe [...] meu coração se transformou (Perséfone).

Foi de transformação de pensamento, de mudança. Vontade de viver (Ártemis)

[...] como uma norteadora de que se o outro pode, eu também posso (Hera)

[...] que a gente tem que procurar melhora para a gente, e que sempre há uma esperança (Atena).

Foi bom demais pra mim, sou outra (Deméter)

A TCI, para estas mulheres, representou uma oportunidade de transformação, que antes era desconhecida para elas. Durante as rodas, elas despertaram a necessidade de mudança, da qual me referi anteriormente, àquela que é inata ao ser humano quando ele sente-se desconfortável. Esse despertar as fortaleceu para enfrentar às dificuldades da vida. Três das participantes (Afrodite, Perséfone e Deméter) foram explícitas ao mencionar sobre “sentirem-se outra”. Afirmção de valor e que carrega um caráter de aprimoramento pessoal, nos remetendo à transformação que acontece de dentro para fora ou simplesmente em melhora da autoestima.

Quanto a esse aprimoramento pessoal, Branden (2000, p. 3-2) complementa essa discussão fazendo uma analogia entre autoestima positiva e “CONQUISTA ESPIRITUAL”. Para ele, trata-se de uma evolução da consciência. Explica ainda que “seja qual for o nível” da autoestima, ela sempre será uma “experiência íntima” que “reside no cerne do nosso ser” e que a “auto-estima positiva é requisito importante para uma vida satisfatória.”

Pessoas com baixa autoestima estão mergulhadas em uma zona de crenças profundas e autosabotadoras, além de regras internas estritamente rígidas que impedem o nosso crescimento enquanto pessoa, atrapalhando em todos os âmbitos da vida. Quando essas crenças e rigidez interna se dissolvem, conseguimos melhorar a competência e aumentar a autoconfiança, que por sua vez, nos propicia enfrentar de maneira mais adequada as adversidades.

Dessa maneira, a melhora da autoestima foi umas das características mais destacadas pelas participantes, nos diversos momentos:

Antes da terapia eu me sentia desvalorizada [...] agora eu tô me valorizando mais, agora eu sou alguém (Perséfone).

Aquela coisa negativa de ah eu não posso, ah eu não consigo, ah eu sou feia, tudo pra baixo, menosprezando [...] a terapia me ajudou a ver que nem tudo é tão feio quanto parece (Hera)

Eu estou me aceitando, isso aí é a minha autoestima (Afrodite).

Desse modo, fica evidente nos discursos de Perséfone, Hera e Afrodite, que mudanças importantes ocorreram. A TCI ao ampliar o olhar das participantes, as motivou a saírem da estagnação da qual suas vidas se encontravam, adotando novas posturas e jeito de conduzir a vida, encorajando-as a refletirem e buscar respostas para suas necessidades subjetivas. Essa mudança de pensamento, ocorreu a partir da resignificação dos velhos sofrimentos e do processo de autovalorização que foi despertado e construído no grupo, refletindo sobremaneira na reconstrução da autoestima. As falas abaixo, confirmam essa assertiva:

Antes, eu era mais baixo astral mais pessimista. [...] depois das rodas eu me tornei uma pessoa mais amiga, com mais amor pelo próximo (Afrodite).

Aí depois dessa terapia, sei lá, mudou minha vida até em casa, em tudo (Perséfone).

Eu comecei a me prender a certas coisas aqui que eu escutava e ficava sofrendo. Agora eu não estou nem aí mais. Eu entrego a Deus e parto pra frente (Ártemis).

Eu acho que a terapia me ajudou muito nos pensamentos positivos, muito mesmo (Hera).

Eu me via como uma pessoa trancada (Deméter).

O mais interessante nesses recortes de falas é o significado que as mulheres atribuem as mudanças ocorridas. Para elas, as conquistas alcançadas se apresentam como uma sensação de crescimento pessoal, amor próprio e esperança. Carvalho et al. (2013) explica que devido à abordagem da TCI, o modo de conduzir o processo de busca pela autonomia tem início a partir da compreensão do significado do problema, em seguida a dor e o sofrimento são vistos sob um outro ponto de vista. Dessa maneira, o crescimento se dá a partir da escuta e partilha da dor, conduzindo o indivíduo para à responsabilização, inclusão social e gerenciamento de sua vida.

Quanto à escuta e a partilha da dor, esses são componentes apontados pelas participantes do estudo como fonte propulsora das transformações:

[...] depois da terapia que vocês abriram espaço pra mim desabafar, aí eu melhorei e hoje tô ótima, graças a Deus! (Perséfone).

Porque cada pessoa que fala, você vai se encaixando, você vai se moldando (Ártemis).

Tenho mais liberdade, de conversar mais, de me abrir mais com as pessoas (Deméter).

Essa rede foi criada para nós abriremos os corações [...] falar de si e mostrar como faz pra enfrentar (Afrodite).

[...] tem momentos que ou a gente fala ou a gente morre [...] só ouvir o outro, a gente tem que falar e colocar pra fora, porque senão a gente só guarda (Hera).

[...] foi muito importante pra ouvir a gente (Atena).

A TCI é um espaço de palavra, de escuta e de formação de vínculos. Constitui-se como um contexto de interação, onde a opinião e a subjetividade de cada um é respeitada. Entenda-se como subjetividade algo que varia de pessoa para pessoa, conforme a interpretação e julgamento de cada um. Diz respeito ao sentimento e opinião de cada pessoa a determinado assunto e esta é formada com base nas crenças, valores, experiências e história de vida de cada pessoa. As falas partilhadas no grupo representam uma ação política, propiciando um intercâmbio de informações entre os envolvidos. Nesse processo de troca, os atores se sentem socialmente incluídos e valorizados, importantes para si e para os outros e encorajados a enfrentar os desafios experimentados (Giffone, 2008). Em nosso estudo, observou-se que além do fortalecimento dos vínculos, as mulheres se referiram na primeira pessoa do singular:

[...] a gente acabou virando uma família né? Fez aquele vínculo (Ártemis).

Me senti mais acolhida [...] senti mais apoio nas rodas (Afrodite)

O que eu levei de bom foi muita coisa [...] a amizade de vocês, das meninas, sei lá, me identifiquei. Não é pra puxar o saco não, viu? É porque é assim mesmo (Perséfone).

Vou levar só coisas boas daqui e a amizade que fica (Atena).

Para Silva (2016) quando os participantes de uma roda de TCI, ao relatarem as suas histórias, se referindo a si mesmos ou ao coletivo, utilizando a expressão “a gente”, simboliza, não só um ato de pertencimento ao grupo, mas também de empoderamento, indicando um sentimento valorativo de reconhecimento de seu lugar social. Desse modo, a TCI cria e recria comunidades, favorecendo a reconstrução da identidade por semelhança, com as histórias de vida de quem está ao seu lado, de pessoas que até então, eram desconhecidas, formando laços de amizades, simpatia e empatia, não dando espaço para as pessoas se sentirem estranhas e sem raízes (FERREIRA FILHA; LAZARTE; BARRETO, 2015).

Outro ponto apontado pelas participantes do estudo foi sobre como a experiência da TCI propiciou aprendizado:

[...] Com a terapia eu aprendi a dividir o que sinto (Hera).

Então a gente aprende de uma maneira que não é preciso dar conselhos, mas só de ela contar a história, a gente aprende, né? (Atena).

Aprendi com aquelas mães que tem problemas com os filhos, como é a superação (Ártemis).

Cada dia mais, cada dia da semana, a gente vai aprendendo aos poucos (Deméter).

Nas falas de Atena e Ártemis, claramente elas afirmam que ao escutar a experiência do outro, elas aprendem. Sobre isso, Barreto (2008) afirma que a aprendizagem se efetiva quando os participantes relacionam o que aprenderam à sua realidade. Nas rodas, quando ouvimos a história do outro, está se reflete na nossa própria história, e em face disto, tendemos a relativizar os nossos próprios problemas e dificuldades.

Esse novo dimensionamento do problema, em face ao sofrimento do outro, é percebido nos seguintes recortes de falas:

E quando vê o pessoal abrindo a boca, e falar do que tá passando, aí a gente se sente uma heroína (Afrodite).

[...] a gente acha que só o nosso problema é maior e acha que não tem solução e, quando vê aquelas amigas com situações maiores e saiu, a gente tá aprendendo (Atena).

[...] na terapia a gente vê assim, que quando uma pessoa tá falando da dor dele, a gente percebe que a dor da gente não é maior do que a dor do outro né? (Hera).

Ferreira Filha, Lazarte e Barreto (2015, p.172) afirmam que as histórias contadas nas rodas de TCI, se configuram em “verdadeiras pérolas” capazes de impactar positivamente nas condições de saúde das pessoas que dela participam. Dessa forma, a TCI tem se mostrado como uma ferramenta importante e eficaz para reverter o quadro de adoecimento psíquico, normalmente provocado pelo estresse contínuo, desesperança, abandono e insegurança que se configuram na síndrome da miséria psíquica, definido por Barreto (2008) como o resultado da tríplice perda: perda da confiança em si, nos outros e no futuro.

Além disso, o resgate da autoconfiança, fonte geradora do desenvolvimento da autoestima, foi observado durante o processo de transformação das participantes. Branden (2000) defende que a autoaceitação é uma pré-condição da mudança, pois ao aceitarmos de fato o que somos e o que sentimos, em qualquer momento da nossa existência, nos permitimos ser conscientes da natureza de nossas escolhas e dos nossos atos. Assim ele define a autoaceitação

como sendo a recusa em manter um relacionamento antagônico consigo mesmo. Com efeito identificamos essa pré-condição nas experiências de vida das mulheres:

Eu entendo que todo homem com a mulher, também, quando chega certo tempo é mais devagar e tem que ter mais um estímulo (Atena).

Mas eu tento trabalhar isso, pra perdoar mesmo (Ártemis).

[...] quando eu comecei a me olhar e ver os cabelos brancos, então eu pintava, no outro dia já tinha um cabelo branco [...] esqueci os cabelos. Não me incomoda mais, eu já me aceito (Afrodite).

As coisas acontecem porque elas tem que acontecer e aí aquele momento a gente tem que viver e, se eu tenho que viver não é pecado e que se for, Deus que me perdoe, mas eu tô vivendo (Hera).

Percebe-se, no depoimento das participantes que elas aceitavam a si mesmas, reconhecendo suas dificuldades e limitações relacionadas à fase do ciclo vital e ao próprio processo de transformação pessoal. Esse processo de crescimento é salutar para a pessoa que a vivencia, tornando-a acessíveis às mudanças.

No que se refere ao ciclo vital da vida e retomando o depoimento de Afrodite como exemplo, convém aludir que a imagem corporal é uma experiência subjetiva e faz parte do processo de formação da identidade pessoal, já que está representa uma tomada de consciência do *Eu*, ou seja, da própria existência que tem como princípio a percepção do *Eu* corporal. É mais do que um aspecto puramente neurofisiológico, apropriando-se de componentes pessoal e social, na medida em que, a personalidade, as emoções e a relação com outros corpos vão fazendo parte dessa construção (Schilder, 1981; Dalgalarondo; 2008). Em outras palavras, a concepção da imagem corporal é construída a partir da interação entre as pessoas, numa junção de aspectos biológicos, emocionais, relacionais e contextuais, onde essas interações são permeadas por informações advindas do contexto cultural (TAVARES, 2003).

Quanto à atitude de viver responsabilmente, outro pilar da autoestima, também foi identificada através dos relatos das mulheres, quando elas demonstraram uma atitude ativa perante à vida, buscando realizar os desejos, vontades e necessidades subjetivas. Assim constatamos no trecho abaixo, sobre as falas das participantes:

Eu voltei a ser aquela de antes, determinada (Atena).

Permito não! A minha vida toda eu já fui muito reprimida, então, no momento que eu consegui mostrar que sou capaz (Hera).

[...] Mas ele sempre foi muito metido a mandar e eu nunca aceitei (Ártemis).

Nas falas acima, revelou-se o empoderamento, pois de acordo com Holanda; Dias e Ferreira Filha (2007) as participantes ao demonstrarem a capacidade de gerenciar as suas vidas, estas também servem de estímulo para mobilizar o grupo para questões inerentes ao coletivo.

Todavia, outro ponto identificado como positivo nos relatos das participantes foi a ampliação da capacidade de empatia e senso crítico. Contudo, ao escutar o sofrimento do outro, aquilo que mais incomoda e machuca costuma ter relação com a história de vida da própria pessoa. A dor pelos injustiçados parece uma tentativa incessante de tentar salvar a si mesmo, como declarou Afrodite:

Eu me coloco muito no lugar do outro, eu sofro muito por isso [...] porque eu aprendi com as dores que eu tenho (Afrodite).

A empatia - que é essa capacidade de se colocar no lugar do outro - é o primeiro passo para o desenvolvimento da resiliência, pois para se tornar empático é preciso que a pessoa seja capaz de identificar, assumir e reconhecer suas emoções e, quem é capaz de escutar a si mesmo, é capaz de escutar ao outro. O conjunto dessas habilidades serve como um recurso que auxilia a pessoa a enfrentar os eventos adversos que a vida lhe impõe e a conseguir bons resultados, evitando consequências negativas. Desse modo, algumas das participantes demonstraram ser resilientes, como podemos perceber nos depoimentos abaixo:

Meu jeito de enfrentar as dores, está sendo assim [...] vou para o lado das ervas, para fazer a minha cura das dores. [...] faço o meu bordado, faço o meu crochê, vou para a minha cozinha, que minha cozinha é minha terapia [...] tô graças a Deus saindo do antidepressivo (Afrodite).

Tenho certeza absoluta que ela não fez nada de caso pensado pra eu morar com os outros, pra eu sofrer, tudo que sofri. Não tenho nenhum rancor e nem ressentimento (Hera).

[...] Não, Deus me livre! Agora eu penso diferente. Quem me deu a vida, vai tirar. Eu não vou fazer isso! (Ártemis).

[...] aí agora que eu perdoei ele [...] parece que foi uma coisa que saiu de dentro de mim, uma coisa tão boa que eu nem sei explicar (Perséfone).

Ou seja, ao passo que enfrentamos as dificuldades, também temos a força propulsora para superar os problemas. Essa capacidade resiliente faz com que o participante de TCI, torne-se terapeuta de si mesmo. A experiência de vida de cada um com sua essência resiliente, se torna matéria prima para os demais. Barreto (2008, p. 98) afirma que “As pessoas resilientes

valorizam muito os vínculos de apoio e estímulo, o que lhes permitem alimentar sua autoconfiança e auto-estima”. Vejamos as falas que destacam a autoconfiança das mulheres:

Eu nunca me senti assim, realizada, amada por alguém (Perséfone).

Deus dá a força necessária, ele alegre e diz que com ele, tudo que não tem solução, passa a ter, que para os nossos olhos está perdido, mas para os dele, não (Atena).

Sou grata, por todas as vezes que eu consegui dar a volta por cima (Hera).

[...] mas no meu íntimo, eu sou uma vitoriosa. Eu sei disso! (Afrodite).

[...] Aí eu tirei isso da minha cabeça e agora eu estou me sentindo mais livre, com vontade de sair (Ártemis)

Para essas participantes a TCI possibilitou o despertar para o autoconhecimento, de modo que ao contextualizar com a realidade externa de cada uma, desenvolvessem a capacidade de se relacionar positivamente com o mundo, deixando a posição de vitimização. Desse modo, no exercício de autonomia, as mulheres em questão aumentaram suas capacidades de ser influentes nos processos que determinam suas vidas.

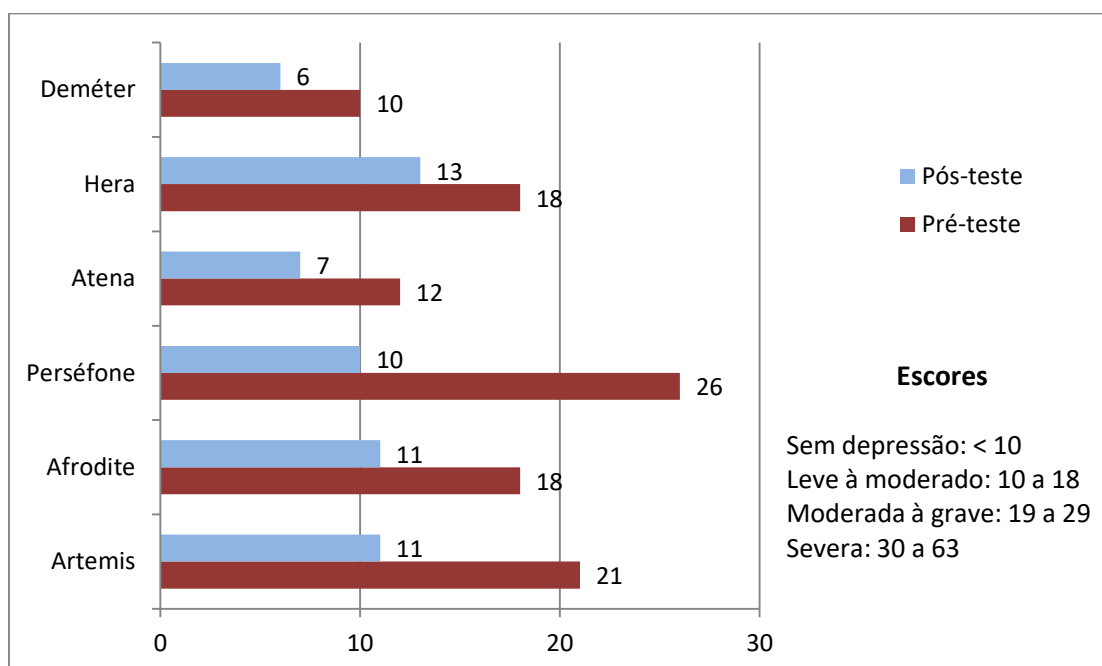
Destarte, as mulheres buscam estar bem consigo, com a vida e com as outras pessoas do seu convívio. Para tanto, necessitam compreender a si próprias, aceitarem seus medos e limitações e conhecerem suas potencialidades. Desejam ser respeitadas e amadas pelas suas famílias e tem a necessidade de demonstração de afeto pelos seus companheiros, além de estarem em paz com as suas consciências para viverem mais felizes. Desse modo, ao sentirem-se cuidadas e valorizadas, se tornam mais confiantes e capazes de agir (ZAMPIERI et al, 2009).

Sobre as estratégias de enfrentamento adotadas pelas participantes, estas possibilitaram a redução dos sinais e sintomas da depressão e, conseqüentemente melhora da autoestima. Sendo assim, a TCI permitiu que as mulheres elaborassem as situações vividas e se recuperassem diante delas.

4.5 O pós-teste de depressão e autoestima: uma análise comparativa

Para um melhor entendimento, realizou-se uma análise comparativa dos escores obtidos dos instrumentos no pré-teste e pós-teste. A seguir, apresento os resultados do inventário de depressão e da escala de autoestima, coletados antes e após a realização das rodas.

Gráfico 3: Resultados do pré-teste e pós-teste de depressão



Fonte: Consolidado dos instrumentos de depressão do pré-teste e pós-teste.

Os resultados observados no pós-teste do Inventário de Depressão de Beck, revelaram que todas as participantes do estudo apresentaram redução do grau de depressão e até foram classificadas “sem depressão”. Vejamos, a seguir:

Deméter e Atena, que antes foram classificadas com depressão leve à moderada, no pós-teste, reduziram seus escores, sendo classificadas como “sem depressão”. Embora Hera e Afrodite tenham continuado com a mesma classificação do grau de depressão identificados no pré-teste (leve à moderado), elas conseguiram reduzir os escores de 18 para 13 pontos e de 18 para 11 pontos, respectivamente. Os melhores resultados foram identificados no pós-teste de Ártemis e Perséfone que saíram do grau moderada à grave, para leve à moderado, com uma redução significativa dos escores de 21 para 11 pontos e de 26 para 10 pontos, respectivamente. As que mais melhoraram os escores, foram as afirmativas que correspondiam aos grupos de pessimismo, falta de satisfação, autoacusações, crises de choro e preocupação somática.

Tais resultados indicam que a TCI mostrou-se como um benefício terapêutico de grupo, onde as participantes puderam trabalhar os sentimentos negativos, como as situações de estresse, insegurança, perdas, abandono carências afetivas, todos esses sofrimentos que elas experimentavam, muitos deles, estavam relacionados a fase do climatério.

De acordo com Carício (2010), a TCI se configura como um espaço de expressão dos sofrimentos agindo como medida preventiva das consequência dos estresses vividos no cotidiano e visa garantir o resgate da autoestima necessária para promover mudanças importantes nas vida das pessoas.

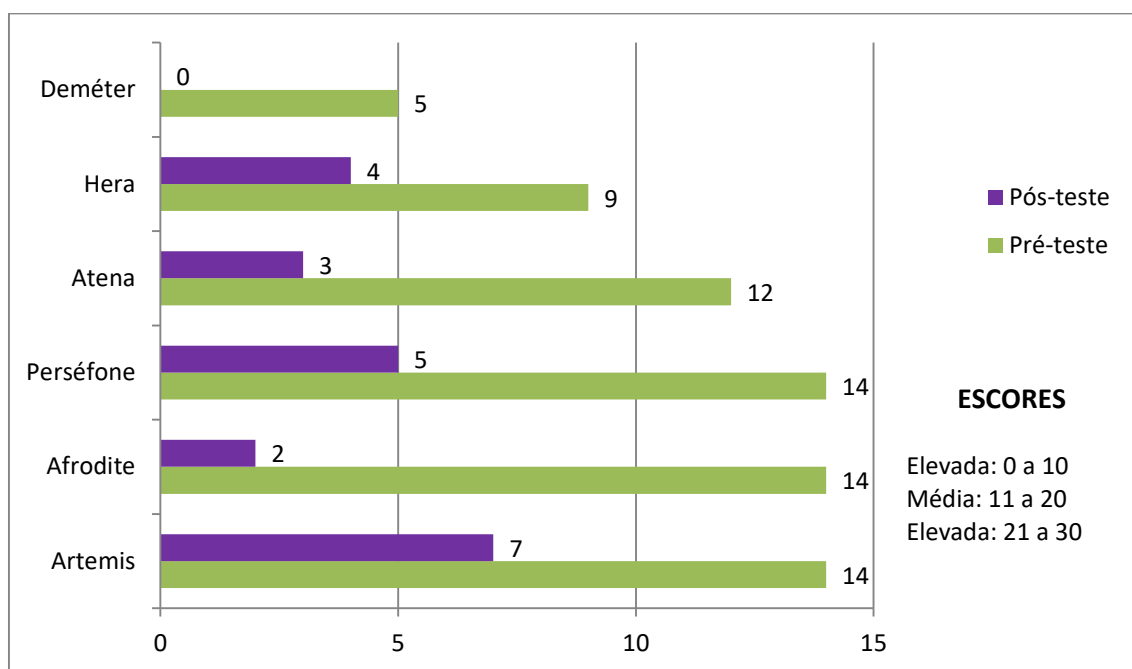
Corroborando com a mesma ideia, observou-se que o espaço destinado a expressão da fala e troca das experiências, sobretudo com ênfase nas estratégias de enfrentamento, subsidiaram o despertar das mulheres quanto a capacidade de desenvolver maneiras de buscar o bem estar e a felicidade, saindo do quadro inicial do qual elas se encontravam. Na verdade, a TCI não se propõe a resolver problemas, mas a fomentar redes solidárias de fortalecimento da autoestima de pessoas, famílias e comunidades de onde as mudanças decorrem (BARRETO, 2008).

Os laços solidários surgem a partir do que as pessoas têm em comum, tais como a vontade de superar os problemas, buscar o bem estar geral e a felicidade, proporcionado ao participante a compreensão de que todos enfrentam dificuldades e que todas essas dificuldade são passíveis de serem superadas, a partir de uma atitude própria de cada pessoa (LIMA; PAULA; JÚNIOR et al., 2014).

A atitude própria vem, entretanto, do desejo interno de mudança, da fonte geradora da boa autoestima e, para tanto, caminhamos para o resgate da autonomia e promoção da emancipação das mulheres. Autores concordam que conforme a autoestima aumenta, há uma melhora no humor, na autovalorização e no autoconhecimento, proporcionando também, um estado de autonomia e segurança em relação a si, havendo uma harmonização entre o que a pessoa pensa, sente e diz (ZAMORA; HERRERA; CASTILLO, 2015).

Assim podemos constatar o pós-teste de autoestima, com resultados positivos. Ainda que as mulheres não tenham sido classificadas, no pré-teste, com baixa autoestima, verificou-se, um aumento significativo dos escores, ampliando ainda mais a capacidade delas, de melhorar a autoestima, como podemos observar no gráfico abaixo:

Gráfico 4: Resultados do pré-teste e pós-teste de autoestima



Fonte: Consolidado dos instrumentos da escala de autoestima do pré-teste e pós-teste.

A autoestima positiva é um indicador de qualidade de vida. Diz respeito ao sentimento, ao apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria (Dini; Quaresma; Ferreira, 2004). Para Rosenberg (1965), autoestima é uma avaliação que o indivíduo faz e normalmente mantém em relação a si mesmo, expressando uma atitude de aprovação ou desaprovação. É construída com base nas relações familiares e se consolida com o estabelecimento de relações sociais saudáveis (Barreto, 2008). Desta forma, a construção dos vínculos em toda a dimensão das relações humanas é a base da consolidação da autoestima.

Autores defendem que a autoestima, nos diferentes contextos, tende a ser estável ao longo da vida adulta e que em nossa cultura ocidental a boa autoestima é um construto relacionado positivamente à satisfação de vida e indicadores de ajustamento emocional, enquanto que a baixa autoestima está relacionada negativamente com a depressão (DIENER; DIENER, 1995; KERNIS, 2005; ORTH; ROBINS; ROBERTS, 2008).

Portanto, com o intuito de reduzir o grau de depressão das mulheres que frequentavam as rodas de TCI, procurou-se reforçar a autoestima, provendo técnicas e dinâmicas adaptadas às condições, com vistas a despertar nas participantes, o potencial humano adormecido e colocá-las a serviço de uma dinâmica individual e coletiva, levando-as a se tornarem sujeitos de suas próprias histórias e responsáveis por suas existências.

Todavia, desenvolver a autoestima é alimentar a convicção de que se é capaz de viver e de ser merecedor da felicidade, é expandir nossa capacidade de ser feliz, sendo, portanto, capaz de enfrentar a vida com mais confiança, boa vontade e otimismo, ajudando a atingir nossas metas e autorrealização (BRANDEN, 2000).

Com isso, ressaltamos que através do fortalecimento dos vínculos sociais e familiares e da formação de uma rede de apoio solidária, potencializamos o aumento da autoestima das mulheres participantes, retirando-as do grau de depressão em que elas se encontravam. Assim podemos afirmar que a TCI é uma intervenção de promoção da vida e tem se destacado como uma tecnologia potente do cuidado, na Estratégia Saúde da Família.

Considerações finais



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Confesso que chegar ao final desta tese, aos 40 anos de idade, significou para mim, um profundo mergulho em questões que outrora, não soubesse eu, refletiria em minha própria essência, enquanto mulher que começa adentrar na fase do climatério, percebendo algumas das fragilidades vivenciadas pelas mulheres que participaram desta pesquisa, a rondar a minha própria vida. Claro! Não me refiro àquelas fragilidades relacionadas ao processo natural do envelhecimento, identificado pela diminuição da energia vital, mas sim, do delicado entendimento que a sociedade tem sobre essa fase da vida das mulheres.

As histórias contadas nas rodas, ressoaram em mim e como diz Professor Adalberto que “É curando o outro que curamos a nós mesmos”, a lição dessa construção é de que saio desse mergulho de mim mesma, também transformada, pois naqueles encontros, não só encontrei as respostas que buscava, enquanto pesquisadora, mas também, respostas para as minhas inquietações ao longo desse caminhar.

Com relação à pesquisa propriamente dita, realizarei a integração dos resultados evidenciados em nossa análise, pelos envolvidos na pesquisa, a partir dos objetivos propostos. Desta forma, pretendo, como uma fiandeira de uma aranha, tecer fios de ceda/ideias de uma maneira que permita, ao final deste capítulo, ofertar uma teia compreensiva dos achados desse estudo.

A tecidura dos fios da teia se dará, respondendo ao *primeiro* objetivo proposto, que foi aferir os sinais e sintomas de depressão e a medida da autoestima das mulheres, antes e após a intervenção, para avaliar o efeito da TCI na redução desses sintomas e melhora da autoestima. Desse modo, após a aplicação dos instrumentos, no pré e pós-testes, com 14 mulheres, verificou-se que 7 delas, apresentaram escores que as classificaram com um grau de depressão que variou de leve à grave. Desse total, 1 das participantes, não completou o número mínimo de participação nas rodas, que era de 6 e, por este motivo não atendeu aos critérios de elegibilidade, restando apenas 6 mulheres participantes do estudo. Apesar dos resultados dos escores do questionário de autoestima, revelarem que as mulheres apresentavam uma medida que variou de média a elevada autoestima, entende-se que todo quadro depressivo é acompanhado do sentimento de menos valia. Cumpre salientar que nossa intenção, ao aplicar o questionário de autoestima, foi de verificar a sua influência na redução dos sinais e sintomas de depressão. De fato, verificou-se que, no pós-teste, à medida que as mulheres melhoraram a autoestima, os sinais e sintomas de depressão reduziram, o que reafirma essa relação.

E, nesse movimento de tessitura da teia, abordaremos os resultados que responderam ao *segundo* objetivo proposto que foi o de identificar as principais situações-problemas que essas mulheres vivenciam e, que aumentam os sinais e sintomas da depressão, diminuindo a autoestima. Assim, ao trabalhar as inquietações do cotidiano das mulheres nas rodas de TCI, verificou-se que as angústias apresentadas por elas e que geravam sofrimento, normalmente estavam atrelados à busca pela redefinição identitária da mulher, nesse cenário caracterizado pelo período do climatério.

Constatou-se que diante de tantos problemas vivenciados, causados por inúmeras mudanças físicas, psicológicas e de transformações nas relações sociais, a mulher sente-se só, trazendo prejuízos para a reconstrução de sua identidade, gerando na maioria das vezes, crises existenciais que repercutem negativamente, diminuindo a qualidade de vida, podendo levar ao risco de adoecimento mental.

Outro ponto relevante que as rodas evidenciaram foi em relação as dores físicas relatadas pelas mulheres, ao longo de suas participações nas rodas de TCI. Ficou evidente que essas dores poderiam estar relacionadas, não apenas às questões ligadas ao hipostrogenismo, mas, podendo ser uma projeção do sofrimento psíquico, ligado às questões subjetivas das mulheres – o que chamamos de mecanismo de defesa e somatização.

Vimos também, que as mulheres podem caracterizar o climatério, como sendo um período de dor e sofrimento causados por perdas. Dentre todas as perdas identificadas em nosso estudo, a partir dos relatos, o sentimento de perda pelo luto de entes queridos e a síndrome do ninho vazio, foram as causas mais frequentes de sofrimento para as mulheres, especialmente para àquelas que perderam suas mães e seus filhos. E que a síndrome do ninho vazio é um paradoxo, podendo ser visto como algo positivo ou negativo, dependendo do contexto em que a mulher esteja inserida e, no caso da mulher, ainda não ter estabelecido uma nova rotina para a sua vida.

Com relação as questões que envolvem a sexualidade nessa fase, este foi um assunto pouco comentado nas rodas, pois em razão das crenças e mitos impregnados no imaginário social, de que as mulheres no climatério não têm ou não precisam exercer a sua sexualidade é um fato e, por este motivo tem dificultado a expressão do assunto, neste sentido. No entanto, surgiram desabafos relativos a desvalorização da mulher, falta de afeto e amor, especialmente por parte dos companheiros, sendo estas questões, normalmente, a fonte geradora dos conflitos entre o casal.

Sobre a percepção da aproximação da própria morte, entendida como fonte geradora da transição para menopausa, que também se configura como uma perda, observou-se que esse

fenômeno identificado nas entrelinhas dos relatos, suscitou um revisitar de problemas não resolvidos, considerando alguns deles, como erros do passado, gerando sentimentos de inutilidade e baixa autoestima.

Entendemos também, que o sentimento de solidão experimentados pelas mulheres nesse período, tem mais haver com o vazio existencial que elas se deparam, tendo a sensação de desamparo e infelicidade. E que esse vazio existencial, também pode representar a busca pelo significado da vida, realizando antigos desejos que antes não foram possíveis realizá-los, em virtude de uma vida cheia de compromissos, como a criação dos filhos e o cuidado do lar.

Outro fato comum foi a falta de conhecimento sobre o climatério, por parte das mulheres. Quando chegaram às rodas, elas desconheciam o termo e pouco sabiam sobre as principais alterações que ocorrem neste período. Apenas uma delas, relacionou as irregularidades dos ciclos menstruais (perimenopausa) com as alterações de comportamento (irritabilidade e choro excessivo); porém desconhecendo que este evento seja parte das alterações esperadas para esse período.

Continuando com a tecidura dos fios de seda e respondendo ao *terceiro* objetivo que foi destacar as mudanças positivas que ocorreram na vida das mulheres, após a participação nas rodas de TCI, que contribuíram para a melhora da autoestima e redução dos sinais e sintomas de depressão, notou-se que a TCI representou para as mulheres, uma possibilidade de descobrir um novo jeito de ver a vida, considerando mais o que a vida poderia lhes oferecer e valorizando o que já foi conquistado.

A necessidade de mudança, que antes era desconhecida, se deu através da autorreflexão e desenvolvimento das competências pessoais. O resgate da autoestima, permitiu que as mulheres descobrissem maneiras de superar os problemas, adotando novas posturas e jeito de conduzir a vida, sentindo-se estimuladas a refletirem e encontrar respostas para a suas necessidades subjetivas, buscando a felicidade. Essa transformação deve-se a ressignificação do sofrimento e do processo de autovalorização. Nesse processo, ficou evidente que as mulheres se aceitavam, reconhecendo suas dificuldades e limitações, relacionadas tanto à fase do ciclo vital – climatério, quanto ao próprio processo de transformação pessoal, o que proporcionou a elas uma maior suscetibilidade para as mudanças.

Outro ponto observado foi a ampliação da capacidade de empatia, bem como do senso crítico das mulheres, sendo o conjunto dessas habilidades um recurso que auxiliaram-nas a enfrentar os desafios do dia a dia, aumentando a capacidade resiliente. Ou seja, ao passo que as mulheres enfrentavam as dificuldades, elas também, desenvolveram mecanismos de enfrentamento para superá-los, a partir da rede de apoio construída no grupo. A TCI, também

representou para elas, um espaço de fala e escuta, de aprendizado e formação de vínculos, bem como de construção de laços de amizades, proporcionando um estado de pertencimento ao grupo.

No decorrer do desenvolvimento das 12 rodas de TCI, acompanhamos durante 19 semanas, o crescimento pessoal e as mudanças ocorridas na vida das participantes, a partir da intervenção com a TCI, que não se restringiu a mudanças individuais, no âmbito do ser, mas que se estendeu também para o grupo e para as relações familiares.

Passaremos agora a integrar os fios, defendendo neste relatório de tese, que a TCI é uma tecnologia de cuidado potente, capaz de proporcionar às mulheres que vivenciam o climatério, a ressignificação de suas angústias e suas dores, pois é neste espaço que elas encontram estratégias que as ajudam a enfrentar e superar os problemas, ao mesmo tempo em que atua na prevenção do adoecimento psíquico e redução dos sinais e sintomas de depressão, promovendo saúde e melhora da qualidade de vida.

Entendemos que a TCI permitiu que as mulheres remodelassem o pensamento de forma que o problema pudesse ser visto sob um outro ponto de vista, provocando nelas, a necessidade de mudanças necessárias para que elas saíssem da estagnação da qual suas vidas se encontravam. Assim, percebemos o crescimento, a busca pela autonomia, emancipação, empoderamento e resgate da autoestima, a partir de uma rede de apoio construída no grupo, com foco nas necessidades sociais das participantes, promovendo a interação humana, com troca de experiências e desenvolvendo a capacidade autoreflexiva e autocrítica de cada mulher.

Portanto, podemos inferir que as mulheres participantes das rodas de TCI, saíram em processo de transformação, buscando o autoconhecimento e sinalizando que elas compreenderam que a partir das relações humanas estabelecidas e do compartilhar de suas histórias e escuta das experiências de superação das outras integrantes do grupo, elas encontraram estratégias para vencer as limitações que as impedia de seguir acreditando no seu potencial e capacidade resiliente. E, nesse processo esperanças-nos a crer que virtudes foram alcançadas, como a solidariedade, empatia, generosidade e amabilidade e que estes frutos já começaram a ser colhidos, expandindo-se, inclusive, para além das fronteiras, as das relações familiares.

Este estudo colabora para a produção do conhecimento tanto no campo da Enfermagem, quanto no da Saúde Coletiva e estudos sobre Promoção da Saúde Mental de mulheres no climatério, fornecendo elementos à comunidade científica e aos profissionais de saúde, especialmente àqueles que atuam na ESF, a compreender a necessidade e importância de oferecer à população, incluindo as mulheres no climatério, modalidades terapêuticas

complementares. O desafio do presente estudo não se restringe apenas a encontrar resultados positivos em relação à redução dos sinais e sintomas de depressão em mulheres no climatério, a partir da implementação da TCI, mas também, fornecer informações acerca desta tecnologia de cuidado que tem se mostrado altamente eficaz e, desta maneira permitir a replicação deste estudo, além de fortalecer a prática da TCI pelos profissionais de saúde em suas práxis, dentro dos serviços de saúde e fora deles.

Desejamos também, que as inquietações geradas a partir desta construção, possam ser fonte de novas indagações, no sentido de minimizar o sofrimento das mulheres que vivenciam o climatério, em face das influências que os fatores biopsicosocioculturais exercem sobre este período e, que estas gerem novos projetos e pesquisas, inclusive podendo e devendo contemplar outros caminhos metodológicos.

Contudo, cabe revelar que a limitação do presente estudo, está relacionado ao estado marital das mulheres investigadas, uma vez que todas eram casadas, havendo a necessidade de outros estudos que envolvesse mulheres sem o convívio marital, pois essa variável pode ter influência na vivência do climatério, em relação aos aspectos emocionais.

Trata-se de evidências apontadas num estudo de abordagem qualitativa, com restrita circunscrição e sem qualquer pretensão de generalização. Porém, na realidade, sabemos que há lacunas na assistência às mulheres no climatério na ESF e que existe uma carência no uso de modalidades terapêuticas complementares para o cuidado desse grupo específico. Desse modo, sugerimos que a TCI, como tecnologia do cuidado, possa ser implementada e expandida, inclusive, para outras populações e contextos, com intuito de fortalecer o cuidado das mulheres em todas as fases de suas vidas, assegurando, sobretudo a humanização.

Referências



REFERÊNCIAS

ADASHI, E. Y.; HILLARD, P. A.; BEREK, J. S. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

ADERNE, F. O.; ARAÚJO, R. T. Influência da menopausa no padrão sexual: opinião de mulheres. **Revista Saúde.com**, v. 3, n. 2, p. 48-60, 2007. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n2a06.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

ANTUNES, C. **Resiliência a construção de uma nova pedagogia para uma escola pública de qualidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

APPOLINARIO, J. C. et al. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 45, n. 4, p. 383-89, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v45n4/a11v45n4.pdf>>. Acesso em: 3 de fev. 2015.

ARAÚJO, L. M. **Produção do espaço intra-urbano e ocupações irregulares no conjunto de mangabeira**. 196f. Dissertação (Mestrado em Geografia), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006. Disponível em: <http://www.geociencias.ufpb.br/posgrad/dissertacoes/luciana_medeiros.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2016.

ARAÚJO, E. N. P. **Intervenções Psicogerontológicas na Promoção de Envelhecimento Bem-Sucedido**. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. (Org.). **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Editora: Rubio, Rio de Janeiro, 2010.

ATELIER NORD SUD DE MÉTHODOLOGIE EN ANALYSE, Réseau Culture Bruxelles, 1997. Disponível em: <<http://www.globenet.org/archives/web/2006/www.globenet.org/horizon-local/cultures/methofr.html>>. Acesso em: 2 de mar. 2015.

AYRES, J. R. C. M., 2004. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, v. 13, n. 3, p. 16-29. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em 2 ago. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

_____, A. P. **Quando a boca cala, os órgãos falam – desvendando as mensagens dos sintomas**. Fortaleza: Gráfica LRC, 2014.

_____, A. P. **A terapia comunitária integrativa no cuidado da saúde mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.

_____, A. P. Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano IX. Ed Especial, Ministério

da Saúde, 2008a. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____, A. P. **As dores da alma dos excluídos no Brasil**. Revista Consciência Net.

Revista diária. Publicação de 08 de fevereiro, 2009. Disponível em: <

<http://consciencia.net/as-dores-da-alma-dos-excluidos-no-brasil-%E2%80%93-por-adalberto-barreto/>>. Acesso em 3 jan. 2015.

BARRETO, A. P.; LAZARTE, R. **Uma Introdução à Terapia Comunitária Integrativa: conceito, bases teóricas e método**. In: FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. *Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.

BALDISSER, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A representação da sexualidade por idosas e a educação para a saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 4, p. 622-9. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a05.htm>>. Acesso em: 30 set. 2017.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13ª ed. Petrópolis: Editora vozes, 2015.

BERLEZI, E. M. et al. Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 2, p. 273-83, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n2/07.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2015.

BIH-CHING, SHU et al. Self-concept and menopause among mid-life women: A survey in Southern Taiwan. **Maturitas**, v. 57, n. 2, p. 132–38, 2007. Disponível em:

<[http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(06\)00397-5/pdf](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(06)00397-5/pdf)>. Acesso em: 06 jan. 2015.

BIFFI, E. F. A. **Saúde Mental e climatério na perspectiva de mulheres, profissionais de saúde**. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2003. 144p.

BORISSOVA, A. M., KOVATCHEVA, R., SHINKOV, A. et al. A study of the psychological status and sexuality in middleaged Bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy (HRT). **Maturitas**, v. 39, p. 177-183.

BRANDEN, N. **Autoestima: como aprender a gostar de si mesmo**. São Paulo (SP): Saraiva; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. 1ª ed. – Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34 – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 176 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em 23 de jul. 2015.

BRAGA, L. A. V. et al. Terapia Comunitária e Resiliência: histórias de mulheres. In: FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento*. João Pessoa: Ed da UFPB, 2013. p.84-106.

BRIGGS, D. C. *A auto-estima do seu filho*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

CAIXETA, J. E.; BARBATO, S. Identidade feminina: um conceito complexo. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 211-220, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21951/1/ARTIGO_IdentidadeFemininaConceito.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

CARÍCIO, M. R et al. **Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida**. In: FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento*. João Pessoa: Ed da UFPB, 2013. p.132-158.

CARÍCIO, M. R. *Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida*. [Dissertação de mestrado em enfermagem]. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa; 2010.

CARRANZA-LIRAM S.; VALENTINO-FIGUEIRO, S. A. M. L. Estrogen therapy for depression in postmenopausal women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v. 65, 1ª edição, p. 35-8, 1999.

CAMARGO, A. C.; FERREIRA, R. F. **Tempo de falar e tempo de escutar: a produção de sentido em um grupo terapêutico**. In: FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento*. João Pessoa: Ed da UFPB, 2013. p.46-63.

CARVALHO, M. P. et al. Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 34, n. 6, p. 361-66, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/01.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

CHIATTONE, H. B. C. **Assistência psicológica de urgência**. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, U. M. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Eds.), *Psicologia na prática obstétrica* p. 52-60, 2007. Barueri: Manole.

COSCRATO, G.; BUENO, S. M. V. Pesquisa qualitativa sobre humanização em saúde mediatizada por pesquisa ação. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 1, n. 1, p. 120-28, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265319560018.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

COSTA, M. V. Caminho de uma pesquisa-ação crítica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 47-52, jul./dez, 1991.

COLEMAN, P. M. Depression during the female climateric period. **Journal of Advanced Nursing**, v. 18, p. 1540-46, 1993.

CORRÊA, K. M.; BITTENCOURT, L. R. A.; TUFIK, S. et al. Frequência dos distúrbios de sono em mulheres na pós-menopausa com sobrepeso/obesidade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 36, n. 2, p. 90-96, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00090.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2017.

DALGALARRONDO P. (2008). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª edição. Porto Alegre: Artemd.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 1, p. 12-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n1/24286.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2015.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 2, p. 287-93, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a19v62n2.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

DENNERSTEIN, L. Sexuality, midlife, and menopause. **Menopause**, v. 15, n. 2, p. 221-22, 2008.

DENNERSTEIN, L.; LEHERT, P.; GUTHRIE, J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. **Arch Womens Ment Health**. v. 5, n. 1, p. 15-22, 2002.

DIENER, E.; DIENER, M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. **J Pers Soc Psychol.**, v. 68, n. 4, p. 653-63, 1995.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev Soc Bras Cir Plást.**, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/imageBank/PDF/19-01-04pt.pdf>>. Acesso em 07 fev. 2015.

DUARTE, C. A. M; TURATO, E. R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. **Psicologia em Estudos**, v. 3 n. 14, p. 485-90, 2009.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. **Educar**. Curitiba, n. 16, p. 181-191, 2000. Disponível em: <http://www.educaremvista.ufpr.br/arquivos_16/irineu_engel.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2016.

FAVARATO, M. E. C. S.; ALDRIGHI, J. M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Rev Assoc Med Bras**. v. 47, n. 4, p. 339- 45,

2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n4/7401.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2017.

FAGULHA, T. A meia idade da mulher. **Psicologia**, v. 19, n. 1-2, p.13-7, 2005.

FERNANDES, C. E. et al. Síndrome do Climatério. **Revista RBM**. v. 62, n. 12, p. 50-9, 2005. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3183&fase=imprime>. Acesso em: 17 out. 2015.

FERNANDES, M. M. J. et al. Autoestima de mulheres mastectomizadas – Aplicação da escala de Rosenberg. **Rev Rene.**, v. 14, n. 1, p. 101-08, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/38/pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

FERNANDES, R. C. L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 30, n. 3, p. 192-200, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n3/v30n3a08.pdf>>. Acesso em 06 fev. 2015.

FERNANDES, C. E. et al. “Guideline” sobre Climatério da SBRH. **Sociedade Brasileira de Reprodução Humana**. Disponível em: <http://www.sbrh.org.br/sbrh_novo/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_climaterio.pdf>. Acesso em 30 jun 2015.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 964-70, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a22.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2015.

FERREIRA FILHA, M.O.; CARVALHO, M.A.P. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 232-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/05.pdf>>. Acesso em: 28 de ago. 2015.

FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; BARRETO, A. P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Rev. Eletr. Enf.** v. 17, n. 2, p. 172-3, 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a01.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2017.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da Pesquisa-Ação. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

FORMIGA FILHO, J. F. N. **Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM**. In: GALVÃO L, DÍAZ J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 151-62.

FONSECA, J. P. **Luto antecipatório**. Campinas, SP: Editora Livro Pleno, 2004.

GALVÃO, L. L. L. F. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 53, n. 5, p. 414-20, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a17v53n5.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

GAJARDO, M. **Pesquisa participante na América Latina**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

GIFFONI, F. A. O. Saber ser, saber fazer: terapia comunitária, uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia. 2008. 235f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/handle/riufc/3162>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

GRITTEN, L.; MÉIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 765-770, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/19.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

GUEDES, A. E. L. **Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares**. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. A. (org) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO; 2001. p. 127-56.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.2, p. 20-31, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7113/8586>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-50, 1998. Disponível em: <<https://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/inventc3a1rio-de-depressc3a3o-de-beck-propriedades-psicomc3a9tricas-da-versc3a3o-em-portuguc3aas.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2015.

GOMES, A. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. **Estudos de Religião**, v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011.

HALBE, H. W. et al. **Epidemiologia do climatério**. In: PINOTTI, J. A.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R. (eds.). Tratado de Ginecologia. Condutas e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rio de Janeiro. Livraria e Editora Revinter Ltda. 2005. cap.35. p.247-49.

HOEBEL, E. A.; FROST, E. L. **Antropologia cultural e social**. São Paulo: Cultrix, 1995.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 79-92, 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/download/7137/5050>>. Acesso em: 14 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY. **Menopause Terminology definitions**. 1999. Disponível em: <http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php>. Acesso em: 06 fev. 2015.

JAKES, E. **Morte e crise da meia-idade**. In: Spillius, E. B. (org.) Melanie Klein hoje; desenvolvimentos da teoria e da técnica, Rio de Janeiro: Imago Editora. p. 248-70, 1990.

JÍMENEZ LOPEZ, J. PÉREZ SILVA, G. Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio. **Ginecol Obstet Mex.**, v. 67, p. 319-22, 1999. Disponível em: <http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=4064&id_seccion=407&id_ejemplar=457&id_revista=40>. Acesso em: 22 ago 2017.

KERNIS, M. H. Measuring self-esteem in context: The importance of stability of selfesteem in psychological functioning. **J Pers.**, v. 73, n. 6, p. 1569-605, 2005.

KIPPER, C. D. R; LOPES, R. S. O tornar-se avó no processo de individuação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 1, p. 29-34, 2006.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.

LABRA, M. E. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes. 1989.

LAZARTE, R. **Terapia Comunitária: Reflexões**. João Pessoa, 2010.

LAZZARINI, L. L. B.; GRANDESSO, M. **Minha vida tem sentido toda vez que venho aqui: significado atribuído a Terapia Comunitária pela família do participante**. In: Terapia Comunitária Integrativa, uma construção coletiva do conhecimento. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.

LEITE, M. T.; TASCHETTO, A.; HILDEBRANDT, L. M. et al. O homem também fala: o climatério feminino na ótica masculina. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 2, p. 344-51, 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a05.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2017.

LI, Y.; YU, Q.; MA, L. et al. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. **Maturitas**. v. 61, n. 3, p. 238-42, 2008.

LIMA, A. M.; PAULA, V. G.; JÚNIOR, E. F. P et al. Terapia Comunitária: Uma ferramenta utilizada para promoção da saúde na Atenção Básica. **Revista Amazônia Science & Health**. v. 2, n. 4, p. 9-16, 2014.

LOPES, E. S. L., NERI, A. L. & PARK, M. B. Ser avós ou ser pais: Os papéis dos avós na sociedade contemporânea. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 8, n. 2, p. 30-2, 2005.

MACHADO, M. N. da M. (2002). **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador entrevistado**. Belo Horizonte: c/Arte.

MANDUÍ, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.3, p.358-71. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13345.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

MAARTENS, L. W. F.; KNOTTNERUSB, J. A.; POP, V. J. Menopausal transition and increased depressive symptomatology – A community based prospective study. **Maturitas**. v. 42, 3ª edição. p. 195-200, 2002.

MELO, M. C. O. L. **Mulheres gerentes entre o empoderamento e o teto de vidro**. In: Diversidade sexual e trabalho. Maria Ester de Freitas, Marcelo Dantas. (Org) São Paulo: Cengage Learning, 2012. p. 337-72.

MELO, R. S. O sofrimento Nietzsche na realização da satisfação humana. **Revista Húmus**. v. 1, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/1622/1287>>. Acesso em: 22 ago 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MICHELSON, D.; AMSTERDAM, J. D.; QUITKIN, F. M. et al. Changes in weight during a 1- year trial of fluoxetine. **Am J Psychiatry**. v. 156, n. 8, p. 1170-6, 1999.

MISMEC-DF (Movimento Integrado de Saúde Comunitária). **TERAPIA COMUNITÁRIA e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) desde abril 2016**. Disponível em: <<http://circularede.blogspot.com.br/2017/02/terapia-comunitaria-integra-as-praticas.html>>. Acesso em 22 de novembro de 2017.

MORÉ C. L. O. O. et al. As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. **Psicologia Hospitalar**, v. 1, n. 1, p. 59-75.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 17, n. 2, p. 177-87, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n2/22470.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1825-33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/06.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

MOURA, S. G. et al. A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 10, n. 1, p. 329-38, 2012. Disponível em: <<http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/529/pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Assistência humanizada ao parto a partir de uma história de vida tópica. **Acta Paul. Enferm.**, v. 17, n 2, p. 141-47, 2004.

NAVARRO DESPAIGNE D. N.; FONTAINE SEMANAT, Y. Síndrome climaterico: su repercussion social en mujeres de edad mediana. **Rev Cubana de Med Gen Integr.**, v. 17, n. 2, p. 169-76, 2001. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi10201.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2015.

NIEVAS, A. F. et al. Depressão no climatério: indicadores biopsicossociais. **J Bras Psiquiatr.**, v. 55, n. 4, p. 274-79, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a03v55n4.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

OLIVER, R. The "empty nest syndrome" as a focus of depression: a cognitive treatment model, based on rational emotive therapy. **Journal Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training.** v. 14, n. 1, p. 87-94, 1997.

OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, 519-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a13v17n3.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

ORTH, U.; ROBINS, R. W.; ROBERTS, B. W. Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. **J Pers Soc Psychol.**, v. 95, n. 3, p. 695-708, 2008.

PEDRO, A. O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 07-25, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14901.pdf>>. Acessado em: 14 jan. 2015.

PEDUZZI et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

PEREIRA, A. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. Processo de desligamento entre pesquisadores e participantes na pesquisa-ação. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 1, p. 109-126, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n1/08.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09>>. Acesso em 12 de ago. 2015.

RAPOSO, D. M. S. P.; GÜNTHER, I. A. O ingresso na universidade após os 45 anos: Um evento não-normativo. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 123-31, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a14.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2017.

REMARQUE, R.; RENNÓ JR, J.; RIBEIRO, H. L. et al. Transtorno disfórico pré-menstrual: um breve panorama. **Revista Debates de Psiquiatria.** v. 3, n. 5, p. 6-11, 2013. Disponível em: <http://www.abp.org.br/download/revista_debates_17.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.

ROCHA, I. A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para a saúde mental do idoso. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 5, p. 687-94, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06.pdf>>. Acesso em 09 jan. 2015.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press; 1965.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

SÁ, A. N. P. **Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação: histórias de enfermeiras**. 2012. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SÁ, A. N. P.; ROCHA, I. A.; MORAES, M. N. et al. Conflitos familiares abordados na Terapia Comunitária Integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 4, p. 786-93, 2012.

SANTOS, Z. M. S. A.; SARAIVA, K. R. O. Auto-estima de mulheres hipertensas que vivenciam o climatério. **RBPS**, v.17, n.1, p. 21-6, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40817207>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

SARTORI, A. C. R.; ZILBERMAN, M. L. Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 36, n. 3, p. 112-21, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n3/v36n3a05.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2017.

SANTOS, B. S. **Um Discurso Sobre as Ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.

SARAIVA, A. M. **Histórias de mulheres cuidadas por práticas integrativas e complementares: Um estudo etnográfico**. 2015. 180f Tese (Doutorado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

SERRÃO, C. (Re)pensar o climatério feminino. **Aná. Psicológica**, v. 26, n. 1, p. 15-23, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a02.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

SILVA, G. F. et al. Influências do climatério para o envelhecimento na percepção de mulheres idosas: subsídios para a enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a09.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

SILVA, M. N. M. et al. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 30, n. 2, p. 150-54, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a11>> Acesso em: 05 jan. 2015.

SILVA, E. C. F. **Psicologia transpessoal – sua história, seus teóricos, suas possibilidades**. São Paulo: Edição do autor, 2014.

SILVA, P. M. C. **A Terapia Comunitária como estratégia de intervenções para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta.** 2016. 220f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

SILVEIRA, I. L. et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 8, p. 415-22, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a06v29n8.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2015.

STENGERS, I. **Quem Tem Medo da Ciência?** São Paulo, Siciliano, 1990.

VALENCA, C. N.; NASCIMENTO FILHO, J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saude soc.**, v. 19, n. 2, p. 273-285, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/05.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2017.

VERAS, A. B. et al. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 28, n. 2, p. 130-34, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n2/v28n2a05.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

VIEIRA, J. A. A identidade da mulher na modernidade. **DELTA**, v. 21, n. spe, p. 207-38, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/delta/v21nspe/29258.pdf>>. Acesso em: 23 ago 2017.

TAVARES, M.C.G.C.F. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri, SP. Manole, 2003.

TANGEN, T.; MYKLETUN, A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). **J. Psychosom Obstet Gynaecol.**, v. 29, n. 2, p. 125-31, 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica*. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-66, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

TROMPSON, C.; OSTLER, K.; PEVELER, R. C. et al. Perspectiva dimensional no reconhecimento de sintomas depressivos em atenção primária: o Projeto Depressão Hampshire 3. Resumo comentado. **Rev. Psiq. Clí.** v. 29, n. 3, p. 160-61, 2002.

WATZLAWICK, P. et al. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação.** Trab. Álvaro Cabral. São Paulo – SP. Cultrix, 1967.

WOJNAR, M.; DRÓZDZ, W.; ARASZKIEWICZ, A. et al. Assessment and prevalen of depression in womwn 45-55 years of age visiting gynecological clinics in Poland. **Archives of Women's Mental Health**, v. 6, p. 193-2001, 2003.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, v. 8, num. esp., p. 75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

ZAMORA, M.; HERRERA, M.; CASTILLO, A. Fundamentos Teóricos que sustentan un Modelo de Orientación Comunitaria para Empoderar a los Adolescentes y a sus Familias. **Revista Omnia**. v. 21, n. 1, p. 24-34, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/737/73742121003.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2017.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 305-12, 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%208.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2015.

Apêndices



APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO PRÉ-INTERVENÇÃO****Dados de identificação, caracterização sociodemográfica e contexto da mulher:**

1. Nome completo: _____
2. Endereço: _____
3. Telefones para contato: _____
4. Data do nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos.
Faixa etária:
 - a. ☐ 40 a 49
 - b. ☐ 50 a 59
 - c. ☐ 60 a 65
5. Nível de escolaridade:
 - a. ☐ Fundamental incompleto
 - b. ☐ Fundamental completo
 - c. ☐ Médio incompleto
 - d. ☐ Médio completo
 - e. ☐ Superio incompleto
 - f. ☐ Superio completo
6. Estado marital:
 - a. ☐ Solteira/Separada/Divorciada/Viúva
 - b. ☐ Casada/União estável
7. Profissão/ocupação:
 - a. ☐ Remunerada
 - b. ☐ Não remunerada

8. Renda familiar *per capita* (em salários mínimos) **Obs.:** Some todos os rendimentos dos familiares que residem na casa. Em seguida, divida o resultado pelo número total de familiares que moram na casa. Após realizar esse procedimento, marque a alternativa correspondente.
- Quantas pessoas moram na casa? _____.
- Qual a renda do total das pessoas que trabalham e moram na casa? _____.
- a. ☐ < 1 salário mínimo
- b. ☐ 1-2 salários mínimos
- c. ☐ ≥ 3 salários mínimos
9. Religião:
- a. ☐ Católica
- b. ☐ Evangélica
- c. ☐ Espírita
- d. ☐ Outra
10. Óbito recente na família:
- a. ☐ Sim
- b. ☐ Não
11. Diagnóstico médico de depressão:
- a. ☐ Sim
- b. ☐ Não
12. Uso de antidepressivo:
- a. ☐ Sim
- b. ☐ Não
13. Reposição hormonal:
- a. ☐ Sim
- b. ☐ Não
14. Estado menopausal:
- a. ☐ Pré-menopausa (ciclo menstrual regular)
- b. ☐ Perimenopausa (ciclo menstrual irregular)
- c. ☐ Pós-menopausa (ausência do ciclo menstrual há mais de 12 meses)

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA PÓS-INTERVENÇÃO**

Local: _____ Data: ____/____/____ Entrevista N° _____
Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min.: _____

Entrevista (Será realizado ao final das 12 rodas de TCI):

1. Como a senhora se via antes de participar das rodas de TCI e como se vê agora?
2. A senhora tem percebido algo novo nos seus pensamentos e sentimentos desde a sua participação nas rodas de TCI?
3. A TCI ajudou a contribuir com mudanças positivas na sua vida?
4. O que a senhora está levando de bom para a sua vida após a sua participação nas rodas de TCI?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidada a participar da pesquisa: **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E MULHERES VIVENCIANDO O CLIMATÉRIO: UMA PESQUISA AÇÃO-INTERVENÇÃO**, tendo como pesquisadora responsável: **Estela Rodrigues Paiva Alves**, sob a orientação da **Profa. Dra. Maria Djair Dias**. Foi explicado para mim, que essa pesquisa tem o objetivo geral de avaliar a eficácia da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), como tecnologia do cuidado capaz de reduzir os sinais e sintomas da depressão e consequentemente aumentar a autoestima de mulheres vivenciando o climatério.

Fui informada que esse estudo é importante, pois ele vai desenvolver uma nova forma de cuidado, que vai me ajudar a vivenciar o climatério de forma mais positiva, resgatando minha autoestima e consequentemente diminuir a minha depressão.

A minha dignidade e autonomia serão mantidas, e me foi garantindo que nada do que eu falar ou fizer, será exposto com meu nome ou minha imagem. Por isso, será utilizado outro nome, para que eu não seja identificada.

A pesquisadora Estela terá todos os cuidados necessários para evitar qualquer situação que me prejudique. Soube que essa pesquisa beneficiará outras pessoas, pois será avaliada a eficácia da TCI como uma tecnologia do cuidado para reduzir os sinais e sintomas da depressão e melhorar a autoestima de mulheres no climatério, assim como eu.

Fui informada que essa pesquisa tem duas etapas e minha participação se dará a partir da segunda, especificamente nas seguintes fases: **aproximação com a equipe de profissionais de saúde da unidade integrada e seleção das participantes do estudo; fase de intervenção e fase de avaliação**. Soube também, que posso desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, sem que eu seja prejudicada. Se desistir, não sofrerei nenhum prejuízo, nem terei mudanças no meu atendimento aqui no Programa Saúde da Família (PSF). Eu também posso ver as informações sobre minha pessoa e se eu tiver dúvidas, elas serão esclarecidas, em qualquer fase da pesquisa. Sendo assim, me foi dito que:

a) Seleção das participantes do estudo: Eu serei convidada pelos profissionais de saúde do PSF (enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, etc.) a participar de uma reunião com Estela, no dia e horário determinado por ela. Na reunião, serei informada de como a pesquisa irá acontecer e neste dia vou ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), junto com Estela, que irá esclarecer qualquer dúvida que eu tiver. Também vou responder a dois questionários: um que irá avaliar se eu tenho algum grau de depressão e outro sobre a minha autoestima. O que tem escrito nesses papéis é fácil de entender. Tem perguntas e eu vou responder o que eu acho que mais parece com minha situação. Eles não têm o meu nome, e por isso ninguém saberá que fui eu quem respondeu. Neste dia, será agendado um horário bom para mim, para que eu participe ativamente das rodas de TCI, sem atrapalhar a minha rotina.

b) Fase de intervenção: Irei comparecer na hora e local que ficaram combinados comigo para participar das rodas de TCI, juntamente com outras mulheres do PSF. Fui informada que as rodas serão gravadas com uma câmera e gravador. Só Estela vai ficar com as filmagens que vão ser guardadas em um lugar seguro. Depois, serei informada sobre uma reunião, que será realizada por Estela, 15 dias depois que terminarem as 12 rodas de TCI, onde serei convidada a participar. Nessa reunião, responderei novamente aos formulários que irão reavaliar minha autoestima e a depressão. Também serei informada que será realizado um novo agendamento para a realização de uma conversa particular com Estela, no dia, local e horário estabelecido em comum acordo entre nós.

c) Fase de avaliação: Nessa conversa, darei minha contribuição, respondendo a quatro perguntas, fáceis de entender, sobre minha experiência de participação nas rodas de TCI. Essas perguntas são chamadas de entrevista. Soube que essa entrevista também será gravada com um gravador de voz, e mais uma vez, me foi explicado que as únicas pessoas que vão escutar a gravação serão: eu e Estela. Depois que minha voz for passada para um papel, vou poder ler e corrigir, tirar ou dar mais informações, e só será utilizado nessa pesquisa o que eu deixar. O restante será arquivado. A permissão para utilizar as entrevistas e as partes que eu não quero mostrar, ficará garantida por minha assinatura e a de Estela neste documento.

Ainda foram-me esclarecidas algumas coisas importantes:

- Minha participação é voluntária e não remunerada, ou seja, não irei receber dinheiro algum para participar dessa pesquisa.

- Poderei me recusar a responder qualquer pergunta, se ela me fizer sentir ofendida ou constrangida.

- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos nesta pesquisa, assegurando assim, a minha privacidade neste projeto científico, logo, os vídeos gravados nas rodas de TCI e o material gravado na entrevista, terão acesso exclusivo, meu e da pesquisadora.

- Caso seja necessário, serei indenizada, diante de algum dano ocasionado pela pesquisa.

- Ainda me foi dito, que eu terei assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa para que possíveis dúvidas possam ser sanadas, por isso, poderei entrar em contato com Estela quando sentir necessidade pelo telefone: 99114-6557, ou pelo e-mail: rodrigues.estela@gmail.com

- Foi-me repassado também, que outras informações podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Centro de Ciências e Saúde - CCS da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, bem como denúncias. O CEP/CCS/UFPB, está localizado no 1º andar / Campus I / Cidade Universitária / CEP: 58.051-900. O telefone de lá é o (83) 3216 779, e o e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

- Quando terminar essa pesquisa se for do meu interesse, eu posso ver todos os resultados, podendo discutir os dados com Estela. Soube que este documento será impresso em duas cópias e uma delas ficará comigo e a outra com a Estela. Todas as folhas serão rubricadas por mim e por Estela, colocando as assinaturas na última folha.

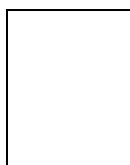
-Depois de ter lido e entendido o que me foi esclarecido e por concordar com tudo que me foi explicado, dato e assino este TCLE.

João Pessoa, _____ de _____ de ____.

Estela Rodrigues Paiva Alves

(Pesquisadora responsável)

Voluntária (não remunerada)



(Polegar - Impressão datiloscópica para pessoas impossibilitadas)

Anexos



ANEXO A

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0. Não me sinto triste 1. Eu me sinto triste 2. Estou sempre triste e não consigo sair disto 3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	5	0. Não me sinto especialmente culpado 1. Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3. Eu me sinto sempre culpado
2	0. Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2. Acho que nada tenho a esperar 3. Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	6	0. Não acho que esteja sendo punido 1. Acho que posso ser punido 2. Creio que vou ser punido 3. Acho que estou sendo punido
3	0. Não me sinto um fracasso 1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2. Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	7	0. Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1. Estou decepcionado comigo mesmo 2. Estou enojado de mim 3. Eu me odeio
4	0. Tenho tanto prazer em tudo como antes 1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2. Não encontro um prazer real em mais nada 3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	8	0. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2. Eu me culpo sempre por minhas falhas 3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece

9	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não tenho quaisquer ideias de me matar 1. Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2. Gostaria de me matar 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade 	14	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1. Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3. Acredito que pareço feio
10	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não choro mais que o habitual 1. Choro mais agora do que costumava 2. Agora, choro o tempo todo 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria 	15	<ul style="list-style-type: none"> 0. Posso trabalhar tão bem quanto antes 1. É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho
11	<ul style="list-style-type: none"> 1. Não sou mais irritado agora do que já fui 2. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 3. Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 4. Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar 	16	<ul style="list-style-type: none"> 0. Consigo dormir tão bem como o habitual 1. Não durmo tão bem como costumava 2. Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
12	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3. Perdi todo o interesse pelas outras pessoas 	17	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não fico mais cansado do que o habitual 1. Fico cansado mais facilmente do que costumava 2. Fico cansado em fazer qualquer coisa 3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
13	<ul style="list-style-type: none"> 0. Tomo decisões tão bem quanto antes 1. Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2. Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3. Absolutamente não consigo mais tomar decisões 	18	<ul style="list-style-type: none"> 0. O meu apetite não está pior do que o habitual 1. Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2. Meu apetite é muito pior agora 3. Absolutamente não tenho mais apetite

19	<p>0. Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1. Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2. Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3. Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>4. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>	20	<p>0. Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
21	<p>0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1. Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2. Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3. Perdi completamente o interesse por sexo</p>		

TOTAL: ____ / máx. 63

ANEXO B

Escala de Autoestima versão UNIFESP-EPM

(A partir da *Rosenberg's Sel-Esteem Scale*, 1965)

Neste questionário existem 10 afirmativas. Por favor, leia com atenção cada uma delas e preencha cada item da lista cuidadosamente, marcando com um **X** nos espaços correspondentes a cada afirmativa. Marque apenas uma alternativa por afirmativa.

1 – De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma.	Concordo plenamente 0	Concordo 1	Discordo 2	Discordo plenamente 3
2 – Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros).	Concordo plenamente 3	Concordo 2	Discordo 1	Discordo plenamente 0
3 – Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.	Concordo plenamente 0	Concordo 1	Discordo 2	Discordo plenamente 3
4 – Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	Concordo plenamente 0	Concordo 1	Discordo 2	Discordo plenamente 3
5 – Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	Concordo plenamente 3	Concordo 2	Discordo 1	Discordo plenamente 0
6 – Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	Concordo plenamente 3	Concordo 2	Discordo 1	Discordo plenamente 0
7 – Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas).	Concordo plenamente 0	Concordo 1	Discordo 2	Discordo plenamente 3
8 – Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.	Concordo plenamente 3	Concordo 2	Discordo 1	Discordo plenamente 0
9 – Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada.	Concordo plenamente 3	Concordo 2	Discordo 1	Discordo plenamente 0
10 – Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo.	Concordo plenamente 0	Concordo 1	Discordo 2	Discordo plenamente 3

ANEXO C

PASSO A PASSO PARA CONDUZIR A RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA

A) **Acolhimento** (+ ou – 7 min.). É composto de seis procedimentos:

1. Dar boas-vindas;
2. Celebração da vida dos aniversariantes do mês;
3. Explicação dos objetivos da TCI;
4. Explicação das regras da TCI;
5. Aquecer o grupo para trabalhar;
6. Apresentação do terapeuta que irá conduzir a roda.

B) **Escolha do tema** (+ ou – 10 min.). É composto de cinco procedimentos:

1. Palavra do terapeuta comunitário;
2. Apresentação dos temas;
3. Identificação dos grupos com os temas apresentados;
4. Votação;
5. Agradecimento.

C) **Contextualização** (+ ou – 15 min.). É composto por dois procedimentos:

1. Informações (é o momento do participante que teve seu tema escolhido dar mais informações sobre o seu problema);
2. Mote (momento em que o terapeuta comunitário elabora uma pergunta chave que irá permitir uma reflexão coletiva).

D) **Problematização** (+ ou – 45 min.). É composto de um procedimento:

1. Lançamento do mote que pode ser o coringa ou mote simbólico/específico.

E) **Conclusão** (+ ou – 10 min.). É composto de dois procedimentos:

- Formação da roda (o grupo é convidado a se levantar e formar uma grande roda fazendo um movimento suave de um lado para o outro);
- Conotação positiva (o terapeuta verbaliza o que mais lhe tocou no tema escolhido e abre para o grupo verbalizar o que aprendeu com as histórias de vida verbalizadas).

ANEXO D

MÚSICAS UTILIZADAS NAS RODAS DE TCI

1. Seja bem-vindo

Seja bem-vindo ôlê, lê, seja bem-vindo ôlá, lá.
Paz e bem pra você que veio participar. (2x)

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Recife/PE, 2008.

2. Boneca de lata (Bia Betran)

Minha boneca de lata bateu a **cabeça** no chão.
Levou mais de **1h** pra fazer arrumação.
Desamassa aqui pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu o **nariz** no chão.
Levou mais **2h** pra fazer arrumação.
Desamassa aqui, **desamassa ali** pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu a **barriga** no chão.
Levou umas **3h** pra fazer arrumação.
Desamassa aqui, desamassa ali, **desamassa aqui** pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu o **bumbum** no chão.
Levou umas **4h** pra fazer arrumação.
Desamassa aqui, desamassa ali, desamassa aqui, **desamassa ali** pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu o **joelho** no chão.
Levou umas **5h** pra fazer arrumação.
Desamassa aqui, desamassa ali, desamassa aqui, desamassa ali, **desamassa aqui** pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu o **pé** no chão.
Levou umas **6h** pra fazer arrumação.
Desamassa aqui, desamassa ali, desamassa aqui, desamassa ali, desamassa aqui, **desamassa ali** pra ficar boa.

Fonte: <http://atividadesparaprofessores.com.br/boneca-de-lata-sequencia-didatica/>

3. Noites Traçoeiras (Padre Marcelo Rossi)

Deus está aqui neste momento
Sua presença é real em meu viver
Entregue sua vida e seus problemas
Fale com Deus, ele vai ajudar você

Deus te trouxe aqui
Para aliviar o teu sofrimento
É ele o autor da fé
Do princípio ao fim
Em todos os seus tormentos

E ainda se vier noites traiçoeiras
 Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
 O mundo pode até fazer você chorar
 Mas Deus te quer sorrindo (2x)

Seja qual for o seu problema
 Fale com Deus, ele vai ajudar você
 Após a dor vem a alegria
 Pois Deus é amor e não te deixará sofrer

Deus te trouxe aqui
 Para aliviar o seu sofrimento
 É ele o autor da fé
 Do princípio ao fim
 Em todos os seus tormentos

E ainda se vier noites traiçoeiras
 Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
 O mundo pode até fazer você chorar
 Mas Deus te quer sorrindo (2x)

Fonte: <https://www.letras.mus.br/padre-marcelo-rossi/77580/>

4. Ponha a mão na cabeça

Ponha a mão na cabeça, ponha a mão na cintura.
 Faz um remelexo e me dá um abraço.

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Recife/PE, 2008.

5. Mamãe (Compositor: Herivelto Martins / David Nasser / Washington Harline e interpretado por Agnaldo Timóteo)

Ela é a dona de tudo
 Ela é a rainha do lar
 Ela vale mais para mim
 Que o céu, que a terra, que o mar
 Ela é a palavra mais linda
 Que um dia o poeta escreveu
 Ela é o tesouro que o pobre
 Das mãos do senhor recebeu

Mamãe, mamãe, mamãe
 Tu és a razão dos meus dias
 Tu és feita de amor e esperança
 Ai, ai, ai, mamãe
 Eu cresci o caminho perdi
 Volto a ti e me sinto criança
 Mamãe, mamãe, mamãe
 Eu te lembro chinelo na mão

O avental todo sujo de ovo
 Se eu pudesse
 Eu queria outra vez mamãe
 Começar tudo, tudo de novo

Fonte: <https://www.vagalume.com.br/agnaldo-timoteo/mamae.html>

6. Balançando na terapia

Tô balançando mais não vou cair, mas não vou cair, mas não vou cair. (2x)
 Tô balançando na terapia, tô balançando mais não vou cair.
 Tô balançando na minha vida, tô balançando mais não vou cair. (2x)

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Recife/PE, 2008.

7. Conquistando o Impossível (Jamily)

Acredite, é hora de vencer
 Essa força vem
 De dentro de você
 Você pode
 Até tocar o céu se crer

Acredite que nenhum de nós
 Já nasceu com jeito
 Pra super-herói
 Nossos sonhos
 A gente é quem constrói

É vencendo os limites
 Escalando as fortalezas
 Conquistando o impossível
 Pela fé

Campeão, vencedor
 Deus dá asas, faz teu voo
 Campeão, vencedor
 Essa fé que te torna imbatível
 Te mostra o teu valor

Acredite que nenhum de nós
 Já nasceu com jeito
 Pra super-herói
 Nossos sonhos
 A gente é quem constrói

É vencendo os limites
 Escalando as fortalezas
 Conquistando o impossível
 Pela fé

Campeão, vencedor
 Deus dá asas, faz teu voo
 Campeão, vencedor
 Essa fé que te faz imbatível
 Te mostra o teu valor

Tantos recordes
 Você pode quebrar
 As barreiras
 Você pode ultrapassar
 E vencer

Campeão, vencedor
 Deus dá asas, faz teu voo
 Campeão, vencedor
 Essa fé que te faz imbatível
 Te mostra o teu valor

Fonte: <https://www.letras.mus.br/jamily/135111/>

8. Cabecinha no ombro (Compositor: Paulo Borges, cantado por Fagner)

Encosta a tua cabecinha no meu ombro e chora
 E conta logo tua mágoa toda para mim
 Quem chora no meu ombro eu juro que não vai embora
 Que não vai embora, que não vai embora (2x)

Amor
 Eu quero o teu carinho
 Porque eu vivo tão sozinho
 Não sei se a saudade fica ou se ela vai embora
 Ou se ela vai embora
 Porque gosta de mim

Encosta a tua cabecinha no meu ombro e chora
 E conta logo tua mágoa toda para mim
 Quem chora no meu ombro eu juro que não vai embora
 Que não vai embora, que não vai embora (2x)

Amor
 Eu quero o teu carinho
 Porque eu vivo tão sozinho
 Não sei se a saudade fica ou se ela vai embora
 Se ela vai embora, se ela vai embora

Não sei se a saudade fica ou se ela vai embora
 Se ela vai embora, se ela vai embora (2x)

Fonte: <https://www.vagalume.com.br/fagner/cabecinha-no-ombro.html>

9. Faça assim

Faça assim, faça assim, faça assim, como é bom fazer,
Faça assim, faça assim e agora é você (2x).

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Recife/PE, 2008.

10. Dedinho pra frente

Dedinho pra frente, mais pra frente.

Thu thu tha, thu thu tha. (2x)

Dedinho pra frente, mais pra frente, cotovelo pra trás, mais pra trás.

Thu thu tha, thu thu tha. (2x)

Dedinho pra frente, mais pra frente, cotovelo pra trás, mais pra trás, pezinho pra dentro, mais pra dentro.

Thu thu tha, thu thu tha. (2x)

Dedinho pra frente, mais pra frente, cotovelo pra trás, mais pra trás, pezinho pra dentro, mais pra dentro, bumbum pra cima, mais pra cima.

Thu thu tha, thu thu tha. (2x)

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Recife/PE, 2008.

11. Cura, Senhor (Padre Antônio Maria)

Vamos Jesus passear, na minha vida

Quero voltar aos lugares em que fiquei só

Quero voltar lá contigo, vendo que estavas comigo

Quero sentir teu amor, a me embalar

Cura Senhor, onde dói

Cura Senhor, bem aqui

Cura Senhor, onde eu não posso ir

Quando a lembrança me faz, adormecer

Sabes que a espada da dor entra eu meu ser

Tu me carregas nos braços, leva-me com teu abraço

Sinto minha alma chorar, junto de Ti

Cura Senhor, onde dói

Cura Senhor, bem aqui

Cura Senhor, onde eu não posso ir

Tantas lembranças eu quero, esquecer

Deixa um vazio em minha alma e em meu viver

Toma Senhor meu espaço, te entrego todo o cansaço

Quero acordar com tua paz a me aquecer

Cura Senhor, onde dói

Cura Senhor, bem aqui

Cura Senhor, onde eu não posso ir

Fonte: <https://www.letras.mus.br/padre-antonio-maria/650598/>

12. Vou acordar o meu corpo

Vou acordar o meu corpo, pra ver o que ele faz,
Vou acordar o meu corpo, pra ver o que ele faz,
Ele pula pra frente, pula de lado e pula pra trás (2x).

Vou acordar o meu corpo, pra ver o que ele faz,
Vou acordar o meu corpo, pra ver o que ele faz,
Ele dança pra frente, dança de lado e dança pra trás (2x).

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Recife/PE, 2008.

13. Borboletas (Luciana Mello)

Borboletas são tão belas o que seria delas
Se não pudessem voar?
O céu e as estrelas não poderiam vê-las passar

Lá fora eu vejo um mundo
E sinto lá no fundo
Que aqui não é o meu lugar
Eu sou pequeninha e fico aqui sozinha a sonhar
O meu coração me diz
Que um dia ainda vou ser feliz
Voar para bem longe como eu sempre quis

Um dia eu tive a chance de ter ao meu alcance
O que fez transformar
Sonho em realidade, escuridão em brilho no olhar
Eu vi que na verdade
A dor um dia pode ter fim
Achei a liberdade, ela tava dentro de mim
O meu coração me diz
Agora eu já sou feliz
Voei para bem longe como eu sempre quis

Fonte: <https://www.letras.mus.br/luciana-mello/1015613/>

14. Sonho de Ícaro (Composição de Pisca e Claudio Rabello, cantado por Byafra)

Voar, voar, subir, subir.
Ir por onde for, descer até o céu cair.
Ou mudar de cor, anjos de gás.
Asas de ilusão.
E um sonho audaz, feito um balão.

No ar, no ar, eu sou assim.
Brilho do farol, além do mais.

Amargo fim, simplesmente sol.

Rock do bom.
Ou quem sabe jaz.
Som sobre som.
Bem mais, bem mais.

O que sai de mim vem do prazer.
De querer sentir o que eu não posso ter.
O que faz de mim ser o que sou.
É gostar de ir por onde, ninguém for.

Do alto coração.
Mais alto coração.

Viver, viver, e não fingir.
Esconder no olhar, pedir não mais.
Que permitir.
Jogos de azar.
Fauno lunar.
Sombras no porão.
E um show vulgar, todo verão.

Fugir meu bem pra ser feliz.
Só no pólo sul não vou mudar.
Do meu país.
Nem vestir azul.

Faça o sinal, cante uma canção.
Sentimental.
Em qualquer tom.

Repetir o amor já satisfaz.
Dentro do bombom há um licor a mais.
Ir até que um dia chegue enfim.
Em que o sol derreta a cera até o fim.

Do alto, coração.
Mais alto, coração.

Faça o sinal, cante uma canção.
Sentimental.
Em qualquer tom.

Repetir o amor já satisfaz.
Dentro do bombom há um licor a mais.
Ir até que um dia chegue enfim.
Em que o sol derreta a cera até o fim.

Do alto, o coração.

Mais alto, o coração. (2x)

Fonte: <https://www.letras.mus.br/biafra/44571/>

15. Meu primeiro amor (Composição: Hermínio Gimenez - Versão: José Fortuna e Pinheirinho Jr, cantado por Ângela Maria)

Saudade, palavra triste quando se perde um grande amor.
Na estrada longa da vida eu vou chorando a minha dor .
Igual uma borboleta vagando triste por sobre a flor.
Seu nome sempre em meus lábios irei chamando por onde for.
Você nem sequer se lembra de ouvir a voz deste sofredor.
Que implora por teus carinhos, só um pouquinho do seu amor.

Meu primeiro amor tão cedo acabou.
Só a dor deixou neste peito meu.
Meu primeiro amor foi como uma flor.
Que desabrochou e logo morreu.

Nesta solidão sem ter alegria.
O que me alivia são meus tristes ais.
São prantos de dor que dos olhos caem.
É porque bem sei quem eu tanto amei não verei jamais. (2x)

Fonte: <https://www.letras.mus.br/angela-maria/541159/>

16. Galhos secos (Composição de Osny e Osvald Agreste, cantado por Banda Êxodo)

Nos galhos secos de uma árvore qualquer
Onde ninguém jamais pudesse imaginar
O Criador vê
Uma flor a brotar

Olhai, olhai, olhai
Os lírios cresceram nos campos
E o Senhor, nosso Deus
Nos têm alimentado para nossa alegria

Para nossa alegria
Para nossa alegria (2x)

Fonte: <https://www.letras.mus.br/banda-exodo/galhos-secos/>

17. Oração ao tempo (Caetano Veloso)

És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo, tempo, tempo, tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo, tempo, tempo, tempo

Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos
Tempo, tempo, tempo, tempo
Entro num acordo contigo
Tempo, tempo, tempo, tempo

Por seres tão inventivo
E pareceres contínuo
Tempo, tempo, tempo, tempo
És um dos deuses mais lindos
Tempo, tempo, tempo, tempo

Que sejas ainda mais vivo
No som do meu estribilho
Tempo, tempo, tempo, tempo
Ouve bem o que te digo
Tempo, tempo, tempo, tempo

Peço-te o prazer legítimo
E o movimento preciso
Tempo, tempo, tempo, tempo
Quando o tempo for propício
Tempo, tempo, tempo, tempo

De modo que o meu espírito
Ganhe um brilho definido
Tempo, tempo, tempo, tempo
E eu espalhe benefícios
Tempo, tempo, tempo, tempo

O que usaremos pra isso
Fica guardado em sigilo
Tempo, tempo, tempo, tempo
Apenas contigo e comigo
Tempo, tempo, tempo, tempo

E quando eu tiver saído
Para fora do teu círculo
Tempo, tempo, tempo, tempo
Não serei nem terás sido
Tempo, tempo, tempo, tempo

Ainda assim acredito
Ser possível reunirmo-nos
Tempo, tempo, tempo, tempo
Num outro nível de vínculo
Tempo, tempo, tempo, tempo

Portanto, peço-te aquilo

E te ofereço elogios
Tempo, tempo, tempo, tempo
Nas rimas do meu estilo
Tempo, tempo, tempo, tempo

Fonte: <https://www.letras.mus.br/caetano-veloso/44760/>

18. Como Uma Onda (Lulu Santos)

Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi um dia
Tudo passa
Tudo sempre passará

A vida vem em ondas
Como um mar
Num indo e vindo infinito

Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente
Viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo
No mundo

Não adianta fugir
Nem mentir
Pra si mesmo agora
Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre
Como uma onda no mar
Como uma onda no mar
Como uma onda no mar

Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi um dia
Tudo passa
Tudo sempre passará

A vida vem em ondas
Como um mar
Num indo e vindo infinito

Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente
Viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo
No mundo

Não adianta fugir
Nem mentir pra si mesmo agora

Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre

Como uma onda no mar (5x)

Fonte: <https://www.letras.mus.br/lulu-santos/47132/>

ANEXO E

TEXTOS UTILIZADOS NAS RODAS DE TCI

1. Um lindo jardim (própria autora)

Agora vocês irão fechar os olhos e seguir o meu comando. Respirem profundo e lentamente. Sintam o ar circulando em seu corpo. Respirem novamente. Soltem as mãos, levantem os braços e vão se espreguiçando como quem acabou de acordar, soltem os ombros, e chacoalhem os braços para liberar as tensões. Agora se imagine num lindo jardim, verde, com muitas árvores e repleto de belas flores. Vocês estão descalças, pisando na grama, essa grama está um pouco húmida, porém muito macia. É confortável para seus pés! Então, vocês ao olharem para o céu, se deparam com inúmeras borboletas, são várias, de todas as cores e tons. São borboletas azuis, brancas, amarelas, rosas, violetas. Elas estão voando entre vocês, a sua volta, por toda a parte. Vocês conseguem até tocá-las. Elas permitem. Agora, pensem como essas borboletas. Como será que elas se sentem? Elas podem voar por todo o jardim. A sensação é de liberdade. Sintam o cheiro das flores. Observem os tons e nuance de suas cores, o brilho que elas emitem. Toquem nas pétalas, sintam a textura de cada flor. Observem como as borboletas se aproximam das flores, com delicadeza e beleza. Sintam-se livres, para brincar com as borboletas, entre as flores desse lindo jardim. Andem, corram, façam o que tiver vontade. O jardim é seu! Fique um tempo se divertindo e sintam a paz de que tanto precisam (tempo). Respirem mais uma vez, lenta e profundamente, puxando o ar pelo nariz e soltando pela boca. Mais uma vez. Vão abrindo os olhos bem devagar (tempo).

2. Ciclo das folhas (Texto da própria autora e de Brena Meyra Acioly – apoiadora)

Imaginem-se um broto de folha, verdinho, úmido, desenrolando, despontando, estendendo sua superfície verde clarinho para receber os raios de sol. Você é um brotinho frágil, regado todas as manhãs pelo orvalho da madrugada, acariciada pelo sol. A árvore mãe te protege. Ela que faz o vento, ela que sustenta as outras folhas, que, por sua vez, fazem sombra pra você quando o sol parece esquentar a paisagem. Aos poucos você vai ficando forte, espessa, ganha um tom de verde escuro, e vai ganhando obrigações. Você é folha! Faz sombra, sacode-se ao vento, protege os frutos da mãe árvore, enfrenta chuvas e tempestades, enfrenta calor e frio. Você é forte! Viçosa! Nada te abala! Se o verão te oferece calor e luz, você reflete. Você é sombra. Você é abrigo! Se o inverno te oferece água, você bebe. Você escoia. Você ajuda a drenar a água da terra. Você é abrigo! Você é folha a balançar no topo da mãe árvore! Você vê a vida passando pela sua copa, você oferece ar puro, oferece proteção, você cuida! Você é folha! Você gosta de dançar loucamente quando o vento te toca. Você é folha! Você é forte, cuida e nada te abala, mas quando as chuvas vão embora você percebe que seu verde está amarelando e pouco a pouco vai se transformando, ganhando novas cores que passam do amarelo ao marrom, que são as cores do outono, mas você ainda é folha! O viço foi embora, aquele verde lodo brilhante cede espaço aos tons opacos do marrom, e vai queimando, e vai secando, mas você ainda é folha! Folha que cai e que é varrida, que suja as calçadas, que cede seu espaço para um galho seco, ainda és folha! Está no outono da vida, na meia-idade, no outono de algum

lugar. Enfim, você ainda é folha. Tem sede, ainda quer o carinho do sol, e a umidade do orvalho. Você é folha e precisa aprender a outonear! E quando tudo acabar ou simplesmente for embora, lembre-se de que as folhas do outono não caem porque que querem, caem porque está na hora e que ao caírem, elas cedem lugar a um novo broto, florescendo novamente, cheia de vida! Você sempre será folha!

3. Uma ostra que não foi ferida não produz pérolas (Rubem Alves)

Pérolas são produtos da dor; resultados da entrada de uma substância estranha ou indesejável no interior da ostra, como um parasita ou grão de areia. Na parte interna da concha é encontrada uma substância lustrosa chamada nácar. Quando um grão de areia a penetra, as células do nácar começam a trabalhar e cobrem o grão de areia com camadas e mais camadas, para proteger o corpo indefeso da ostra. Como resultado, uma linda pérola vai se formando. Uma ostra que não foi ferida, de modo algum produz pérolas, pois a pérola é uma ferida cicatrizada. O mesmo pode acontecer conosco. Se você já sentiu ferido pelas palavras rudes de alguém? Já foi acusado de ter dito coisas que não disse? Suas ideias já foram rejeitadas ou mal interpretadas? Você já sofreu o duro golpe do preconceito? Já recebeu o troco da indiferença? Então, produza uma pérola! Cubra suas mágoas com várias camadas de AMOR. Infelizmente, são poucas as pessoas que se interessam por esse tipo de movimento. A maioria aprende apenas a cultivar ressentimentos, mágoas, deixando as feridas abertas e alimentando-as com vários tipos de sentimentos pequenos e, portanto, não permitindo que cicatrizem. Assim, na prática, o que vemos são muitas "Ostras Vazias", não porque não tenham sido feridas, mas porque não souberam perdoar, compreender e transformar a dor em amor. Um sorriso, um olhar, um gesto, na maioria das vezes, vale mais do que mil palavras!

Fonte: <http://www.itatiaia.com.br/blog/jose-lino-souza-barros/uma-ostra-que-nao-foi-ferida-nao-produz-perolas-de-rubem-alves>

ANEXO F

CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião realizada no dia 17/03/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“PESQUISA-AÇÃO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA PARA MELHORAR A AUTOESTIMA E REDUZIR OS SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO”**, da pesquisadora Estela Rodrigues Paiva Aves. Prot. nº 0613/15. CAAE: 50926615.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

Teresa Cristina Cunha
Teresa Cristina Cunha
Mat. SIAPE 0331417
CEP-CCS-UEPB

ANEXO G

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 05 de novembro de 2015.

Processo N° : 18.553/2015

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência da Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **"PESQUISA-AÇÃO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA PARA MELHORAR A AUTOESTIMA E REDUZIR OS SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO"**, a ser desenvolvida pelo(a) pesquisador(a) **ESTELA RODRIGUES PAIVA ALVES**, sob a orientação de **MARIA DJAIR DIAS** e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa Rede de Serviços.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012 do CNS**.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do Município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Ana Paula Vasques Noqueira
Diretora da Gerência de
Educação na Saúde
Nº: 66.939-6
P/Ana Paula Vasques Noqueira

**Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde**