

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

PASCAL JEAN

**Os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar dos
trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira**

FOZ DO IGUAÇU

2021

PASCAL JEAN

Os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei

Foz do Iguaçu

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Jean, Pascal

Os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira / Pascal Jean; orientador Oscar Kenji Nihei. -- Foz do Iguaçu, 2021.

96 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2021.

1. Práticas Integrativas e Complementares. 2. Terapia Comunitária Integrativa. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Trabalhadores de frigorífico. I. Nihei, Oscar Kenji, orient. II. Título.



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Foz do Iguaçu - CNPJ 78.680.337/0004-27

Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 - Fone: (45) 3576-8100 - Fax: (45) 3575-2733

Pólo Universitário - CEP 85870-650 - Foz do Iguaçu - Paraná



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

PASCAL JEAN

Os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira, área de concentração Saúde Pública em Região de Fronteira, linha de pesquisa Epidemiologia e Vigilância em Saúde de Fronteira, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Oscar Kenji Nihei

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Foz do Iguaçu (UNIOESTE)

Lucinar Jupir Forner Flores

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Marechal Cândido Rondon (UNIOESTE)

Walfrido Kühl Svoboda

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila)

Foz do Iguaçu, 23 de setembro de 2021

A minha amada esposa, **Shelda Joseph**, por seu amor, companheirismo, apoio incondicional e por me lembrar sempre tenho que acreditar no meu potencial.

A metade dos meus cromossomos, melhor parte de mim, a paixão da minha vida, minha filha **Myriam Phedca Joseph Jean**, que nasceu no início da caminhada.

Aos meus pais **Roosevelt Jean** (*in memoriam*) e **Silienne Josinvil**, pessoas que me ensinaram que a vida vale a pena.

Dedico!

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer a **Deus** por me conceder saúde e força e determinação para encarar os desafios do cotidiano e superar as dificuldades.

À minha amada esposa **Shelda Joseph**, maravilhosa que Deus colocou na minha vida com quem aprendi muitas coisas e que representa minha segurança em todos os aspectos, minha companheira incondicional, me apoiando em todas minhas decisões. Obrigado por estar ao meu lado mesmo nos momentos mais difíceis da minha vida. Obrigado por seu incentivo, amor e carinho.

À minha amada filha **Myriam Phedca Joseph Jean**, você nasceu no início desta caminhada. Você trouxe muitas coisas boas e energias positivas para eu poder continuar até o fim.

Agradeço ao Orientador professor **Dr. Oscar Kenji Nihei**, que foi mais que um professor e orientador! Você foi além do seu papel de orientador sempre querendo que eu esteja bem para poder continuar firme até chegar na reta final. Foi um incentivador desde o início, sempre acreditando, estimulando, me ajudando a superar as dificuldades e os desafios do cotidiano. Foi um privilégio ter você como orientador, sem o seu auxílio eu não teria chegado até aqui. Mais uma vez, meu MUITO OBRIGADO.

Agradeço ao professor **Dr. Walfrido Kühn Svoboda** pelo apoio e incentivo. Obrigado por me acompanhar desde a graduação participando em projetos de extensão e pesquisa com o tema central Terapia Comunitária Integrativa. Essas minhas participações fizeram com que me apaixonasse pela TCI.

À **FRIELLA** pela disponibilização do espaço físico e dos equipamentos necessários para a realização dos encontros de TCI, pela oportunidade de realizar as intervenções terapêuticas grupais e pelo compartilhamento das experiências de vida que tanto enriqueceram este trabalho.

À **Secretaria da Saúde (9ª Regional de Saúde) do Foz do Iguaçu**, principalmente o setor de Saúde do Trabalhador por abrir os caminhos para poder realizar o projeto no frigorífico.

A esta Universidade, corpo docente, direção e administração do Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira. Os Doutores foram essenciais em todos os sentidos, cada aula foi de vital importância para que pudéssemos prosseguir a caminhada. Os Srs. que abriram a janela para que pudéssemos vislumbrar um horizonte.

Aos Professores que compõem a Banca, o meu muito obrigado pela disposição e aceite em avaliar e cooperar com minha pesquisa. Posso dizer literalmente que sou fruto de um trabalho de todos meus Professores. A todos meus Professores o meu carinho especial.

Agradeço aos colegas do curso pela convivência e apoio.

À Capes, pela concessão da bolsa de mestrado para a realização dessa pesquisa.

Foram dois anos de dedicação e perseverança para conclusão do mestrado. Ao concluir esta tão desejada etapa, agradeço a todos que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado para me incentivar de alguma forma ou outra. A vocês o meu carinho e gratidão!

“Assim como os pássaros, precisamos
aprender a superar os desafios que nos são
apresentados, para alcançarmos voos mais
altos”.

Dirk Wolter

JEAN, P. Os efeitos da TCI na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira. 96f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei. Foz do Iguaçu. 2021.

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira. Estudo exploratório e quase-experimental que adotou o referencial metodológico da avaliação das rodas de TCI, conforme seu propositor (temas universais, estratégias de enfrentamento) acrescido da escala de faces e o questionário. Os dados foram coletados pelo terapeuta e seu assistente. Em seguida, foi feita por meio de observação e registro em caderno de campo a respeito dos principais temas universais e estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes durante as rodas de conversa, assim como pela utilização de um questionário socioeconômico contendo perguntas sobre o perfil do participante, onde constaram questões sobre: sexo, idade, formação escolar, estado civil, tempo de atuação na empresa, cargo na empresa, presença de doença crônica, conhecimento sobre a TCI e sobre ter utilizado algum tipo de PIC anteriormente. Como resultado, o estudo demonstrou que a metodologia desenvolvida nas rodas de TCI tem potencial para instrumentalizar aos participantes o enfrentamento da crise da integridade, mobilizando cenário protegido para apreciar com sabedoria o caminho percorrido na própria vida, compreendendo e integrando o percurso dos demais participantes, confrontando as experiências, enquanto consciência, a partir da vivência coletiva e a superação dos desafios dentro de um mesmo setor de trabalho. E que os trabalhadores com idade entre 18 a 20 anos tem 4,28 vezes mais chance de ter uma melhoria no estado emocional. Concluiu-se que a aplicação da metodologia da TCI, quando colocada em prática em grupos de trabalhadores de frigorífico, pode servir de base para a melhora das relações interpessoais, por se tratar de uma tecnologia social leve que permite: ir além do unitário para atingir o comunitário; sair da dependência para a autonomia e a corresponsabilidade; enxergar além da carência para ressaltar a competência; sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial individual; romper com o clientelismo para chegar à cidadania e; transcender ao modelo que concentra a informação para fazê-la circular.

Descritores: Práticas Integrativas e Complementares; Terapia Comunitária Integrativa; Saúde do Trabalhador; Trabalhadores de frigorífico.

JEAN, P. The effects of TCI on health is the well-being of workers in a slaughterhouse in a municipality on the Brazilian border. 96f. Dissertation (Master in Public Health in Border Region) – State University of Western Paraná. Supervisor: Prof. Dr Oscar Kenji Nihei. Foz do Iguaçu. 2021.

ABSTRACT

The research aimed to analyze the effects of Integrative Community Therapy on the health and well-being of workers in a slaughterhouse in a city on the Brazilian border. This is an exploratory and quasi-experimental study that adopted the methodological reference of the evaluation of the TCI wheels, according to its proposer (universal themes, coping strategies) plus the scale of faces and the questionnaire. The data were collected by the therapist and his assistant. This was followed by observation and recording in a field notebook about the main universal themes and coping strategies reported by the participants during the conversation rounds, as well as by the use of a socioeconomic questionnaire containing questions about the participant's profile, which included questions about: gender, age, education, marital status, time working in the company, position in the company, presence of chronic disease, knowledge about CBT, and about having used some type of PIC previously. As a result, the study demonstrated that the methodology developed in the TCI wheels has the potential to empower the participants to face the crisis of integrity, mobilizing the protected scenario to appreciate with wisdom the path taken in their own lives, understanding and integrating the path of the other participants, confronting the experiences, as conscience, from the collective experience and overcoming the challenges within the same work sector. And that worker aged between 18 and 20 are 4.28 times more likely to have an improvement in their emotional state. It was concluded that the application of the ICT methodology, when put into practice in groups of meat-packing plants workers, can serve as a basis for the improvement of interpersonal relationships, because it is a light social technology that allows to go beyond the unitary to reach the communitarian; to go from dependence to autonomy and co-responsibility; to see beyond deprivation to highlight competence; to go from the verticality of relationships to horizontality; from disbelief in the capacity of the other, to believe in individual potential; to break with clientelism to reach citizenship and; to transcend the model that concentrates information to make it circulate.

Keywords: Integrative and Complementary Practices; Integrative Community Therapy; Occupational Health; Refrigeration Workers.

JEAN, P. Los efectos de la TCI en la salud es el bienestar de los trabajadores de un matadero en un municipio de la frontera brasileña. 96f. Dissertación (Mestría en Salud Pública em Região de Fronteriza) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Prof. Dr Oscar Kenji Nihei. Foz do Iguaçu. 2021.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo analizar los efectos de la Terapia Comunitaria Integrativa en la salud y el bienestar de los trabajadores de un matadero en una ciudad de la frontera brasileña. Estudio exploratorio y cuasi-experimental que adoptó el referencial metodológico de la evaluación de las rutas de TCI, conforme a su proponente (temas universales, estrategias de enfrentamiento) acentuado por la escala de caras y el cuestionario. Los datos fueron recogidos por el terapeuta y su asistente. A esto le siguió la observación y el registro en un cuaderno de campo sobre los principales temas universales y estrategias de afrontamiento reportados por los participantes durante las rondas de conversación, así como el uso de un cuestionario socioeconómico que contenía preguntas sobre el perfil del participante, que incluía preguntas sobre: género, edad, educación, estado civil, tiempo de trabajo en la empresa, posición en la empresa, presencia de enfermedad crónica, conocimiento sobre la TCC, y sobre haber utilizado algún tipo de CFP anteriormente. Como resultado, el estudio demostró que la metodología desarrollada en las ruedas TIC tiene el potencial de capacitar a los participantes para enfrentar la crisis de integridad, movilizándolo el escenario protegido para apreciar con sabiduría el camino recorrido en sus propias vidas, comprendiendo e integrando el camino de otros participantes, confrontando las experiencias, como conciencia, a partir de la experiencia colectiva y superando los desafíos dentro del mismo sector de trabajo. Y que los trabajadores de entre 18 y 20 años tienen 4,28 veces más probabilidades de tener una mejora del estado emocional. Se concluyó que la aplicación de la metodología de las TIC, cuando puesta en práctica en grupos de trabajadores de frigoríficos, puede servir de base para mejorar las relaciones interpersonales, porque es una tecnología social ligera que permite: ir más allá de lo unitario para llegar a lo comunitario; salir de la dependencia para la autonomía y la corresponsabilidad; ver más allá de la necesidad para destacar la competencia; salir de la verticalidad de las relaciones para la horizontalidad; desde el descreimiento en la capacidad del otro, creer en el potencial individual; romper con el clientelismo para llegar a la ciudadanía y; trascender el modelo que concentra la información para hacerla circular.

Palabras Clave: Prácticas integradoras y complementarias; terapia comunitaria integradora; salud de los trabajadores; trabajadores del frigorífico.

LISTA DE SIGLAS

ABPA	Associação Brasileira de Proteína Animal
ADAPAR	Agência de Defesa Agropecuária do Paraná.
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CF	Constituição Federal
CNPIC	Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NR	Norma Regulamentadora
PNPIC	Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UFC	Universidade Federal do Ceará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	Classificação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) do SUS e o código registro no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de acordo com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO).....	25
QUADRO 2	Distribuição de frequência do número e porcentagem dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil, 2007 e 2011.....	27
QUADRO 3	Número de consultas e procedimentos (por 10 mil habitantes) em práticas integrativas e complementares no Brasil, 2006-2011.....	27
QUADRO 4	Exemplos de riscos mais frequentes nos ambientes de trabalho e seus efeitos sobre a saúde.....	41
QUADRO 5	Relação do trabalho com o adoecimento de trabalhadores(as), segundo a Classificação de Schilling.....	43
QUADRO 6	Riscos em cada etapa do abate e da desossa.....	52
FIGURA 1	Fluxograma de trabalho para o abate de bovinos e suínos.....	51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Perfil dos participantes quanto ao sexo e idade, Itaipulândia, 2019.	65
TABELA 2	Perfil dos participantes quanto ao estado civil, escolaridade, filhos e religião, Itaipulândia-PR, 2019.....	66
TABELA 3	Perfil profissional dos participantes, Itaipulândia-PR, 2019.....	67
TABELA 4	Perfil do estilo de vida e de saúde dos participantes, Itaipulândia-PR, 2019.....	68
TABELA 5	Contato prévio dos participantes em relação à Terapia Comunitária Integrativa e experiência com tratamento com outras práticas integrativas e complementares, Itaipulândia-PR, 2019.....	69
TABELA 6	Resultado da escala de faces antes e após a participação nas rodas de TCI, Frigorífico Itaipulândia-PR, 2019.....	70
TABELA 7	Temas universais observadas durante a realização das rodas de terapia Comunitária Integrativa, Itaipulândia-PR, 2019.....	70
TABELA 8	Estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes das rodas de Terapia Comunitária Integrativa, Itaipulândia-PR, 2019..	71
TABELA 9	Relação dos elementos de satisfação identificados pelos trabalhadores do frigorífico em relação às Rodas de Terapia Comunitária Integrativa, Itaipulândia-PR, 2019.....	71
TABELA 10	Relação dos elementos de insatisfação identificados pelos trabalhadores do frigorífico em relação às Rodas de Terapia Comunitária Integrativa, Itaipulândia-PR, 2019.....	72
TABELA 11	Análise de Regressão Logística das variáveis independentes em relação ao desfecho de ter se sentido melhor após a sessão de TCI, Itaipulândia, 2019.....	73

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	21
2.1. OBJETIVO GERAL	21
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
3.1. TERRITÓRIO, FRONTEIRA E LIMITES	22
3.2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS).....	24
3.3. POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC)	26
3.4. A TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA INTEGRATIVA (TCI)	28
3.4.1. <i>O que é a TCI?</i>	28
3.4.2. <i>O berço da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa</i>	29
3.4.3. <i>Os alicerces teóricos da TCI</i>	31
3.4.4. <i>Os objetivos da TCI</i>	34
3.4.5. <i>Aplicabilidade da TCI</i>	35
3.4.6. <i>Público-alvo</i>	36
3.4.7. <i>Realização da roda de Terapia Comunitária</i>	37
3.5. SAÚDE DO TRABALHADOR.....	40
3.5.1. <i>Os agravos e o adoecimento relacionados ao trabalho</i>	40
3.6. O TRABALHO E AS RELAÇÕES SOCIAIS DE PRODUÇÃO	44
3.7. O PROCESSO DE TRABALHO NOS FRIGORÍFICOS	49
3.8. A SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRIGORÍFICO	52
4. MATERIAL E MÉTODOS	61
4.1. TIPO DE ESTUDO	61
4.2. LOCAL DE ESTUDO.....	61
4.3. PÚBLICO-ALVO	61
4.3.1. <i>Critérios de Inclusão</i>	61
4.3.1. <i>Critérios de Exclusão</i>	62
4.5. TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E RODAS DE CONVERSA.....	62
4.5.1. <i>Instrumentos de Pesquisa e Coleta de Dados</i>	62

4.6. ANÁLISE DE DADOS	63
4.6.1 <i>Análise da associação das variáveis independentes em relação ao desfecho da TCI</i>	64
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	64
5. RESULTADOS	65
6. DISCUSSÃO	74
7. CONCLUSÃO.....	77
8. REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	88
ANEXOS	92
ANEXO A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	92

1. INTRODUÇÃO

A expansão da indústria brasileira de carnes tem levantado importantes questões de saúde pública. Em 2017, as exportações de carne bovina do país foram de US\$ 6,2 bilhões e a receita aumentou 13% em relação a 2016; os embarques foram de 1,533 milhão de toneladas, um aumento ano a ano de 9% (ABIEC, 2018). Segundo os órgãos reguladores, essa expansão é responsável pelo aumento das doenças musculoesqueléticas e dos acidentes de trabalho sofridos pelos trabalhadores do setor produtivo (SANTANA *et al.*, 2013).

Estudos realizados no Brasil (GONÇALVES *et al.*, 2006, VASCONCELLOS *et al.*, 2009), mas também na França (COUTAREL *et al.*, 2003), no Canadá (RICHARD, 2002; OUELLET, 2002) e Suécia (VOGEL *et al.*, 2002), apontam que os trabalhadores deste setor apresentam diversos fatores de risco à saúde, incluindo esforço físico (força aplicada, trabalho estático e monótono, restrições posturais, gestos repetitivos, estações de trabalho e equipamentos insuficientes, exposição ao frio e vibrações) e psicologia social (organização do trabalho, relacionamento interpessoal, tarefas de curto prazo, baixa autonomia no trabalho, treinamento insuficiente e pouco descanso) (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Em relação às doenças que afetam os trabalhadores da indústria da carne, conforme descrito por Gonçalves *et al.* (2006), foram identificadas doenças como leptospirose, brucelose e toxoplasmose. as doenças musculoesqueléticas têm se tornado a doença mais preocupante devido à sua alta frequência. Dos 800 mil funcionários dos frigoríficos brasileiros, 150 mil sofrem de algum tipo de doença musculoesquelética (BRASIL, 2017). Com base em registros de fiscalizações de fiscais do trabalho, reclamações sindicais, avanços científicos e pressões políticas, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) estabeleceu oficialmente normas específicas para a indústria de processamento de carnes.

Após dez anos de negociações, em 19 de abril de 2013, foi lançada a Norma Regulamentadora 36- NR 36 - Segurança e Saúde Ocupacional para Empresas de Processamento e Abate de Carnes e Derivados (BRASIL, 2013). Como resultado do crescimento econômico e da diversificação do processo produtivo, os danos à saúde dos trabalhadores se desenvolveram histórica e socialmente. A intensificação das atividades da indústria de processamento de carnes levou ao estabelecimento de novas unidades fabris, à fusão de unidades de vários tamanhos para formar grandes grupos econômicos, ao

aumento de empregos formais e ao aumento de acidentes, doenças e empregos relacionados (OLIVIERA *et al.*, 2014).

A literatura sobre saúde sempre enfatizou e encorajou pesquisas para refletir as condições livres de doenças nos níveis individual e coletivo (ALMEIDA FILHO, 2000). Ao partir da premissa que o objetivo das políticas públicas é ampliar o bem-estar para um número maior de indivíduos (VEENHOVEN, 1997; EASTERLIN, 2003), a utilização de métodos e técnicas que objetivem compreender melhor as potencialidades e competências humanas são imprescindíveis.

Neste contexto, criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, docente do Curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará, com a intenção de solucionar as necessidades de saúde daquela comunidade, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) surgiu em 1987, no município de Fortaleza/Ceará (BARRETO, 2010). Há quase quatro décadas de sua elaboração, a TCI tem se consolidado como uma tecnologia leve de cuidado em saúde mental que focaliza de forma inovadora na reorganização das redes de atenção à saúde, em especial da atenção primária à saúde (ANDRADE *et al.*, 2009).

Isso se dá por meio de ações baseadas na prevenção e no tratamento, que integram fatores culturais e sociais e favorecem o desenvolvimento biopsicossocial de indivíduos e comunidades. Conceitualmente, a TCI é considerada uma ferramenta para a construção de uma rede social solidária em que todos possam ser solidariamente responsáveis por encontrar soluções e superar os desafios diários em um ambiente acolhedor e caloroso (BARRETO, 2010).

A TCI é um espaço de promoção de encontros interpessoais e comunitários, objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. Pode ser considerada uma tecnologia de cuidado ou uma metodologia terapêutica grupal, cujo intuito é a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento desenvolvida no âmbito da atenção primária em saúde mental.

Além de ser um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias, a TCI cria vínculos e resgata a autonomia dos indivíduos, por facilitar a transformação de carências em competências que os tornarão capazes de ressignificar momentos de dores e perdas. Propicia-se espaço solidário para que cada um possa tornar-

se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas (BARRETO, 2010).

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas (BRASIL, 2017).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2017, a TCI é considerada uma das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). A inserção das PICS nos serviços de saúde qualifica o atendimento à população, além de possibilitar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos (RITTER, 2017).

Os efeitos positivos da TCI têm sido reportados relativos a diferentes populações. Estudo com objetivo de analisar os efeitos e impactos das Rodas de TCI na saúde biopsicossocial dos alunos de terceira idade que frequentaram uma Universidade Aberta da Terceira Idade no município de Foz do Iguaçu- PR mostrou que a utilização das rodas de TCI serviu, de modo geral, como ferramenta para a melhoria na qualidade de vida e bem-estar daquele grupo de acadêmicos (JEAN *et al.*, 2020).

No estudo, também foi possível constatar que a aplicação da metodologia da TCI, quando colocada em prática em grupos de terceira idade, pode servir de base para a melhora das relações interpessoais, por se tratar de uma tecnologia social leve que permite: ir além do unitário para atingir o comunitário; sair da dependência para a autonomia e a corresponsabilidade; enxergar além da carência para ressaltar a competência; sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial individual; romper com o clientelismo para chegar à cidadania e; transcender ao modelo que concentra a informação para fazê-la circular (JEAN *et al.*, 2020; BARRETO, 2010).

Vasconcellos *et al.* (2020) realizou um estudo com 21 diabéticos que frequentaram a Associação dos Diabéticos de Foz do Iguaçu-PR (ADIFI) onde constatou que os encontros de TCI auxiliaram na aquisição de maior resiliência, autocuidado e integração dos participantes e com isso, houve uma melhoria da glicemia e pressão sistólica, possivelmente consequência de mudanças de hábitos dos participantes indicando maior autocuidado para o enfrentamento dessa doença crônica. Com os resultados obtidos da pesquisa, foi possível

constatar que a utilização desses encontros serviu, de modo geral para a melhoria na qualidade de vida e bem-estar daquele grupo de diabéticos da ADIFI (VASCONCELLOS *et al.*, 2020).

Giffoni *et al.* (2010), realizou uma pesquisa na sede do Projeto Quatro Varas, Fortaleza-CE, com o objetivo de identificar potencialidades da Terapia Comunitária Integrativa como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária, sob a perspectiva de um usuário. O estudo constou com a participação de 20 sujeitos participantes da TCI e os resultados indicaram que o diálogo estabelecido na terapia promoveu ressignificação da problemática e redirecionamento de itinerários terapêuticos, no sentido da gestão da própria vida e busca da cidadania. Assim, a TCI favoreceu a formação de teia de relações sistêmicas, que ampliou a compreensão dos problemas decorrentes do uso de álcool, constituindo-se em efetiva estratégia para sua abordagem no campo da saúde comunitária (GIFFONI *et al.*, 2010).

Estudo realizado por Lemes *et al.* (2017), com objetivo de analisar os registros de fichas de rodas de Terapia Comunitária Integrativa, quanto aos problemas elencados e às estratégias enunciadas para enfrentamento tem mostrado que TCI é uma estratégia de enfrentamento às drogas entre usuários internos de duas comunidades terapêuticas masculinas, em município do Estado de Mato Grosso. Com os resultados deste estudo e de outros descritos na literatura em contextos diversos, aponta-se que a TCI é efetiva na compreensão do espaço de cuidado coletivo, promovendo saúde e bem-estar aos sujeitos por meio da socialização e partilha de suas histórias, importante ferramenta voltada ao cuidado complementar de pessoas com dependência de drogas. A TCI colabora para a formação e/ou fortalecimento de vínculos da comunidade, estratégia importante, pois promove mudanças ao focalizar mais o coletivo, levando ao empoderamento da comunidade em virtude da partilhar de experiências (LEMES *et al.*, 2017).

Segundo Mello *et al.* (2015), a TCI é uma prática para o cuidado, por fornecer a oportunidade de expressar sentimentos, promover reflexão sobre a vivência, condição, tratamento e fortalecimento para enfrentamento de suas dificuldades num estudo realizado para compreender as repercussões dela nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. No estudo, foi possível perceber que a roda provocou uma explosão de sentimentos: emoção, admiração e compaixão, no semblante das pessoas que, de angustiados/entristecidos, passaram a serenos e alegres à medida que a roda foi se desenvolvendo (MELLO *et al.*, 2015).

Muitos estudos foram publicados a respeito do trabalho em frigorífico, indicando risco ao adoecimento desta classe trabalhadora, a marginalização e exploração da mesma. Nenhum destes estudos abordou a saúde mental dos trabalhadores de frigorífico usando a Terapia Comunitária Integrativa. Visto que a TCI sendo uma abordagem holística que entra a sua ação na reflexão do sofrimento causado pelas situações estressantes, trata-se de criar espaços de partilha desses sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para saúde desta população. Dessa forma, nenhum trabalho foi publicado, para nosso conhecimento, relativo ao impacto da TCI no bem-estar de trabalhadores de frigoríficos.

Sendo assim, este trabalho visa analisar o impacto da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Verificar os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos participantes das rodas de TCI.
- Analisar o conhecimento dos participantes sobre a TCI e as PIC.
- Elencar e analisar os principais temas universais e estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes nas rodas de TCI.
- Analisar as variáveis que se associam com um impacto positivo da TCI no bem-estar dos participantes.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. TERRITÓRIO, FRONTEIRA E LIMITES

Atualmente, o entendimento de fronteiras está relacionado às fronteiras políticas territoriais, porém, o termo contém múltiplos significados, tanto físicos quanto metafóricos (FERRARI, 2014). Embora os termos limite e restrição pareçam ter o mesmo significado, eles possuem significados diferentes (MACHADO, 1998). Porque, assim como os conceitos, à medida que a sociedade se desenvolve e progride, o termo fronteira agrega novas nuances ao longo do tempo (Ferrari, 2014).

Com a criação do estado moderno, a fronteira tornou-se um espaço geográfico que simboliza o estado-nação, que é um meio de delimitar o ambiente de domínio e território que representa a política e o poder simbólico (KLEINSCHMITT, 2016). Através dos seus meios de controle e punição, na legislação que visa controlar o comportamento fronteiriço, no campo da prática e do sistema físico de conflito que visa ajudar a combater a legitimidade do Estado (DORFMAN; CARDIN, 2014).

Em geral, as fronteiras são amplamente simbólicas, mas as linhas políticas e jurídicas que determinam a combinação de modelos instrumentais objetivos, como o monitoramento de atividades transfronteiriças, simplesmente são um número infinito de visões relacionais. Entre comunidades no tempo e no espaço (KLEINSCHMITT, 2016). A perspectiva transfronteiriça não é um obstáculo, pois se estrutura como um lugar de circulação simbólica de indivíduos, produtos e comunicações, e não há interrupção nas questões socioeconômicas e no seu espaço (ABÍNZANO, 2013). Assim, os limites se devem ao poder de monitorar e regular as atividades e as relações, mas as fronteiras podem ser os alicerces da sociedade (FERRARI, 2014).

No entanto, a área de fronteira internacional é aqui considerada como uma área resultante de restrições legais dentro da convergência dos territórios dos dois países, ao contrário da visão tradicional da separação dos dois estados. Os agregados são construídos em relação à semelhança / mais precisamente, as regiões fronteiriças referem-se à noção de conexões entre os espaços e, para o compreender, referem-se a regiões regionais distintas, daí uma das fronteiras fronteiriças. É fundamental considerar a associação de regiões na direção de (FERRARI, 2014).

A zona fronteiriça tem uma posição geográfica particular porque é nela que se dividem os estados soberanos (MAHADO, 2005). Também foi demonstrado que identifica áreas de interação biossocial, ou seja, áreas geográficas limitadas e ocultas (RAFFESTIN, 1993).

O território não é apenas o resultado do amálgama do sistema natural e da totalidade do sistema natural feito pelo homem, mas mais do que isso, é a terra e o povo, ou seja, é a identidade. É muito organizado, trabalhar. Quanto ao território, quer se trate de um local de residência, de troca de elementos, e da própria vida de atividade direta, deve ficar claro que é um local que pode ser utilizado por uma determinada população (SANTOS, 2001).

Apesar dos conceitos discutidos, os limites ainda são considerados por muitos como limites físicos ou figurativos, mas são inflexíveis e inflexíveis. Suas fronteiras e estruturas claras proporcionam tanto os encontros quanto as passagens de diferentes épocas históricas, dentro da efemeridade de cada país (FERRARI, 2014).

Para o Brasil, há uma série de contradições que existem não só na esfera geográfica e ambiental, mas também na esfera social, e se manifestam de várias formas, incluindo as desigualdades no acesso a oportunidades, renda, educação e saúde. Em particular, serviços para os quais diferentes regiões refletem diferentes níveis de vulnerabilidade (CASTRO; RODRIGUES JÚNIOR, 2012). Levar esse ponto de vista para as áreas de fronteira torna as desigualdades ainda mais evidentes, tornando suas populações ainda mais vulneráveis e, conseqüentemente, agravando as populações de crianças e jovens vítimas de violência.

As fronteiras do Brasil com outros países foram associadas à negação no setor público nas últimas décadas e o resultado disso geralmente permitiu uma infraestrutura de produção desenvolvida e inadequada. A sustentabilidade integrada resulta em uma infraestrutura social e econômica inatingível. Com condições sociais e de nacionalidade muito desfavoráveis, com exceção de uma localização sub-regional (GADELHA; COSTA, 2007). Mas no Brasil é claro que esse cenário foi agravado durante a guerra, e mesmo a ditadura militar, do outro lado da fronteira em território inimigo, não tem um bom investimento. É uma troca social com a escola.

A introdução do programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras) em 2005 não alterou os problemas de saúde associados aos cidadãos transfronteiriços. Na tentativa de apoiar o SUS em municípios de fronteira, os Estados membros lançaram o SIS Fronteiras com o objetivo de integrar serviços de saúde, comportamentos, entre serviços de saúde e outros comportamentos (BRASIL, 2005b). No

entanto, a falta de supervisão sobre a implementação das atividades pelos Estados-Membros torna impossível enfrentar os desafios da coparticipação, ação, integração interestadual e até mesmo intervenção política direta para atender a necessidades específicas. Setores desses países. Número de programas ineficazes (FABRIZ, 2019).

As cidades fronteiriças apresentam certos aspectos e características geográficas que dificultam a prestação de serviços sociais básicos e prejudicam os moradores (RODRIGUESJUNIOR; CASTILHO, 2010). Dada a relevância do tema, o potencial deste estudo é examinar dados de áreas de fronteira, que são consideradas altamente suscetíveis às questões sociais, bem como a diversidade de contextos socioeconômicos e políticos das áreas de fronteira. análise e divulgação. Diante dos resultados obtidos com este estudo, espera-se que ele contribua para a discussão deste tema.

3.2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

A Organização Mundial da Saúde, desde no decorrer da década dos anos 1970 tem estimulado que práticas/saberes em saúde tradicionais ou diversos da biomedicina, chamadas Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI), sejam consideradas como recursos de cuidado pelos sistemas nacionais de saúde (TESSER, 2018).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) estão contribuindo para ampliar as ofertas de cuidados em saúde, para a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; motiva as ações referentes à participação social, incentivando o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde, além de proporcionar maior resolutividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

As PICS foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio do Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada por meio de Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A PNPIC apresenta diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos, inicialmente contemplando a homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e

fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia.

Após a publicação da Portaria GM nº 849/2017, em março de 2017, a PNPIC foi estendida para 14 outras 1 práticas saber: arteterapia, Ayurveda, biodança, dança em círculo, meditação, musicoterapia, remédios naturais, quiropraxia, quiropraxia, reflexologia, acupressão, Shantara, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, com um total de 19 práticas. Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM nº 849/2017, a saber: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e Yoga, totalizando 19 práticas. Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2018, p.08). A Classificação atual das PICS encontra-se apresentado no Quadro 1.

Em 2017, 8.200 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram alguma das PICS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos. Essa oferta estava distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foi registrada oferta de PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas (BRASIL, 2018).

A maioria dessas práticas tem como objetivo uma resposta mais natural do organismo, buscando assim incentivar o empoderamento do indivíduo e garantir um tratamento mais integral, holístico, que contemple aspectos mentais, corporais e espirituais (SOUSA et al., 2012).

QUADRO 1. Classificação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) do SUS e o código de registro no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de acordo com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) (2017).

Classificação Código	Código	PICS/RecursoTerapêutico
Acupuntura	001	Acupuntura Ventosa/Moxa Eletroestimulação
Fitoterapia	002	Fitoterapia
Outras Técnicas em Medicina Tradicional Chinesa	003	Ventosa/Moxa Lian gong Chi gong Tui Na

		Tai-chi-chuan Outras
Práticas Corporais e Mentais	004	Shantala Massagem Meditação Reflexoterapia Reiki Quiropraxia Osteopatia
Homeopatia	005	Homeopatia
Homeopatia	006	Termalismo/ Crenoterapia
Antroposofia Aplicada à Saúde Outras	007	Medicina Antroposófica Outras
Práticas Expressivas	008	Biodança Terapia Comunitária Integrativa Musicoterapia Arteterapia Dança Circular
Ayurveda	009	Ayurveda Yoga
Naturopatia	010	Naturopatia

Fonte: Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – CNPIC (2017).

3.3. POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) constitui um conjunto de estratégias e ações voltadas à melhoria do SUS. Tal política surge a partir da necessidade de se repensar as práticas assistenciais vigentes no sentido de garantir a integralidade da atenção em saúde, sobretudo na atenção básica (BRASIL, 2006; 2010).

No decorrer do ano 2006, a implantação do PNPIC constituiu uma medida decisiva no âmbito da saúde, tendo sido impulsionada pelo anseio de diversos segmentos e associações brasileiras com vistas a incorporar aos serviços de saúde, diferentes ferramentas que atuassem na perspectiva de prevenção de agravos e recuperação de indivíduos com base em abordagens seguras e efetivas, fundamentadas na escuta acolhedora, no desenvolvimento e fortalecimento do vínculo terapêutico e na relação humana com a natureza e a sociedade (BRASIL, 2006).

Com a PNPIC (BRASIL, 2006), houve um aumento progressivo na oferta de serviços voltados para essas práticas de 2007 para 2011 (Quadro2).

Todavia, ainda existem vários desafios a serem enfrentados para uma implementação real das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no sistema de saúde brasileiro, principalmente a nível primário: carência de profissionais habilitados e capacitados, subnotificação de serviços e profissionais, predominância de práticas corporais, falta de código para registro de algumas práticas, entre outros (SOUSA *et al.*, 2012).

QUADRO 2. Distribuição de frequência do número e porcentagem dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil, 2007 e 2011.

Prestadores de serviços	Público				Privado			
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
%n%n%n%n	%n	%n	%n	%n	%n	%n	%n	%n
Acupuntura	56	93	20	484	15	21	54	255
Fitoterapia	2	28	6	61	2	**	**	8
Outras técnicas da Medicina Tradicional Chinesa	7,5	68	15	376	10	6	15	34
Práticas Corporais	22	230	49	376	66	3	8	98
Homeopatia	10	38	8	96	3	7	18	47
Termalismo	1	3	1	21	1	1	2,5	4
Medicina antroposófica	1,5	6	1	10	1	1	2,5	7
Total	100	466	100	3112	100	29	100	453

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Ministério da Saúde (2009).

** Não houve o registro de serviços no período.

De 2006 a 2011, houve também um aumento considerável de consultas e procedimentos de PICS desde a implementação das políticas voltadas para essas práticas no Brasil (QUADRO 3).

Embora as PICS estejam sendo mais acessíveis e abordadas nos últimos anos no Brasil, ainda há a necessidade de muitos estudos.

QUADRO 3. Número de consultas e procedimentos (por 10 mil habitantes) em práticas integrativas e complementares no Brasil, 2006-2011.

Procedimentos (x10 mil hab.)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consulta (homeopatia)	17	17	16	17	16	15
Consulta (acupuntura)	17	21	21	19	19	18
Sessão de acupuntura agulha	**	5	11	35	19	56
Sessão de eletroestimulação	**	1	1	2	4	5

Sessão de acupuntura ventosa	**	1	2	1	2	4
Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa	**	1	6	13	8	8
Total	34	46	57	87	68	106

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Ministério da Saúde (2009).

** Não houve o registro de serviços no período.

3.4. A TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA INTEGRATIVA (TCI)

3.4.1. O que é a TCI?

A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI) é uma metodologia que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura-se, nesses encontros, suscitar a dimensão terapêutica do grupo, valorizando a herança cultural dos antepassados, da multiculturalidade brasileira e do saber produzido pela experiência de vida de cada um (Barreto, 2008). Essa *práxis* e ação transcendem classes sociais, profissões, raças, credos, partidos, englobando agentes e atores comunitários.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) centra a sua ação no sofrimento e não na patologia (sofrimento esse causado pelas situações estressantes de vida e do cotidiano), criando espaços de partilha, digere-se a ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde. Na TCI, procura-se promover a saúde em espaços coletivos, e não combater a patologia individualmente. Pois, crê-se que a partilha de experiências no grupo mostra as possíveis estratégias de superação dos sofrimentos e estimula a comunidade a encontrar, nela mesma, as soluções dos seus conflitos (BARRETO, 2010)

Nesse sentido, a TCI é a partilha de experiências tendo um terapeuta comunitário como facilitador que objetiva a valorização das histórias de vidas dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. É função do terapeuta estimular as pessoas a serem corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano saindo da posição de vítimas.

A TCI, portanto, configura-se como um espaço de palavra, de escuta e de vínculo, estruturado por regras precisas, permitindo a partir de uma situação problema emergir um conjunto de estratégias de enfrentamento para as inquietações cotidianas devido a troca de experiências vivenciadas num clima de tolerância e liberdade, protegidos de projeções e desejos de manipulação (BARRETO 2010).

3.4.2. O berço da Terapia Comunitária Integrativa

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) nasceu em 1987 do encontro entre o “saber acadêmico” e o saber “construído pela experiência de vida na superação dos desafios do cotidiano” para responder às demandas do Centro de Direitos Humanos da Comunidade do Pirambú, a maior favela do Estado do Ceará, Brasil. A promoção desse encontro foi uma iniciativa do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a coordenação do psiquiatra, teólogo e antropólogo, Prof. Dr. Adalberto Barreto e do advogado Airton Barreto.

As primeiras e principais demandas trazidas pela comunidade que procurava o Centro de Direitos Humanos da Comunidade do Pirambú eram individuais e centradas na busca de medicamentos para controlar problemas, tais como: insônias, crises nervosas, sentimentos e/ou situações de abandono, discriminação, desemprego e fome, além da violência doméstica, alcoolismo e outras drogas.

No entanto, a solução para essas demandas estava atrelada à busca de psicofármacos por parte da população. As pessoas que procuravam o Centro de Direitos Humanos não faziam a relação entre os seus sofrimentos e o macro-contexto social, econômico, político, cultural, étnico, de gênero e espiritual no qual estavam inseridas. Em verdade, a comunidade aguardava que a solução para as suas dores viesse de esferas externas, ou seja: técnicos/especialistas, políticos ou religiosos, gerando assim relações de dependência e assistencialismo.

Para Barreto (2008), o resultado desse ciclo de dependência também sinaliza o adormecimento do potencial humano e cultural, não permitindo que indivíduos, famílias e a própria comunidade descubram soluções a partir das competências locais. Isto é, esse processo tem como consequência a descrença em si e no outro, na sua história, em suas raízes, enfim, em sua cultura.

Essa realidade centrada no indivíduo, nos medicamentos e nos técnicos, políticos ou religiosos foi, num primeiro momento, um grande desafio para o Prof. Dr. Adalberto Barreto, pois como passar de um modelo que gera dependência para um modelo que nutre autonomia e protagonismo? Como romper com a concentração da informação e fazê-la circular numa linguagem acessível para que todos possam se beneficiar dela? Como resgatar o saber dos antepassados indígenas, africanos, europeus, orientais e a competência adquirida pela experiência de vida dessas populações? Como acolher o sofrimento sem ter que medicá-lo como se fosse patologia? E ainda: como ultrapassar um modelo centrado na procura espontânea, na atenção individual, na cura medicamentosa e possibilitar uma ação de promoção da saúde coletiva? (BARRETO, 2008).

Mas, segundo o Prof. Adalberto (2001, 2008), o maior desafio de todos foi descobrir estratégias para fazer o grupo acreditar em si mesmo, em suas competências, valorizar e respeitar sua origem, crer em seus valores e princípios, nos recursos disponíveis na comunidade e na sua cultura. Enfim, como se trabalhar para romper o fenômeno da desvalorização pessoal, familiar e comunitária.

E foi nesse contexto de indivíduos confusos e descrentes de seus referenciais estruturantes que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI) surgiu enquanto prática social e complementar à rede de apoio; buscando favorecer a saúde coletiva e promover os direitos dos indivíduos, famílias e comunidades à justiça social, igualdade e dignidade.

Nesse sentido, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa se consolidou como um:

“espaço no qual se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular, onde cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. E todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação de desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso” (BARRETO, 2008, p. 35).

O próprio termo “Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa” contém as intenções e prerrogativas dessa prática. O termo “terapia”, por exemplo, cuja origem é grega, significa acolher, ser caloroso, cuidar, servir, atender. A palavra “comunidade”, separada em seus principais radicais, deriva os termos “comum” e “unidade”; na Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa, parte-se do princípio de que as pessoas têm algo em “comum”: os

sofrimentos, alegrias, conquistas, e há a busca de soluções, apoio recíproco na partilha de experiências e na superação de suas dificuldades, fazendo com que a reunião do grupo seja uma unidade que comporta também as diferenças.

Como “sistêmica” entende-se que os sofrimentos que indivíduos, famílias e comunidades enfrentam no dia a dia como, por exemplo: estresse, alcoolismo e outras drogas, desemprego, depressão, violência, fratura dos vínculos sociais, conflitos familiares e outros estão relacionados com o macro-contexto social, econômico, político, cultural, étnico, de gênero e espiritual. Por isso mesmo, “*os indivíduos, famílias e comunidades pertencem a uma rede relacional capaz de autorregulação, protagonismo e crescimento*” (BARRETO, 2008, p. 179).

E essa também é uma prática “integrativa” porque diz respeito tanto à luta contra o isolamento e a exclusão quanto à valorização da diversidade das culturas, do saber fazer, das competências construídas de geração em geração. Na Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa, a cultura é vista como um precioso recurso pedagógico e uma excelente aliada para a promoção da cultura da paz, da saúde, da cidadania, da abundância de vida para todos.

3.4.3. Os alicerces teóricos da TCI

A TCI tem construído sua identidade alicerçada em cinco eixos teóricos:

3.4.3.1. O Pensamento Sistêmico

O pensamento sistêmico nos diz que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebemos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que ligam e relacionam as pessoas num todo que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e a emoções) e a sociedade. Tudo está ligado, cada parte depende da outra. É uma maneira de abordar, de ver, de situar, de pensar um problema em relação ao seu contexto. Essa abordagem permite perceber que “sou parte do problema e parte da solução” e perceber a pessoa humana na sua relação com a família, a sociedade, com seus valores e crença, contribuindo, assim, para a compreensão e transformação do indivíduo caloroso (BARRETO, 2010). Conscientes da rede em que estamos inseridos,

compreendendo a relação de interdependência que existe entre as várias partes desse todo, fica mais fácil compreender os mecanismos de autorregulação, proteção e crescimento, dos quais somos todos corresponsáveis.

3.4.3.2. A Teoria da Comunicação

A teoria da comunicação nos aponta para o fato de que a comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. Ela nos permite compreender que “tudo é comunicação”, onde todo comportamento, todo ato verbal ou não, individual ou grupal tem valor de comunicação num processo, sempre desafiante, de atendimento das múltiplas possibilidades de significados e sentidos que podem estar ligados ao comportamento humano. Essa teoria proporciona inúmeras possibilidades de comunicação entre as pessoas, convidando-as a ir além das palavras para entender a busca desesperada de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado e reconhecido, como indivíduo e cidadão, o que permite a ampliação de nossas próprias possibilidades de transformação e de ressignificação (BARETTO, 2008).

A partir desta premissa, exploramos duas ideias chaves: todo comportamento, cada ato verbal ou não, individual ou não, tem valor de comunicação e, na TCI, aprendemos a ser mais interrogativos do que afirmativos, a querer compreender mais do que julgar e discriminar. Por exemplo, incentivamos que as pessoas reflitam: o que esta pessoa está querendo comunicar com determinada atitude? Quem já se sentiu o pinga do i de uma relação e o que fez para tornar-se uma letra? Pois, a consciência que se tem de si é fruto de uma relação de comunicação com o outro. É preciso compreender que, atrás de toda comunicação, tem uma definição de si e o indivíduo pode ser confirmado, rejeitado ou denegado.

3.4.3.3. A Antropologia Cultural

Os conhecimentos dessa ciência chamam a nossa atenção para a importância da cultura, esse grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais, como referencial a partir do qual cada membro de um grupo se baseia, retira sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazer suas opções no cotidiano. Vista dessa maneira,

“quem sou passa pelo que creio, como ando, falo, como me visto”, onde a cultura é um elemento de referência fundamental na construção de nossa identidade pessoal e grupal, interferindo de forma direta, na definição do quem sou eu, quem somos nós. Os valores culturais e as crenças como importante fator na formação da identidade do indivíduo e do grupo (BARETTO, 2008). A cultura é o arcabouço de nossa identidade. É a partir dessa referência que podemos nos afirmar, nos aceitar e, também, aceitar os outros e assumir nossa identidade como pessoa e como cidadão. A cultura é vista como valor, um recurso que permite somar, multiplicar nossos potenciais de crescimento e de resolução dos problemas sociais. A diversidade cultural é boa para todos e verdadeira fonte de riqueza de um povo e de uma nação.

3.4.3.4. A Pedagogia da ação-reflexão de Paulo Freire

A Pedagogia de Paulo Freire nos lembra que ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador (a) experiente e que sabe tudo para um educando (a) inexperiente que não sabe nada. Mas é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, ou seja, de um tempo para falar e de um tempo para escutar, de um tempo para aprender e um de tempo para ensinar (FREIRE, 1983).

A TCI é um instrumento pedagógico que permite aplicar as ideias de Paulo Freire. Isto é, as regras que estruturam a TC asseguram a circularidade e a horizontalidade da comunicação, onde cada um possui o seu saber, respeitando sempre a palavra do outro, deixando-se interpelar por uma nova leitura de uma mesma problemática. A fala do outro desperta em mim a minha história e possibilita que nos aproximemos uns dos outros. Descobrimo-nos humanos, imperfeitos, inacabados. Outra ideia de Paulo Freire tem que ver com a valorização dos recursos pessoais e das raízes culturais. O aprendizado libertador somente ocorre onde há respeito aos saberes socialmente construídos pela experiência da vida (BARRETO, et al., 2010). Qualquer discriminação é imoral, pois agride o ser humano e nega a possibilidade de se viver democraticamente, apesar das diferenças.

3.4.3.5. A Resiliência

A resiliência é considerada como outra fonte de conhecimento que contribui para a construção da proposta de trabalho nasce da própria história pessoal e familiar de cada participante. O enfrentamento das dificuldades produz um saber que tem permitido aos pobres e oprimidos sobreviverem através dos tempos. Tudo isso revela um espírito criativo e construtivo, construído, historicamente, através de uma interação entre os indivíduos e o seu meio ambiente (BARRETO, 2010).

“Quando a carência gera competência”. O enfrentamento das dificuldades produz um saber que permite a superação das adversidades contextuais. Aqui vale lembrar o ditado, “a ostra que não foi ferida não produz pérolas”.

Nas rodas de TCI, existe uma regra de ouro de falar de si sempre na primeira pessoa, pois cada um é “Doutor de sua vivência”.

3.4.4. Os objetivos da TCI

A Terapia Comunitária tem como objetivos (BARRETO, 2010):

- Reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente.
- Reforçar a autoestima individual e coletiva.
- Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.
- Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio.
- Suscitar, em cada pessoa, família e grupo social, seu sentimento de união e identificação com seus valores culturais.
- Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através da restauração e fortalecimento dos laços sociais.
- Promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do saber fazer e guardiãs da identidade cultural.

Para tanto, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa mantém seu foco no acolhimento e na reflexão do sofrimento cotidiano, gerado por situações estressantes, por meio da partilha e escuta amorosa e respeitosa. Dessa forma, possibilita que os indivíduos, as famílias e as comunidades possam “digerir” seus dilemas e, quando necessário, fazer ou recomendar encaminhamentos a rede de apoio social como, por exemplo: unidades de saúde, grupos de autoajuda, movimentos populares e associações, delegacia da mulher.

Isso porque o objetivo da TCI é no trabalho de grupo no qual o foco da sua intervenção é no sofrimento, jamais na patologia. Isto é, essa prática não é uma psicoterapia, em que prerrogativa é de responsabilidade dos especialistas (BARRETO, 2008). Ela se propõe a suscitar uma dinâmica que possibilite a partilha de experiências de dificuldades, alegrias e superações, criando uma rede de apoio aos que sofrem, fazendo das crises uma oportunidade especial de crescimento.

A TCI apresenta três características básicas (BARRETO, 2010):

Primeira. A realização de um trabalho de saúde mental, preventiva e curativa, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros.

Segunda. A ênfase no trabalho de grupo, promovendo a formação de grupos que busquem soluções para os problemas cotidianos e possam funcionar como escudo protetor para os frágeis, sendo instrumentos de agregação social.

Terceira. A criação gradual da consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano e, sobretudo, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras.

3.4.5. Aplicabilidade da TCI

Segundo Barreto *et al.* (2010), a TCI, por ter esse caráter de trabalho em grupo cujo foco é o sofrimento, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa tem sido desenvolvida nos mais diferentes contextos como, por exemplo, clubes, igrejas, penitenciárias, associações de bairro, ONGs, praças públicas, escolas, instituições públicas e privadas, com populações de qualquer nível socioeconômico e diferentes faixas etárias.

Essa pluralidade de possibilidades de contextos é possível na TCI porque, nessa prática, os indivíduos, famílias e a comunidade estão no centro, e as interações que ali ocorrem complementam a rede de apoio social disponível nos diferentes contextos.

No entanto, os espaços onde as Terapias Comunitárias são desenvolvidas precisam ser, sobremaneira, agradáveis e tranquilos, de modo que se permita a disposição das cadeiras em círculo e se possibilite a escuta. A limpeza, a ventilação e a disponibilidade de banheiros e bebedouros também fazem parte da organização do espaço onde serão realizados os encontros.

O acesso geográfico aos locais de realização da atividade também é outro fator fundamental. É preciso facilitar a presença da comunidade, de preferência sem levar em conta custos financeiros.

Agora, em qualquer contexto em que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa for aplicada, é aconselhável agradecer a disponibilidade do espaço aos responsáveis, mas esclarecer que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa transcende classe sociais, partidos políticos, ideologias, opções religiosas, condições financeiras etc. Todos são bem-vindos. O lema é incluir, incluir sempre.

3.4.6. Público-alvo

A terapia comunitária é um espaço aberto a todo ser humano, de diferentes faixas etárias (crianças, jovens, adultos e melhor idade), independente de raça, cor, credo, condição financeira; basta ter o desejo de celebrar experiências significativas vivenciadas ao longo da vida, por meio da partilha de sofrimentos e alegrias do cotidiano.

Os participantes contam com o apoio, atenção e respeito da comunidade, com o intuito de superar preconceitos, ressignificar o vivenciado, “desculpabilizar-se”, tomar consciência da sua participação na gênese dos dilemas do cotidiano e suas implicações sociais, bem como reconhecer e expressar suas habilidades e competências, consolidando a rede de diálogo a serviço da superação das preocupações em questão.

Quanto ao número de participantes, temos que ter sempre em mente que a TCI é um espaço aberto à comunidade. Isso implica conviver com entradas e saídas constantes dos membros da comunidade/instituição, ou seja, lidar com os imprevistos. O importante a ressaltar é que a TCUI pode acontecer com grupos de diferentes tamanhos (5, 6, 7, 8, 9, 10, 30, 100....), com o horário de início e término, favorecendo a presença da comunidade. Pois

é a presença efetiva da comunidade que vai permitir ao terapeuta comunitário a realização da sua prática. O tempo de duração é de 1h15m a 1h30m, isto é, frequentemente a TCI tem essa duração, sendo que, para alguns grupos, esse tempo pode ser menor como, por exemplo: TCI com crianças, adolescentes, usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) etc. A periodicidade das rodas deve ser preferencialmente semanal, considerando a disponibilidade da equipe de terapeutas comunitários, bem como da comunidade ou instituição (BARRETO, *et al.*, 2010).

Outra questão importante a ser dita é que a TCI pode ser aplicada a grupos abertos/espontâneos nas comunidades e ou instituições ou com grupos específicos como, por exemplo: diabéticos, hipertensos, adolescentes e gestantes.

3.4.7. Realização da roda de Terapia Comunitária

As rodas de TCI se desenvolvem com os participantes em círculo sobre a direção de dois terapeutas, guiadas pela sistematização de uma técnica que compreende seis etapas: (A) acolhimento, (B) escolha do tema, (C) contextualização, (D) problematização, (E) rituais de agregação e conotação positiva, (F) avaliação (BARRETO, 2008), como seguem:

A. **ACOLHIMENTO:** sendo dirigido pelo co-terapeuta, o acolhimento tem duração de aproximadamente sete minutos, com a finalidade de aproximar os participantes do grupo, deixando-os à vontade e bem acomodados, definir o objetivo do encontro, estimular as pessoas para a celebração da vida e das suas conquistas, esclarecer sobre as regras de funcionamento (fazer silêncio para ouvir quem fala; falar da própria experiência; não dar conselhos, fazer discursos ou sermões; sugerir uma música, contar um provérbio ou até mesmo uma piada que tenha alguma ligação com o tema em discussão, e, ter o respeito para a história de vida de cada pessoa), propor uma dinâmica interativa e passar a condução para o outro terapeuta da equipe.

B. **ESCOLHA DO TEMA:** com duração em torno de dez minutos, é composta de cinco procedimentos:

B.1 Palavra do terapeuta: inicia com a fala do terapeuta cumprimentando os participantes, em seguida, anuncia que chegou a hora de falar sobre o que está causando inquietação, insônia ou preocupação, faz referência à frase: “Quando a boca cala, os órgãos falam, mas quando a boca fala os órgãos saram”; continua estimulando para as pessoas

falarem das inquietações do cotidiano e não trazer grandes segredos; pede para quem quiser falar se identificar dizendo o nome e qual é o problema em poucas palavras, pois depois o grupo escolhe apenas uma das situações apresentadas para ser trabalhada na ocasião.

B.2 Apresentação dos temas: A etapa continua com a pergunta do terapeuta: “Quem gostaria de falar hoje?” E, à medida que a apresentação dos problemas está sendo feita pelas pessoas que decidem falar, o terapeuta deve registrar o nome das pessoas e o problema apresentado e antes de passar a palavra para a próxima interessada em se manifestar, faz a restituição, com a pergunta: “Deixe-me ver se compreendi o seu problema, e se eu estiver errado, por favor, me corrija ou complemente”.

B.3 Identificação do grupo com os temas apresentados: Neste momento, o terapeuta comunitário faz uma síntese de cada um dos problemas anotados e solicita ao grupo para responder a pergunta: “Qual o problema que mais tocou vocês?” Ao ouvir a resposta, indaga: “Por quê?” E depois que aproximadamente vinte por cento dos participantes fala, justificando sua identificação, parte para a escolha daquele que será aprofundado, propondo aos presentes a realização de uma votação.

B.4 Votação: É precedida do esclarecimento que todos podem votar (exceto o terapeuta), porém em apenas um tema e a contagem dos votos é feita à medida que o grupo vai se manifestando ao levantar a mão enquanto os temas são colocados em votação. É recomendado começar a votação pelo tema que não apresentou significância, portanto, pouca identificação com o grupo.

B.5 Agradecimento: Concluída a votação, o tema a ser trabalhado é anunciado iniciando o seu aprofundamento. Esclarece-se que o terapeuta valoriza aqueles que não tiveram seu tema escolhido, agradece a confiança depositada no grupo e se coloca à disposição para alguma orientação se desejarem, ao final da Terapia Comunitária, ou, ainda reforçando e instilando confiança para reapresentarem a situação em outros encontros se for o caso e interesse do proponente e do grupo.

C. CONTEXTUALIZAÇÃO: com duração em torno de quinze minutos, esta etapa compreende dois momentos: um que diz respeito às informações e o outro sobre o mote: é o momento de os participantes entenderem o problema escolhido. É composto de dois procedimentos:

C.1 Informações: A pessoa que teve o tema escolhido vai explicar, contar seu sofrimento e todos podem fazer perguntas que a ajudem a compreendê-lo em seu contexto.

Essas perguntas ajudam o protagonista a refletir sobre a situação vivida e auxiliam o terapeuta na elaboração do mote.

C.2. Mote: pergunta-chave que vai permitir a reflexão do grupo que é chamado a falar de sua experiência, depois que o terapeuta agradece ao protagonista e solicita para que fique atento à fala dos demais presentes.

D. PROBLEMATIZAÇÃO: nesta etapa, com duração média de quarenta e cinco minutos, o terapeuta apresenta o MOTE para o grupo, e neste momento o protagonista ouve, fica em silêncio. Coloca-se o mote para motivar as pessoas do grupo a expressarem suas vivências que vão sendo anotadas para a finalização da Terapia Comunitária. No transcurso da roda o terapeuta percebe que a problematização atingiu seu objetivo pela saturação das falas dos participantes. Neste momento, pede para os participantes ficarem de pé, solicitando-os a formar um círculo, pondo as mãos nos ombros uns dos outros. Assim, passa-se para o encerramento.

E. ENCERRAMENTO: é a etapa em que são realizados os rituais de agregação e conotação positiva. Ela tem uma duração média de dez minutos, onde os participantes ficam de pé, sentindo-se próximas umas das outras, em um clima afetivo onde o terapeuta procura dar uma conotação positiva, isto é, destacar o que foi positivo na história contada no grupo, sempre valorizando a pessoa como ser humano que é. O participante cujo tema foi trabalhado recebe uma conotação positiva do terapeuta que em seguida convida o grupo a fazer o mesmo, dizendo o que aprendeu ou algo que o tenha tocado. Para finalizar, o grupo é chamado a cantar uma música, ou entoar um cântico religioso, recitar um poema ou utilizar outra técnica que permita suscitar e reforçar a dimensão coletiva.

F. AVALIAÇÃO: é realizada logo após o final de cada encontro, é o momento no qual a equipe de Terapeutas faz uma avaliação sobre a condução da roda de Terapia Comunitária e o impacto do encontro sobre cada um, considerando as diferentes etapas que visam ao aprimoramento da prática (BARRETO, 2008).

3.5. SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador é ramo da Saúde Pública que tem como objetivo estudar e intervir nas relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e, em particular, dos(as) trabalhadores(as). Neste campo, o trabalho é visto e considerado como eixo organizador da vida social, espaço de dominação e resistência dos(as) trabalhadores(as) e determinante das condições de vida e saúde das pessoas. A partir dessa perspectiva, as intervenções devem buscar a transformação dos processos produtivos, no sentido de torná-los promotores de saúde, e não de adoecimento e morte, além de garantir a atenção integral à saúde dos(as) trabalhadores(as), levando em conta sua inserção nos processos produtivos (BRASIL, 2018).

O Movimento da Saúde do(a) Trabalhador(a) organizou-se no Brasil, ao longo dos anos 1980, na parte mais importante do processo de redemocratização do País e a luta pela Reforma Sanitária, que culminou na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal (CF) de 1988. Ao decretar a saúde como direito de cidadania e dever do estado, a CF garantiu a atenção integral à saúde para todos(as) trabalhadores(as) independentemente do tipo de vínculo que possuem no mercado de trabalho. Bem antes do movimento, apenas os(as) trabalhadores(as) com contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, com “carteira de trabalho assinada”, tinham direito à assistência médica e à Previdência Social (BRASIL, 2018)

Assim, o compromisso do SUS com a vida e a saúde dos(as) trabalhadores(as) tem por referência sua inserção no processo produtivo/processo de trabalho, desde o início da vida laborativa, qualquer que seja a atividade de trabalho, incluindo os períodos de inatividade, desemprego, aposentadoria e velhice. Esta compreensão tem implicações importantes sobre as práticas de saúde (BRASIL, 2018).

3.5.1. Os agravos e o adoecimento relacionados ao trabalho

Os (as) trabalhadores (as) compartilham com o conjunto da população formas de adoecer e morrer em um dado tempo e lugar, determinado pela sua classe social, pelos modos de vida e consumo, sexo, ciclo de vida, perfil genético e condições de exposição a fatores de risco, refletidos nas situações de vulnerabilidade social e ambiental. Essas formas de adoecimento podem ser causadas, ou serem modificadas em sua frequência, gravidade ou

latência, dependendo do trabalho que o indivíduo exerce ou exerceu ao longo da vida (BRASIL, 2018).

No cotidiano de trabalho, os sujeitos estão expostos a várias situações e fatores de risco para a saúde, que podem atuar sinergicamente ou potencializar seus efeitos. Além dos locais de trabalho, com frequência, os(as) trabalhadores(as) e suas famílias estão expostos(as) a riscos decorrentes da contaminação e da degradação ambiental no entorno e nos locais de moradia, gerados pelos processos produtivos desenvolvidos no território (BRASIL, 2018).

A perniciosidade do trabalho pode estar relacionada a insumos e matérias-primas, objetos, máquinas e ferramentas utilizadas, que podem produzir situações de risco à saúde, como a presença de poeiras, substâncias químicas e agentes biológicos perigosos; uma organização do trabalho, expressa na duração, intensidade, exigências de produtividade, jornada de trabalho em turnos e noturno, relações conflituosas com a chefia e os colegas, que podem causar sofrimento e adoecimento. Além disso, a nocividade pode se estender para além do trabalho, afetando o ambiente domiciliar, os familiares, a vizinhança e o ambiente geral (BRASIL, 2018).

O Quadro 4 apresenta exemplos de riscos mais frequentes nos ambientes de trabalho e seus efeitos sobre a saúde.

QUADRO 4. Exemplos de riscos mais frequentes nos ambientes de trabalho e seus efeitos sobre a saúde.

Categoria	Exemplos de riscos	Possíveis efeitos sobre a saúde	Atividades onde podem estar presentes
Físicos	Ruído	Efeitos auditivos: surdez, zumbidos. Efeitos extra auditivos: gastrite, insônia e outras manifestações de estresse.	Trabalhos com máquinas barulhentas, motores, britadeiras; motoristas de ônibus.
	Temperaturas extremas:	Desidratação, câimbras pelo calor, fadiga, alergia respiratória, sinusite, resfriados frequentes	Trabalho na rua e a céu aberto; frigoríficos; cozinhas industriais; ambientes com ar-condicionado.
	Iluminação	Problemas de visão, dor de cabeça, acidentes.	Várias atividades na indústria e no setor de serviços, costureiras e

			manicures, podem ter pouca iluminação ou iluminação em excesso, prejudicando a visão do(a) trabalhador(a).
	Radiações ionizantes e não ionizantes – Ultravioleta, infravermelho, raios X etc.	Câncer de pele, anemia aplástica; leucemia; catarata.	Agricultores(as) e trabalhadores(as) na rua: trabalhadores(as) em hospitais e consultório dentários que operam raios X, soldadores(as) etc.
Químicos	Substâncias químicas que podem estar presentes nos ambientes de trabalho na forma de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores. Ex.: agrotóxicos.	Queimaduras, náusea, vômito, cefaleia, alergia, asma brônquica, câncer, doenças gástricas e intestinais, neurológicas, hepáticas, renais, entre outras. Também podem provocar acidentes decorrentes de explosões e incêndio. Elas penetram no organismo pela via respiratória, pela pele ou pelo trato digestivo provocando intoxicação aguda ou crônica.	Inúmeras atividades na indústria e no setor de serviços, no setor agropecuário, silvicultura, madeireiro; empresas desinsetizadoras e da saúde pública que atuam no controle de endemias e de zoonoses etc.
Mecânicos	Máquinas com partes móveis não protegidas; calandras e cilindros; guilhotinas; prensas e o uso de instrumentos cortantes ou perfurantes etc.	Acidentes diversos (quedas, fraturas, esmagamento, amputação; traumatismos).	Trabalhadores(as) da construção civil; motoristas de transportes coletivos; padeiros, metalúrgicos, trabalhadores(as) em vias públicas, profissionais de saúde etc.
Biológicos	Micro-organismos (bactérias, fungos, protozoários, vírus, entre outros). Animais peçonhentos (cobras, escorpiões, aranhas).	Doenças contagiosas: hepatite, tuberculose, tétano, pneumonia, aids etc. Envenenamento por picada de cobra ou escorpião.	Profissionais de saúde; manicure, trabalhadores(as) rurais; carteiros etc.

Psicossociais	Jornadas de trabalho longas, esforços físicos exagerados com posturas forçadas e carregamento de peso. Ritmo acelerado, trabalho repetitivo e monótono; trabalho em turnos e noturno. Desemprego, vínculos precários ou ausência de vínculo trabalhista.	Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort); problemas na coluna, dores musculares e articulares. Sofrimento mental, com manifestações de insegurança; desmotivação; depressão; distúrbios do sono; estresse, entre outros.	Trabalhadores(as) de linha de montagem; carregadores; bancários; trabalhadores(as) em teleatendimento. Trabalhadores(as) informais e com vínculos precários, terceirizados e temporários.
----------------------	--	---	---

Fonte: (BRASIL, 2011)

Este quadro ajuda a entender a presença de fatores de risco para a saúde nas situações de trabalho e seus possíveis efeitos sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as). Entretanto, no cotidiano de trabalho, raramente se observa a exposição a um fator de risco isoladamente, sendo frequente a exposição simultânea a vários desses fatores de risco, o que potencializa os efeitos. Por exemplo: a exposição simultânea a certos solventes orgânicos e ao ruído pode produzir quadros de surdez mais graves e mais precoces do que a exposição apenas ao ruído.

A relação entre o trabalho e o processo de adoecimento dos(as) trabalhadores(as) pode ser melhor compreendida ao considerar a classificação proposta por Schilling (1984) (Quadro 5), que combina a abordagem clínico-individual com a coletivo-epidemiológica e agrupa as doenças, segundo a contribuição ou o “papel causal” desempenhado pelo trabalho no adoecimento.

QUADRO 5 – Relação do trabalho com o adoecimento de trabalhadores(as), segundo a Classificação de Schilling.

CATEGORIA	EXEMPLOS
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo
	Silicose
	Asbestose
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doença coronariana
	Doenças do aparelho locomotor
	Câncer

	Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como provocador de distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica
	Dermatite de contato alérgica
	Asma
	Doenças mentais

Fonte: (SCHILLING, 1984)

3.6. O TRABALHO E AS RELAÇÕES SOCIAIS DE PRODUÇÃO

Dallago (2010), aponta que o trabalho possui o significado de uma atividade social do homem, que visa transformar o meio em que vive com um esforço afirmado e desejado para a realização de objetivos. Assim, Engels (1985) afirma que na medida em que o homem coloca seu corpo, sua consciência a serviço de algum objetivo, vai travar relação com a natureza e com outros homens. Nesta perspectiva, sendo indispensável à sua existência, a atividade do trabalho é o elemento de desenvolvimento do próprio ser humano. A relação do ser humano com a natureza só existem em função do trabalho, pois este transforma a matéria vinda da natureza em riquezas ao mesmo tempo em que transforma a si mesmo.

Assim, as transformações ocorridas no modo de produção e nas relações de trabalho têm importância fundamental para a compreensão do movimento histórico que determina as relações entre os seres humanos com particularidades políticas, sociais, econômicas, e culturais em cada contexto histórico. Enquanto a organização entre os seres humanos da sociedade primitiva se fundamentava na propriedade coletiva e nos laços de sangue, na sociedade que começou a dividir-se em classes, a privacidade da propriedade se faz necessário e os laços de sangue retrocederam diante do novo vínculo estabelecido pela escravidão. Com tensões diferenciadas e características próprias de cada contexto histórico, todas as sociedades, de uma forma ou de outra, possuem um modo de organização e produção hegemônica, (DALLAGO, 2010).

Atualmente, estamos vivenciando o modo de produção capitalista que segundo a autora é o mais selvagem e massificador para o trabalhador até o momento, que, com seu marco na Revolução Industrial o trabalho passou a ser cada vez mais centrado na indústria, o homem transferiu o trabalho artesanal para a indústria mecanizada. Assim, no decorrer do século XIX, a revolução industrial atingiu seu ponto culminante, transformando e revolucionando o mundo e proporcionando ao capital condição de expansão e de hegemonia

do processo produtivo. Essa sociedade capitalista abrange um sistema econômico em que os meios de produção são de propriedade privada, o trabalho exerce um papel de mercadoria adquirida através da remuneração estabelecida em contratos e regulada pelo mercado. Isto é o que se chama de separação absoluta entre assalariados e patrões, determinada pela produção em massa e em série, pelos aperfeiçoamentos técnicos constantes e pela conquista de mercados.

Se o seu ponto de culminante foi atingida no decorrer do século XIX, então no século seguinte evidenciou-se com a primeira crise da acumulação do capital que teve seu início nos anos de 1970, enfatizando-se na década de 1990 com os processos de reestruturação produtiva e de ajustes estruturais. Pode-se dizer, que nas últimas décadas as relações sociais e de trabalho sofreram profundas modificações, principalmente no que diz respeito às privatizações, um dos motivos responsáveis pelo alargamento do desemprego, do contrato temporário e conseqüentemente do aumento da desigualdade e da exclusão social (DALLAGO, 2010)

Desta maneira, a operação pela qual a legislação permite que a sociedade mude, altere ou modifique o seu tipo societário, a transformação societária capitalista ampliou a complexidade das relações de trabalho estabelecida. Segundo Antunes (2000), os novos padrões de organização e gerenciamento, oriundas das transformações no mundo do trabalho, teve a substituição dos padrões rígidos Taylorista/Fordista por padrões mais flexíveis como o Toyotismo, que propõe a flexibilização da produção, opera com estoque mínimo se adaptando a atender com rapidez às novas exigências do mercado, implicando na flexibilização e na eliminação dos direitos trabalhistas, pode-se afirmar que este padrão de produção toma força na década de 1990, se estabelece e consegue se manter.

Essas mudanças não se refletem apenas nas relações de trabalho, mas também provocam mudanças drásticas no cotidiano dos trabalhadores, por exemplo, na educação, nos direitos, no lazer e na vida privada, aumenta a concentração do capital em uma única quantidade. Muito reduzida, a pobreza aumentou e os conflitos sociais foram gerados em grande escala. Dessa forma, as pessoas entendem que empregos instáveis e desemprego estrutural estão relacionados à destruição da política social, e agora mostram a dramática e anormal realidade social produzida pela relação histórica entre a política social e o processo de acumulação capitalista.

Diante de todo o processo de relações sociais e econômicas contraditórias, o mundo das relações de trabalho capitalistas gradualmente adquiriu múltiplos processos, que não

são novos, mais permanentes e duradouros, ou seja, *"expansão parcial, instável e temporária do trabalho"*, *Subcontratação, 'terceirizado', que marca a sociedade dual no capitalismo [...]*" (ANTUNES, 2000, p.51).

Desta forma, pode-se afirmar que continua existindo um movimento contraditório nas relações de trabalho nesta sociedade, de um lado, reduz o operariado industrial, em *"decorrência do quadro recessivo, quer em função da automação, da robótica e da microeletrônica, gerando uma monumental taxa de desemprego estrutural [...]"* (ANTUNES, 2000, p.52). Por outro lado, os novos postos de trabalho, parcial, "terceirizado", subcontratado dá-se a subproletarização do trabalho, os quais tomam forma de relações informais de emprego. É a *"precariedade do emprego e da remuneração; a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a consequente regressão dos direitos sociais, [...] configurando uma tendência que tange à individualização extrema da relação salarial"* (BIHR *apud* ANTUNES, 2000, p.52).

Nos últimos dez anos, observa-se forte contração do emprego formal e expansão do emprego informal, com a criação de um novo espaço denominado estágio, que mais uma vez reduziu a vida dos trabalhadores. Portanto, os trabalhadores não podem gozar dos direitos legais relacionados ao emprego formal (licenças, 13º salário, previdência social, seguro-desemprego etc.). Os trabalhadores vivenciam uma forma permanente de exclusão porque os direitos constitucionais são substituídos pelos direitos contratuais. O sistema capitalista reconhece isso através da relação contratual de trabalho. Se essa relação não for formalmente inserida, não ganhará visibilidade econômica e política, pois apenas ter trabalho é se não for o suficiente, o emprego formal deve ser adquirido e executado. Portanto, o contrato de trabalho define imediatamente as condições de reprodução dos trabalhadores no mundo das relações sociais capitalistas, mesmo que não haja garantia de melhores condições de sobrevivência (moradia, saúde, educação, entre outros) diante dos baixos níveis salariais, fatores que tendem à desvalorização do trabalho humano.

Neste sentido, uma nova fase da história das relações de produção se faz emergir a revolução tecnológica na origem do capital, conseqüentemente do trabalho. Na medida em que novas tecnologias são introduzidas no cotidiano do trabalho, o mercado exige conhecimentos diferentes, e cada vez mais trabalhadores qualificados para atuação.

As modificações drásticas que vem atingindo as relações do trabalho são manifestadas por todas essas controvérsias, assim, acredita-se que política neoliberal é

responsável pelo alargamento do desemprego, do contrato temporário, do setor informal, e principalmente nos últimos anos pela tomada no mercado de trabalho dos "ditos" estagiários, os quais perdem, em muitas empresas, o real sentido conceitual do estágio permanecendo somente o mero emprego de baixo salário e precário. Assim, pode se destacar mais uma vez o processo de vulnerabilização do trabalho no capitalismo contemporâneo e de violação de direitos historicamente conquistados.

Segundo Batista (1999, p.64-65):

No Brasil, os efeitos da política econômica são historicamente detectados em nossa trajetória dependente, no entanto, no que diz respeito ao período pós-70, seus efeitos foram imediatos. Contudo, as resistências ao governo autocrático (1964-1984) e a constante luta para ampliar e usufruir dos direitos democráticos, resultados de conquistas políticas e sociais, impediram que o projeto neoliberal fosse implementado nas décadas de 1970 e 1980. Mas, na passagem da década de 1980 para a de 1990, renderam-se aos mecanismos de dominação do capital, em específico no Brasil, sob a direção, do Fundo Monetário Internacional FMI e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), instaurou-se com raízes profundas, impondo as regras do jogo, isto é, a reforma do Estado tornou-se o lema dos anos 1990, substituindo a divisa dos anos 1980: o ajuste estrutural (BATISTA, 1999, p. 64-65).

Portanto, se mais convicções ideológicas e políticas foram possibilitadas nas décadas de 1960 e 1970, então na década de 1990, com o declínio do capitalismo cubano, chinês e do Estado, o paradigma neoliberal foi fortalecido e não exigiu mais do povo. resposta específica, ele até se desviou de suas responsabilidades no campo social. As características do Brasil na década de 1990 foram o avanço da comoditização e o declínio do país, e a forte combinação entre globalização e neoliberalização econômica. Pode-se dizer que, em cada etapa do capitalismo, o país está se adaptando às mudanças ocasionadas por essa forma de produção nas diferentes etapas, promovendo assim a expansão do capital. Sob essa influência, o país é dominado pela lógica do capital e domina os principais setores da economia, o que não é propício à realização dos direitos sociais do povo à conquista.

Tais mudanças de intervenção e de valores, parafraseando Antunes (2000, p.67) repercutiram junto ao movimento dos trabalhadores, como mudanças no mundo do trabalho acarretaram consequências no universo da subjetividade e da consciência da classe trabalhadora. Logo, os sindicatos como sendo órgãos de representação e mediação, são

afetados intensamente, visto que a forma de ser da classe trabalhadora torna-se mais heterogênea, fragmentada e complexificada, tem-se muda no modo de pensar e agir deste trabalhador, sendo indiscutível que a existência de uma classe e seu fortalecimento tem ligação direta com a consciência de si própria como tal, adquirir a consciência de classe fortalece como associações como quais se participam.

Portanto, é compreensível que, por definição, o sindicato deva ser a frente representativa dos trabalhadores. Portanto, os trabalhadores devem estar atentos aos valores que os representam e atentar para a visão dos sindicatos brasileiros e suas reformas, pois as reformas sindicais e trabalhistas são uma das primeiras iniciativas do atual governo presidencialista. Além do desenvolvimento da reforma da previdência, na perspectiva da satisfação dos interesses dinâmicos do capitalismo global, ela está repleta de características neoliberais. Com as mesmas características, os sindicatos e as reformas trabalhistas fornecem justificativas no discurso governamental para garantir a necessidade de modernização nacional. No entanto, a “dita” modernidade envolvida no discurso atual resgata os traços ancestrais do discurso reticulado voltado para o controle da atualidade sindical, ao mesmo tempo em que ignora as preocupações e ansiedades dos trabalhadores.

Segundo Luxemburgo (1970), esses sindicatos não cumpriram a tarefa de se opor à taxa de lucro industrial na luta de libertação da classe trabalhadora, mas, em vez disso, implementaram a lei salarial capitalista e estabeleceram restrições à exploração e não à sua exploração. Eles são restritos, não vão além das disposições da exploração do mercado de curto prazo pelo capitalismo e não mostraram qualquer possibilidade de autogestão, muito menos de suprimir os lucros industriais. A lógica de penetrar nos sindicatos e na reforma trabalhista é se posicionar na perspectiva do capitalismo e buscar criar um ambiente propício ao trabalho, mas desde que isso também conduza à expansão do capital.

Nesse sentido, o objetivo da reforma sindical e trabalhista é acabar com a legislação existente que permite mecanismos de mobilização trabalhista, para que os sindicatos se tornem um puro espaço de inércia, sem luta e propósito, para que os trabalhadores não se sintam mais representados este, conseqüentemente enfraquece a consciência de classe tão necessária e fundamental para a derrota do capitalismo, na superação de relações de trabalho tão excludentes e desumanas.

Ressalta-se as sábias palavras de Mészáros (2002), na afirmação de que somente um grande movimento socialista de massa é capaz de enfrentar este desafio histórico de superação do capitalismo. E que o desafio maior do mundo do trabalho e dos movimentos

sociais que têm como núcleo fundante a classe trabalhadora é criar e inventar novas formas de atuação, autônomas, capazes de articular intimamente como lutas sociais, eliminando a separação, introduzida pelo capital, entre ação econômica, num lado (realizado pelos sindicatos), e ação político-parlamentar, no outro polo (realizado pelos partidos). Essa divisão favorece o capital, fraturando e fragmentando ainda mais o movimento político dos trabalhadores (MÉSZÁROS, 2002, p.19).

Certamente, a superação da miséria, da pobreza, do desemprego, de maneira geral a eliminação das contradições sociais somente vai ser possível quando conseguirmos, enquanto seres sociais alcançar novas formas de atuação, de apensar e agir politicamente. É preciso, para isto, muito esforço, participação e consciência das contradições geradas pelas relações de capital e trabalho.

3.7. O PROCESSO DE TRABALHO NOS FRIGORÍFICOS

As atividades laborais em frigoríficos, no Brasil e no mundo, têm-se pautado em condições de trabalho que cobram destreza e rapidez para realizar os cortes dos animais nas linhas de produção. A divisão do trabalho nos frigoríficos segue o modelo de produção em série, com especialização das tarefas, onde as nórias (trilhos aéreos) e esteiras rolantes controlam o ritmo de trabalho.

Os trabalhadores em frigoríficos são os magarefes e trabalhadores assemelhados (BRASIL, 2002), que desempenham funções de abate, processamento da carne para comercialização desossando, identificando tipos, marcando, fatiando, pesando e cortando; realizam tratamentos especiais em carnes (salga, dessecação, embutidos); acondicionam carnes em embalagens individuais, manualmente ou com o auxílio de máquinas de embalagem a vácuo.

Esses trabalhadores são identificados com os códigos da seção de indústria de transformação através da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), usada pelo IBGE com o objetivo de padronizar os códigos de identificação das unidades produtivas do país (IBGE, 2007).

Dentro da seção de indústria de transformação estão os produtos alimentícios, onde se encaixa o processamento e transformação de produtos da agricultura, pecuária e pesca em alimentos para uso humano e animal.

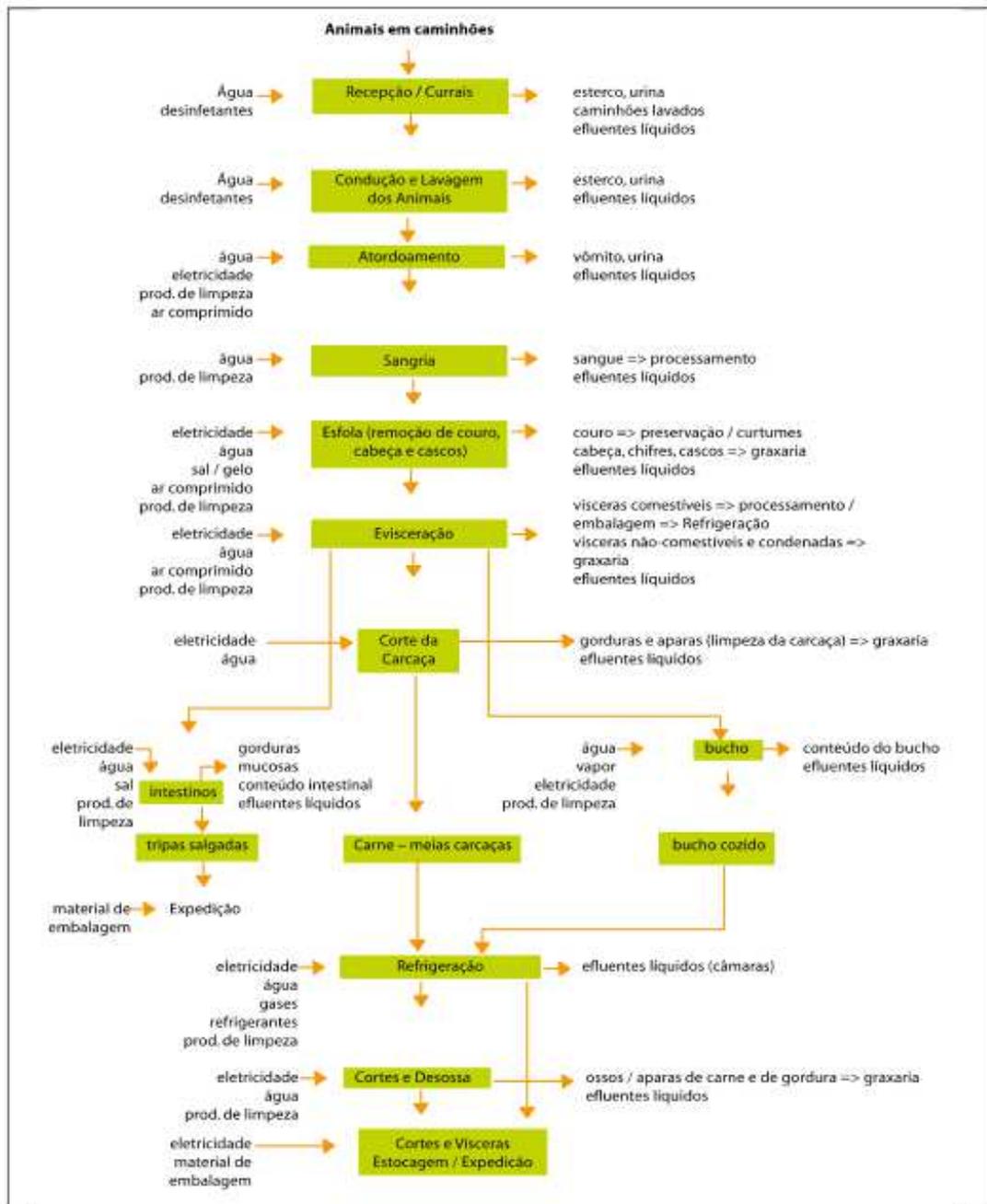
Os magarefes e trabalhadores assemelhados em frigorífico estão na classe abate e fabricação de produtos de carne/abate de reses, exceto suínos/frigorífico – abate de bovinos, com o código 1011-2/01. De acordo com a CNAE esta subclasse compreende o trabalho no abate de bovinos em matadouros e frigoríficos, a produção de carne, carne congelada e frigorificada de bovinos em carcaças ou em peças; a preparação de produtos de carne e de conservas de carne e de subprodutos, quando integrada ao abate; a obtenção e o tratamento de subprodutos do abate, como couros e peles sem curtir, dentes, ossos, etc.; a produção de óleos e gorduras comestíveis de origem animal a produção de couros e peles secos e a produção de salgados. A análise do processo produtivo é importante para entender como atuam os trabalhadores. Eles se distribuem para executar as etapas do processo de trabalho nos vários setores da indústria (MARRA, 2019).

O fluxograma mostra as principais entradas e saídas de cada etapa do abate e processamento da carne, além de demonstrar a produção de resíduos poluídos e efluentes líquidos, bem como o consumo de água e energia em todas as etapas. O processo de abate e todas as atividades realizadas no matadouro podem causar poluição e afetar o meio ambiente. Devido ao sangue e restos de carne, os resíduos gerados têm uma alta carga orgânica. Da limpeza de cercas e água potável para animais, ao abate, processamento de carne e limpeza do matadouro, grandes quantidades de água são utilizadas (MARRA, 2019).

A Figura 1 apresenta o fluxograma e as descrições gerais das principais etapas do processo de trabalho nos frigoríficos de bovinos e de suínos.

A Associação Brasileira de Proteína Animal (ABPA) (2018) relata que a produção brasileira de carne suína foi de 3,75 milhões de toneladas em 2017. O estado responsável por 28,38% do abate foi Santa Catarina, seguido do Paraná (21,01%), Rio Grande do Sul (19,53%), Minas Gerais (11,03%), Mato Grosso (6,05%), São Paulo (5,00%), Mato Grosso do Sul (4,33%) e Goiás (4,15%) (ABPA, 2018). No que diz respeito ao abate, em 2017, foram abatidas 13,05 milhões de toneladas de frangos, sendo o Paraná responsável por 34,32% dos abates, seguidos por Santa Catarina (16,21%), Rio Grande do Sul (13,82%), São Paulo (9,32%), Goiás (7,15%) e Minas Gerais (7,1%) (ABPA, 2018). Foram abatidos, no primeiro trimestre de 2018, 10,72 milhões de cabeças de suínos, representando queda de 3,1% em relação ao trimestre imediatamente anterior e aumento de 2,3% na comparação com o mesmo período de 2017.

FIGURA 1. Fluxograma de trabalho para o abate de bovinos e suínos



Fonte: PACHECO (2006)

Esse é o melhor resultado para os primeiros trimestres desde que a pesquisa foi iniciada em 1997 (IBGE, 2018). A maior parte do abate de suínos foi realizada por estabelecimentos de grande porte, que abateram mais de 500 animais/dia (9,6% do total de estabelecimentos), sendo responsáveis por 83,5% do número total de animais abatidos no primeiro trimestre de 2018 (IBGE, 2018).

Esse é o melhor resultado para os primeiros trimestres desde que a pesquisa foi iniciada em 1997 (IBGE, 2018). A maior parte do abate de suínos foi realizada por estabelecimentos de grande porte, que abateram mais de 500 animais/dia (9,6% do total de estabelecimentos), sendo responsáveis por 83,5% do número total de animais abatidos no primeiro trimestre de 2018 (IBGE, 2018).

3.8. A SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRIGORÍFICO

Segundo (MARRA, 2019), os frigoríficos apresentam diferenças estruturais relevantes entre si, em função da espécie de animal abatida (bovinos, aves e suínos), do tipo, da capacidade de abate e do tamanho da planta industrial. As tarefas de abate e processamento de carnes são realizadas em linhas de produção, de forma sequencial, predominantemente manuais em vários postos de trabalho, com velocidade determinada pelo número de animais que devem ser abatidos num determinado tempo. Os equipamentos mecânicos e guindastes fazem parte dos componentes que compõem o ambiente físico do trabalho em frigoríficos, no qual os trabalhadores desenvolvem suas atividades.

O quadro 6 mostra os riscos em cada etapa do abate e da desossa, onde os trabalhadores estão em contato com sangue, ruído intenso e utilizando materiais perfurocortantes.

A NR nº 9 aborda a necessidade da implementação de uma avaliação de riscos no trabalho e apresenta o Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais, onde os riscos são classificados em cinco tipos (BRASIL, 1994).

QUADRO 6. Riscos em cada etapa do abate e da desossa.

Etapa do processo de abate e desossa	Riscos
Recepção dos animais	Reação do animal, esforço físico intenso.
Atordoamento e insensibilização (pistola pneumática, descarga elétrica)	Estresse pela atividade, eletricidade, repetitividade, postura inadequada e ruído intenso.
Levantamento dos animais	Contato com fezes e sangue, repetitividade, aplicação de força, queda do animal, ruído intenso, pressa pela velocidade da linha de produção,

	temperatura e umidade excessivas, piso escorregadio.
Sangria	Contato com sangue, repetitividade, aplicação de força, queda do animal, manipulação de material perfurocortante (faca), ruído intenso.
Esfola (retirada do couro, cascos e chifres)	Contato com sangue e outros fluidos corpóreos, hipersolicitação anatômica e/ou funcional das articulações, pressa pela velocidade da linha de produção, temperatura e umidade excessivas, piso escorregadio.
Evisceração	Contato fluidos corpóreos, inalação de aerossóis, manipulação de material perfurocortante (faca e serra), hipersolicitação anatômica e/ou funcional das articulações, aplicação de força, pressa pela velocidade da linha de produção, temperatura e umidade excessivas, piso escorregadio.
Remoção e inspeção da cabeça	Contato fluidos corpóreos, inalação de aerossóis, manipulação de material perfurocortante (faca e serra), hipersolicitação anatômica e/ou funcional das articulações, aplicação de força, pressa pela velocidade da linha de produção, temperatura e umidade excessivas, piso escorregadio.
Remoção e inspeção das vísceras	Contato com fezes e órgãos, inalação de aerossóis, repetitividade, hipersolicitação anatômica e/ou funcional das articulações, aplicação de força, eletricidade, pressa pela velocidade da linha de produção, temperatura e umidade excessivas, piso escorregadio.
Corte para divisão da carcaça e lavagem das meias carcaças	Manipulação de material perfurocortante (faca e moto-serra), monotonia, repetitividade, hipersolicitação anatômica e/ou funcional das articulações, em posições extremas, vibrações, aplicação de força, eletricidade, pressa pela velocidade da linha de produção, contato constante com água fria sob pressão, temperatura e umidade excessivas, piso escorregadio.
	Manipulação de material perfurocortante (faca e fragmentos de ossos), repetitividade, monotonia, hipersolicitação anatômica e/ou funcional

Desossa	das articulações, vibrações, aplicação de força, pressa pela velocidade da linha de produção, temperatura e umidade excessivas.
Resfriamento e armazenamento	Manipulação de material perfurocortante (ganchos, fragmentos ósseos), vibrações, aplicação de força, eletricidade, ruído intenso, pressa pela velocidade da linha de produção, temperatura excessiva, piso escorregadio.
Bucharia e triparia (cozimento do estomago e lavagem dos intestinos)	Contato com fezes, sangue e órgãos, produtos químicos, monotonia, repetitividade, eletricidade, pressa pela velocidade da linha de produção, temperatura e umidade excessivas, piso escorregadio.
Graxaria (produção de farinha de osso e carne para ração animal)	Contato com fezes, sangue e órgãos, produtos químicos, manipulação de material perfurocortante (faca, fragmentos ósseos, dentes), repetitividade, aplicação de força, eletricidade, produtos químicos, temperatura e umidade excessivas, piso escorregadio.

Fonte: VASCONCELLOS *et.al.*, 2009; BUZANELLO, 2012; TIRLONE, 2012; REIS, 2015; MARRA *et.al.*, 2017; TAKEDA, 2018.

Risco de acidentes

Está relacionado aos fatores que colocam o trabalhador em situação vulnerável e que possam afetar sua integridade, seu bem-estar físico e psíquico; como por exemplo: as máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado, dentre outros.

Este é o risco de maior importância aos profissionais dos frigoríficos devido à manipulação rotineira de instrumentos perfurocortantes. Os trabalhadores fazem uso de instrumentos as serras, facas e chaira para afiar as facas. Assim, o risco de cortes é uma realidade. Segundo Vasconcellos *et al.* (2009) 43,3% dos acidentes de trabalho registrados, entre os trabalhadores de frigoríficos, eram causados por facas.

Risco ergonômico

Os fatores referentes ao risco ergonômico são aqueles que podem interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde; tais como: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho etc.

A exigência da aplicação de força para cortar a carne e manipular as peças, numa indústria de processamento de carnes, que na maioria das vezes é realizada em posturas e posições articulares do membro superior fisiologicamente desfavoráveis, principalmente o punho e a mão, geram sobrecarga (SERRANHEIRA; UVA; ESPÍRITO-SANTO, 2007; SARDA; RUIZ; KIRSTSCHING, 2009; HINRICHE, 2010; SCHIEHL, 2013; MARRA; SOUZA; CARDOSO, 2013; JAKOBI *et al.*, 2015).

A sobrecarga gerada pelo processo de intensificação do trabalho no setor produtivo da carne contribui para o adoecimento dos trabalhadores, e que, por sua vez, devido à alta produtividade, gera mais intensificação do trabalho, criando assim um ciclo vicioso em torno dessa problemática (MAGRO *et al.*, 2014).

A intensificação do trabalho não apenas está relacionada com os ritmos de trabalho e produtividade, mas também com as cargas de trabalho, levando ao desenvolvimento de estresse e outros distúrbios musculoesqueléticos (VALEYRE, 2004). Todo o esforço físico é aumentado, as posturas e movimentos tornam-se mais dolorosos ou fatigantes, favorecendo a ocorrência de acidentes (GOLLAC, 2005).

As doenças musculoesqueléticas são as mais comuns: DORT e LER, (GANDON; FERRAZ; PAVAN, 2017; MACHADO; MUROFUSE; MARTINS, 2016; Walter, 2016). Quando há uma pausa entre os ciclos de trabalho, o operador Além de deixar espaço para qualquer imprevisto, eles tendem a prever o trabalho para que possam manter o controle e acompanhar. Essas pausas são geralmente consideradas pelos supervisores como um tempo improdutivo, assim como o taylorismo, obrigando os operadores a acelerar o ritmo de trabalho, formando um círculo vicioso (ASKENAZY, 2004).

Dal Rosso (2008) enfatizou que o framework trata de diferentes formas de exploração do trabalho, acrescentando: Portanto, a intensidade do trabalho não é apenas trabalho físico, pois envolve todas as habilidades do trabalhador, seja sua capacidade física, acuidade mental, emoções despendidas, ou conhecimentos adquiridos ao longo do tempo ou disseminados através do processo de socialização.

Somada a essa situação, há a quantidade de horas extras, turnos da madrugada, cobrança na produtividade através das pressões exercidas pelos funcionários responsáveis pela fiscalização da produção e desempenhos, para que sejam cumpridas as metas, interferindo na motivação, na atitude e no comportamento desses trabalhadores, podendo afetar até mesmo sua saúde mental (IKEDO; RUIZ, 2014; ASKENAZY, 2004).

Estas situações confirmam a afirmação de Dejours (1994) de que o trabalhador é, de certa maneira, despossuído de seu corpo físico e nervoso, sendo forçado a agir conforme a vontade de outro, o que vigia, controla e explora ao máximo a força de trabalho. Não se trata apenas da incidência de lesões relacionadas ao trabalho, mas sim da exploração sem limites da força de trabalho.

Risco físico

Rio e Pires (1999) apontam que trabalhadores expostos a temperaturas abaixo e acima dos limites de tolerância e conforto durante toda a jornada de trabalho perderão sua eficiência, pois o consumo de nutrientes causará desconforto e pode ser prejudicial às pessoas no trabalho. O desempenho no período tem um impacto negativo. NR No. 15 especifica os limites permitidos de exposição ao calor e ao frio, ficando estabelecido que as atividades ou operações realizadas em câmara frigorífica ou em local com condições semelhantes expõem os trabalhadores ao frio sem proteção adequada e são consideradas insalubres. É determinado que o ambiente onde os trabalhadores são expostos a temperaturas extremas deve ter intervalos diferentes de acordo com o horário de trabalho, por exemplo, para funcionários que trabalham em câmaras frias ou funcionários que transportam mercadorias de um ambiente quente para um ambiente frio, depois de uma hora e 40 minutos de trabalho contínuo, estes trabalhadores terão de ter um período de 20 minutos e repouso (BRASIL, 1978).

Os altos índices de umidade devido à presença de água constante em diversas etapas do trabalho nos frigoríficos, como triparia, evisceração, escaldagem, resfriamento e cortes, em função das perdas de água do processo para o ambiente, causam o inconveniente da condensação nas paredes e teto, fazendo a água cair no piso, mantendo-o molhado e escorregadio aumentando os riscos de acidentes nesses locais. O local é propício também para a proliferação de microrganismos e por conseguinte perda de qualidade dos produtos (ANTTONEN; PEKKARINEN; NISKANEN, 2009; NINIOS *et al.*, 2014). Por estas razões

a NR 15 também determina que as atividades ou operações executadas em locais alagados ou encharcados, com umidade excessiva, capazes de produzir danos à saúde dos trabalhadores, sejam consideradas insalubres.

A NR n. 17 estabelece que o nível de ruído aceitável para efeito de conforto é de até 65 dB (A) (BRASIL, 2007). A presença de ruídos provoca interferência nas comunicações e redução da concentração, além de consequências como os distúrbios gastrointestinais, irritabilidade, vertigens, stress, nervosismo, aumento da pressão arterial, contração dos vasos sanguíneos e músculos e surdez (DUL; EERDMEESTER, 2004).

Uma outra Norma Regulamentadora, a NR n. 015 determina os limites de tolerância diária a que um trabalhador pode ficar exposto ao ruído contínuo ou intermitente. Segundo esta Norma, 8 horas é o tempo máximo de exposição diária para o nível de ruído contínuo de 85 dB (A) (BRASIL, 1978).

Os altos índices de umidade devido à presença de água constante em diversas etapas do trabalho nos frigoríficos, como triparia, evisceração, escaldagem, resfriamento e cortes, em função das perdas de água do processo para o ambiente, causam o inconveniente da condensação nas paredes e teto, fazendo a água cair no piso, mantendo-o molhado e escorregadio aumentando os riscos de acidentes nesses locais. O local é propício também para a proliferação de microrganismos e por conseguinte perda de qualidade dos produtos (ANTTONEN; PEKKARINEN; NISKANEN, 2009; NINIOS *et al.*, 2014). Por estas razões a NR 15 também determina que as atividades ou operações executadas em locais alagados ou encharcados, com umidade excessiva, capazes de produzir danos à saúde dos trabalhadores, sejam consideradas insalubres.

Há medidas que podem ser adotadas que priorizem sua eliminação (como, por exemplo o enclausuramento da fonte de ruído), redução da sua emissão (como a aquisição de serra elétrica menos ruidosa e o acolchoamento dos ganchos) e redução da exposição dos trabalhadores (uso de equipamentos de proteção individual como os protetores auriculares), nesta ordem. Essas medidas são recomendadas na NR n. 036 e devem ser complementadas pelos exames médicos periódicos, com a realização de audiometrias (BRASIL, 2013). Todas as condições de trabalho com níveis de ruído excessivo devem ser objeto de estudo para determinar as mudanças estruturais necessárias nos equipamentos e no modo de produção, a fim de eliminar ou reduzir os níveis de ruído.

Risco químico

Agentes químicos perigosos são todas as substâncias, compostos ou produtos que podem entrar no corpo dos trabalhadores pelo trato respiratório na forma de poeira, fumaça, gás, névoa, névoa ou vapor, ou seja, devido à natureza da atividade, contato, pode passar através da pele ingerido ou absorção pelo corpo. Os perigos químicos identificados durante o processo de trabalho incluem produtos para limpeza de matadouros e equipamentos, uso de detergentes e desinfetantes e produtos para decapagem e defumação (JOHNSON et al., 2011). Além disso, há também a presença de amônia, que é utilizada para o resfriamento do duto da câmara frigorífica. A exposição ocorre quando há vazamento do produto, o que pode ser fatal (IKEDO; RUIZ, 2014).

Risco biológico

Consideram-se como agentes de risco biológico as bactérias, vírus, fungos, parasitos, entre outros. Este é um dos riscos de maior importância para os trabalhadores de frigoríficos, devido ao contato direto e constante com material biológico, seja carne, sangue, vísceras, fezes, urina, secreções vaginais ou uterinas, restos placentários, líquidos ou fetos de animais. Por essa razão, o risco biológico torna-se preocupante por causa da possibilidade de exposição aos patógenos de doenças infecto contagiosas e de seu caráter zoonótico (MARRA, 2013; JAKOBI *et al.*, 2015; JOHNSON *et al.*, 2011).

Diante disso, é a TCI eficiente para causar impacto positivo na saúde e bem-estar nos trabalhadores de um frigorífico em região de Tríplice Fronteira?

Segundo a literatura, existem vários trabalhos publicados que mostram a contribuição da TCI no bem-estar de várias populações.

Os efeitos positivos da TCI têm sido reportados relativos a diferentes populações.

Estudo com objetivo de analisar os efeitos e impactos das Rodas de TCI na saúde biopsicossocial dos alunos de terceira idade que frequentaram uma Universidade Aberta da Terceira Idade no município de Foz do Iguaçu- PR mostrou que a utilização das rodas de TCI serviu, de modo geral, como ferramenta para a melhoria na qualidade de vida e bem-estar daquele grupo de acadêmicos. Neste estudo, também foi possível constatar que a aplicação da metodologia da TCI, quando colocada em prática em grupos de terceira idade, pode servir de base para a melhora das relações interpessoais, por se tratar de uma tecnologia

social leve que permite: ir além do unitário para atingir o comunitário; sair da dependência para a autonomia e a corresponsabilidade; enxergar além da carência para ressaltar a competência; sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial individual; romper com o clientelismo para chegar à cidadania e; transcender ao modelo que concentra a informação para fazê-la circular (JEAN *et al.*, 2020; BARRETO, 2010).

Vasconcellos *et al.* (2020) realizou um estudo com 21 diabéticos que frequentaram a Associação dos Diabéticos de Foz do Iguaçu-PR (ADIFI) onde contatou que os encontros de TCI auxiliaram na aquisição de maior resiliência, autocuidado e integração dos participantes e com isso, houve uma melhoria da glicemia e pressão sistólica, possivelmente consequência de mudanças de hábitos dos participantes indicando maior autocuidado para o enfrentamento dessa doença crônica. Com os resultados obtidos da pesquisa, foi possível constatar que a utilização desses encontros serviu, de modo geral para a melhoria na qualidade de vida e bem-estar daquele grupo de diabéticos da ADIFI (VASCONCELLOS *et al.*, 2020).

Giffoni *et al.* (2010), realizou uma pesquisa com o objetivo de identificar potencialidades da Terapia Comunitária Integrativa como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária, sob a perspectiva de um usuário. A pesquisa foi realizada na sede do Projeto Quatro Varas, Fortaleza, CE. O estudo constou com a participação de 20 sujeitos participantes da TCI e os resultados indicaram que o diálogo estabelecido na terapia promoveu ressignificação da problemática e redirecionamento de itinerários terapêuticos, no sentido da gestão da própria vida e busca da cidadania. Assim, a TCI favoreceu a formação de teia de relações sistêmicas, que ampliou a compreensão dos problemas decorrentes do uso de álcool, constituindo-se em efetiva estratégia para sua abordagem no campo da saúde comunitária (GIFFONI *et al.*, 2010).

Estudo realizado por Lemes *et al.* (2017), com objetivo de analisar os registros de fichas de rodas de Terapia Comunitária Integrativa, quanto aos problemas elencados e às estratégias enunciadas para enfrentamento tem mostrado que TCI é uma estratégia de enfrentamento às drogas entre usuários internos de duas comunidades terapêuticas masculinas, em município do Estado de Mato Grosso. Com os resultados deste estudo e de outros descritos na literatura em contextos diversos, aponta-se que a TCI é efetiva na compreensão do espaço de cuidado coletivo, promovendo saúde e bem-estar aos sujeitos por meio da socialização e partilha de suas histórias, importante ferramenta voltada ao cuidado

complementar de pessoas com dependência de drogas. A TCI colabora para a formação e/ou fortalecimento de vínculos da comunidade, estratégia importante, pois promove mudanças ao focalizar mais o coletivo, levando ao empoderamento da comunidade em virtude da partilhar de experiências (LEMES *et al.*, 2017).

Segundo Mello *et al.* (2015), a TCI é uma prática para o cuidado, por fornecer a oportunidade de expressar sentimentos, promover reflexão sobre a vivência, condição, tratamento e fortalecimento para enfrentamento de suas dificuldades num estudo realizado para compreender as repercussões dela nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. No estudo, foi possível perceber que a roda provocou uma explosão de sentimentos: emoção, admiração e compaixão, no semblante das pessoas que, de angustiados/entristecidos, passaram a serenos e alegres à medida que a roda foi se desenvolvendo (MELLO *et al.*, 2015).

Se na literatura está comprovado que TCI contribuiu para o bem-estar de várias populações, nenhum estudo ainda foi realizado com a finalidade de verificar o impacto da TCI no bem-estar dos trabalhadores de frigoríficos.

A TCI funciona como uma primeira instância de atenção básica em saúde pública. Ela acolhe, escuta, cuida e direciona melhor as demandas e permite que só afluam para os níveis secundários e terciários de atendimento as que foram resolvidas nesse primeiro nível de atenção. Ela não tem pretensão de ser uma panaceia, nem de substituir os outros serviços de rede a saúde e sim complementá-los. Atua no nível primário, promovendo a saúde e jamais trabalhando com a patologia (BARRETO, 2010).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trate-se de um estudo exploratório e quase-experimental que adotou o referencial metodológico da avaliação das rodas de TCI, conforme seu propositor (temas universais, estratégias de enfrentamento) acrescido da escala de faces e aplicação de questionário.

4.2. LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado num frigorífico situado no município de Itaipulândia-PR, localizado a 630 km da capital do Estado do Paraná, Curitiba.

Situado na região Oeste do estado, o município possui uma extensão territorial municipal de 327,728 km² e limita-se com os seguintes municípios; ao Norte e Leste, com Missal; a Sudeste, com Medianeira; ao Sul, com São Miguel do Iguaçu; a Sudoeste, Santa Terezinha de Itaipu e a Oeste, com o Lago de Itaipu e Pykyry no Paraguai.

4.3. PÚBLICO-ALVO

A população de estudo foi composta por participantes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, que atuam num frigorífico localizado em Itaipulândia-PR. A amostragem foi do tipo conveniência, onde participaram os trabalhadores que estiveram disponíveis e com interesse em participar da TCI assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste contexto, a TCI foi aplicada com o objetivo de oportunizar espaço de escuta sensível para a melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores.

4.3.1. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram: trabalhar frigorífico, seja técnico ou trabalhador; ser maior de idade (>18 anos de idade); concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); participar de pelo menos uma das rodas de TCI.

4.3.1. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão: indivíduos que tenham alguma necessidade especial de que impeça a participação efetiva nas rodas de TCI; indivíduos não alfabetizados cuja condição impeça a compreensão e preenchimento do TCLE e do questionário de pesquisa.

4.5. TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E RODAS DE CONVERSA

O protocolo da TCI e das rodas de conversa foi a proposta pelo professor Dr. Adalberto de Paula Barreto, precursor da Terapia Comunitária no Brasil e no mundo. As etapas da intervenção em TCI foram seguidas de acordo com a descrição contida no livro “Terapia Comunitária Integrativa: passo a passo”, de Adalberto Barreto (BARRETO, 2010), que foram acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, finalização. No presente estudo, foram realizadas 12 rodas de TCI no período de 02 de abril de 2019 a 11 de dezembro de 2019.

Nas Rodas de TCI, foram identificados os *Temas Universais* e as *Estratégias de Enfrentamento* de cada grupo. Os temas universais foram frutos de vivências semelhantes à maioria das pessoas, cada um com sua particularidade, porém, todos de forma muito parecida. Ou seja, são questões básicas da existência humana, responsáveis por mais de 90% de nossos desconfortos emocionais, físicos e mentais. Foram verificados nos relatórios de cada Roda de Conversa os principais temas universais trazidos à tona pelos participantes durante a realização de cada Roda. Todos eles serão categorizados e verificados as suas frequências absolutas e percentual. Segundo Barreto, 2010, é considerado estratégia de enfrentamento, as tentativas de resolução dos problemas e conflitos, foram verificados nos relatórios de cada Roda de Conversa as principais estratégias de enfrentamento trazidas à tona pelos participantes durante a realização de cada Roda. Todas elas foram categorizadas e verificadas as suas frequências absolutas e percentual.

4.5.1. Instrumentos de Pesquisa e Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pelo terapeuta e seu assistente. Foi feita por meio de observação e registro em caderno de campo a respeito dos principais temas universais e

estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes durante as rodas de conversa, assim como pela utilização de um questionário socioeconômico contendo perguntas sobre o perfil do participante, onde constaram questões sobre: sexo, idade, formação escolar, estado civil, tempo de atuação na empresa, cargo na empresa, presença de doença crônica, conhecimento sobre a TCI e sobre ter utilizado algum tipo de PIC anteriormente (APÊNDICE).

A autopercepção da felicidade foi mensurada através do instrumento *Escala de Faces de McDowell e Newell* (MCDOWELL & NEWELL, 1996). Instrumento utilizado para determinação da autopercepção da felicidade dos participantes das Rodas de Conversa (Scalco et al., 2010). Essa escala, segundo a literatura, tem confiabilidade teste-reteste de 0,7 (MCDOWELL & NEWELL, 1996), quando avaliada ao fim de uma mesma entrevista, e de 0,6 (VEENHOVEN, 1997), considerando-se um intervalo de sete dias entre a primeira e a segunda aplicação do item. Diener (1984) explicita que a validade e confiabilidade de medidas de único-item sugerem que sejam adequadas para grandes inquéritos populacionais, dada sua facilidade de aplicação (SCALCO et al., 2010).

Foram aplicadas Escalas de Faces antes e após o início de cada Roda de Conversa, que foram preenchidas manualmente por cada um dos participantes. A finalidade foi de verificar se a TCI causou ou não impacto positivo sobre a autopercepção da felicidade dos participantes. Nesta escala a autopercepção da felicidade foi medida de 1 a 7, onde 1 significa “Extremamente Feliz”, 2 significa “Muito Feliz”, 3 significa “Feliz”, 4 significa “Nem Feliz, nem Infeliz”, 5 significa “Infeliz”, 6 significa “Muito Infeliz” e 7 significa “Extremamente Infeliz”.

Além disso, os participantes responderam no questionário, as seguintes perguntas: O que mais gostou? O que menos gostou? As respostas analisadas e categorizadas.

4.6. ANÁLISE DE DADOS

Os resultados quantitativos das questões do questionário e de todas as Escalas de Faces respondidas foram tabulados utilizando-se o programa Excel 365 (Office Microsoft, 2019) e analisadas conjuntamente para confecção de tabelas utilizando-se o programa Word 365 (Office Microsoft, 2019). Os dados quantitativos foram tratados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, percentuais, médias, desvios padrões) usando o programa Minitab 18.

4.6.1 Análise da associação das variáveis independentes em relação ao desfecho da TCI

A Regressão logística é um tipo de regressão na qual a variável dependente é não-métrica, dicotômica (binária) (JOSEPH et al., 2009). Sendo assim, as variáveis dependentes e independentes foram dicotomizadas. E em seguida, realizou-se regressão logística simples para cada variável independente com o objetivo de determinar a associação de cada variável independente com o desfecho da TCI (ter se sentido melhor após a sessão de acordo com a escala de faces), considerando-se intervalo de confiança 95% e nível de significância $p < 0,05$. As análises foram realizadas utilizando-se o programa Minitab[®], versão 18.1, 2017.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste, segundo parecer 3.602.767 de 26 de setembro de 2019 e CAAE 20612619.8.0000.0107 (ANEXO). Todos os sujeitos de pesquisa somente participaram da pesquisa mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO).

5. RESULTADOS

Este estudo foi realizado com a participação de 151 trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira, ao longo de doze (12) rodas de TCI. A Tabela 1 apresenta o perfil dos participantes quanto ao sexo e idade. Quando observada a participação por sexo, encontrou-se predominância feminina nas atividades desenvolvidas (67,6%). Por outro lado, as informações sobre a faixa-etária revelaram predomínio entre os participantes entre 21 a 30 anos (29,8%) seguido da faixa etária entre 31 a 40 anos (16,6%).

TABELA 1: Perfil dos participantes quanto ao sexo e idade, Itaipulândia, (2019).

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	102	67,6
Masculino	49	23,4
Idade		
18 a 20 anos	4	2,6
21 a 30 anos	45	29,8
31 a 40 anos	25	16,6
41 a 50 anos	10	6,6
51 a 60 anos	4	2,6
Não Respondeu	63	41,7
Total	151	100,0

Fonte: o autor (2021)

Do total de 151 participantes das rodas de TCI, foi possível analisar as características socioeconômicas e de saúde, de 70 participantes, que responderam completamente os instrumentos aplicados. Quanto ao estado civil, escolaridade, filhos e região observou-se que houve predominância dos participantes solteiros (37,1%), seguido daqueles que estavam casados (30,0%). Houve predominância dos participantes com ensino médio não concluído (25,7%). A maioria tinha filhos (61,4%) e não tinha enteados (30,0%). Houve predominância dos participantes que tinham uma religião (74,3%), e a maioria era católica (58,6%) (Tabela 2).

TABELA 2: Perfil dos participantes quanto ao estado civil, escolaridade, filhos e religião, Itaipulândia-PR, 2019.

Variável	N	%
Estado Civil		
Solteiro	26	37,1
Casado	21	30,0
União Estável	16	22,9
Outro	3	4,3
Separado	2	2,9
Não Respondeu	2	2,9
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	14	20,0
Fundamental Completo	11	15,7
Médio Incompleto	18	25,7
Médio Completo	17	24,3
Superior Incompleto	3	4,3
Superior Completo	4	5,7
Pós-Graduação	0	0,0
Não Respondeu	3	4,3
Tem Filhos		
Sim	43	61,4
Não	15	21,4
Não Respondeu	12	17,2
Enteados		
Sim	7	10,0
Não	21	30,0
Não Respondeu	42	60,0
Religião		
Sim	52	74,3
Não	4	5,7
Não respondeu	14	20,0
Católica	41	58,6
Evangélica	11	15,7
Outra	0	0,0
Não Respondeu	18	25,7
Total	70	100,0

Fonte: o autor (2021)

No que diz respeito ao perfil profissional dos participantes (Tabela 3), percebeu-se que houve predominância dos trabalhadores que atuam na empresa entre 1 a 5 anos (50,0%) seguidos dos que atuam entre 6 a 10 anos (21,4%). A renda da maioria era entre 1 a 2 salários

mínimos (61,4%), não tinham mais de um trabalho (61,4%), não atuavam em trabalho autônomo (45,7%), e 68,6% deles não estudavam no momento do estudo.

TABELA 3: Perfil profissional dos participantes, Itaipulândia-PR, 2019.

Variável	N	%
Tempo de atuação na empresa		
1 mês a 11 meses	13	18,6
1 ano a 5 anos	35	50,0
6 anos a 10 anos	15	21,4
11 anos a 20 anos	1	1,4
Não Respondeu	6	8,6
Renda		
	N	%
<1 SM	4	5,7
1 a 2 SM	43	61,4
3 a 4 SM	1	1,4
Não Respondeu	22	31,4
Tem mais de 1 trabalho		
	N	%
Sim	5	7,1
Não	43	61,4
Não Respondeu	22	31,4
Faz trabalho autônomo		
	N	%
Sim	3	4,3
Não	32	45,7
Não respondeu	35	50,0
Estuda atualmente		
	N	%
Sim	3	4,3
Não	48	68,6
Não respondeu	19	27,1
Total	70	100,0%

Fonte: o autor (2021)

A tabela 4 apresenta o perfil do estilo de vida e de saúde dos participantes, onde 55,7% responderam que dormiam bem e predominou a carga horária diária de sono de 7 a 8 horas (38,6%). A maioria (50,0%) não tinham plano de saúde e houve a predominância dos participantes que não ingeriam bebida alcoólica (50,0%) e não fumavam (58,6%). Além disso, a maioria relatou não praticar atividades físicas fora do ambiente de trabalho (47,1%) e a maioria não tinha doença crônica (90,0%).

Em relação ao contato prévio dos participantes com a Terapia Comunitária Integrativa e experiência com tratamento com outras práticas integrativas e complementares, observou-se que 88,6% não tiveram contato nenhum com a TCI antes da realização das atividades (Tabela 5). Ainda no que diz respeito à tratamento de saúde buscado anteriormente com Práticas Integrativas e Complementares, 7,1% já utilizou Fitoterapia, e 1,4% dos participantes já realizaram Meditação, Acupuntura, Imposição de mão ou Constelação Familiar (Tabela 5).

TABELA 4: Perfil do estilo de vida e de saúde dos participantes, Itaipulândia-PR, 2019.

Variável	N	%
Dorme bem		
Sim	39	55,7
Não	11	15,7
Não Respondeu	20	28,6
Horas de sono diário		
5 a 6 horas	17	24,3
7 a 8 horas	27	38,6
9 a 10 horas	1	1,4
Não Respondeu	25	35,7
Tem Plano de Saúde		
Sim	15	21,4
Não	35	50,0
Não Respondeu	20	28,6
Ingere bebida alcoólica		
Sim	15	21,4
Não	35	50,0
Não Respondeu	20	28,6
Fuma		
Sim	8	11,4
Não	41	58,6
Não Respondeu	21	30,0
Faz atividade física		
Sim	17	24,3
Não	33	47,1
Não Respondeu	20	28,6
Tem doença crônica		
Sim	5	7,1

Não	63	90,0
Não Respondeu	2	2,9
Total	70	100,0

Fonte: o autor (2021)

TABELA 5. Contato prévio dos participantes em relação à Terapia Comunitária Integrativa e experiência com tratamento com outras práticas integrativas e complementares, Itaipulândia-PR, 2019.

Pergunta	N	%
Contato com a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) antes da realização das atividades		
Sim	4	5,7
Não	62	88,6
Não Respondeu	4	5,7
Tratamento de saúde buscado anteriormente com uma dessas Práticas Integrativas e Complementares (PICs)		
Fitoterapia	5	7,1
Meditação	1	1,4
Acupuntura	1	1,4
Imposição de mão	1	1,4
Constelação Familiar	1	1,4
Total	70	100,0

Fonte: o autor (2021)

Conforme Tabela 6, analisou-se os efeitos da aplicação nos 151 participantes das 12 rodas de TCI realizadas, e em 5 destas (41,7%) observou-se melhora estatisticamente significativa do estado emocional dos participantes depois das rodas comparado ao início das rodas, conforme a escala de faces, com um valor médio atribuído de 3,3 (desvio padrão [DP] de 1,02) antes da TCI e 2,3 (DP padrão de 1,2) depois da TCI, quando considerados apenas as rodas 1, 2, 3, 6 e 9, que apresentaram diferenças significativas.

Quando se analisou o conjunto de todos os participantes das rodas, observou-se diferença significativa do estado emocional depois das rodas comparado ao estado antes das rodas, com estado emocional com média de 3,1 (DP de 1,2) antes das rodas e média de 2,3 (DP de 1,1) depois das rodas (Tabela 6). Os resultados indicam que antes da TCI os participantes relataram, na média, estarem em estado emocional mais próximo de 3 (feliz) e após as rodas passaram a apresentar, na média, um estado emocional mais próximo de 2 (muito feliz).

TABELA 6. Resultado da escala de faces antes e após a participação nas rodas de TCI, Frigorífico Itaipulândia-PR, 2019.

Roda (n)**	Mediana Antes das Rodas	Mediana depois das rodas	Média Antes da Roda***	Média Depois da Roda***	Intervalo de Confiança (IC)	p
1 (21)	3	3	3,3 (1,3)	2,8 (1,3)	(0,0000000; 1)	0,097*
2 (21)	3	2	3,6 (1,6)	2,0 (0,8)	(1; 2)	>0,001*
3 (15)	3	2	3,7 (0,8)	2,3 (1,0)	(1; 2)	0,002*
4 (19)	3	2	2,9 (1,4)	2,5 (1,4)	(-0,0000000; 1)	0,218
5 (4)	3	1,5	2,7 (0,5)	1,7 (1,0)	(-1; 2)	0,161
6 (11)	3	2	2,6 (0,8)	1,9 (0,7)	(-0,0000000; 1)	0,039*
7 (6)	2	1,5	2,3 (1,9)	2,2 (1,9)	(-1; 1)	0,729
8 (12)	3	2,5	2,9 (1,0)	2,4 (1,1)	(-0,0000000; 1)	0,268
9 (13)	3	2	3,3 (0,6)	2,5 (1,2)	(0,0000000; 2)	0,029*
10 (4)	3	2,5	3,2 (1,3)	2,2 (1,0)	(-1; 4)	0,353
11 (12)	2,5	2,5	2,6 (0,7)	2,3 (0,8)	(0,0000000; 1)	0,591
12 (13)	3	2	2,5 (0,7)	2,1 (0,9)	(-0,0000000; 1)	0,255
Total (151)	3	2	3,1 (1,2)	2,3 (1,1)	(1; 1)	>0,001*

Nota: *Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$); **Dados expressos como número da roda (número de participantes antes da roda; depois da roda); *** Dados expressos como média (desvio padrão). Na escala de faces, o valor 3 indica “feliz”, o 2 indica “muito feliz” e o 1 “extremamente feliz”.

Fonte: o autor (2021)

A Tabela 7 apresenta a relação dos temas universais identificados por meio da leitura integral dos relatórios finais para cada roda de TCI. Destacaram-se como temas universais mais frequentes: os problemas físicos de saúde ($n=10$; 83,3%); luto ($n=5$; 41,7%), conflitos familiares ($n=5$; 41,7%) e estresse ($n=4$; 33,3%).

TABELA 7. Temas universais observadas durante a realização das rodas de Terapia Comunitária Integrativa, Itaipulândia-PR, 2019.

Temas Universais	Frequências N (%)
Problemas físicos de saúde	10 (83,3)
Luto	5 (41,7)
Conflitos familiares	5 (41,7)
Estresse	4 (33,3)
Ansiedade	1 (8,3)
Problemas psíquicos	1 (8,3)
Problemas mentais	1 (8,3)
Dependência	1 (8,3)
Divórcio	1 (8,3)
Depressão	1 (8,3)

Separação conflituosa	1 (8,3)
Tentativa de suicídio	1 (8,3)
Total de Rodas	12 (100,0)

Fonte: o autor (2021)

No tocante às estratégias de enfrentamento, foram identificadas sete categorias principais (Tabela 8), sendo a busca de ajuda espiritual ou religiosa (n=12; 100,0%) e cuidar do relacionamento familiar (50,0%) as que mais predominaram; e mudar de casa; se isolar, estudar e conversar mais e busca de ajuda profissional e ações de cidadania os menos citados nos relatórios finais (n=1; 8,3%).

TABELA 8. Estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes das rodas de Terapia Comunitária Integrativa, Itaipulândia-PR, 2019.

Estratégias de Enfrentamento	Frequências N (%)
Busca de ajuda espiritual ou religiosa	12 (100,0)
Cuidar do relacionamento com a família	6 (50,0)
Fortalecimento/empoderamento pessoal	3 (25,0)
Busca de redes solidárias	2 (16,7)
Busca de ajuda profissional e ações de cidadania	1 (8,3)
Estudar e conversar mais	1 (8,3)
Mudar de casa; se isolar	1(8,3)
Total de Rodas	12 (100,0)

Em relação aos aspectos que mais gostaram nas rodas de TCI, os participantes expressaram alto grau de satisfação com as atividades de forma geral, pois 23,8% relataram ter gostado das dinâmicas, do formato e organização; seguido pelo ouvir as histórias de vida de outros (17,2%) e das experiências de vida compartilhadas (14,5%) (Tabela 9).

TABELA 9. Relação dos elementos de satisfação identificados pelos trabalhadores do frigorífico em relação às Rodas de Terapia Comunitária Integrativa, Itaipulândia-PR, 2019.

Pergunta	Respostas	n	%
	Das dinâmicas, formato e organização	36	23,8
	Ouvir histórias de vida de outros	26	17,2
O que mais gostaram	Das experiências de vida compartilhadas	22	14,5
	Da relação de confiança estabelecida	21	13,9
	De tudo	14	9,3

Da reflexão final	8	5,3
Da aceitação pelo grupo	7	4,6

Total	151	100,0
--------------	------------	--------------

Fonte: o autor (2021)

O alto grau de satisfação também foi reforçado quando perguntados sobre os aspectos que menos gostaram nas rodas de TCI, assim, percebeu-se a predominância dos participantes que relataram que não houve nada que não gostasse (27,8%). No entanto, 27,8% dos participantes relataram não ter gostado da dinâmica, formato e organização (Tabela 10).

TABELA 10. Relação dos elementos de insatisfação identificados pelos trabalhadores do frigorífico em relação às Rodas de Terapia Comunitária Integrativa, Itaipulândia-PR, 2019.

Pergunta	Respostas	N	%
	Da dinâmica, formato e organização	42	27,8
O que menos gostaram	Não houve nada que não gostasse	42	27,8
	Pouco tempo de duração das rodas	9	6,0
	A falta de participação de mais pessoas	4	2,6
Total		151	100,0

Fonte: o autor (2021)

Após a realização da regressão logística para a verificar a melhoria no estado emocional com as variáveis independentes, realizada com base em 70 participantes das Rodas de TCI, aquela com $p < 0,05$ foi: idade. Verificou-se que a chance de ter uma melhoria no estado emocional e bem-estar participando nas rodas de TCI é 4,28 vezes maior nos trabalhadores com idades entre 18 a 24 anos em comparação aos trabalhadores com idade > 24 anos (TABELA 11). As demais variáveis independentes analisadas não apresentaram significância significativa.

TABELA 11. Análise de Regressão Logística das variáveis independentes em relação ao desfecho de ter se sentido melhor após a sessão de TCI, Itaipulândia, 2019.

Variável	Odd Ratio	IC (95%)	p valor
Sexo			
Feminino	1,10	(0,4011 - 3,0384)	0,848
Masculino	1	-	
Idade			
18 a 24 anos	4,28	(1,2138 – 15,1321)	0,016
>24 anos	1		
Escolaridade			
Ensino Fundamental	1,0370	(0,3257; 3,3022)	0,951
Ensino Médio/Superior	1		
Estado Civil			
Solteiro	1,21	(0,4544-3,2251)	0,702
Casado/União Estável	1		
Município de Residência			
Itaipulândia	1		
Outro	0,4821	(0,1299-1,7896)	0,265
Atividade Física			
Sim	1,94	(0,5915-6,3552)	0,721
Não	1		
Carga horária sono			
Até 6 horas	1		
> 6 horas	3,00	(0,8189-10,9908)	0,089
Tempo de Atuação na Empresa			
Até 2 anos	0,8348	(0,2802-2,4866)	0,745
>2 anos	1		
Tem Doença Crônica			
Sim	0,7097	(0,1110-4,5367)	0,715
Não	1		
Teve Contato TCI			
Sim	0,3333	(0,0281; 3,9544)	0,384
Não	1		
Teve contato com outras PICS			
Sim	1		
Não	1,3182	(0,2057-8,4460)	0,769

Fonte: o autor (2021)

6. DISCUSSÃO

Este estudo objetivou em analisar os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira. Representando desta forma como primeiro estudo a explorar o impacto da TCI em trabalhadores de frigoríficos. Segundo Silva *et al.* (2018), no Brasil, estudos epidemiológicos que avaliem o impacto de práticas integrativas e complementares na saúde física e emocional, tal como Terapia Integrativa são muito escassos, o que dificulta comparações de resultados obtidos com outras populações.

Neste trabalho foi possível avaliar o impacto psicoemocional da TCI, considerando que houve melhoria significativa do estado emocional dos trabalhadores do frigorífico após a intervenção das rodas comparativamente ao estado anterior.

Diante disso, a metodologia da TCI se mostrou como prática integrativa e complementar importante para diminuição do sofrimento e aumento da resiliência dos trabalhadores, pois, nas rodas de TCI, o participante fala da sua dor, compartilhando também a um grupo que sofre. Porém, nas rodas, são estimulados aspectos que não se limitam apenas à doença/dor, mas que envolvem a vida do ser humano como um todo, valorizando a integralidade e humanização (SILVA *et al.*, 2018).

Outro aspecto relevante, é que a TCI é classificada como uma abordagem grupal na Atenção Primária à saúde. As intervenções grupais, apesar de ainda serem poucos utilizados nos serviços de saúde (CHIESA *et al.*, 2007), são inovadoras na perspectiva assistencial e imprescindíveis, do ponto de vista da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto porque o trabalho em grupo, por um lado, é um instrumento metodológico eficaz na promoção e educação em saúde dos indivíduos além de potencializar o fortalecimento de vínculos entre os participantes, e desses, com a estrutura institucional e, por outro, é uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos em saúde mental, com a otimização de recursos humanos, físicos, financeiros e tempo (SIMÕES *et al.*, 2006; MAFFACCIOLI, 2011).

Este estudo nos leva a compreender que a maneira como se vive e as condições de vida e trabalho têm uma grande influência sobre a saúde. A Organização Mundial da Saúde afirma que as causas comuns da mortalidade das populações, no seu conjunto, são influenciadas pelo meio social e identifica dez determinantes sociais da saúde (WILKENSON *et al.*, 2004): as desigualdades sociais, o estresse, a primeira infância, a

exclusão social, o ambiente de trabalho, o desemprego, o apoio social, as dependências, a alimentação e o transporte.

Quanto a esses determinantes, a OMS afirma que as condições socioeconômicas desfavoráveis atingem a qualidade de vida, de forma que os agravantes sociais e psicossociais são responsáveis pela maioria das doenças e causas de mortalidade (BARRETO, 2010). Em 83% das rodas de TCI realizadas no frigorífico com os trabalhadores, foi possível observar que os problemas físicos de saúde foi o tema universal mais presente, pois apareceu em 10 rodas, seguido dos problemas mentais como luto, conflitos familiares que apareceram em segundo, e terceiro lugar. Descobriu-se esses determinantes sociais da saúde no decorrer das rodas, eles aparecem na forma de temas universais, como o estresse que aparece em quarto lugar.

A OMS ainda alerta que os fatores relacionados ao estresse podem ser melhor enfrentados na participação em grupo, antes de originarem patologias, de alto custo social. Afirma ainda que enfrentar o estresse de forma adequada é um ato de promoção da saúde (BARRETO, 2010). O estresse é uma fonte de inquietação e ansiedade que interfere no enfrentamento dos problemas existenciais, além de ter um efeito cumulativo, aumentando a degradação da saúde.

Nesta perspectiva, a TCI centra a sua ação na reflexão do sofrimento causado pelas situações estressantes. Trata-se de criar espaços de partilha destes sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde destas populações. Procura-se prevenir, promover a saúde em espaços coletivos, e não combater a patologia individualmente, que é da competência dos especialistas.

Na Terapia Comunitária, os problemas do cotidiano são discutidas, compreendidas e ampliadas as possibilidades de solução com base na realidade vivida, nas alternativas já experimentadas. É um espaço de diálogo tanto para a partilha de sofrimentos e possibilidades de solução como para a celebração das conquistas.

Outro aspecto relevante que foi constatada durante a realização das rodas foi a insegurança no trabalho, como o medo de perdê-lo, é um fato que desencadeia uma série de problemas como a ansiedade, o estresse e a insônia. O estresse do trabalho é um componente importante que influi na constituição da saúde.

Segundo Barreto, as más condições de trabalho aumentam os riscos de doenças. O contexto psicossocial do trabalho constitui um determinante da saúde e, quando inadequado, contribui para o aumento do estresse, ponto de partida da grande incidência de doenças

cardiovasculares, absenteísmos e acidentes. Então, a participação na Terapia Comunitária permite aos indivíduos partilharem problemas existentes no seu contexto de trabalho, aliviando o estresse e oportunizando o conhecimento das soluções vivenciadas por outras pessoas que enfrentaram situações semelhantes.

Estudos realizados em vários países demonstraram que uma taxa elevada de desemprego está associada a doenças e mortes prematuras (BOSMA et al., 1998). A preocupação com o sustento da família, a ansiedade suscitada pelo desemprego, a falta de capacitação profissional e a incerteza do amanhã, atingem gravemente a saúde (BARRETO, 2010).

A TCI tem como um dos seus objetivos primordiais a criação de redes sociais, mobilização dos recursos pessoais e culturais, o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre as pessoas. A rede social é a base de sustentação de todo o trabalho da TCI, uma vez que é no contexto social que as malezas são estabelecidas, sejam elas da ordem da saúde, segurança, educação, trabalho, entre outras. De forma igual, estas questões que se estabelecem no coletivo necessitam deste para a busca de soluções ou de alternativa para melhor lidar com elas (BARRETO, 2010).

Com relação às estratégias de enfrentamento dos desafios cotidianos, a busca de ajuda espiritual ou religiosa e o cuidar do relacionamento com a família foram os mais citados nos encontros. Observou-se que o tema universal mais citado nas rodas de TCI (problemas físicos de saúde) não está sendo aparentemente enfrentado com a estratégia adequada afim de ajudar os trabalhadores a uma melhoria. Os trabalhadores de frigoríficos precisam de uma atenção especial voltada à uma educação em saúde que assuma um papel fundamental na sociedade levando informação e conhecimento à população sobre como se pode cuidar melhor a saúde, principalmente de maneira preventiva. Ao focar-se em informação e prevenção é possível evitar doenças, usufruindo de uma vida com mais saúde e qualidade. Outro ponto importante observado durante as rodas é a medo de perder o trabalho. Isto faz com que mesmo com problemas físicos de saúde, eles talvez evitem relatar e nem queiram procurar ajuda de profissionais qualificados para poder auxiliar e dar um direcionamento ao que deveriam fazer.

A Norma Regulamentadora nº 36 funciona como um fator de proteção para os trabalhadores de frigoríficos apesar de eles serem submetidos a condições de trabalho muito rígidas, o qual destaca a sobrecarga no trabalho.

A análise de Regressão Logística das variáveis independentes em relação ao desfecho de ter se sentido melhor após a sessão de Terapia Comunitária Integrativa nos mostrou que os jovens têm 4 vezes mais chance de ter um desfecho positivo. Isto é, os jovens são mais abertos a compartilhar experiências de vida quando se sente em um lugar seguro. Ouvindo depoimento de outros, eles também se sentem à vontade de participar abertamente. Diferente dos adultos que são mais reservados mesmo se sentem seguro, as vezes não querem compartilhar com outro.

7. CONCLUSÃO

Esta pesquisa apesar de ser pioneiro a estudar o impacto da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar de trabalhadores de frigoríficos, validou o indicativo de Barreto (2010) para demonstra que a técnica de Rodas de TCI permite aplicação para grupos de pessoas incluindo diferentes classes sociais, idades, condição socioeconômica, educacional e profissional, visto que inicialmente foi desenvolvida enquanto metodologia terapêutica voltada para grupos que experienciam condição social de vulnerabilidade, em termos de saúde mental e autonomia individual e comunitária.

Com os resultados obtidos, foi possível constatar que a utilização das Rodas de TCI ou Rodas de Conversa serviu, de modo geral, como ferramenta para a melhoria na saúde e bem-estar do grupo de trabalhadores de frigorífico. Os temas universais, principalmente, os problemas físicos de saúde e os problemas mentais tiveram relação com o trabalho no frigorífico. Foi possível constatar que a aplicação da metodologia da TCI, quando colocada em prática em grupos de trabalhadores de frigorífico, pode servir de base para a melhora das relações interpessoais, por se tratar de uma tecnologia social leve que permite: (a) Ir além do unitário para atingir o comunitário; (b) Sair da dependência para a autonomia e a co-responsabilidade; (c) Ver além da carência para ressaltar a competência; (d) Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; (e) Da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial de cada um; (f) Romper com o clientelismo para chegarmos à cidadania; (g) Romper com o modelo que concentra a informação para fazê-la circular.

8. REFERÊNCIAS

ABIEC. Associação Brasileira das Indústrias de Exportação de Carne. **Perfil da pecuária no Brasil**. Relatório anual, 2018.

ABÍNZANO, R. Antropología de las relaciones transnacionales em las regiones de frontera. El caso de la Triple Frontera entre Argentina, Brasil, Paraguay. Proyecto de investigación. Universidad Nacional de Misiones, 27 Set. 2013.

ABPA. Associação Brasileira de Proteína Animal. **Relatório Anual 2018**. São Paulo, 2018.

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. **Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde**.(Cad. Saúde Pública, v. 34) Bibliografia: p.Rio de Janeiro, n. 8, e00182117, 2018.

ALMEIDA FILHO, N. **The concept of health: blind-spot for epidemiology?**Revista Brasileira de Epidemiologia 2000, v.3, ed.1, p. 4–20.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BARRETO, A.P.; OLIVEIRA, M.V. (org.) Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica). **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza:BRASIL, 2009.

ANTTONEN, H; PEKKARINEN, A; NISKANEN, J. **Safety at Work in Cold Environments and Prevention of Cold Stress**. Industrial Health, v. 47, n. 3, p. 254- 261, jul. 2009.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 7ª ed., 2000

ANTUNES R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. 2ª ed. São Paulo: Boitempo; 2000

ANTUNES, R.; PRAUN, L. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**. Serv. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.

ASKENAZY, P. **Les désordres du travail: enquête sur le nouveau productivisme**. Paris: Éditions du Seuil et La République des Idées, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1970.

BARMETT, J.; BREAKWELL, G. M. Risk perception and experience: hazard personality profiles and individual differences. **Risk Analysis**, 2001.

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária passo a passo**. 4ª ed. Fortaleza (CE): Gráfica LCR, 2010.

BARROS OLIVEIRA, PAULO ANTONIO, MENDES, JUSSARA MARIA ROSA. Processo de trabalho e condições de trabalho em frigoríficos de aves: relato de uma experiência de vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva* [en linea]. 2014, 19 (12), 4627-4635. ISSN: 1413-8123. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63032604003>

BARROS, I. F. O agronegócio e a atuação da burguesia agrária: considerações da luta de classes no campo. **Serv. Soc. Soc.** n.131, São Paulo. Jan./Abr. 2018.

BATISTA, Alfredo. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 61. São Paulo: Cortez, 1999, p. 63-90

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. CEBES-Hucitec-Oboré, São Paulo, 1983.

BIFFA, D.; BOGALE, A. S. E. Diagnostic efficiency of abattoir meat inspection service in Ethiopia to detect carcasses infected with *Mycobacterium bovis*: Implications for public health. **BMC Public Health** 2010.

BOSI, A.de P. **A recusa do trabalho em frigoríficos no oeste paranaense (1990-2010): a cultura da classe**. **Diálogos** (Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História), vol. 17, n. 1, pp. 309-335. Universidade Estadual de Maringá, 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 - aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) No Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

BRASIL. NR 15. **Atividades e operações insalubres**. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978.

BRITO, F. L.; PERIPOLLI, O. J. Origem e desenvolvimento do capitalismo no campo: uma discussão para além dos números. **Revista Nera** – Ano 20, N. 40 – Set/dez, 2017.

BUZANELLO, M.R.; MORO, A.R. **Increase of Brazilian productivity in the slaughterhouse sector**: a review. *Work* 41, 2012, p. 60-70.

CABRAL, A. **Jaula**. Rio de Janeiro: Editora da Palavra, 2006.

CAMILO, C.; LIMA, M. L. No que se pensa quando se pensa em doenças: estudo psicométrico dos riscos de saúde. **Rev. Port. Sau. Pub.**, vol. 28, n. 2, pp. 140-154, 2010

CARDOSO, T. A. O.; SILVA, I. Biossegurança no manejo de animais. In: CARDOSO, T. A. O.; NAVARRO, M. B. M. A, orgs. **A Ciência entre “Bichos” e “Grilos”: reflexões e ações da Biossegurança nas pesquisas com animais**. São Paulo: Hucitec; 2007.

CARVALHO, C.C.S. **Avaliação ergonômica em operações do sistema produtivo de carne de frango**. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, 2009.

CARVALHO, T. B. **Estratégias de crescimento e reestruturação da indústria de carne bovina no Brasil: o papel de políticas públicas discricionárias**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2016.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Biosafety in microbiological and biomedical laboratories**. Atlanta, 2009.

CIÇEK, M.; KÖRKOCA, H.; GÜL, A. Investigation of *Cryptosporidium* sp. in workers of the Van municipality slaughterhouse and in slaughtered animals. **Turkiye Parazitol Derg.**, İzmir, v. 32, n. 1, p. 8-11, 2008.

COCCO, P. L.; CAPERNA, A.; VINCI, F. Occupational risk factors for the sporadic form of Creutzfeldt-Jakob disease. **Med Lav.**, Milano, v. 94, n. 4, p. 353-63, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (ORG). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: **Ed. Fiocruz**, 1997.

COSTA, R.F.R. *et al.* Caracterização das lesões por *Cysticercus bovis* na inspeção post-mortem de bovinos, pelo exame macroscópico, histopatológico e pela reação em cadeia de polimerase (PCR). **Pesquisa Veterinária Brasileira**. v. 32, n. 6, p.477-484, 2012

COUTAREL F, DUGUÉ B, DANIELLOU F. Interroger l'organisation du travail au regard des marges de manoeuvre en conception et en fonctionnement. La rotation est-elle une solution aux TMS? PISTES 2003; v5, p.1-28.

COUTAREL F, DANIELLOU F, DUGUÉ B. Conception et organisation du travail dans les abattoirs en France: la polyvalence est-elle une solution aux TMS? In: Les Actes du Forum d'Échange de la Chaire GM en Ergonomie. Montréal: **Univeristé du Québec**; 2003. p. 109-15.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho!: a intensificação do labor na sociedade contemporânea**. São Paulo, Boitempo, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5° ed. São Paulo: Oboré, 1992.

DELGADO, G. C. **Do capital financeiro na agricultura à economia do agronegócio: mudanças cíclinas em meio século (1965-2012)**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2012.

DENIS, M. *et al.* Comparison of genetic profiles of *Campylobacter* strains isolated from poultry, pig and *Campylobacter* human infections in Brittany, France. **Pathol Biol.**, Paris, v. 57, n. 1, p. 23-9, 2009.

DEUTZ, A. *et al.* *Toxocara*-infestations in Austria: a study on the risk of infection of farmers, slaughterhouse staff, hunters and veterinarians. **Parasitol Res.** 2005.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Perfil dos Trabalhadores da Indústria da Carne no Brasil**. Setembro, 2013.

DIENER, E. *et al.* The Satisfaction with life scale. **J Pers Assess** 1985, v. 49, p.71-75.

DIPOA - Departamento de Inspeção de Produtos de Origem Animal. Inspeção de carnes bovina. **Padronização de técnicas, instalações e equipamentos**. Brasília, 2007.

DORFAMN, A.; CARDIN, E. G.; Estratégias espaciais do ativismo em condição fronteira no Cone Sul. **Cuadernos de Geografia.**, Bogotá, v. 23, n. 2, p. 31-44, Jul./Dez. 2014.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira. Redes Sociais. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.** 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

DUL, J; WEERDMEESTER, B. Ergonomia Prática. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

DUTRA, L.H. *et al.* The prevalence and spatial epidemiology of cysticercosis in slaughtered cattle from Brazil. Semina: **Ciências Agrárias**, Londrina, v.33, n.5, 2012, p. 1887-1896.

EASTERLIN, R.A. **Explaining happiness.** Proceedings of the National Academy of Sciences, 2003, v.100, n. 19, p.76–83.

ENGELS, FRIEDRICH. Quota-Parte do trabalho de hominização de macaco. In: **Marx/Engels: Obras Escolhidas.** Lisboa – Moscovo, 1985, p. 71-83.

FAO. Food and Agriculture Organization. Food Outlook. **Biannual Reporto n Global Food Markets.** Rome, UN, 2017.

FERRARI, M. As noções de fronteira em geografia. **Revista Perspectiva Geográfica,** Marechal Cândido Rondon, v. 9, n. 10, 2014.

FERREIRA FILHA, M.O.; Dias, M.D.; Andrade, F.B.; Lima, E.A.R.; Ribeiro, F.F.; Silva, M.S.S. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. Revista Eletrônica de Enfermagem[Internet]. 2009;11(4), p.964-970. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>.

FERREIRA, M. O. F. *et al.* A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 964-970, 2009.

GANDON, L. F. M; FERRAZ, R. R. N.; PAVAN, L. M. B. *et al.* Redução das faltas e dos acidentes de trabalho com base na implementação de melhorias ergonômicas na linha de

produção de um frigorífico gaúcho. **Rev. Gestão & Saúde**. Vol. 08, n. 01, jan. Brasília, 2017.

GOLLAC, M. L'intensité du travail: formes et effets. **Dans Revue économique**, vol. 56, p. 195-216, 2005.

Disponível em: <<https://doi.org/10.3917/reco.562.0195>> Acesso em: 25 jun. 2021.

GONÇALVES DD, TELES PS, REIS CR, LOPES FMR, FREIRE RL, NAVARRO IT, et al. Seroepidemiology and occupational and environmental variables for leptospirosis, brucellosis and toxoplasmosis in slaughterhouse workers in the Paraná State, Brazil. **Rev Inst Med Trop**, São Paulo, 2006; n. 48, p.135-40.

GONÇALVES, D. D. *et al.* Seroepidemiology and occupational and environmental variables for leptospirosis, brucellosis and toxoplasmosis in slaughterhouse workers in the Paraná State, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop.** São Paulo, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 135-40, 2006.

GREGORY, R. MENDELSON, R. Perceived Risk, Dread, and Benefits. **Risk Analysis**,v.13 ed.3 ,1993.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA, M. O. F. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Rev. Eletr. Enf**, v. 8, n. 3, p. 404-414, 2006.

GUIMARÃES, FJ.; FERREIRA FILHA, M.O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Rev. Eletr. Enf**, 2006, v.8 ed. 3, p.404-414.

HECK, F.M. Territórios da degradação do trabalho:A saúde do trabalhador em frigoríficos de aves e suínos em Toledo Oeste do Paraná. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia**,v.9ed.16, p. 48-66, jun/2013.

HINRICHSEN, L. Manufacturing technology in the Danish pig slaughter industry. **Meat Sci**, 84(2):271-275, 2010; HORIO, M. *et al.* Risk of *Toxoplasma gondii* infection in slaughterhouse workers in Kitakyushu City. **J University of Occup and Envirom Health** v. 23, ed. 3, p. 233-243, 2001.

HOLANDA VR, DIAS MD, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento de gestantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007, v.9 ed.1, p. 79-92.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA, M. O. F. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento de gestantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 79-92, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação Nacional de Atividades Econômicas - Versão 2.0, 2007.

IKEDO, F.; RUIZ, R. C. (orgs.). O ambiente de trabalho na Agroindústria. In: *Trabalhar e adoecer na agroindústria – Da reabilitação profissional à construção da Norma Regulamentadora dos frigoríficos (NR 36)*. Florianópolis, 2014.

JAKOBI, H. R. *et al.* Benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores empregados no ramo de carne e pescado no Brasil em 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 194-207, 2015.

JAMMES, Y. *et al.* One-Year Occupational Exposure to a Cold Environment Alters Lung Function. **Archives of Environmental Health: An International Journal** 57, n. 4, July 1, 2002.

JARY, C. Hepatitis E and meat carcasses. **Br J Gen Pract.**, Londres, v. 55, n. 516, p. 557-8, 2005.

JASANOFF, S. The political science of risk perception. **Reliability Engineering & System Safety**, 59, pp. 91- 99, 1998.

JOHNSON, E.S. Cancer mortality in workers employed in cattle, pigs, and sheep slaughter - ing and processing plants. *Environ Int* 2011; v. 37, p 950-959.

JOHNSON, E. S. *et al.* Mortality in workers employed in pig abattoirs and processing plants. **Environ Res.**, Nova Iorque, v. 111, n. 6, p. 871-6, 2011.

JOZI, S. A.; FIROUZEI, M. Analysis for Environmental Impacts of Chicken Slaughterhouses Using Analytical Hierarchy Process Method (Case study: Nemone Tehran Poultry Slaughterhouse). **Iranian J Health and Envirom** v. 6, ed. 4, p. 455-470, 2014.

KLEINSCHMITT, S. C. **As mortes violentas na tríplice fronteira: números, representações e controle social.** Tese em Doutorado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

Lei N.º 7.889, de 23 de novembro de 1989.

LUXEMBURG, ROSA. **Reforma, revisionismo e oportunismo.** Tradução de Livio Xavier. Rio de Janeiro: LAEMMERT S. A., 1970.

MACHADO, L. F.; MUROFUSE, N. T.; MARTINS, J. T. Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 134-147, JUL-SET 2016.

McDowell, I., & Newell, C. **Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires.** New York: Oxford University Press, 1996

MAGRO, M. L. P. *et al.* O. Intensificação e prolongamento da jornada de trabalho nas indústrias de abate e processamento de carnes e seus impactos na saúde dos trabalhadores. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 67-83, 2014.

MÄKINEN, T. M; HASSI, J. Health Problems in Cold Work. **Industrial Health**, v. 47, n.3, p. 207-220, jul, 2009

MARTIN, A. R. **Fronteiras e Nações.** São Paulo: Contexto, 1997.

MÉSZÁROS, István. **Para além do Capital.** Campinas/SP.: UNIAMP, 2002.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.A.; SOUSA, E.R. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2005.

Ministério da Saúde. Comissão de Biossegurança em Saúde. **Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Agentes Biológicos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 50 p.

Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. O SUS e a Terapia Comunitária. Fortaleza: BRASIL, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. **Classificação de risco dos agentes biológicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010

Ministério do Trabalho e Emprego. **Nota técnica**: medidas para controle de riscos ocupacionais na indústria de abate e processamento de carnes. Brasília: MTE; 2004.

Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria no 555, de 18 de abril de 2013. Aprova a Norma Regulamentadora no 36 – Segurança e Saúde no Trabalho em Empresas de Abate e Processamento de Carnes e Derivados. **Diário Oficial da União**, 2013; 19 abr.

NASCIMENTO A.; ANCHIETA I. M. Rodízio de postos em abate de bovinos: para além das dimensões físicas do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v.34, ed.10, 2018. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00095817>, acesso em 25/09/2021.

Norma Regulamentadora nº 36- NR36. Segurança e saúde no trabalho em empresas de abate e processamento de carnes e derivados, 2013.

Norma Regulamentadora nº 17 - NR17. Ergonomia. Portaria nº 13, 21 de junho de 2007.

OUELLET S. Contribution de l'ergonomie à la conception d'un outil de formation. *Activités* 2002; v.10, p.3-19.

PESCE RP; ASSIS SG, AVANCI JQ et al. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cadernos de Saúde Pública* 2005, v. 21, ed. 2, p. 436-448.

PILETTI, N. *et al.* **Psicologia do Desenvolvimento**. São Paulo: Contexto. 2014.

PILETTI, N.; ROSSATO, S. M.; ROSSATO, G. *Psicologia do Desenvolvimento*. São Paulo. Contexto. 2014.

Portaria ministerial N. 397. **Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação**. Brasília, 2002.

RICHARD P. Analyse ergonomique et mesures biomécaniques dans un abattoir de porcs. PISTES 2002; v.4, p:1-14.

SAMICO I; Felisberto E; Figueiró AC; Frias PG de (ORG). Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro : MedBook, 2010. p. 01-13.

SANTANA NI, RODRIGUES GRS. Acidentes do trabalho em frigoríficos. Cientefico 2014; v.14, p. 75-96.

SCALCO D. L.; CORA L. A; BASTOS J. L. Autopercepção de felicidade e fatores associados em adultos de uma cidade do sul do brasil: estudo de base populacional, set. 2010.

Avaliação Psicológica. Psicol. Reflex. Crit., v.24, ed.4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400004> . Acesso em 25/06/2019

SILVA, M. Z. *et al.* Práticas Integrativas impactam positivamente na saúde psicoemocional de mulheres? Estudo de Intervenção da terapia comunitária integrativa no Sul do Brasil. **Cad.**

Naturol. Terap. Complem, v. 7, n. 12, p. 33-42, 2018.

VASCONCELLOS MC, PIGNATTI MG, PIGNATI WA. **Emprego e acidentes de trabalho na indústria frigorífica em áreas de expansão do agronegócio,** Mato Grosso, Brasil. Saúde Soc 2009; v.18, p. 662-672.

VEENHOVEN, R. Progres dans la comprehension du bonheur. **Revue Québécoise de Psychologie,** Quebec, 1997, p. 29–74.

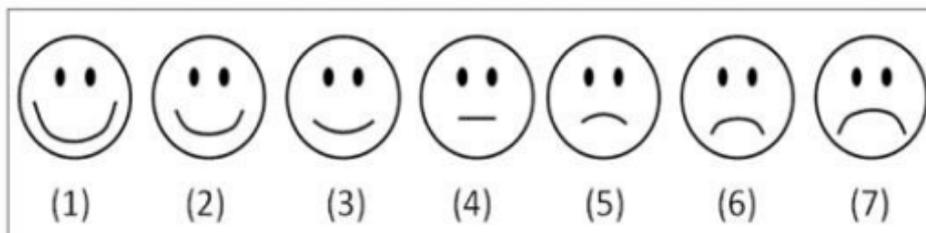
VOGEL K, KARLTUN J, EKLUND J, ENGKVIST IL. Improving meat cutter's work: changes and effects following an intervention. Appl Ergon 2013; v. 44, p. 996-1003.

WAGNILD, GAIL M.; YOUNG, Heather M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement, p. 165-178, 1993.

APÊNDICES

1. Questionário de Pesquisa

DATA: ____/____/____



(1) Extremamente feliz; (2) Muito feliz; (3) Feliz; (4) Nem Feliz, Nem infeliz; (5) Infeliz; (6) Muito infeliz; (7) Extremamente Infeliz

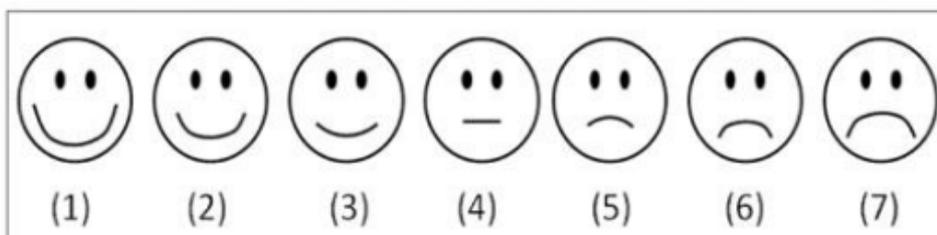
Nome Completo: _____ **Idade:** _____
Sexo: () Feminino () Masculino **Nacionalidade:** () Brasileira () Outra, qual: _____
Caso seja estrangeiro, há quanto tempo mora no Brasil? _____
Você tem mais de um trabalho ou faz trabalho autônomo? () Sim () Não
Município de residência: () Itaipulândia () Outro, qual: _____
Tempo de atuação na empresa: _____ **Função na empresa:** _____
Carga horária semanal de trabalho no frigorífico? () até 20h, () 21 a 30 h, () 31 a 40 h, () >40h
Escolaridade: () Fundamental Incompleto, () Fundamental Completo, () Médio Incompleto, () Médio Completo, () Graduação Incompleto, () Graduação Completo, () Pós-Graduação, () Outra, qual: _____
Estado civil: () Solteiro/a, () Casado/a, () União estável, () Separado/a, () Viúvo/a, Outro: _____
Filhos: () Sim, () Não **Quantos:** _____ **Realiza atividade de lazer regularmente?:** () Sim () Não
Renda: () < 1 salário mínimo, () 1 a 2 SM, () 3 a 4 SM, () 5 a 6 SM, () 7 a 8 SM, () 9 a 10 SM, () >10 SM
Religião: () nenhuma, () católica, () evangélica, () espírita, () umbanda, () candomblé, () outra
Você dorme bem? () Sim, () Não. **Quantas horas de sono dorme por noite durante a semana?** _____
Tem plano de saúde? () Sim, () Não **Ingere Bebida Alcoólica regularmente?** () Sim, () Não
Faz atividade física regularmente fora do trabalho? () Sim, () Não **Fuma?** () Sim, () Não
Você tem alguma doença crônica? () Sim () Não. Se sim, qual(ais)? _____

Você já foi diagnosticado com “Lesão por Esforço Repetitivo (LER)”? () Sim () Não
Você já teve contato com a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), antes de ter realizado a nossa atividade? () Sim () Não
Assinale os itens a seguir, caso você já tenha recorrido ou buscado tratamento de saúde anteriormente com uma dessas Práticas Integrativas e Complementares de saúde (PIC): () Acupuntura, () Aromaterapia, () Constelação Familiar, () Fitoterapia, () Florais de Bach, () Homeopatia, () Imposição de mãos, () Quiropraxia, () Meditação, () Musicoterapia, () Reflexoterapia, () Reiki, () Yoga
() Outra(s): _____

A
N
T
E
S

DATA: ____/____/____

Nome Completo: _____



(1) Extremamente feliz; (2) Muito feliz; (3) Feliz; (4) Nem Feliz, Nem infeliz; (5) Infeliz; (6) Muito infeliz; (7) Extremamente Infeliz

**D
E
P
O
I
S**

O QUE MAIS GOSTOU AO PARTICIPAR DAS RODAS DE CONVERSA:

O QUE MENOS GOSTOU AO PARTICIPAR DAS RODAS DE CONVERSA:

Vínculos	Sim	Não
1. Atualmente você vive com alguém da família?		
2. Você já fez algum curso profissionalizante?		
3. Atualmente você se sente com saúde?		
4. Em caso de doença, você sabe a qual hospital ou centro de saúde se dirigir?		
5. Se você precisar do serviço de saúde, pode contar com alguém para chegar lá?		
6. Quando você se sente magoado(a), ofendido(a), injustiçado(a), humilhado(a), tem com quem desabafar?		
7. Existe algum lugar onde você se sente seguro(a)?		
8. Você se preocupa com a preservação da natureza e dos animais?		
9. Quando você sabe que alguém da sua comunidade precisa de ajuda, você faz alguma coisa?		
10. Participar de alguma associação, grupo, sindicato, pastoral?		
11. Você acredita em forças superiores, universo, cosmos, natureza ou Deus?		

Relatório das Rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI)
“ O impacto da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na saúde e bem-estar dos trabalhadores de um frigorífico de um município de linha de fronteira brasileira”

DATA: ----/--- /----- .

LOCAL:.....

TERAPEUTA:.....

CO-TERAPEUTA(S):.....

PARTICIPANTES ----- =

TOTAL =.....

QUANTOS PELA 1ª VEZ =----- (ANEXAR LISTA PRESENÇA)

1) ACOLHIMENTO:

- Boas vindas a Tod@s!!!
- Celebração da vida dos aniversariantes da semana!!!
- Objetivo da terapia – Espaço de escuta onde podemos compartilhar nossos problemas, preocupações, sofrimentos e angústias, permitindo nosso acolhimento pelo grupo.
- Regras:
- Fazer silêncio;
- Falar somente da própria experiência – EU vivi..., EU presenciei. , EU vivenciei..., EU procurei. , etc.;
- Evitar dar conselhos;
- Evitar fazer discursos ou sermões;
- Não fazer fofoca! O que se fala na Roda permanece na Roda!!! Enfatizar a “Técnica do Espelho”!!!

2) APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES e identificação dos novos participantes.

3) PERGUNTAR AOS PARTICIPANTES (um a um) como foi a semana, como estão se sentindo (alguma preocupação, algum aborrecimento) ou o que está tirando o sono deles?

4) “PRESENTES” (música, poema, abraço, abraço coletivo, palavra de conforto, etc.) oferecidos durante os momentos de angústia/desconforto emocional dos participantes que foram oferecidos pelo grupo durante os depoimentos dos participantes

5) FAZER AS ANOTAÇÕES de cada história (EM SEPARADO):

6) LEITURA DAS MANIFESTAÇÕES dos participantes para anuência e/ou correções (EM SEPARADO):

7) ESCOLHA DAS HISTÓRIAS de vida com as quais os participantes se identificaram (EM SEPARADO):

8) TEMA(S) UNIVERSAL (AIS) OBSERVADO(S):

<input type="checkbox"/> Estresse	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Problemas escolares
<input type="checkbox"/> Conflitos familiares	<input type="checkbox"/> Pedofilia	<input type="checkbox"/> Problemas físicos de saúde
<input type="checkbox"/> Dependências	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Problemas mentais
<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Problemas psíquicos
<input type="checkbox"/> Violência	<input type="checkbox"/> Rejeição	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/> Perdas	<input type="checkbox"/> Discriminação	<input type="checkbox"/> Outros, qual(ais)?

9) ESTRATÉGIA(S) DE ENFRENTAMENTO APONTADA(S):

<input type="checkbox"/> Fortalecimento/empoderamento pessoal: Capacidade de apropriar-se do seu poder;	<input type="checkbox"/> Busca de ajuda profissional e ações de cidadania;
<input type="checkbox"/> Busca de redes solidárias;	<input type="checkbox"/> Autocuidado;
<input type="checkbox"/> Busca de ajuda espiritual ou religiosa;	<input type="checkbox"/> Participar da TCI;

<input type="checkbox"/> Cuidar do relacionamento com a família;	<input type="checkbox"/> Outra(s), qual (ais)?
--	--

10) PERGUNTA REFLEXIVA:

11) DEPOIMENTOS SIGNIFICATIVOS:

12) ENCERRAMENTO (música, poema, palavra reflexiva, “brado” coletivo etc.

ANEXOS

ANEXO A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



CONEP em 04/08/2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: O IMPACTO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA SAÚDE E BEM-ESTAR EM DIFERENTES POPULAÇÕES PERTENCENTES À REGIÃO DE TRÍPLICE FRONTEIRA

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°

Pesquisador para contato: Dr. Oscar Kenji Nihei e Dr Walfrido Kühl Svoboda

Telefone: 45 99980-5480 e 45 98428-0115

Endereço de contato (Institucional): Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 –

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1000 – Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)

Convidamos você a participar de uma pesquisa sobre o impacto da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar de diferentes populações da região de Tríplice Fronteira. Os objetivos estabelecidos são de aplicar a Terapia Comunitária em diferentes comunidades pertencentes à região de Tríplice Fronteira e avaliar seus efeitos no bem-estar dos participantes. Para que isso ocorra você participará de pelo menos um encontro da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) que será no formato de Roda de Conversa e responderá a um questionário antes e depois da atividade. No entanto, a atividade poderá te estimular a falar sobre sua vida, seus problemas pessoais e estratégias que utiliza para lidar com esses problemas e poderá te afetar emocionalmente e mentalmente, podendo trazer algum desconforto ou mesmo alívio e bem-estar. Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados. Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA SAÚDE E BEM-ESTAR EM DIFERENTES POPULAÇÕES PERTENCENTES À REGIÃO DE TRÍPLICE

Pesquisador: Oscar Kenji Nihei

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20612619.8.0000.0107

Instituição Proponente: hospital universitario do oeste do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.602.767

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem por objetivo verificar o impacto da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem-estar de diferentes populações pertencentes à região da tríplice fronteira (faixa de fronteira). Estudo quasiexperimental, de natureza quali-quantitativa, de intervenção terapêutica, com pré e pós avaliações. Inicialmente serão realizadas rodas de Terapia Comunitária Integrativa com os sujeitos da pesquisa nas quais será aplicado um questionário socioeconômico e serão registrados os principais temas universais e estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes nas rodas de TCI. Além disso, serão aplicadas Escalas de Faces de McDowell e Newell - Instrumento utilizado para determinação da autopercepção da felicidade dos participantes das Rodas de Conversa, antes e após o início de cada Roda de Conversa, que serão preenchidas manualmente por cada um dos participantes. A finalidade será de verificar o impacto da TCI sobre a autopercepção da felicidade dos participantes. Os resultados das questões do questionário e de todas as Escalas de Faces respondidas serão tabulados utilizando-se o programa Excel 365 (Office Microsoft, 2019) e analisadas conjuntamente para confecção de tabelas utilizando-se o programa Word 365 (Office Microsoft, 2019) e confecção de gráficos utilizando-se o programa GraphPad Prism, versão 8.2 (EUA, 2019). Participarão da pesquisa apenas os sujeitos maiores de 18 anos que concordarem por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3092

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 3.802.767

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário Verificar o impacto da Terapia Comunitária Integrativa na saúde e bem estar em diferentes populações pertencentes à região de tríplice fronteira e faixa de fronteira. Objetivos secundários Analisar o perfil dos participantes das rodas de TCI Analisar o conhecimento dos participantes sobre a TCI e as PICs Elencar e analisar os principais temas universais e estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes nas rodas de TCI Analisar as variáveis que se associam com um maior impacto positivo da TCI no bem-estar dos participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como se trata de uma intervenção, na modalidade Terapia Comunitária Integrativa, durante as rodas de conversa, cada participante terá oportunidade expor, se desejar, os motivos que o levaram a concordar em participar da roda de conversa, e com isso poderá expor seus problemas pessoais e angústias, suas estratégias de enfrentamento, assim como, poderá ouvir a história de vida dos demais participantes, o que poderá acarretar algum tipo de desconforto ou angústia ou sofrimento emocional, ou mesmo, em um processo contrário, e ao mesmo tempo ou em um segundo momento, poderá experimentar sentimentos positivos de liberdade, alívio, redução do estresse e da tristeza, por estar sendo acolhido em suas dificuldades e sendo ouvido, trazendo maior equilíbrio emocional ao término da roda de conversa e enriquecimento e satisfação pessoal com a troca de experiências. Mas caso haja alguma situação em que a experiência faça com o que o participante deseje não mais participar da roda de conversar, será respeitado esse desejo e direito, e caso algum participante que não se sinta bem ao ponto de necessitar de alguma assistência médica, a equipe acionará o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Localidade (SAMU). Durante a realização da pesquisa será aplicado um questionário antes e após a intervenção e quanto aos dados obtidos será respeitado o anonimato do sujeito da pesquisa. O questionário foi elaborado de forma a apresentar linguagem clara, objetiva, coloquial e não ofensiva. Além disso, em qualquer momento o participante poderá cancelar sua participação da pesquisa, seja antes ou durante a intervenção e a aplicação do questionário caso seja o seu desejo. Todos os pesquisados incluídos terão idade maior do que 18 anos, sendo estes plenamente esclarecidos sobre sua total autonomia quanto a participar ou não da presente pesquisa. Além disso, o participante da pesquisa não será onerado financeiramente e nem receberá qualquer valor financeiro para participar da

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

**UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ**



Continuação do Parecer: 3.802.767

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e necessária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar Relatório Final até 30 dias após o término desta pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1377141.pdf	11/09/2019 20:15:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	11/09/2019 20:10:26	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_de_dados.doc	11/09/2019 20:04:28	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinado.pdf	11/09/2019 19:59:36	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Anexos_e_Autorizacao_Frigorifico.pdf	11/09/2019 19:58:53	Oscar Kenji Nihei	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/09/2019 23:41:21	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	CV_Lattes_Pascal.pdf	10/09/2019 23:36:21	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	CV_Lattes_Walfrido.pdf	10/09/2019 23:35:07	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	CV_Lattes_Oscar.pdf	10/09/2019 23:33:43	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Anexos_e_Autorizacao_da_9a_RS.pdf	10/09/2019 23:31:42	Oscar Kenji Nihei	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 3.802.767

Outros	Anexos_e_Autorizacao_ADIFI.pdf	10/09/2019 23:31:21	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Anexos_e_Autorizacao_da_UNIOESTE.pdf	10/09/2019 23:31:00	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Anexos_e_Autorizacao_UNILA.pdf	10/09/2019 23:30:47	Oscar Kenji Nihei	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 26 de Setembro de 2019

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br