



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

MARIANA ALBERNAZ PINHEIRO DE CARVALHO



**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E FAMÍLIA NA PERSPECTIVA
SISTêmICA NOVO-PARADIGMÁTICA: CONVIVENDO COM O
SOFRIMENTO PSíQUICO**

**JOÃO PESSOA
2018**

MARIANA ALBERNAZ PINHEIRO DE CARVALHO

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E FAMÍLIA NA PERSPECTIVA
SISTÊMICA NOVO-PARADIGMÁTICA: CONVIVENDO COM O SOFRIMENTO
PSÍQUICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - PPGENF/UFPB, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

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

Projeto de pesquisa vinculado: Formação e Prática em Terapia Comunitária Integrativa em diferentes contextos

Orientadora: Prof.^a. Dr^a. Maria Djair Dias

**JOÃO PESSOA
2018**

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

C331t Carvalho, Mariana Albernaz Pinheiro de.
Terapia comunitária integrativa e família na perspectiva sistêmica novo-paradigmática: convivendo com o sofrimento psíquico / Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho. - João Pessoa, 2018.

249 f. : il.

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

1. Enfermagem. 2. Terapia comunitária integrativa. 3. Níveis de sobrecarga - Cuidadores. I. Dias, Maria Djair. II. Título.

UFPB/BC

MARIANA ALBERNAZ PINHEIRO DE CARVALHO

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E FAMÍLIA NA PERSPECTIVA
SISTÊMICA NOVO-PARADIGMÁTICA: CONVIVENDO COM O SOFRIMENTO
PSÍQUICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - PPGENF/UFPB, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 09 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Maria Djair Dias - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGENf)

Profª. Drª. Sandra Aparecida de Almeida – Membro interno
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGENf)

Profª. Drª. Fábia Barbosa de Andrade – Membro externo
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN)

Profª. Drª. Rosa Lúcia Rocha Ribeiro – Membro externo
(Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT)

Profª. Drª. Maria de Oliveira Ferreira Filha – Membro externo

Profª. Drª. Jordana de Almeida Nogueira – Membro interno suplente
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGENf)

Profª. Drª. Priscilla Maria de Castro Silva – Membro externo suplente
(Universidade Federal de Campina Grande – UFCG)

DEDICATÓRIA

Às famílias...

A minha,

bem mais precioso e razão primeira de todas as batalhas travadas até aqui. Gratidão por todos os valores transmitidos e por serem minha fonte inegotável de força e superação. Vocês são a demonstração mais genuína do amor de Deus para comigo.

Às que fizeram parte deste estudo,

gratidão pela confiança, pela amizade, por fazerem parte de minha vida e por me permitirem fazer parte da história de vocês. Sinto-me privilegiada por ter partilhado tantos momentos de carinho e de aprendizado.

A todas,

Que, com paciência, sabedoria e dedicação, não desistem de acreditar na força que têm, amando, respeitando, perdoando e cuidando sem reservas.

AGRADECIMENTOS

Quanta gratidão preenche meu coração! Quão generoso e benevolente é Deus, que sempre põe em meu caminho anjos de luz que tornam a caminhada mais leve e agradável; anjos personificados, que me agraciam diariamente com os melhores sentimentos e incentivos que alguém pode ter; anjos que me fazem sentir sua presença constante em minha vida. Assim, inicio agradecendo a Ele, **Deus** de todas as coisas, pelo dom da vida, pela proteção e pelo cuidado, por não me deixar fraquejar, pelas graças derramadas sobre mim e minha família e por me surpreender com tanto amor, mesmo em meio às minhas falhas e imperfeições;

Aos meus pais, **Marcus** e **Edna**, gratidão pelos ensinamentos de vida. Por terem me ensinado o verdadeiro sentido da palavra família, por terem me ensinado sobre o amor, a gratidão, a fé em Deus, a honestidade e o respeito. Por me fazerem compreender que não existe vitória sem luta, sem o suor de um caminho trilhado com esforço e dignidade. Agradeço por cada oportunidade, cada sacrifício, cada investimento que fizeram de mim um ser humano melhor. Obrigada por acreditarem que seria possível e por todos os “nãos” e “sins” proferidos com sabedoria. Amo vocês!;

À minha irmã **Marília**, minha amada “Iazinha”. Muito obrigada pelo companheirismo, pela pureza e por sempre trazer de volta a emoção quando eu insisto em ser razão. Tão diferente e, ao mesmo tempo, tão semelhante a mim. És um ser de amor que muito nos ensina e nos transborda de alegria e de esperança;

À minha irmã **Paula**, pelo cuidado, pela força e pela prontidão em me estender a mão sempre que precisei. Tão amada e sábia, sempre disposta a ajudar. Gratidão!;

Aos meus sobrinhos **Igor**, **Cindy** e **Helena**, pela energia e pelo amor que transmitem. Por nos ensinarem diariamente que não precisamos de muito para sermos felizes e nos renovarem diariamente com a alegria, o riso frouxo e a inocência;

À minha tia e segunda mãe, **Marylene**, pelo cuidado, pelo amor e pela dedicação em nos educar. Por nos ensinar sobre disciplina, rotina e responsabilidade desde cedo;

Ao meu esposo **Urias**, pelo amor, pela doação, pela cumplicidade e pelo apoio nas horas difíceis. Gratidão pelas incontáveis vezes em que me ajudou e abdicou de suas horas de lazer e de sono, ligando seu computador ao meu lado para que eu sentisse sua presença, fazendo-me companhia em silêncio;

À minha orientadora, a Professora **Maria de Oliveira Ferreira Filha**, por todo o aprendizado, pela segurança, pelas palavras de carinho e pelas inúmeras portas que me abriu desde a graduação. És um exemplo de educadora que me inspira a não ser apenas docente, mas também, uma pessoa melhor;

À Professora **Maria Djair Dias**, pela partilha de saberes, ensinamentos e “causos” que nos trazem leveza e sempre nos rendem boas risadas;

À Professora **Sandra Aparecida de Almeida**, pela disponibilidade e pela acolhida dispensadas. Gratidão pelo conhecimento partilhado, pela gentileza, pelo afago e pelos sorrisos com que sempre me recebeste. A ti minha total admiração e carinho;

À Professora **Fábia Barbosa de Andrade**, pelas orientações e pelas oportunidades de aprendizado possibilitadas desde a graduação;

À Professora **Rosa Lúcia Rocha Ribeiro**, por aceitar fazer parte desse momento e pelas valiosas contribuições;

À Professora **Jordana de Almeida Nogueira**, pelo conhecimento transmitido durante o Doutorado, pela simplicidade, pelo carisma e por sua presteza;

À Professora e amiga, **Priscilla Maria de Castro Silva**. Gratidão pelas sugestões e por tê-la comigo, partilhando suas experiências e seu conhecimento;

Ao Professor **Rolando Lazarte**, pela sensibilidade inspiradora na escrita e nas reflexões científicas e humanas sempre tão pertinentes;

A todos os **professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal da Paraíba, que participaram efetivamente desse processo de construção e contribuíram com ele;

Aos **amigos e colegas de trabalho da UFCG – campus Cuité**, em especial, à Luciana Dantas, Alyne Mendonça, Lidiane Lima, Francilene Pascoal, Matheus Nogueira, Waleska de Brito, Édija Anália, Edlene Régis, Glenda Agra e Heloisy Medeiros, pela convivência sadia, por terem me apoiado e partilhado experiências positivas, outras nem tanto, mas que deram o apoio necessário para que eu conseguisse me dedicar à construção da tese e chegassem até aqui;

À **Universidade Federal de Campina Grande**, instituição onde atuo, por ter concedido meu afastamento para que eu me dedicasse com mais afinco a esta produção;

Aos **familiares e participantes das rodas de TCI**, meus maiores protagonistas, com quem pude partilhar tanto amor, carinho, alegrias e sabedoria. Gratidão pela confiança, por terem segurado minha mão e me acompanhado até o fim dessa jornada. Sem vocês nada disso teria sido possível, por isso, minha eterna gratidão;

À **direção e a toda a equipe de profissionais do CAPS Gutemberg Botelho**, em nome de Sandra Carvalho e Lara Melo, pela acolhida, pela abertura do campo e por todo o suporte concedido para que eu pudesse desenvolver minha pesquisa;

Aos **estudantes apoiadores**, que foram meus verdadeiros parceiros nessa empreitada, por todo o empenho e o compromisso firmados. Meus sinceros agradecimentos a Gabrielle Porfírio, Herculano Neto, Maria do Carmo, Narjara Luiza, Brendah Louyse, Iris Miranda, Débora Rayane, Marciele Rosendo, Priscilla Kesly e Maria Stella;

Aos **membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Comunitária (GEPSMEC)**, pelos laços de amizade construídos e pelas experiências somadas;

Aos **amigos de turma do Doutorado**, pela convivência harmoniosa, pelas aflições e os aprendizados compartilhados;

Às **amigas que a graduação me deu**, Samilla Gonçalves e Danielle Samara, pela certeza da amizade, do respeito e do carinho;

Às **amigas dos tempos de colégio**, Andressa, Sarah, Érica, Thaís e Anamaria, pela dádiva de uma amizade que se renova diariamente, pela irmandade e por trazerem mais cor para minha vida;

Aos amigos do grupo “**Além da Pós-forever**”, pelas risadas e pelos momentos prazerosos que dividimos;

Aos **discentes** com os quais tive a oportunidade de conviver, aprender e ensinar. Gratidão pelas palavras sinceras de apoio, incentivo e por me fazerem reafirmar diariamente a escolha pela vida docente e a dar o melhor de mim;

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** e à **Universidade Federal da Paraíba**, pelas oportunidades de formação e crescimento pessoal e profissional;

A **todos** os que, de alguma maneira, cruzaram meu caminho no decurso dessa trajetória e deixaram um pouco de si em mim.

Muito obrigada!



A fábula da convivência

Durante uma era glacial, muito remota, quando parte do globo terrestre esteve coberto por densas camadas de gelo, muitos animais não resistiram ao frio intenso e morreram indefesos, por não se adaptarem às condições do clima hostil.

Foi então que uma grande manada de porcos espinhos, numa tentativa de se proteger e de sobreviver, começou a se unir, a juntar-se mais e mais. Assim, cada um podia sentir o calor do outro. E, todos juntos, bem unidos, agasalhavam-se mutuamente, aqueciam-se, enfrentando por mais tempo aquele inverno tenebroso.

Porém, vida ingrata, os espinhos de cada um começaram a ferir os companheiros mais próximos, justamente aqueles que forneciam mais calor, aquele calor vital, questão de vida ou morte. E afastaram-se feridos, magoados, sofridos. Dispersaram-se, por não suportarem por mais tempo os espinhos dos semelhantes. Doíam muito... mas essa não foi a melhor solução.

Afastados, separados, logo começaram a morrer congelados. Os que não morreram voltaram a se aproximar, pouco a pouco, com jeito, com precauções, de tal forma que, unidos, mínima, mas o suficiente para conviver sem magoar, sem causar danos recíprocos. Assim, suportaram-se, resistindo à longa era glacial. Sobreviveram!

(Arthur Schopenhauer)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Sistema familiar e subsistemas.....	43
Ilustração 2 – Esquema de causalidade circular.....	44
Ilustração 3 – Relações entre pesquisa, ação, aprendizagem e avaliação.....	67
Ilustração 4 – Fachada do CAPS Gutemberg Botelho - João Pessoa/PB.....	70
Ilustração 5 – Primeira roda de TCI.....	96
Ilustração 6 – Segunda roda de TCI.....	98
Ilustração 7 – Terceira roda de TCI.....	100
Ilustração 8 – Quarta roda de TCI.....	102
Ilustração 9 – Quinta roda de TCI.....	104
Ilustração 10 – Sexta roda de TCI.....	106
Ilustração 11 – Sétima roda de TCI.....	109
Ilustração 12 – Oitava roda de TCI.....	112
Ilustração 13 – Nona roda de TCI.....	115
Ilustração 14 – Décima roda de TCI.....	117
Ilustração 15 – Décima primeira roda de TCI.....	119
Ilustração 16 – Décima segunda roda de TCI.....	122
Ilustração 17 – Dendograma representativo das partições em classes e percentagem das palavras.....	124
Ilustração 18 – Dendograma representativo das nuvens de palavras por classe...	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por indicador de CAPS/100 mil habitantes. Brasil, dezembro de 2014.....	50
Tabela 2 – Tabulação do instrumento de autoestima.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações obtidas no processamento do <i>corpus</i> textual.....	84
Quadro 2 – Perfil sociodemográfico dos participante - João Pessoa/PB, 2016.....	88
Quadro 3 – Demonstração quantitativa de vínculos no pré-teste.....	91
Quadro 4 – Estratégias de superação por roda de TCI.....	158
Quadro 5 – Demonstração comparativa da quantidade de vínculos no pré e no pós-teste.....	165
Quadro 6 – Comparaçao do número de vínculos antes e depois da TCI.....	168
Quadro 7 – Média, desvio-padrão e valor p dos escores das subescalas FBIS-BR antes e depois da TCI.....	169

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Autoestima no pré-teste.....	89
Gráfico 2 – Demonstração qualitativa de vínculos no pré-teste.....	92
Gráfico 3 – Níveis de sobrecarga no pré-teste.....	94
Gráfico 4 – Demonstração comparativa da autoestima no pré e no pós-teste.....	162
Gráfico 5 – Comparação dos valores médios da escala de autoestima antes e depois da TCI.....	163
Gráfico 6 – Demonstração comparativa da qualidade de vínculos no pré e no pós-teste.....	166
Gráfico 7 – Níveis de sobrecarga no pós-teste.....	168

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BR - Brasil

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS ADIII - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial I

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial II

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial II

CE - Ceará

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

CNS - Conselho Nacional de Saúde

FBIS - Family Burden Interview Schedule

GES - Gerência de Educação e Saúde

GEPSMEC - Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária

IRAMUTEQ - Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

MISC - Movimento Integrado de Saúde Comunitária

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PB - Paraíba

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica

PIC - Prática Integrativa e Complementar

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAP - Research Action Participation

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

STs - Segmentos de Textos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCI - Terapia Comunitária Integrativa

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UF - Unidade Federativa

UFC - Universidade Federal do Ceará

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UNIPÊ - Centro Universitário de João Pessoa

CARVALHO, M. A. P. Terapia Comunitária Integrativa e família na perspectiva sistêmica novo-paradigmática: convivendo com o sofrimento psíquico. 2018. 249f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

RESUMO

Introdução: A TCI é definida como uma intervenção psicossocial avançada que se organiza como um espaço comunitário capaz de proporcionar a troca de experiências e histórias de vida. Ao trabalhar de forma horizontalizada e circular, propõe a corresponsabilização em um processo terapêutico que gera repercussões grupais e individuais. É mais um recurso a ser utilizado pelo profissional da Atenção Básica, especialmente pelo enfermeiro, com familiares que convivem com a realidade do sofrimento psíquico. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da TCI como uma intervenção psicossocial capaz de potencializar a autoestima, minimizar níveis de sobrecarga e restabelecer vínculos dos familiares cuidadores de parentes usuários do CAPS, visando fortalecer as relações no sistema familiar. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou o método da pesquisa-ação-intervenção. A intervenção utilizada foram 12 rodas de TCI durante 4 meses. Fizeram parte do estudo 10 familiares de pessoas em sofrimento psíquico acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial do município de João Pessoa – Paraíba, que participaram de pelo menos 6 rodas de TCI. Para a coleta do material empírico foram utilizados a escala de avaliação de sobrecarga dos familiares, o instrumento para avaliação de vínculos e o instrumento de avaliação de autoestima criados por Barreto. Como técnicas de produção do material empírico foram utilizados os registros e impressões apontadas no caderno de campo, os vídeos obtidos com a gravação das roda de TCI, o material obtido das entrevistas, além da própria TCI. A pesquisa obedeceu aos princípios éticos regidos pela Resolução 466/12 e foi realizada com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, depois de emitido o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 55962216.0.0000.5188. **Resultados:** A pesquisa revelou que 90% dos participantes apresentaram um aumento nos níveis de autoestima, 70% revelaram crescimento do número de vínculos e todos os familiares reduziram os escores de sobrecarga em pelo menos duas dimensões da escala FBIS-BR. O estudo também revelou que a compreensão dos familiares acerca do sofrimento psíquico pôde ser transformada na medida que atribuíam novos significados e realizavam ações e escolhas fundamentais ao convívio equilibrado da família e das relações ali estabelecidas. **Conclusão:** A TCI pôde ser elucidada como uma prática que facilitou mudanças nas esferas pessoal, familiar e comunitária dos participantes, pois contribuiu para a redução da sobrecarga, aumento da autoestima e fortalecimento de vínculos, além de gerar interações sociais e individuais que estimularam os familiares a repensarem conceitos e a criarem espaços de convivência e de cuidado humanos e respeitosos que se difundiram para o sistema familiar.

Palavras-chave: Terapia Comunitária Integrativa. Família. Sofrimento psíquico. Autoestima. Vínculo. Sobrecarga.

CARVALHO, M. A. P. **Integrative Community Therapy and family in the new-paradigmatic systemic perspective:** living with psychic suffering. 2018. 249f. Thesis (Doctor's degree in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2018.

ABSTRACT

Introduction: The ICT is defined as an advanced psychosocial intervention that is organized as a community space capable of exchanging experiences and life stories. Working in a horizontal and circular way, it proposes co-responsibility in a therapeutic process that generates individual and group repercussions. It is one more resource to be used by the professional of Basic Attention, especially by the nurse, with relatives who live with the reality of the psychic suffering. **Objective:** To evaluate the efficacy of ICT as a psychosocial intervention capable of enhancing self-esteem, minimizing overload levels and reestablishing links between family caregivers of relatives using CAPS, aiming to strengthen relationships in the family system. **Method:** Research of qualitative approach that used the method of research-action-intervention. The intervention used was 12 ICT wheels in 4 months. The study included 10 relatives of people in psychic suffering accompanied at a Psychosocial Care Center of the city of João Pessoa - Paraíba, who participated in at least 6 ICT wheels. To obtain the empirical material, we used the family overload rating scale, the tool for evaluation of the links and the self-esteem evaluation tool created by Barreto. As techniques of production of the empirical material, the records and impressions pointed out in the field book, the videos obtained with the recording of the ICT wheel, the material obtained through the interviews, besides the ICT itself, were used. The research obeyed the ethical principles governed by Resolution 466/12 and was carried out with the approval of the Research Ethics Committee, after issuing the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation nº 55962216.0.0000.5188. **Results:** The research revealed that 90% of the participants presented an increase in self-esteem levels, 70% showed a growth in the number of ties and all the family members reduced the overload scores in at least two dimensions of the FBIS-BR scale. The study also revealed that family members understanding of psychic suffering could be transformed by the step that they attributed new meanings and made actions and choices fundamental to the balanced living of the family and the relationships established there. **Conclusion:** The ICT could be elucidated as a practice that facilitated changes in the personal, family and community spheres of the participants, as it contributed to reduce overload, increase self-esteem and strengthen ties, further on generate social and individual interactions that stimulated family members to rethink concepts and to create spaces of human and respectful coexistence and care that have spread to the family system.

Keywords: Integrative Community Therapy. Family. Psychic suffering. Self esteem. Bond. Overload.

CARVALHO, M. A. P. **Terapia Comunitaria Integrativa y familia en la perspectiva sistemática nuevo-paradigmática:** conviviendo con el sufrimiento psíquico. 2018. 249f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2018.

RESUMEN

Introducción: La TCI se define como una intervención psicosocial avanzada que se organiza como un espacio comunitario capaz de proporcionar el intercambio de experiencias e historias de vida. Al trabajar de forma horizontalizada y circular, propone la corresponsabilización en un proceso terapéutico que genera repercusiones grupales e individuales. Es más un recurso a ser utilizado por el profesional de la Atención Básica, especialmente por el enfermero, con familiares que conviven con la realidad del sufrimiento psíquico. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la TCI como una intervención psicosocial capaz de potenciar la autoestima, minimizar niveles de sobrecarga y restaurar vínculos de los familiares cuidadores de parientes usuarios del CAPS, visando fortalecer las relaciones en el sistema familiar. **Método:** Investigación de abordaje cualitativo que utilizó el método de la investigación-acción-intervención. La intervención utilizada fueron 12 ruedas de TCI durante 4 meses. En el estudio de 10 familiares de personas en sufrimiento psíquico acompañadas en un Centro de Atención Psicosocial del municipio de João Pessoa - Paraíba, que participaron de al menos 6 ruedas de TCI. Para la recolección del material empírico se utilizaron la escala de evaluación de sobrecarga de los familiares, el instrumento para evaluación de vínculos y el instrumento de evaluación de autoestima creados por Barreto. Como técnicas de producción del material empírico se utilizaron los registros e impresiones apuntadas en el cuaderno de campo, los vídeos obtenidos con la grabación de las ruedas de TCI, el material obtenido de las entrevistas, además de la propia TCI. La investigación obedeció a los principios éticos regidos por la Resolución 466/12 y fue realizada con la aprobación del Comité de Ética en Investigación, después de emitido el Certificado de Presentación para la Evaluación Ética nº 55962216.0.0000.5188. **Resultados:** La encuesta reveló que el 90% de los participantes presentó un aumento en los niveles de autoestima, el 70% reveló crecimiento del número de vínculos y todos los familiares redujeron los puntajes de sobrecarga en al menos dos dimensiones de la escala FBIS-BR. El estudio también reveló que la comprensión de los familiares acerca del sufrimiento psíquico pudo ser transformada en la medida que atribuían nuevos significados y realizaban acciones y elecciones fundamentales a la convivencia equilibrada de la familia y de las relaciones allí establecidas. **Conclusión:** La TCI pudo ser elucidada como una práctica que facilitó cambios en las esferas personal, familiar y comunitaria de los participantes, pues contribuyó a la reducción de la sobrecarga, aumento de la autoestima y fortalecimiento de vínculos, además de generar interacciones sociales e individuales que estimularon a los familiares a repensar conceptos ya crear espacios de convivencia y de cuidado humanos y respetuosos que se difundieron hacia el sistema familiar.

Palabras clave: Terapia Comunitaria Integrativa. Familia. Sufrimiento psíquico. Autoestima. Bond. Sobre carga.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	20
1.2 CONTEXTUALIZANDO E JUSTIFICANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	22
1.3 OBJETIVOS.....	28
1.3.1 Geral.....	28
1.3.2 Específicos.....	28
 2 APORTE TEÓRICO E CONCEITUAL.....	 30
2.1 A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO UMA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR: UMA TRAMA DE APARELHAMENTO COMUNITÁRIO.....	30
2.2 A FAMÍLIA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA: UM CIRCUITO DE CONFIGURAÇÕES QUE SE RETROALIMENTAM.....	40
2.3 A FAMÍLIA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL (CAPS).....	46
2.4 AUTOESTIMA, VÍNCULO E SOBRECARGA FAMILIAR NO ÂMBITO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	54
2.4.1 Autoestima.....	54
2.4.2 Vínculo.....	58
2.4.3 Sobrecarga.....	61
 3 MÉTODO.....	 65
3.1 JUSTIFICANDO O PARADIGMA ADOTADO: A PESQUISA-AÇÃO/INTERVENÇÃO.....	65
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	69
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	70
3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	72
3.5 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	74
3.6 FASES DA PESQUISA DE CAMPO.....	76
3.7 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS E DO MATERIAL EMPÍRICO.....	80
3.8 DELINEAMENTO ÉTICO.....	85
 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	 88
4.1 APRESENTAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	88

4.2 AUTOESTIMA, VÍNCULO E SOBRECARGA DO FAMILIAR NA FASE DO PRÉ-TESTE.....	89
4.3 DESCRIÇÕES DAS RODAS.....	95
4.4 DISCUSSÃO SOBRE AS CATEGORIAS.....	124
4.4.1 Categoria 1: O desafio familiar no convívio com o sofrimento psíquico...	126
4.4.2 Categoria 2: O diálogo da compreensão e o respeito à alteridade.....	140
4.4.3 Categoria 3: Mudanças nas relações que constituem a posição do sujeito no sistema familiar.....	149
4.5 AUTOESTIMA, VÍNCULO E SOBRECARGA DO FAMILIAR NA FASE PÓS-TESTE: O CONTRAPONTO COM O PRÉ-TESTE.....	161
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173
REFERÊNCIAS.....	180
APÊNDICE A.....	206
APÊNDICE B.....	209
ANEXO A.....	211
ANEXO B.....	215
ANEXO C.....	225
ANEXO D.....	227
MENSAGENS, MÚSICAS E DINÂMICAS UTILIZADAS NAS RODAS DE TCI.....	229



1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A investigação que apresento parte de estudos que venho realizando no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária (GEPSMEC), vinculada ao projeto: **Formação e Prática em Terapia Comunitária Integrativa em diferentes contextos.**

Desde que fui inserida no Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica da Universidade Federal da Paraíba - PIBIC/UFPB, meu objeto de estudo tem sido a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) que venho investigando como prática de cuidado complementar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujos resultados mostraram sua eficiência como uma intervenção terapêutica comunitária que promove a expressão da subjetividade e cria espaços de fala, de escuta e de partilha de experiências enriquecedoras. Em estudo anterior, fruto de minha pesquisa de Mestrado, procurei, através dessa prática, conhecer as histórias de usuários e de familiares de um CAPS que, submetidos a tal estratégia, foram capazes de adotar mudanças de comportamento que os impulsionaram a conquistar um novo lugar social (CARVALHO et al, 2013).

Nesta breve incursão, chamo à atenção para a problematização e a aproximação com a temática deste estudo e do objeto que continuei investigando. A atenção à saúde mental, sobretudo a partir de 1970 – década de mais efervescência do movimento da Reforma Sanitária - avançou rumo a mudanças em favor da reestruturação de seus serviços e práticas, norteadas por ideias que considerem o processo saúde-doença como um produto social de grande complexidade, e os usuários dos serviços, como protagonistas do processo de reabilitação e de inclusão social. É preciso, então, originar estratégias que incorporem à sua essência a subjetividade e as necessidades particulares e coletivas dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, devido à necessidade de combater a discriminação, a exclusão e o preconceito que ainda oprimem pessoas debilitadas psiquicamente, como proceder? Existe, no campo da atenção psicossocial, uma variedade de práticas terapêuticas sendo exercidas pelos profissionais da equipe, dentre eles, os enfermeiros, que vêm buscando modelos alternativos que ajudem a recuperar a dignidade e a autonomia dessas pessoas, visto que dramas antigos, como o isolamento, a indiferença e a alienação, ainda persistem na realidade social e destituem a vida das pessoas de sentido e de encanto.

Por outro lado, sabe-se que os recursos institucionais disponíveis, além de insuficientes, são de difícil acesso e não atuam na perspectiva de transformar positivamente a vida desses sujeitos, o que agrava ainda mais sua condição de abandono e de sofrimento. Isso requer uma profunda transformação nas ações de saúde mental, com a criação de uma rede intersetorial que incorpore às suas propostas a inclusão social e a concretização de um modelo condizente com os reais anseios de indivíduos em sofrimento psíquico.

Assim, sob o ponto de vista teórico, pretendo justificar o que me motivou a escolher essa temática, mesmo sabendo que não é uma tarefa fácil. Contudo, ambientada em um processo acadêmico e profissional que vem adquirindo forma e se construindo há algum tempo, sobretudo com a realização do Curso de Formação em TCI, passei a compreender que esta investigação só teria sentido se mergulhasse mais profundamente nesse território, a fim de descobrir características viabilizadas pela TCI, haja vista ter se expandido como prática social e como um instrumento de promoção da saúde, que abre espaço para lidar com o sofrimento humano.

Assim, dando seguimento às minhas indagações acerca da TCI nos CAPS, identifiquei, ao longo de minha pesquisa no Mestrado, que essa abordagem terapêutica tem o potencial de “libertar” seus participantes, que, naquele estudo, eram representados por usuários do serviço e seus familiares. Libertar, no sentido de encorajá-los a mergulhar em um processo de autoconhecimento, a ressignificar seus sofrimentos e a resgatar a resiliência e a autonomia. Nas narrativas dos familiares colaboradores do estudo, há um nítido núcleo de sentido construído sobre a importância da TCI no processo de aceitação do ente em sofrimento psíquico, que os estimula a se apossarem das configurações sociais e suas (in)coerências e compreendê-las para modificá-las com desvelo.

Ante o exposto, é oportuno enfatizar que minha experiência como bolsista do PIBIC e como mestrandra despertou em mim um profundo interesse em alçar voos mais longínquos e a investigar a TCI, impulsionada agora por outro desdobramento: a TCI como uma Prática Integrativa e Complementar (PIC), que trabalha e fortalece a família como um sistema e proporciona a inclusão social e familiar do ente em sofrimento psíquico, na perspectiva de reduzir a sobrecarga, de criar e de fortalecer vínculos e de resgatar a autoestima.

O Ministério da Saúde (MS) define a TCI como uma intervenção psicossocial avançada, que se organiza como um espaço comunitário capaz de proporcionar a troca de experiências e histórias de vida. Ao trabalhar de forma horizontalizada e circular, propõe a corresponsabilização em um processo terapêutico que gera repercussões grupais e individuais.

É mais um recurso a ser utilizado pelo profissional da Atenção Básica, no campo da saúde mental, e deve ser aplicada, prioritariamente, em seu *lócus* de atuação (BRASIL, 2013). Tudo isso concebeu, de imediato, a necessidade de enveredar pela análise dessa estratégia de cuidado, como prática que pode transformar progressivamente as pessoas que participam dela por meio de suas experiências.

Durante muito tempo, a participação da família no tratamento e no planejamento terapêutico de indivíduos em sofrimento psíquico esteve aquém do que é recomendado. Isso a levou a estabelecer, deliberadamente, maneiras de assistir, por vezes, inappropriadas, mas condizentes com a realidade vivida, de modo a propor uma adaptação ou até mesmo um ajuste harmonioso na convivência. A literatura é categórica ao abordar a temática do familiar perante o processo de reinserção social na perspectiva de valorizar a participação da família como facilitadora da manutenção e do restabelecimento de vínculos. Entretanto, para que isso aconteça, precisa de suporte para resistir às adversidades cotidianas (GRANDI; WAIDMAN, 2011).

Um estudo que merece ser destacado é o de Castro Silva (2016), visto apontar a repercussão da TCI no contexto de usuários do CAPS. Em seus achados, a autora referiu que essa prática contribuiu para potencializar o resgate da autonomia, melhorar os vínculos, aumentar a capacidade de empatia e de criticidade dos participantes e empoderá-los gradativamente. Estendendo a realidade para o contexto familiar, a TCI pode se mostrar útil como proposta voltada para redimensionar o olhar, o comportamento e as atitudes de seus participantes, em especial, da família (que dela participa) a respeito do parente em sofrimento psíquico, na perspectiva de desconstruir a tendência à culpabilização, reestruturar vínculos frágeis e de risco, potencializar a autoestima, minimizar a sobrecarga e fortalecer a família para que ela propicie e colabore com a inclusão social do seu ente.

1.2 CONTEXTUALIZANDO E JUSTIFICANDO O OBJETO DE ESTUDO

A Ciência vem sofrendo transformações e evoluindo substancialmente ao longo dos tempos, a partir de paradigmas distintos, porém complementares, que proporcionaram uma verdadeira revolução na história do pensamento científico. Nessa lógica, a ciência tradicional e suas conjecturas mergulharam em uma profunda e emergente crise, disparada, sobretudo, pelos postulados dos estudiosos Max Plank, Albert Einstein (a partir do princípio da

relatividade), Niels Bohr, Boltzman, Heisenberg (princípio da incerteza), dentre outros cientistas. A partir de tais descobertas, as leis da Física adquiriram um perfil probabilístico, e a tese de determinismo mecanicista foi refutada, uma vez que a completude não mais se limitava à integração das partes, e isso resultou na consciência de uma complexidade que distingua o sujeito do objeto (AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2005; SANTOS; MACEDO, 2008).

A partir do Século XX, a ciência moderna e clássica defrontou-se com uma **concepção sistêmica** de mundo e rompeu com sua epistemologia tradicional e seus pressupostos, com críticas que envolviam seus conceitos, sua matéria e sua natureza, o que culminou em profundas reflexões epistemológicas no campo do conhecimento científico. Contudo, essa mudança não aconteceu de maneira homogênea, mas, como toda transição paradigmática, vem acontecendo gradativa e desafiadoramente, perpassando avanços, limites, retrocessos e possibilidades (ANDRADE; FONSECA, 2008).

Destarte, a ideia de pensamento sistêmico surgiu como uma visão de mundo em que se priorizam a natureza e os atributos das relações, visto que o método analítico passava a ser inadequado quando se tratava de discussões e análises que envolviam as ciências humanas, devido à sua subjetividade e complexidade (OLIVEIRA, 2012).

Então, ao considerar o pensamento sistêmico como o “novo paradigma da ciência” ou pensamento novo-paradigmático, Vasconcellos (2014) propõe uma compreensão de mundo que contempla a noção de sistema proposta por Wilden (1972), ao afirmar que se refere aos modos como acontecem as relações ou conexões entre os elementos e as relações entre as relações. E na medida em que esse entendimento se mantinha, passava a instituir três dimensões que se estruturavam com o rompimento da ciência moderna: com o pressuposto da simplicidade, que cede espaço à *complexidade* em todos os níveis da natureza; a estabilidade, que se transforma em *instabilidade*; e a objetividade, vista, agora, na perspectiva da *intersubjetividade*, como condição de construção do conhecimento do mundo.

Tal transição paradigmática é notoriamente encontrada no campo da saúde, onde, mesmo diante de um modelo amplo de se conceber o sujeito e o processo saúde-doença, as ações, as práticas institucionais e profissionais, as políticas públicas e a própria formação acadêmico-científica ainda se estruturam em uma lógica curativista, médico-hegemônica e fragmentadora, e se harmonizam com o paradigma da Ciência tradicional.

Assim, com o desdobramento dessa transição epistemológica, o pensamento sistêmico novo-paradigmático não exclui as contribuições da Ciência tradicional, mas concebe a

existência de conexões entre as partes, o contexto e suas interações como uma complexa rede de relações interpessoais (SCHMIDT; SCHNEIDER; CREPALDI, 2011). No âmbito da saúde, ao centralizar a articulação entre os componentes do contexto social, a concepção novo-paradigmática convida o profissional a acreditar e a compreender que o ser humano faz parte de uma trama plural que precisa ser trabalhada para que sua demanda seja redefinida com mudanças estruturais e qualitativas, que podem desintegrar um sistema normalmente baseado em situações de sofrimento, angústia e dependência (VASCONCELLOS, 2014).

Nesse sentido, quando se fala de sistema, a família, convencionalmente, é um dos principais exemplos fundamentados em redes de convivência e de conversações, dotados de características particulares, além de diferentes arranjos de conduta originados de estados emocionais, comportamentais, situacionais e contextuais. Ao se pensar em família na perspectiva sistêmica, seu conceito vem se modificando e se tornando cada vez mais amplo, com o estabelecimento de novos padrões culturais, valores, costumes, determinantes sociais e concepções em constantes redefinições (AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2005; SANTOS; MACEDO, 2008).

Quando se trata da família que convive com a realidade de um parente em sofrimento psíquico, essa entidade é um importante alvo de atenção, porquanto passa a lidar com um evento inesperado, reordenador de sua estrutura como um sistema complexo cuja organização é arbitrada por novas e específicas demandas. A partir disso, constata-se que a família é um sistema complexo, instável e que mantém relações com seus entes que envolvem uma intersubjetividade.

Considerando o redimensionamento de conceitos acerca da Ciência e, consequentemente, dos modos de se conceber a saúde, além de reformular seus serviços, as discussões que envolvem a participação da família no cuidado de parentes em adoecimento mental vêm assumindo um papel de destaque, a qual é inserida como aliada do tratamento nos mais diversos espaços institucionais (BRASIL, 2013).

Ratificando essa realidade, há uma grande variedade de produções científicas, como as de Moraski e Hildebrandt (2005); Boarati; Sei e Arruda (2009); Covelo e Badaró-Moreira (2015); Santos et al (2016), dentre outras, que discutem sobre a participação da família como parceira no tratamento de seu ente. Há, ainda, os estudos de Felício e Almeida (2008) e de Gross e Goldin (2008), que contemplam o suporte à família como determinante e essencial nas respostas apresentadas pelo ente em sofrimento psíquico e definem e fortalecem, de modo positivo, a inclusão da família, como elemento fundamental, no planejamento terapêutico.

Mediante o exposto e em conformidade com as estratégias do modo de atenção psicossocial, tais estudos denotam uma compreensão relevante acerca da participação da família que, às vezes, é considerada como coadjuvante chamada a fazer parte do tratamento de seu parente, mas, em determinados momentos, é a principal merecedora do cuidado, tendo em vista os conflitos, o despreparo e as contradições que passam a desestabilizar esse sistema.

Cavalheri (2010) e Gonçalves e Sena (2001) destacam que os profissionais de saúde, em muitos casos, propõem a aceitação de tais circunstâncias por parte da família, sem que lhe seja oferecida uma rede de atenção e de suporte. E o familiar, por outro lado, com a concepção visceral da ciência tradicional e a visão reificante do seu ente, destina-o aos serviços de cuidado para subtrair parte de sua responsabilidade e sobrecarga, considerando os desafios cotidianos inerentes à convivência com o sujeito em sofrimento psíquico, em um contexto onde não se recebe o apoio suficiente das instituições de saúde, do domicílio ou da sociedade.

A desvalorização de subsídios de suporte familiar e comunitário é um atributo frequentemente encontrado no campo da saúde, porquanto o enfoque é baseado no indivíduo e em suas queixas particulares. Na perspectiva sistêmica novo-paradigmática, o foco está nas relações, ou seja, em elementos e metodologias que priorizam a integração do ser humano com seu meio social e exigem estratégias de apoio às famílias, com as intervenções transpondo os sujeitos e contornando os sistemas humanos (GRANDESSO, 2000; VASCONCELLOS, 2014).

O amparo às famílias deve assegurar o suporte necessário para o enfrentamento das dificuldades diárias, para evitar que os problemas experimentados se transformem em conflitos arbitrados pelo estorvo de relacionamento com o sujeito em adoecimento mental, capaz de gerar sentimento de culpa, baixa autoestima, além de romper e de fragilizar vínculos, porque impede o familiar de encontrar uma solução devido ao despreparo e à sobrecarga vivenciados e o expõe a inúmeros custos emocionais oriundos dessas situações conflitantes.

Partindo-se dessas colocações, sabe-se que o contexto social, histórico e cultural sofre transformações e modifica suas concepções a respeito da “loucura”, do mesmo modo que a família também evolui com e a partir desses conceitos. Então, modifica-se a maneira de se compreender o sofrimento psíquico, uma vez que o esteio familiar tem sido considerado um dos grandes fatores implicados na origem, na culpabilidade e no cuidado do sujeito em adoecimento mental (SANTIN; KLAFKE, 2011). Destarte, em razão do número cada vez maior de serviços que substituem os hospitais psiquiátricos e do advento de políticas de

atenção em saúde mental na perspectiva da atenção primária e secundária, as abordagens grupais representam um dos grandes eixos terapêuticos a serem aplicados nos contextos já referidos (LANCETTI, 1993).

Souza et al (2004) ressaltam que o trabalho de enfermeiros na condução de grupos é principiante, mas, desde que as ideias da Reforma Psiquiátrica começaram a ser difundidas no Brasil, vários profissionais da área de Enfermagem visualizaram a importância e a necessidade de remodelar suas práticas na dinâmica institucional dos novos serviços de saúde mental. A justificativa primeira situa-se na demonstração de que os enfermeiros precisam despertar para o potencial das abordagens grupais, na medida em que são desenvolvidas por eles como ações eficazes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos Serviços Residenciais Terapêuticos, no Hospital-dia, entre outros espaços. Nesses serviços, o enfermeiro não só precisa se capacitar tecnicamente, o que é inerente àquela realidade, como também aprimorar e incluir outras estratégias adaptadas às especificidades de seu público (FRAGA; SOUZA; SANTOS, 2000; OLIVEIRA, 2002).

Os moldes de atenção à saúde mental devem, pois, vislumbrar a humanização da assistência, oferecendo subsídios para que práticas inovadoras e diferenciadas sejam incorporadas, e as particularidades da equipe e, sobretudo, do profissional enfermeiro sejam trabalhadas, proporcionando oportunidades para aguçar o respeito, o compromisso com o próximo e a sensibilidade no cuidado (COSTA; BORENSTEIN, 2004). Portanto, para que essa articulação se materialize, é necessário fomentar projetos e práticas sociais que incentivem o pensar/criar/fazer. Dentre essas práticas, destaca-se a TCI como uma intervenção psicossocial avançada, que é realizada por pessoas devidamente capacitadas, denominadas de terapeutas comunitários. O terapeuta tenta articular a dimensão biológica, social e política dos problemas apresentados pelos participantes das rodas de TCI e posiciona-se como um sujeito novo-paradigmático. Através de um processo de questionamentos e de abertura ao diálogo, de modo estratégico, estabelece um jogo de conotações que propicia a polissemia de ações entre os sujeitos sociais que indagam, respondem, ouvem e interagem a partir de suas práticas cotidianas.

Há estudos consistentes que contemplam a TCI como uma prática efetiva para uma heterogeneidade de públicos, como, por exemplo, as investigações de Andrade et al (2010); Sá, (2012); Carvalho et al (2013); Guerra et al (2015); Moraes (2014), entre outras. Entretanto, ao considerar que essa intervenção estimula processos de mudanças existenciais para a vida, não existem investigações que possam elucidar a influência em indivíduos

participantes que são familiares de usuários acompanhados no CAPS, na perspectiva de evidenciar a potencialidade dessa ferramenta como um instrumento capaz de reintegrar vínculos, minimizar níveis de sobrecarga, potencializar a autoestima e trabalhar a família para restabelecê-la como um sistema que é determinado pelo contexto.

Parte-se do pressuposto de que um familiar com baixa autoestima, sobrecarregado, que mantém vínculos frágeis e de risco e que não encontra fontes de subvenção necessária, enfrenta desafios constantes e dificuldades de reinserir seu ente em sofrimento mental. Nessa perspectiva, a família passa a dispor de uma potencialidade reduzida para construir ou fortalecer vínculos saudáveis, muitas vezes, pelo próprio padrão de cronicidade enraizado em questões relacionadas ao sofrimento psíquico, o que influencia diretamente a interação, a convivência e a aceitação desse sujeito nos mais variados contextos.

Ademais, é importante acolher o sofrimento do cuidador e minimizar sua sobrecarga emocional oferecendo espaços acolhedores e facilitadores de ações e de troca de experiências, para compartilharem dúvidas, angústias e alegrias em um movimento de proximidade com o tratamento e em direção à autonomia dos usuários e à diminuição do sofrimento das famílias.

Nesse sentido, é preciso reduzir os níveis de sobrecarga, melhorar a autoestima e restaurar vínculos frágeis e de risco, além de fortalecer estruturas vinculares saudáveis, para que a família deixe de pensar no ente em adoecimento mental como um ser incapaz e passe a vê-lo como um indivíduo que tem competências, potencial e qualidades, apesar do sofrimento psíquico e acolher esses familiares, propiciando espaços de troca de experiências entre eles. A TCI, ao se mostrar útil como uma estratégia que estimula a fala por quanto propõe que o sujeito se desprenda de inquietações e de conflitos, pode ser utilizada como uma prática moderadora da sobrecarga e proporcionar reflexões individuais e coletivas, geradoras de transformações sistêmicas capazes de promover mais apoio familiar e, consequentemente, a inclusão do indivíduo em adoecimento mental na família e na comunidade.

Ante o exposto e sabendo que há um universo de indagações a serem feitas, adotei algumas como questões norteadoras para esta pesquisa: A TCI é capaz de melhorar a autoestima, restabelecer vínculos frágeis e/ou rompidos e reduzir a sobrecarga de familiares que cuidam de parentes em tratamento no CAPS? Que situações-problemas são vivenciadas pelos familiares no cotidiano com o parente em adoecimento mental e que estratégias utilizam para minimizar a sobrecarga de cuidado que lhe é dispensado? Quais as principais mudanças e os comportamentos adotados por familiares depois de participarem das rodas de TCI e sua(s)

influência(s) na melhoria da autoestima, na redução da sobrecarga e no fortalecimento dos vínculos e nas relações estabelecidas no sistema familiar?

Compreendo que a relevância deste estudo consiste em abordar uma temática atual, ainda nova, e que vem sendo aplicada como prática de intervenção por enfermeiras, no campo da saúde coletiva, e que essa tecnologia de cuidado é capaz de proporcionar benefícios na vida de seus participantes na perspectiva de transformá-los positivamente. É importante que a equipe de saúde mental atente para essa realidade, considerando as verdadeiras condições da família, a fim de propiciar oportunidades de superar dificuldades vividas e minimizar a sobrecarga. A intervenção voltada para os familiares não visa só instrumentalizá-los como cuidadores, mas também como pessoas que também necessitam de cuidados.

Também considero que é uma temática carente de investigações e que os resultados advindos poderão alicerçar uma práxis que vem se consolidando como uma estratégia de cuidado com a saúde mental no nível comunitário, uma vez que é uma tecnologia de baixo custo e porque, com o saber produzido, novos conhecimentos poderão ser gerados, com o fim de subsidiar a implantação da TCI em espaços variados e elucidar elementos do cuidado presentes no trabalho do terapeuta comunitário que servirão como orientadores para a prática da Enfermagem em saúde mental.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Avaliar a eficácia da TCI como uma intervenção psicossocial capaz de potencializar a autoestima, minimizar níveis de sobrecarga e restabelecer vínculos dos familiares cuidadores de parentes usuários do CAPS, visando fortalecer as relações no sistema familiar.

1.3.2 Específicos

- ✓ Revelar se a TCI é capaz de melhorar a autoestima, restabelecer vínculos frágeis e/ou rompidos e reduzir a sobrecarga de familiares que cuidam de parentes em tratamento no CAPS pela aferição de tais atributos antes e depois das rodas de TCI;
- ✓ Descrever as rodas de TCI e identificar as principais situações-problemas que provocam sofrimento nos familiares cuidadores, bem como as estratégias de

- enfrentamento que apresentam que influenciam a relação de cuidado com o parente;
- ✓ Destacar as principais mudanças e os comportamentos adotados por familiares, depois de participarem das rodas de TCI e que influenciaram na melhoria da autoestima, na redução da sobrecarga, no fortalecimento dos vínculos e nas relações estabelecidas no sistema familiar.



2 Aporte teórico e Conceitual

APORTE TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1 A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO UMA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR: UMA TRAMA DE APARELHAMENTO COMUNITÁRIO

Sabe-se que o sofrimento psíquico muito se equipara às patologias de ordem biológica, visto envolverem dimensões complexas e subjetivas dos seres humanos. Muitos dos usuários que se dirigem aos Serviços da Atenção Básica e relatam situações de desconforto físico que não são elucidadas pela equipe não encontram respostas satisfatórias para suas demandas, seja por parte dos profissionais ou devido à ineficácia da própria rede que perpassa as instituições de saúde (BRASIL, 2013).

Quando não há indicadores mensuráveis de que o indivíduo se encontra com alguma doença tangível, sua condição, por vezes, é negligenciada, e ele não recebe a devida valorização e o cuidado. Contudo, o que não é considerado pode representar uma carga de sofrimento desmedido, e o indivíduo não consegue relacionar às consequências que foram somatizadas. Assim, cabe ao profissional da Atenção Básica identificar e analisar o sofrimento por meio de uma escuta qualificada, da empatia e de um entendimento interdisciplinar, a fim de proporcionar à pessoa que sofre projetos terapêuticos que sejam diferenciados e perspicazes (BORGES, 2010; BRASIL, 2013).

Foi nessa perspectiva, que o Professor Doutor Adalberto de Paula Barreto, ao verificar a falência dos atendimentos em saúde mental nos moldes psiquiátricos, recorreu a uma compreensão social complexa e sistêmica que proporcionou a criação de uma intervenção psicossocial avançada - conhecida como Terapia Comunitária integrativa (TCI) - que pudesse ser oferecida à comunidade de modo eficaz e democrático e desse um *feedback* às demandas apresentadas naquele contexto. A TCI foi idealizada para romper com a verticalização comum ao modelo biomédico, curativista e assistencialista em saúde, que remete a ambientes de partilha da dor e do sofrimento em espaços de valoração coletiva (NASCIMENTO, 2015).

A TCI foi sistematizada no ano de 1987, pelo já mencionado médico, professor e antropólogo Adalberto de Paula Barreto. O processo de amadurecimento dessa prática se iniciou quando ele ainda era professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), no momento em que optou por transferir o atendimento que prestava no ambiente hospitalar para o próprio contexto social e relacional dos usuários - na favela do

Pirambu, em Fortaleza/CE - oportunizando esse contato aos seus alunos de Psiquiatria (BARRETO, 2008).

Na ocasião, Adalberto Barreto pretendia desenvolver um trabalho de prevenção e cuidado para as pessoas que tinham dificuldade de acessar os serviços de saúde. Tal aspiração foi estimulada pelas seguintes indagações: como deixar de lado um paradigma que concebe a dependência para um que estimule a autonomia? Como resgatar o saber dos nossos ancestrais e o conhecimento construído a partir de suas experiências de vida? Como transformar uma técnica especializada e restrita em uma prática eficiente que possa alcançar um sistema mais amplo? Nesse processo, originaram-se o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária e a TCI (BARRETO, 2008).

Acredita-se que, aproximadamente, 38.000 terapeutas comunitários já foram capacitados pelos diversos Polos Formadores. Dentro desse quantitativo, mais de 3.000 são representados por profissionais de saúde, líderes influentes na comunidade e pessoas formadas por meio de parcerias governamentais. Ainda como produto dessas e de outras lutas travadas em favor da TCI, enfatizam-se o crescimento e a expansão dessa metodologia de cuidado para vários países da Europa, da África e da América do Sul (ABRATECOM, 2015). Nesse contexto, destaca-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), que é integrada por práticas da Medicina tradicional chinesa/acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, do Termalismo Social e da Medicina Antroposófica, e incorporou a TCI em seu escopo no ano de 2008, com o objetivo de formar novos terapeutas comunitários para fortalecer as estratégias complementares no âmbito da Atenção Básica (BUZELI; COSTA; RIBEIRO, 2012).

Outra medida essencial para a expansão e fortalecimento da TCI foi a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, no período de 27 de junho a 1 de julho de 2010. Nesse evento, foi aprovado um projeto com vistas a assegurar a continuidade da implantação, da expansão e do fortalecimento da TCI como uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde mental recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), que, recentemente, por meio da Portaria nº 145/2017, incluiu, no leque da PNPICS, a TCI e outras práticas que já eram desenvolvidas, mas que foram destacadas para facilitar o conhecimento e ampliar o escopo de sua disseminação. Além da TCI, foram incluídos mais 13 procedimentos, a saber: auriculoterapia, meditação, musicoterapia, massoterapia, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/automassagem e crenoterapia. Atualmente, a PNPIC apresenta, em seu rol, um

total de 19 práticas (BRASIL, 2017). Essa medida representou um importante passo para favorecer o reconhecimento da TCI como um recurso que pode ser empregado no campo da saúde e em diversos setores sociais para trabalhar o sofrimento. No entanto, para que essa ideia se materializasse, foram necessárias inúmeras revisões paradigmáticas das abordagens sobre os transtornos psíquicos e outros sofrimentos, o que afastou a TCI das referências explicativas e técnicas consideradas hegemônicas e ineficazes, para um exemplo que pudesse estimular influências inovadoras em meio a uma realidade social doente e anômica e restaurar princípios e atributos individuais e coletivos (NASCIMENTO, 2015).

É com a finalidade de encorajar e fortalecer o indivíduo diante dos infortúnios vivenciados que a TCI exprime um ambiente inclusivo e terapêutico, por ser uma PIC que valoriza todos os participantes como componentes de uma conjuntura psicossocial, cujos princípios e valores individuais refletem nas histórias de vida de cada membro do grupo (ROCHA et al, 2013). Assim, segundo Barreto (2008, p.39), a TCI objetiva

reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, para que esse possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente; reforçar a auto-estima 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; tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do *saber popular* e *saber científico*; estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, através do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua própria transformação.

Nesse contexto, a TCI origina espaços onde se podem gerar e partilhar conhecimentos, relações e vínculos, o que promove a construção de reciprocidade entre os participantes, em que perpassam escolhas e afinidades religiosas, étnicas, culturais, financeiras, estéticas, sociais, dentre outras. As pessoas passam a se enxergar como semelhantes, sem estratificações, porque o principal elemento de valorização é a história de vida e a experiência daquele ser que fala, que desabafa e que é acolhido respeitosamente. Esse movimento de externalização mobiliza, interna e externamente, os recursos individuais de quem escuta, porquanto as pessoas se veem nas falas de outras, e uma rede de solidariedade e identificações

é tecida. Nas rodas de TCI, há um processo que estimula a inclusão social, pois todos que participam daquele encontro colaboram de algum modo, seja através da escuta, do olhar, do toque, da fala, da partilha de sua experiência de vida etc. (LAZARTE, 2013).

A TCI pode ser desenvolvida em vários ambientes, desde que o horário e o local sejam pactuados diretamente com os participantes e divulgados antecipadamente. As rodas podem ser executadas por qualquer pessoa que tenha o curso de formação em TCI com 360 horas/aula, independentemente do grau de instrução ou da escolaridade. Basta que seja alguém engajado e comprometido com a comunidade, que saiba manter uma boa interação com o grupo, que seja capaz de expressar seus sentimentos e crescer juntamente com os participantes, porque, nas rodas, todos ensinam e aprendem mutuamente. O terapeuta comunitário não é a pessoa responsável por assumir a função de especialista (seja ele um psicólogo ou psiquiatra), fazer análises ou dar explicações, mas está ali para entusiasmar e encorajar a partilha de experiências, acolhendo a dor e o sofrimento verbalizados, na medida em que estimula o resgate dos saberes, a força e as potencialidades dos participantes (ABRATECOM, 2015).

Barreto (2008) admite que, na TCI, o terapeuta não opera a cura de ninguém, pois cada um é terapeuta de si mesmo. Quem viabiliza a cura é a comunidade, interna ou externa, ou seja, a que você é e a que você compõe e integra na convivência com os outros. Parte-se do princípio de que, na TCI, todos são capazes, todos podem. Para constatar essa afirmação, basta permitir-se participar de uma ou de várias rodas ou escutar o testemunho de algum participante. Pode-se, ainda, acompanhar a retumbância dessa intervenção em inúmeros municípios brasileiros, no que se refere à criação de redes sociais solidárias, ao resgate da autonomia, ao empoderamento, ao resgate da autoestima e à promoção da reintegração de ex-usuários de álcool e de outras drogas ilícitas, incitando sujeitos sociais a se mobilizarem e se desviarem da permissividade, da resignação e da apatia, ao se reconhecerem e se assumirem como protagonistas de suas vidas e escolhas (LAZARTE, 2012).

Os desfechos facilitados pela TCI, desde o seu surgimento, têm sido reconhecidos por autoridades e líderes governamentais no âmbito da promoção da qualidade de vida. Tais benefícios contribuem para consolidá-la como uma política pública que ressoa em vários setores sociais - na saúde, na ação social, na justiça, na educação, na segurança etc. Outras características que endossam a riqueza dessa prática de cuidado são sua alta efetividade, o baixo custo gerado e a busca por estratégias de resolução e enfrentamento das demandas encontradas em diversos contextos (GOMES, 2010). Desse modo, a TCI se consolida por

meio de cinco pilares que têm sido utilizados para construir sua identidade teórica: Pensamento Sistêmico, Pragmática da Comunicação de Watzlawick, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência. Tais arcabouços referenciais estão entrelaçados em uma propositura articulada de sentidos que são indispensáveis à compreensão dessa metodologia (BARRETO, 2008).

Destacando o primeiro pilar teórico mencionado acima, convém ressaltar que pensar sistematicamente é conceber um evento como algo incorporado a um contexto maior, uma vez que tudo está imbricado, e o ser humano compõe uma teia indissociável de relações estruturadas a partir de vínculos e contatos. Assim, sugere-se que os sujeitos sejam compreendidos em seu enquadramento social e como elementos-chave de uma rede de conexões. A ideia de pensamento sistêmico idealiza o mundo numa perspectiva integradora que valoriza o conjunto e suas partes e desenvolve uma conjuntura que se articula e gera um movimento próprio (DAMASCENO, 2011).

O *pensamento sistêmico* foi concebido em meados de 1930 por Ludwig Von Bertalanffy, um biólogo nascido na Alemanha. Essa concepção foi originada no Século XX e trouxe à tona uma série de reflexões que se contrapunham às ideias mecanicistas e reducionistas que eram tendência entre os Séculos XVI e XVII, estabelecendo um marco no campo científico. Essa consciência revolucionária refutou características da Ciência e a limitou a atributos mensuráveis que podem ser interpretados por meio de suas partes. Assim, o pensamento sistêmico se nega a conceber o todo a partir de suas frações e defende que é importante reintegrar peças no conjunto e vice-versa, ou seja, advoga em favor de que o sistema extrapola a mera soma de seus elementos (KASPER, 2000).

Para Morin (2003), a sociedade pode se expressar como um sistema que deriva diretamente de uma alimentação extrínseca. Essa dependência não representa uma mera resignação, mas emparelha o próprio sistema cujo funcionamento é compreendido a partir do momento em que se consideram o ecossistema, a ambiência e suas diversas características que não lhes causam estranheza e curiosidade, mas, simultaneamente, integram-no com certa familiaridade.

Maturana e Varela (2000) afirmam que, de acordo com a Teoria Geral dos Sistemas, existe uma doutrina biológica que contempla a auto-organização de reações celulares em um evento conhecido como autopoiesis e enfatizam que os sistemas geram referências e identidades com base nas próprias ações. Para os mesmos autores, tais fenômenos são tão dependentes do sistema onde são originados que são responsáveis por gerar o próprio sistema.

Então, existe um movimento circular de autoprodução de elementos capaz de atribuir sentido às características circundadas na medida em que se diferencia delas. Partindo de tais premissas, Camarotti et al (2003) asseveram que, nessa abordagem sistêmica, o ser humano se comprehende a partir de seus processos e laços sociais, familiares e culturais, de suas crenças e valores e adentram um campo que confere clareza ao contexto e subsidia transformações. Por conseguinte, as angústias, o sofrimento, as situações desafiadoras e as atitudes de transformação e de resiliência não devem ser percebidos como alheios à complexidade e à subjetividade dos seres humanos. Nesse sentido, essa concepção deverá sustentar-se em um contexto que extrapola características individuais (CAPRA, 1995).

Isto posto, destaca-se a aplicação do pensamento sistêmico nas relações e nos sistemas humanos, por representar um corpo de ideias que interagem de modo coordenado e organizam um complexo maior. Essa configuração é, portanto, favorecida pelas competências de autoproteção, autoequilíbrio, crescimento e autotransformação, de modo que quaisquer mudanças ocorridas na família desestabilizarão integralmente sua organização (BARRETO, 2008).

Dentro de um sistema, a justaposição de seus componentes obedece a um sentido próprio, geralmente de modo involuntário e desprevensoso, uma vez que cada parte se concebe como uma extensão que pertence ao mesmo sistema em um ambiente que modifica todas as relações estabelecidas. De maneira substancial, essa discussão passa a fazer parte da prática do terapeuta comunitário, porque atua em contextos comunitários de realidade política, econômica, cultural, familiar etc. Outrossim, infere-se que os terapeutas comunitários devem orientar suas ações para as nuances do pensamento sistêmico e pensar no sistema “família” como uma estrutura em que cada integrante poderá influenciá-lo globalmente (BARRETO, 2008).

Em se tratando da *Pragmática da Comunicação de Watzlawick*, com base nas descobertas de Gregory Bateson – biólogo e antropólogo nascido na Inglaterra – criou-se, nos Estados Unidos, uma propositura de investigação da pragmática da comunicação humana, em que se utilizam métodos matemáticos de análise, abordagem e influência no comportamento das pessoas. Watzlawick e outros colaboradores, por exemplo, desenvolveram uma matriz conceitual que defendia que todas as condutas dos seres humanos e as práticas de comunicações inerentes às relações são espécies de “jogos”, ou seja, são ordenamentos comportamentais regidos por regras e construídos por padrões determinados socialmente (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1993).

Para esses mesmos autores, as pessoas são consideradas seres viciosos e de repetição, assim como circuitos técnicos, porém não se comportam como sistemas fechados, mas abertos. Para Watzlawick, seria inconcebível analisar os organismos na biologia moderna, mesmo que o mais rudimentar, isolando-o intencionalmente do seu meio, pois as enfermidades não se expressam como problemas de responsabilidade única do ser que padece. Assim, ao trabalhar os efeitos da comunicação no comportamento, verificou que é impossível que um indivíduo não se comunique, uma vez que a comunicação não envolve apenas a fala, mas também indícios impessoais e intrínsecos, e qualquer sinal ou semelhante pode emitir caracteres capazes de refletir em certo comportamento (WATZLAWICK; WEAKLAND; FISCH, 1977).

A colocação “Não dá para não comunicar” é uma afirmação baseada na ideia de que toda atitude, e não apenas a fala humana, compõe uma comunicação. Verbalizar algo ou permanecer em silêncio, reportar-se ao outro ou se internalizar em um universo também são maneiras de sinalizar e expressar algo. Do mesmo modo, o processo de comunicação não se dá apenas intencionalmente ou de forma consciente e satisfatória. Movimento ou inércia, gestos ou inatividades, discursos ou silêncios, tudo tem uma riqueza de sinais que transmitem uma mensagem de duplo sentido que, por sua vez, responde a uma comunicação (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1993).

Maranhão e Garrossine (2011, p.4) asseguram que “basta o homem existir para haver comunicação, para haver partilha, de modo que nos comunicamos mesmo sem desejarmos”. O corpo, assim como a palavra, é parte essencial, porque transmite, muitas vezes, o não dito, o oculto. E por ser a comunicação o recurso que unifica pessoas, famílias e sociedade, Barreto (2008) defende que é exatamente nesse compasso que se proporciona o contato entre os indivíduos, que é fundamental para a construção de vínculos. Na TCI, essas colocações são trabalhadas de maneira cristalina, na frase, “Quando a boca cala, o corpo fala. Quando a boca fala, o corpo sara”. Por conseguinte, a comunicação presente no contexto das rodas é fundamental para a troca de experiências e de sofrimentos que integram a dinâmica interna de cada participante (BARRETO, 2008).

Ainda de acordo com Barreto (2008), quando os participantes das rodas de TCI externam seus sentimentos, inquietações e angústias, exprimem também suas dúvidas e seus anseios e libertam muitas de suas emoções. Nesse movimento, quando se “libertam” daquela sensação, também desencarceram o que os opõe e refletem acerca do que lhes aflige, fazendo evocar estratégias práticas, preventivas e curativas.

A *Antropologia Cultural* respalda a proposta da TCI, porque afirma que os indivíduos são formados de valores a partir do que são, e não, do que têm. Isso quer dizer que a figura do ser humano é uma estrutura valorativa. Lazarte (2013) chama à atenção para o fato de que o homem se constrói no desenrolar de sua vida, em um processo que toma forma ao mesmo tempo em que estabelece relações sociais em diversos contextos. Para fundamentar essa relação, cabe demonstrar o conceito de cultura, que Boehs et al (2007, p. 310) definem como “sistemas entrelaçados de símbolos interpretáveis: um contexto dentro do qual os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos podem ser descritos de forma inteligível”.

De modo semelhante, Freire (2001) declara que as pessoas fazem parte de um espaço e de um tempo e convivem intimamente em contextos sociais e culturais dotados de riquezas que fortalecerão suas raízes. Assim, a cultura representa a colaboração que a vida humana oferece à natureza, como produto de sua atividade e de sua batalha de vida. Freire (2001, p.21) reforça, ainda, que a cultura “é também a aquisição sistemática da experiência humana, mas uma aquisição crítica e criadora, e não uma justaposição de informações armazenadas na inteligência ou na memória e não “incorporadas” no ser total e na vida plena do homem”, pois, para ele, o homem preserva e recria sua cultura na medida em que estabelece relações e oferta respostas para os desafios diários, seja criticando, refletindo, repensando ou redescobrindo a si mesmo.

Portanto, é indispensável que, no processo saúde-doença, tais características sejam observadas, pois a cultura, como um recurso de referência social, afeta diretamente o sentido de identidade individual e coletiva de cada indivíduo. E é com base nessas identificações que as pessoas se admitem, aceitam-se e se assumem nas rodas de TCI (BARRETO, 2008).

Nesse movimento, quando o indivíduo passa a se considerar a partir de sua própria cultura, de seus valores e entendimentos e deixa de lado circunstâncias de vida que, por vezes, foram introjetadas inconscientemente, deixa de culpar os outros e a si mesmo e comprehende sua participação naquele processo, o que gera corresponsabilização. Assim, a Antropologia Cultural na TCI fornece ingredientes que possibilitam mais interpretações e imersões do indivíduo em sua cultura, visto que, muitas vezes, o ser humano se perde e se distancia dele próprio, torna-se escravo de padrões sociais que lhe são imbuídos e se transforma em mero reproduutor de comportamentos conflitantes que causam sofrimento, angústia e dor (LAZARTE, 2013).

No que se refere à *Pedagogia de Paulo Freire*, a TCI guarda inúmeras semelhanças com o papel educador proposto por esse grande pensador brasileiro, que defende uma prática dialógica que preconiza a existência de momentos de fala e de escuta, com vistas a garantir que o indivíduo possa refletir sobre a realidade por meio do contato com outras problemáticas cotidianas e do resgate de histórias e experiências de vida como fonte permanente de saberes (GUIMARÃES; VALLA, 2009; MORAIS, 2010; CARÍCIO, 2010).

A cadeia de produções de Paulo Freire é extremamente rica e repercute diretamente em diversos setores sociais, proporcionando reflexões e modos de pensar respeitáveis no trabalho intelectual daqueles que se debruçaram e exploraram seus escritos e ideias. Por conseguinte, a TCI representa mais um empreendimento social e comunitário que recebeu influências do pensamento freireano, já que foi desenvolvida com base na realidade do Brasil, colocando o homem em evidência em suas dimensões humanas, como protagonista de suas atitudes e de seus aprendizados (NASCIMENTO, 2015).

Pode-se considerar a TCI como uma verdadeira expressão dos pensamentos de Paulo Freire visto que ela é considerada como uma intervenção de cuidado que prioriza o diálogo de modo circular e horizontal e enaltece as riquezas culturais, históricas e o saber de seus participantes, com a finalidade de estimular a autonomia e o bem-estar e de instilar esperança na vida dessas pessoas (LUCIETTO, 2014).

De acordo com Freire (2005, p.25), “a conscientização crítica é alcançada com o esforço intelectual e a ação, pois a práxis humana é a unidade indissolúvel entre minha ação e minha reflexão sobre o mundo”. Inserida em uma perspectiva problematizadora de educação, as proposituras freireanas carregam o movimento de avanço do aprendiz por meio do diálogo e de sua relação com o ambiente e sua vida. Freire defende uma educação que seja libertadora e transformadora e entende que o sujeito é uma entidade histórica e cultural, dotada de saberes, visto estar em constante interação com seu semelhante.

Para Barreto (2008), a TCI coaduna com as ideias freireanas, porque valoriza a história de cada participante da roda, com um espaço de pertencimento que restaura e resgata a autonomia que é inerente ao ser humano, o autoconhecimento, a importância de suas raízes e da família e sua teia de relações, as tradições. Proporciona uma conversa complementar entre o conhecimento científico e o popular, com a presença e a inclusão de pessoas que são essenciais e que exercem cotidianamente o papel de seres pensantes, recriadores, comunicantes e transformadores.

O termo **resiliência**, segundo Sordi, Manfro e Hauck (2011), compreende definições que trafegam entre elementos da Física, da Biologia e da Psicologia e, de forma mais abrangente, denota uma consciência baseada em princípios de estabilidade, adaptabilidade e capacidade de superar. Encarada como um modo de competência explanada em meio aos problemas corriqueiros da vida, oportuniza o progresso individual e a unificação de potencialidades nas contrariedades do dia a dia. Assim, pode ser conceituada como “a capacidade do indivíduo de enfrentar as adversidades, manter uma habilidade adaptativa, ser transformado por elas, recuperar-se ou conseguir superá-las” (SORDI; MANFRO; HAUCK, 2011, p. 116).

Resiliência é um vocábulo que se originou do latim, *resiliens*, que significa retornar, recuar; do inglês, *resilience*, refere-se à elasticidade, potencial de superação. No campo da Biologia, a definição avançou um pouco e mais e se uniu às questões de adaptabilidade referentes ao ecossistema que, constantemente, necessita se reestruturar devido aos problemas para se manter conservado. Na Psicologia, representa a faculdade de um ser vivo lidar com as adversidades da vida, na medida em que mantém habilidades de adaptação, transformando-se e superando-se (CUNHA, 2014).

Yunes (2003) defende que os significados do termo resiliência ainda não são suficientemente elucidados no Brasil, o que sugere a necessidade de um decoro maior em investigações que analisem os diversos sentidos que existem nessa palavra, para que ela seja empregada adequadamente.

Na TCI, o emprego das noções de resiliência está relacionado ao reforço das questões de apoio sinérgico e de solidariedade entre os membros do grupo, que vai além do empenho individual, mas envolve as concepções que existem nas relações. Nesse aparelhamento, o técnico é fundamental, porque subsidia a divisão de experiências através dos que falam e gera uma fluidez, de pensamentos e de reflexões que possibilitam acessar competências e forças “adormecidas” que conferem clareza e geram a conscientização, indispensáveis ao desenvolvimento da resiliência (NASCIMENTO, 2015).

Parte-se do princípio de que a característica resiliente favorece a produção de saberes e de experiências de crescimento a partir das dificuldades, transformando carências em competências, dores em aprendizados e angústias, em crescimento, ressignificando o sentido de determinada situação geradora de traumas, amarguras e medos (CAMAROTTI, 2013).

Barreto (2008) assevera que, na TCI, a riqueza em utilizar as situações desafiadoras e os períodos de crise consiste em proporcionar a evolução pessoal, familiar e comunitária, o

crescimento e a sabedoria, porquanto possibilita que os participantes reconstituam momentos de imprecisão, de erros e de atitudes negativas, reconstrói os vínculos rompidos, fortalece os vínculos frágeis e de risco e estimula a busca de competências que conduzem à superação, à autonomia e ao equilíbrio.

Foi nessa perspectiva que aprofundei minha visão acerca da família como um sistema, pois identifiquei nos familiares que cuidam de seus entes, pessoas que estão em constante inter-relação com o parente, uma vez que sua ação de cuidar ocorre diariamente. Nesse papel de cuidador, o familiar influencia e é influenciado pelo parente (objeto de cuidado), e nessa troca, há um sistema que precisa ser conhecido em toda a sua complexidade, como veremos a seguir.

2.2 A FAMÍLIA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA: UM CIRCUITO DE CONFIGURAÇÕES QUE SE RETROALIMENTAM

A família representa uma unidade organizacional oriunda de antecessores comuns ou conectada por vinculações e/ou relações afetivas. Acredita-se que essa unidade tenha surgido há, aproximadamente, 4.600 anos. O termo “família” é derivado do latim, *famulus*, que traduz a expressão “escravo doméstico”. A família originou-se do sistema patriarcal, em que mães, filhos e serviçais se resignavam ao poder dominador da figura paterna, porquanto o pai assumia a condução familiar e gerenciava todos os bens e pertences. Com o passar do anos, não só essa entidade, mas também a sociedade e o mundo sofreram profundas transformações, que geraram uma complexidade de transições familiares (BARRETO, 2014).

Por conseguinte, as mudanças agregadas ao cenário mundial não isentam a instituição familiar. Mesmo que seja vista como uma das entidades que mais tem se mantido ao longo do tempo, a metamorfose social impacta amplamente em seus moldes, e isso justifica as evoluções que perduram desde a história da industrialização e da urbanização até os novos formatos que ora se apresentam (SARACENO; NALDINI, 2003). Dentre os principais responsáveis por contribuir, de maneira decisiva, para modificar as estruturas e os arcabouços familiares, destacam-se as questões políticas, os fatores econômicos, os avanços tecnológicos e as transformações demográficas. Tais variáveis incidiram diretamente nos papéis assumidos por seus membros, no arranjo, nas relações e nas funções desempenhadas, que refletem o momento vivido com base em características e em tendências sociais (LEANDRO, 2001).

Wright, Watson e Bel (1990, p.112) definem a família como “um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo, isto

é, que se identificam como fazendo parte daquele grupo”. Para Cerveny & Berthoud (2002), família refere-se ao convívio construído no cotidiano, voltado para o desenvolvimento de tarefas e de cuidados de sobrevivência e de ações funcionais específicas que obedecem às diversas fases do ciclo vital. Para esses autores, essa instituição é estruturada em razão dos filhos e das atividades que emanam dessa construção e é convocada a uma “renegociação” quando se defronta com extensões em sua organização. Nesse sentido, tais atividades são elaboradas e experimentadas em espaços que podem ou não ser comuns aos membros que a constituem, o que demanda um reordenamento de conflitos, interesses e necessidades que beneficiam a existência de uma grupalidade. É nesse sincronismo de interesses que a família se edifica como uma unidade de alojamento que procura se estabilizar e se fortalecer. Destarte, como não há um conceito absoluto e único para o termo ‘família’, defini-la é uma tarefa complexa, pois as inúmeras dimensões familiares e suas diversas funcionalidades e contatos relacionais convergem para uma espécie de relatividade conceitual (DIAS, 2011).

Pensar na família significa compreender que as atitudes individuais retroalimentam e são retroalimentadas pelas condutas de seus membros de tal forma que o esteio familiar passar a ser visto como um conjunto em cuja completude não há espaço para que a individualidade de seus constituintes prevaleça a ponto de determinar o comportamento dos demais. Por isso, a entidade familiar não é representada pelo somatório de seus membros especificamente (CERVENY, 2000).

Cerveny (2000, p.254) enfatiza que “a unidade familiar é um sistema composto por indivíduos que podem também ser considerados sistemas por si só e, ao mesmo tempo, uma parte de um sistema, ou seja, um subsistema”. Essa unidade compõe um sistema familiar mais amplo, que se insere em vários outros sistemas maiores, como o sociocultural, o econômico, o político, dentre outros. Para Bertalanffy (1976), um sistema pode ter seu conceito atrelado a um conjunto de componentes que se mantêm em uma relação de interação mútua. Esse conceito é extensivo à família, ao indivíduo e, até, ao contexto social.

As reflexões que introduziram as ideias de visão sistêmica de mundo se deram a partir de transformações no campo científico, quando, em meados do Século XX, esse tipo de pensamento prevaleceu em vários setores da sociedade, sobretudo, nos que eram vistos como sistema (BERTALANFFY, 1968). Essa definição não delimitou o que poderia representar os elementos desse sistema, mas, ao estender esse conceito a sistemas vivos ou mecânicos, fez despontar um modelo epistemológico que rompeu o paradigma intelectual predominante na época e revolucionou a Ciência com o surgimento do paradigma sistêmico (SANTOS, 2012).

Esteves de Vasconcellos (2007) refere que o pensamento sistêmico surgiu como uma visão inovadora de mundo, uma soma de pressupostos, um novo paradigma capaz de fundamentar ações e comportamentos. Nessa perspectiva, a autora destaca a necessidade de distinguir a teoria sistêmica da epistemologia sistêmica, ao enfatizar que o novo paradigma da Ciência representa o próprio pensamento, e o paradigma/epistemologia sistêmica equivale à mudança paradigmática no campo da Ciência.

Bertalanffy (1973) apontava que era possível estender para vários campos do conhecimento as leis direcionadas a organismos biológicos, criando a Teoria Geral dos Sistemas. Para ele, um sistema compreende uma ampla soma de fatores e elementos que interagem e formam um conjunto “unitário e organizado”. Essa Teoria cooperou substancialmente para originar conceitos capazes de consolidar a compreensão da família como um sistema, como os conceitos de homeostase, morfogênese, equifinidade, globalidade, causalidade circular e a não somatividade, por exemplo.

A *homeostase* é um mecanismo de autorregulação, que resguarda o sistema de transformações, com vistas a preservar seu equilíbrio. No âmbito familiar, essa característica se expressa na manutenção de relacionamentos que dificultam o surgimento de mudanças. A *morfogênese* diz respeito à potencialidade que o sistema tem para se autotransformar de modo inventivo. Em se tratando do contexto familiar, espera-se que apresente uma habilidade para sofrer mudanças estruturais e funcionais, de modo que a performance familiar sempre possa agregar novos moldes, que, do ponto de vista qualitativo e subjetivo, são diferentes do formato anterior (CERVENY, 1994).

Quanto ao princípio da *equifinidade*, a estabilidade de um sistema aberto é configurada por critérios do próprio sistema, ou seja, “diferentes condições iniciais geram igualdade de resultados e diferentes resultados podem ser gerados por diferentes condições iniciais” (GOMES et al, 2014, p.9). Para o princípio da *globalidade*, os sistemas se estruturam consistentemente, de maneira que a transformação de uma de suas partes determina variações no todo (GOMES et al, 2014).

De acordo com a *causalidade circular*, cada desfecho que ocorre no sistema pode, retroativamente, trazer consequências para o que o determinou, pois não há causa e efeito, mas um circuito de atuações mútuas (OSÓRIO; VALLE, 2002). Na realidade familiar, esse princípio se vale da percepção de que os membros da família intervêm nos demais, e de modo recíproco, também são influenciados entre si (CERVENY, 1994). O princípio da *não somatividade* se refere à totalidade do sistema e denota que o comportamento final oriundo de

ações coletivas é mais complexo do que a união de comportamentos isolados (ESTEVES DE VASCONCELLOS, 2013). Nesse sentido, a ideia de sistema e seus princípios, quando projetados para a dinâmica familiar, sugerem uma ruptura paradigmática na forma de enxergar a família, consolidando a noção de concebê-la sistemicamente (SANTOS, 2012).

A aplicabilidade de uma Teoria Geral dos Sistemas em diferentes realidades poderia oferecer um eixo conceitual amplo e qualificado para agregar diferentes disciplinas do conhecimento científico, que, para ele, estariam frágeis e defasadas. Sua pretensão era, portanto, a de propor uma ciência totalitária e integradora, cujo enfoque fosse transferido da composição de entidades para a estruturação dos sistemas e para o conceito de interação (GRANDESSO, 2000).

O pensamento sistêmico representa um modo de pensar cientificamente, que é visto como um paradigma, uma forma de se conceber e idealizar o mundo que foge aos padrões epistemológicos tradicionais. O pensamento sistêmico é considerado uma potencialidade que permite entrever o mundo real numa perspectiva de complexidade, intersubjetividade e totalidade. Nesse universo, a realidade é multifacetada e existe independentemente de quem a observa, descontruindo a visão mecanicista e de causa-efeito que se mostrava obsoleta para explanar fenômenos sociais e humanos, fazendo eclodir a interdisciplinaridade no campo do conhecimento científico (SANTOS, 2012).

Na seara das ciências humanas e sociais, esse modo de analisar o contexto, leva a edificar e propor paradigmas de análise, procedimento e intervenção que transferem o olhar da individualidade do sujeito para o indivíduo em sua coletividade, interagindo mutuamente com o sistema (DUHAMEL, 1995).

Nesse contexto, a família pode ser concebida como um sistema que integra outro mais amplo, formado de vários outros subsistemas, como cônjuges, filhos e genitores. Ainda nesse movimento, a família também amolda um suprassistema, que é orientado pela vizinhança, pelas igrejas, pelos grupos comunitários, pelas escolas, pelas instituições laborais, etc. (GALERA; LUIS, 2002). Visualizar a família, sob a ótica de um sistema, é admitir que ela está inserida em um contexto onde tudo também é sistema, em uma realidade hierarquizada com outros sistemas (SANTOS, 2012). Na perspectiva sistêmica de família, ela deve ser entendida como um sistema que oferece um arcabouço para uma organização hierárquica dos sujeitos que a compõem e é formada por subsistemas (conjugal, fraternal, filial e parental), ou seja, sistemas inseridos em outros sistemas, e, simultaneamente, contém outros sistemas que moderam as relações entre seus membros, conforme ilustra Dias (2011) na figura abaixo.

Ilustração 1 – Sistema familiar e subsistemas



Fonte: Dias, 2011.

A concepção de “família como um sistema” se deu, aproximadamente, nos anos de 1950. Contudo, antes disso, inúmeras disciplinas (Antropologia, Psicanálise, Direito, Sociologia e Psicologia) já sinalizavam interesse em analisar e estudar essa unidade, sugerindo distintos conceitos com base em características diversas (COELHO, 2005).

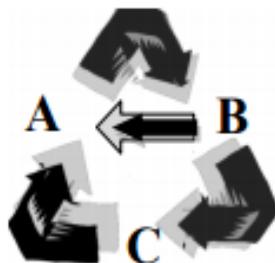
Com o advento da Terapia Familiar Sistêmica, os terapeutas de família também passaram a admitir a “família como um sistema”, sob o enfoque das interações existentes para trabalharem com ela como unidade. Nessa perspectiva, originam-se elucidações sistêmicas de família ou conceitos de família como um sistema, quando se projetam para o sistema familiar as definições epistemológicas elaboradas para todos os tipos de sistema – seja por meio da Teoria Geral do Sistema, seja pela Teoria Cibernética (ESTEVES DE VASCONCELLOS, 2013). Essas teorias se dispuseram a estabelecer atributos teóricos que pudessem ser aplicados a qualquer sistema, independentemente das características de seus constituintes. Originam-se, a partir de então, as definições de família que contemplam as interações existentes entre seus membros (AUN; ESTEVES DE VASCONCELLOS; COELHO, 2007).

A noção de família como um sistema envolve um circuito de idas e vindas do todo para as partes e dessas para o todo, com vistas a compor pensamentos e raciocínios e tornar a abordagem dessa entidade social uma tarefa complexa, uma vez que é reestruturada continuamente desde sua menor unidade até a interação com os outros sistemas (MORIN, 2004).

De acordo com Wright e Leahey (2000), os comportamentos dos sujeitos que fazem parte de determinada família podem ser mais bem compreendidos quando considerados numa perspectiva de causalidade circular em detrimento da linear. Na causalidade linear, os referidos autores enfatizam que um evento (A) causa outro (B), de modo que este não exerce

qualquer influência sobre aquele. Na causalidade circular, o evento (B) é capaz de repercutir sobre o (A) (BARKER, 2000, p.41).

Ilustração 2 – Esquema de causalidade circular



Fonte: Santos, 2012.

Esse modelo de circularidade se enquadra nos atributos da Teoria de Sistemas. Contudo, foi na Cibernética de primeira e de segunda ordens que seus fundamentos foram bem analisados. Quando se fala em Cibernética, deve-se relacioná-la aos mecanismos responsáveis por moderar os sistemas e seus recursos de retroalimentação (GALERA; LUÍS, 2002).

A Cibernética de primeira ordem difere da de segunda, no tocante à observação e aos pontos de vista voltados para os sistemas. Naquela, o observador se mantém afastado do sistema que observa; nesta, ele está diretamente inserido no contexto que é observado, pois a unidade de tratamento contempla tanto o observado quanto o observador (TOMM, 1985). No modelo de segunda ordem, a circularidade é concebida como o potencial do observador para direcionar sua inquirição de acordo com as retroações apresentadas pela família, como um *feedback* oferecido a partir das investigações que realiza sobre as relações e as transformações que permeiam essas relações (OLIVEIRA, 2000).

A Cibernética foi o padrão teórico que mais influenciou os estudos que envolvem famílias (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007). O circuito de *feedback* demonstra o mecanismo através do qual um sistema se beneficia com informações que o levarão em frente de maneira equilibrada. Conforme já mencionado, esses conceitos evidenciam a dinâmica circular ou a circularidade como a facilitadora do entendimento das influências que se dão entre as pessoas que compõem uma família. A princípio, os conceitos cibernéticos eram praticados na observação direta das relações e das interações que se davam no arrimo familiar. O desafio maior foi considerar a família para além das singularidades, na medida em que se vislumbravam os modelos de influência recíproca existentes nas atitudes e nos comportamentos familiares (COSTA, 2010).

Destarte, se o observador se integra ao que observa, imediatamente deixa de existir o que poderia configurar um “sistema observado isolado”. E quando esse indivíduo descobre o mundo sob a ótica da cultura, dos valores, dos princípios, da família e da linguagem, a resposta não se apresenta como algo independente, mas na perspectiva de uma observação coletiva (SADGURSKY, 1997). Assim, ao estender o debate da epistemologia sistêmica para o âmbito da saúde, sobretudo para os profissionais, Böing, Crepaldi e Moré (2009) discutem sobre as vantagens de adotá-la, tendo em vista que os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença os estimula a admitir a importância da compreensão interdisciplinar no campo da atenção integral à saúde com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Moré e Macedo (2006) enfatizam que o pensamento sistêmico pode atuar como um sustento que pode levar o profissional a refletir sobre suas práticas, a contextualizá-las e a flexibilizá-las, o que contribui para que elas atendam resolutivamente às necessidades da atenção básica. Nesse ínterim, pensar de modo sistemático ultrapassa a prática profissional e amplia o comprometimento desses sujeitos como cidadãos, o que cria um ambiente de diálogo com as demandas comunitárias e sociais de maneira ampla.

Sem esse olhar sistêmico, embora o profissional de saúde tenha a pretensão de trabalhar com famílias, termina “tratando o indivíduo na família” e não consegue transferir seu enfoque do sujeito para a trama de relações que existem entre os membros de uma entidade familiar que integram o próprio sistema familiar (AUN; ESTEVES DE VASCONCELLOS; COELHO, 2007).

Para Esteves de Vasconcellos (2007), o que faz um profissional sistêmico se transformar em sistêmico novo-paradigmático é a verificação e a reflexão que tece acerca de sua conjectura epistemológica, sobretudo ao compreender o “pressuposto da não existência de qualquer realidade independente do observador”. Quando o profissional transpõe o pressuposto da objetividade, apropria-se de uma epistemologia que denota suas distinções particulares, que colaboram para emanar o contexto em que atua, pois é ele quem reconhece a complexidade e está atento às ligações, fazendo evocar o sistema. É ele quem reconhece a instabilidade ou auto-organização dos sistemas e admite que não é possível prever seu movimento. É ele quem determina sua relação específica com todo e qualquer sistema no qual está atuando e que se originará na relação com ele a partir de suas distinções. Nesse sentido, essa epistemologia incorpora o observador, “o sujeito do conhecimento”, ao domínio da Ciência.

Enveredar por esse percurso – que, segundo Maturana, representa um argumento de preferência, uma opção pela satisfação em aceitá-lo – consiste em “viver, estar e agir no mundo, de acordo com essa nova visão de mundo, uma visão sistêmica novo-paradigmática” (ESTEVES DE VASCONCELLOS, 2007, p.6).

2.3 A FAMÍLIA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTEXTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O sofrimento psíquico é um desafio para a saúde pública, especialmente por trazer repercussões para o campo da saúde mental a partir dos encargos financeiros, sociais e políticos ocasionados direta e indiretamente aos diversos setores da sociedade civil (ROCHA et al, 2010). Thornicroft e Tansella (2010) destacam, em seu estudo, o resultado de pesquisas realizadas com um público superior a 60 mil adultos, considerando a realidade familiar de 40 países no período situado entre os anos de 2001 e 2003. Tais achados revelaram que a prevalência de transtornos psiquiátricos ocupou uma taxa que variava de 9,1 a 16,1% na maioria das nações estudadas. Estatísticas apontam que uma, em cada quatro famílias, apresenta, pelo menos, um ente com transtorno psiquiátrico e comportamental (OMS, 2001). Assim, as pessoas que compõem a rede familiar sofrem as consequências diretas do convívio com o sofrimento psíquico e lidam cotidianamente com os desafios que a função de cuidador implica (THORNICROFT, TANSELLA; 2010).

Ao longo da história, a família foi suprimida da assistência ofertada aos indivíduos “com transtornos mentais”, haja vista que esses sujeitos ficavam enclausurados em hospitais psiquiátricos distantes de suas cidades, portanto, afastados do convívio familiar. Na atualidade, as propostas da Reforma Psiquiátrica têm sido direcionadas para inseri-la na reabilitação psicossocial do ente em sofrimento psíquico, de modo a oferecer uma maior resolutividade por parte dos serviços substitutivos. Todavia, trata-se de um processo complexo e duradouro (SOARES; MUNARI, 2007; COSTA; PESSÔA; SOARES; ROCHA, 2014).

Historicamente, a sociedade e a família não foram trabalhadas para abrigar e amparar o parente em sofrimento psíquico. Durante muito tempo, essas pessoas foram excluídas socialmente para salvaguardar suas famílias da ameaça e insegurança que relativamente ofereciam. O desafio maior para essas famílias consiste em transformar o ente que sofre por sua condição psíquica, pois a situação se assemelha à substituição de um indivíduo por outro,

muitas vezes, de comportamentos imprevistos e obscuros, que põem à prova todos os projetos de vida de seus membros, além de desgastar o convívio familiar (SOARES; MUNARI, 2010).

Em meados dos anos 1960, a Psiquiatria e suas abordagens passaram a ser alvos de discussões em vários segmentos da sociedade. O enfoque maior dessas críticas consistia em reprovar as condutas repressivas que eram adotadas na assistência ao indivíduo portador de transtorno mental, que os segregavam e os isolavam socialmente. Tais observações foram apontadas, sobretudo, nos estudos de Goffman (1996) e de Foucault (2005). Desse modo, são incitadas reflexões acerca de propostas que compusessem alternativas conforme a realidade das instituições psiquiátricas existentes naquela época. Tais debates vislumbravam possibilidades de criar espaços e práticas assistenciais que facilitassem a inserção social do indivíduo, para garantir dignidade e condições humanas de cuidado. Nesse movimento, ergueu-se e tomou forma o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, com o fim de inserir a família nas proposituras da reabilitação do ente a partir de um novo paradigma de atenção (FONTE, 2012; VIEIRA; ALMEIDA, 2014).

Duarte (2007, p. 26) define a desinstitucionalização como

um processo de desconstrução de velhas práticas manicomiais e a construção de novos saberes que privilegiam a subjetividade do indivíduo, a autonomia e o livre exercício de cidadania. É preciso desconstruir os manicômios internos que ainda permeiam a sociedade, superando o paradigma doença/cura e voltando-se para o resgate e reconstrução dos indivíduos enquanto sujeitos que sofrem.

Com o passar dos anos, a prática do cuidado vem se apresentando como uma ciência desenvolvida em serviços de saúde por meio de profissionais capacitados e por pessoas que informalmente assumem essa responsabilidade no plano comunitário e no familiar. Nessa perspectiva, os familiares desempenham funções de suporte aos cuidados planejados cotidianamente no ambiente doméstico, como ações relacionadas ao trabalho, ao lazer, ao autocuidado e à socialização. Portanto, admitem uma missão cooperativa de assistência ao paciente, juntamente com os profissionais de saúde que atuam no campo da saúde mental (ALMEIDA et al, 2010).

O sofrimento psíquico traz consequências diversas para os pacientes e seus familiares, sobretudo no que tange aos impactos socioeconômicos. Os custos econômicos dizem respeito às implicações que ocasionam ônus laborais, custos assistenciais relacionados à saúde e outras demandas sociais, além de déficit na produtividade dos indivíduos. Os custos sociais estão relacionados à repercussão que a doença traz para a vida dessas pessoas e às consequências

pessoais, familiares, sociais e profissionais que lhes são causadas (OMS, 2001). Partilhar e vivenciar o sofrimento psíquico envolve lidar com o imprevisível e com mudanças determinadas por atitudes e comportamentos que geram um consumo físico e emocional, além de culpabilização, dispêndio financeiro e transformações de diferentes naturezas (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; SCHEIN; BOECKEL, 2012).

Com os desdobramentos do processo de desinstitucionalização, novas perspectivas surgem para satisfazer às necessidades do usuário de serviços assistenciais diferenciados, que priorizem o resgate e o fortalecimento da cidadania de indivíduos em sofrimento psíquico, com vistas a reintegrá-los ao seu território e a lhes dar condições para que interajam e sejam incluídos em espaços coletivos. Uma rede comunitária de cuidados em saúde mental é indispensável para amparar a realidade do sofrimento psíquico em serviços que substituam os moldes hospitalocêntricos e psiquiátricos, que constitui o campo da reabilitação psicossocial (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015; BRASIL, 2005). Duarte (2007, p.27) afirma que

a reabilitação psicossocial prevê programas e projetos terapêuticos totalmente individualizados de tratamento nos serviços comunitários de saúde mental. Para viabilizá-los e torná-los possíveis é preciso uma interlocução permanente entre comunidade, família e usuários dos serviços, pois todos são atores participantes desse processo. A sociedade também precisa ser trabalhada para incluir, receber e acolher os sujeitos com sofrimento mental e os serviços de base territorial precisam atuar junto à comunidade, desmistificando um dos principais mitos em relação ao sujeito com transtorno mental, o de ser incapaz.

Esses serviços partem da premissa de que é necessário propor e utilizar um somatório de estratégias, práticas e recursos terapêuticos que sejam adversos à proposta de internação psiquiátrica (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015). Essa realidade está diretamente relacionada aos serviços de saúde de base territorial, sobretudo à Atenção Básica, e no Brasil, à Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é o destaque dos cuidados e dos atendimentos assistenciais, devendo resolver a contento os problemas de saúde da população. No campo da saúde mental, essa política assistencial não só envolve o indivíduo em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais já estabelecidos, como também sua família, com ações de promoção da saúde e de prevenção (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009). Para isso, é preciso consolidar uma rede ampliada de serviços assistenciais e voltar o olhar para a subjetividade humana considerando as várias dimensões do cuidado, no sentido de expandir a atenção psicossocial para os diversos setores sociais, como família, educação, saúde, segurança e a sociedade (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

A atenção psicossocial é uma proposta que agrega traços teórico-práticos, políticos, éticos e ideológicos que compreendem o sujeito em um contexto amplo de cuidado (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Assim, a assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico se configura por meio de serviços terapêuticos de base territorial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a inclusão de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatórios especializados, suporte da atenção básica, além de outros dispositivos que integram os cuidados em saúde mental e que, em sintonia com os outros serviços, constituem uma rede assistencial estruturada de acordo com a realidade de cada contexto populacional (HIRDES, 2009).

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088/2011, o acesso às ações e as estratégias no campo da atenção psicossocial foram reordenados de modo a estabelecer diretrizes voltadas para a necessidade de uma rede de serviços de saúde mental integrada, com a oferta de cuidados a partir da articulação dos diversos pontos de atenção à saúde para as pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades ocasionadas pelo uso de crack, álcool e outras drogas, na perspectiva dos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Dentre os componentes mencionados acima, ressalta-se a Atenção Psicossocial Estratégica que envolve os CAPS em suas distintas modalidades. Os CAPS são dispositivos de atenção à saúde mental que funcionam numa perspectiva territorial, com vistas a atender a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, pessoas em sofrimento psíquico em geral, além de usuários com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O funcionamento desses serviços é estabelecido pela Portaria GM nº 336/2002 e, conforme a Portaria nº 3.088/2011, republicada em 05/2013, contemplam seis tipos, que variam de acordo com a faixa etária assistida, a complexidade, o porte populacional e as características da clientela: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi e CAPS ADIII, que se expandiram progressivamente ao longo dos anos, compondo uma realidade nacional, como ilustra a tabela abaixo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011):

Tabela 1 – Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por indicador de CAPS/100 mil habitantes – Brasil - dezembro de 2014

UF	UF	Pop (IBGE 2014)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS I	CAPSad	CAPSad III	Total	Cobertura CAPS
AC	Acre	790.101	2	1				1	4	0,44
AM	Amazonas	3.873.743	13	5	1	1	1		21	0,39
AP	Amapá	750.912				1	1	1	3	0,47
PA	Pará	8.073.924	44	16	3	3	6	1	73	0,66
RR	Roraima	496.936	5	1	1		1		8	1,21
RO	Rondônia	1.748.531	13	5		1	1		20	0,77
TO	Tocantins	1.496.880	8	4				2	14	0,73
NORTE		17.231.027	85	32	5	6	10	5	143	0,61
AL	Alagoas	3.321.730	45	6		1	2	1	55	0,99
BA	Bahia	15.126.371	149	35	3	10	17	2	216	0,95
CE	Ceará	8.842.791	62	29	3	7	21	3	125	1,10
MA	Maranhão	6.850.884	43	15	3	3	7		71	0,74
PB	Paraíba	3.943.885	49	8	4	9	7	5	82	1,57
PE	Pernambuco	9.277.727	46	26	4	8	14	2	100	0,86
PI	Piauí	3.194.718	39	7	1	1	4	2	54	1,13
RN	Rio Grande do Norte	3.408.510	17	11	1	3	6	1	39	0,92
SE	Sergipe	2.219.574	25	4	3	2	4	1	39	1,28
NORDESTE		56.186.190	475	141	22	44	82	17	781	1,00
ES	Espírito Santo	3.885.049	10	7		1	5		23	0,46
MG	Minas Gerais	20.734.097	125	52	12	19	30	10	248	0,95
RJ	Rio de Janeiro	16.461.173	43	45	3	25	22	1	139	0,73
SP	São Paulo	44.035.304	80	90	35	58	76	14	353	0,77
SUDESTE		85.115.623	258	194	50	103	133	25	763	0,79
PR	Paraná	11.081.692	47	28	3	11	24	5	118	0,89
RS	Rio Grande do Sul	11.207.274	77	41	1	21	29	11	180	1,32
SC	Santa Catarina	6.727.148	55	14	2	8	11	1	91	0,97
SUL		29.016.114	179	83	6	40	64	17	389	1,07
DF	Distrito Federal	2.852.372	1	3		1	4	3	12	0,46
GO	Goiás	6.523.222	33	14	1	3	7	2	60	0,69
MS	Mato Grosso do Sul	2.619.657	11	6	1	1	4		23	0,69
MT	Mato Grosso	3.224.357	27	3		3	5		38	0,76
CENTRO OESTE		15.219.608	72	26	2	8	20	5	133	0,66
TOTAL GERAL		20.2768.562	1.069	476	85	201	309	69	2.209	0,86

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde - Saúde mental em dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

A tabela acima, extraída do informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2015), ilustra a distribuição dos CAPS habilitados pelo MS até o ano de 2014. As Regiões Sul e Nordeste são as que têm o maior indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes, quando comparadas com a média nacional. Essa realidade também é encontrada nos estados de Roraima, Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. A Paraíba assume um papel de evidência, visto ter se conservado por muitos anos como o estado que apresenta a cobertura assistencial mais ampla.

Ademais, os CAPS assumem uma conformação estratégica no encadeamento da rede de serviços em saúde mental, como espaços promotores de autonomia e de empoderamento na medida em que articulam as relações sociais, educacionais, jurídicas, de segurança, etc. Porém, dependem do reconhecimento e da importância depositados em sua proposta, o que faz com que encontrem desafios geradores de impasses, apesar de todos os avanços conquistados por meio de uma proposta considerada “bem-sucedida”, mas que, via de regra,

depende de uma interface clínico-política (MINAS GERAIS, 2006; BEZERRA JÚNIOR, 2016).

Dessa maneira, a rede de cuidados em saúde mental funciona sob a égide da territorialidade, de modo a prover condições para que o indivíduo em sofrimento psíquico se aproprie de seu contexto existencial e cidadão e assuma o papel social que lhe cabe no espaço em que reside, com demandas que envolvem também a necessidade de seus familiares (MIELKE et al, 2010). Destarte, a família precisa da colaboração dos serviços de saúde também no âmbito da atenção psicossocial. Tendo em vista essa demanda, os dispositivos de cuidado devem incluir, em seu corpo de atividades, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que possibilita um cuidado integrado, através de uma equipe interdisciplinar, que engloba a família como uma unidade que também padece com o processo saúde-doença do parente em sofrimento psíquico (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

A relevância de inserir a família no processo de cuidado do ente retrata uma teia que se constrói graças à colaboração de vários atores, uma vez que o cuidar se edifica a partir do engajamento e do respeito com o outro. Por essa razão, é fundamental admitir que o familiar também é um sujeito colaborativo, e não, um receptáculo de informações e de responsabilidades, pois necessita de atenção, assim como o usuário do serviço (YASUI, 2010).

Isto posto, a família passa a assumir um papel de destaque no sofrimento psíquico de seu ente, porque, como é a unidade “determinística” desse tipo de transtorno, passa a ocupar um cerne de cuidados e intervenções de reabilitação, por isso deve ser assistida e incluída nos projetos terapêuticos de atenção à saúde mental (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015). Nesse contexto, é vista como um complexo cultural de atenção à saúde, uma vez que as pessoas que a constituem apresentam atributos determinantes do processo saúde-doença de seus membros. Um de seus maiores compromissos consiste em materializar condições propícias à promoção da saúde, à prevenção do adoecimento e ao tratamento, com uma série de características, práticas, princípios e valores que são redefinidos e partilhados em um circuito de interações sociais (ELSEN, 2004). Ao ser inserida no processo de cuidar, facilita a incorporação de demandas no campo da saúde mental e das políticas públicas, por ser uma unidade provedora de elementos capazes de proporcionar o fortalecimento ou a fragilização do indivíduo ou até mesmo ser um local de contentamento ou tormento (MIOTO, 2010).

O cuidado que a família destina ao ente “adoecido” envolve questões relacionadas à sua modificação - e ele passa a adotar atitudes inesperadas - à convivência com uma realidade

permeada por comportamentos de insolência, solidão, resistência à adesão terapêutica e comprometimento das práticas de higiene que podem ocasionar inúmeros conflitos familiares (SOARES; MUNARI, 2010). Além disso, o familiar cuidador deve acompanhar o parente a consultas e a exames, monitorar e administrar medicamentos, assegurar o suporte social necessário e, concomitantemente, gerenciar os contratemplos que tangenciam a convivência diária com o sofrimento psíquico (SOUZA FILHO et al, 2010). Esses fatores podem suscitar o sofrimento mental e encadear mudanças no cenário relacional, no financeiro e no laboral, por serem geradores de sobrecarga e de conflitos emocionais (KEBBE et al, 2014).

Nessa perspectiva, a culpa, a sobrecarga e o inconformismo são condições marcantes na vida dos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico, que geram sentimentos distintos e antagônicos, e a preocupação com a qualidade de vida e a saúde, na maioria das vezes, prevalecem. Tendo em vista que a família é eixo norteador das relações humanas, a existência de um ente em sofrimento psíquico em seu meio cria um ambiente de novos ordenamentos que gera incertezas. Esse contexto favorece o surgimento de conflitos familiares que acarretam prejuízos emocionais e físicos e levam o familiar a abdicar de sua vida em razão da demanda de cuidados do parente (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Por essa razão, é fundamental que os familiares recebam um suporte psicossocial e possam contar com redes de apoio diversas, pois é a família que, geralmente, reconhece o problema, procura ajuda profissional, maneja as crises e os conflitos e assume a maior parcela na responsabilidade do cuidado. A unidade familiar é a grande provedora de ações para redimensionar as expectativas voltadas não só para a evolução do parente, mas também da realidade que o aguarda futuramente. Com todos esses encargos, a vida social, econômica e afetiva da família fica desordenada, e isso poderá gerar um quadro de adoecimento que influenciará diretamente sua postura no processo de cuidar (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015).

Goulart e Soares (2013), ao considerar a complexidade que engloba o contexto familiar, enfatizam que a família deve ser concebida, sob o ponto de vista dos profissionais, como um sistema totalitário em uma dimensão crítico-dialética, para que a compreendam o movimento contínuo e suas transições como um reflexo das relações estabelecidas por meio do convívio social em que estão inseridos. Logo, cabe aos profissionais aceitarem as diferentes realidades e características familiares, assumir posturas de imparcialidade e respeitar a autonomia e a liberdade dessas pessoas em seus diferentes modos de viver.

Rosa (2009, p.161) também destaca que “os saberes da família e os recursos emocionais para trabalharem nos cuidados precisam ser bem direcionados”. Para isso, os trabalhadores e as instituições de saúde devem contribuir para desmistificar o paradigma socialmente partilhado e consequentemente incorporado ao arcabouço familiar de que “lugar de louco é no hospício”. Portanto, é indispensável que os profissionais que lidam com essa realidade possam encorajar e sensibilizar as famílias, pois, quando estão em crise, tendem a depositar suas expectativas de resolver os problemas nas mãos do profissional que é corresponsável, e não, ordenador único do cuidado.

Trabalhar com familiares e usuários dos serviços de saúde mental pressupõe reforçar os avanços conquistados com a atenção psicossocial, de forma a estimular o empoderamento e a autonomia da família. Para tanto, essa prática deve se mostrar como um exercício a ser desenvolvido, para capacitá-las a enfrentar os desafios decorrentes da incipiente assistencial e política de cuidados, projetando mudanças concretas nas relações com o sofrimento psíquico (VASCONCELOS, 2009).

Consequentemente, é tarefa dos profissionais de saúde desenvolverem ações que contribuam para enquadrar o familiar no exercício do cuidado. Portanto, as práticas oferecidas podem circundar em atividades que se dão na perspectiva de atendimentos individualizados, visitas domiciliares e grupos terapêuticos de apoio e de acolhimento, porque a corresponsabilização no cuidado só pode ser concretizada quando os sujeitos implicados nesse processo passam a reconhecer seu papel e a prioridade que essa demanda exige (SCHRANK; OLSCHOWSKY; 2008).

Goulart e Soares (2013, p.8) trazem em seu estudo que os grupos de apoio voltados para os familiares devem estar inseridos em uma política intersetorial, porque, “quando familiares em situações de crise encontram outros familiares que conseguem ter posturas diferentes e que já possuem retornos positivos, há um aumento da motivação para a mudança e da confiança no processo de tratamento”. Nesse sentido, os profissionais precisam estar conscientes da importância de desenvolver essas ações como um recurso de apoio a essas famílias, considerando as experiências individuais e coletivas em conjunto com propostas de reflexões para o cuidado do ente em sofrimento psíquico (AMARAL; BRESSAN, 2015). Essas afirmações confirmaram a intenção de, através da TCI, propiciar um encontro em que as famílias pudessem partilhar suas experiências e falar não apenas de suas dificuldades, mas também de seus acertos.

O estudo de Kebbe et al (2014) revelou que a sensação de insegurança, de desproteção e de abandono dos familiares era reduzida quando passavam a contar com a presença dos profissionais de saúde e quando recebiam orientações e eram valorizados como partícipes nas estratégias terapêuticas e nas escutas. Em contrapartida, quando se tratava de contextos onde não havia a presença dos profissionais, o familiar demonstrava angústia e desamparo.

Verifica-se, pois, que a família necessita se expressar, externar seus anseios e preocupações, e para isso, carece de alguém que possa ouvi-la e acolhê-la em suas particularidades. É nesse momento em que os profissionais atuantes nos serviços substitutivos devem se fazer presentes, demonstrando sensibilidade e disponibilidade por meio de ações que os integrem ao tratamento, com vistas a combater a lógica da linearidade ao agregar, nesses espaços de trabalho, estratégias de cuidado integral e emancipatórias (MIELKE et al, 2010).

Entendendo que a TCI trabalha a potencialização da autoestima e dos vínculos e que essas dimensões subjetivas do familiar cuidador podem ser afetadas pela sobrecarga que representa cuidar de um parente em sofrimento psíquico, busquei, na literatura, aspectos que discorressem sobre esses atributos, o que resultou na elaboração do tópico seguinte.

2.4 AUTOESTIMA, VÍNCULO E SOBRECARGA FAMILIAR NO ÂMBITO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

2.4.1 Autoestima

Conforme discutido nos capítulos anteriores, o sofrimento psíquico traz consequências diversas para as famílias, uma vez que estremece seu contexto emocional e origina sentimentos como ansiedade, tristeza e culpa. Essas sensações repercutem negativamente em sua estrutura e organização. A dinâmica familiar fica fragilizada, e o convívio fica substancialmente comprometido. A rotina de seus membros e seus hábitos passam a ser vistos de outro ângulo, e muitos valores são ressignificados (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Rosa (2003) afirma que as consequências da “doença mental”, no âmbito familiar, diferenciam-se de acordo com a função que aquele parente ocupa na configuração da família. Quando o sofrimento psíquico apresenta-se no filho, a família é influenciada em diferentes e menores proporções do que quando isso acontece com o pai ou a mãe. Tal fato pode ser explicado pela aparente dependência do filho pelos pais e pode, inclusive, exercer um efeito

positivo ao determinar a união do casal, ou, contrariamente, ser fonte geradora de conflitos e de crises conjugais. Sobre essa assertiva, Melman (2008, p.32) assevera que

o adoecimento mental de um filho abala, frequentemente, de forma intensa, a autoestima dos pais. O filho doente parece representar, para muitos genitores, uma denúncia das falhas do sistema familiar, que não conduziu com sucesso sua missão de formar os filhos.

Para muitos familiares, o sofrimento psíquico do ente pode significar uma sentença de incapacidade e o desgaste moral do orgulho e da autoestima familiar. Nesse sentido, o espírito narcísico dos genitores pode se tornar notório e provocar reflexões sobre quem seria o verdadeiro responsável pelo quadro psicótico do parente (MELMAN, 1998). Por conseguinte, a autoestima de muitos familiares pode ficar comprometida, visto que esse conceito pode ser considerado como a ideia que o sujeito tem de si mesmo. A autoestima é uma concepção pessoal, que atinge inúmeros aspectos e valores da vida humana. Devido à entrega e aos esforços constantes destinados ao cuidado, muitos familiares se abstêm de suas necessidades e renunciam às suas prioridades e aos projetos de vida (MOREIRA et al, 2015).

Outro fator que pode resultar na baixa autoestima é o preconceito dos próprios familiares em relação ao sofrimento mental de um ente. Em um estudo feito em 2007, Perlick et al concluíram que 20 a 30% dos familiares que lidam com a realidade do sofrimento psíquico na família verbalizaram ter baixa autoestima. Já os estudos de Oestman e Kjellin (2002) demonstraram que as pessoas que residiam com o parente em sofrimento psíquico eram mais rejeitadas quando comparadas com o familiar que não habitava o mesmo ambiente de seu parente “doente”. O mesmo estudo revelou, ainda, que a baixa autoestima e o desgaste no âmbito familiar são os principais problemas decorrentes do estigma da “doença mental” por parte dos próprios familiares.

Barreto (2008, p. 308) assevera que a autoestima é “a chave de nossa felicidade ou infelicidade. Ela encoraja ou desencoraja nossos pensamentos e sentimentos”, pois é um fator determinante de como serão encaradas as situações desafiadoras e ameaçadoras da vida. Para o mesmo autor, sua base é estruturada nas relações que se dão no contexto familiar e se fortalece no exercício e na manutenção de vínculos sociais e afetivos saudáveis.

Bednar e Peterson (1995) definem a autoestima como a maneira pela qual os indivíduos se aceitam, valorizam o próximo e idealizam suas expectativas. A autoestima se apresenta nas diferentes formas como os indivíduos respondem aos fenômenos e às circunstâncias vividos (HARTER; WHITESELL, 2003) e se expressa como o conjunto de

reconhecimentos que a pessoa deposita em seus sentimentos e pensamentos, julgando-os como positivos ou negativos, mediante esse elenco de valores (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'ÁGLIO, 2010). Para Hutz e Zanon (2011), evidencia-se pelo grau de satisfação ou insatisfação do indivíduo com as situações vividas. Quando sua demonstração é favorável, o sujeito se sente seguro, decidido e otimista (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013).

As primeiras investigações e os estudos sobre a autoestima foram desenvolvidos pelo psicólogo de pensamento funcionalista William James, que procurava compreender o quanto o corpo aplicava de suas atividades mentais para se adequar ao ambiente (JAMES, 2012). Para os psicólogos, a autoestima é o elemento dominante de que o ser humano dispõe para confrontar os problemas cotidianos, ou seja, uma ferramenta relacionada a um “sistema imunológico emocional”. É ela que define a maneira como as pessoas se relacionam e interagem com o mundo. É um dos conceitos mais investigados na psicologia social, visto ser a “mola” propulsora para uma coexistência harmoniosa em sociedade. A autoestima é, pois, essencial para os seres humanos, para as famílias, para os grupos e para as empresas de trabalho (GALVÃO, 2016).

A auto-estima é uma força poderosa que existe no interior de cada um de nós. Ela abrange muito mais do que senso inato de valor pessoal... é a vivência de sermos apropriados a vida e as exigências que ela coloca. Mas, especificamente, auto-estima é... a confiança em nossa capacidade de pensar e enfrentar os desafios básicos da vida. A confiança em nosso direito de ser feliz, a sensação de que temos valor, que somos merecedores, de que temos o direito de expressar nossas necessidades e desejos e de desfrutar os resultados de nossos esforços (BRANDEN, 1998, p.8).

A autoestima se estabelece a partir de uma definição positiva que incentiva o potencial que o sujeito tem de expandir suas habilidades e a autoconfiança; a baixa autoestima relaciona-se mais intensamente às situações de insucesso, frustração e derrotas. Um indivíduo com a autoestima elevada valoriza sua identidade pessoal, integra-se bem em qualquer grupo e desenvolve facilmente sentimentos de amor, solidariedade e amizade com outras pessoas. Já quem tem baixa autoestima dificilmente tem amor-próprio, é inseguro e não se relaciona amistosamente no contexto de que faz parte (SCHMITZ, 2004).

Guilhardi (2013) declara que os comportamentos que podem ser considerados como de autoestima são os que, quando adotados, geram estímulos positivos para quem os aplicou, minoram e combatem reforços negativos para eles. A prática dessas atitudes é acompanhada de sentimentos de satisfação pessoal, entusiasmo e alívio, na medida em que elimina os

sentimentos de medo, culpa e incapacidade. O indivíduo com pensamentos de elevada autoestima admite ser alguém que faz o que deveria ser feito e se mostra bem resolvido e em harmonia com seus sentimentos, mesmo quando são negativos. Para essas pessoas, a dor, a desilusão e a frustração são sensações momentâneas que precisam ser defrontadas para evitar que se cronifiquem e se tornem danosas mais adiante, pois “viver sem sofrer é utopia; viver cronicamente em sofrimento é opção desastrosa!” (GUILHARDI, 2013, p.2).

A autoestima pode ser considerada um indicador relevante no âmbito da saúde mental, porquanto influencia as conjunturas sociais, afetivas e psicológicas dos indivíduos (SÁNCHEZ; BARRON; 2003). Dessa forma, tem impacto direto na satisfação e na qualidade de vida das pessoas (SCHULTHEISZ; APRILE, 2013). O estudo de Brodski (2010), por exemplo, revelou que a qualidade das relações pode estar associada aos níveis de autoestima. Em sua investigação, encontrou uma correlação entre autoestima e abuso emocional, no ambiente doméstico, com universitários da Região Sul do país, que mencionaram lembranças de abuso emocional, altos índices de afeto negativo e baixos índices de autoestima, afeto positivo e realização com a vida.

A prática da autoestima baseia-se em três eixos norteadores: gostar de si mesmo (autorrespeito); acreditar em suas capacidades (a projeção que cada indivíduo emite de si) e a autoconfiança (como o sentimento de capacidade pessoal diante de determinadas circunstâncias, independentemente do juízo de outras pessoas). Portanto, demonstra ser a maneira como as pessoas se veem, que pode ser agradável ou não, segundo o ponto de vista de cada um (SCHMITZ, 2004).

O exercício da autoestima gera sentimentos positivos e de autossatisfação. Nas diferentes fases do crescimento e do desenvolvimento humano, as pessoas se sentem encorajadas quando suas ideias e valores são respeitados e quando são valorizadas e amadas, pois a autoestima se fortalece progressivamente em um processo de autoconhecimento (POZZA; AUDIBERT; ZANINI, 2003). Assim, a autoestima ou a baixa autoestima estão associadas às experiências de vida de cada ser humano, especialmente no que se refere às situações de afeição, generosidade, segurança, assim como às situações de fracasso, decepção e insucesso pessoal (MARQUEZAN, 1999; SCHRAML et al, 2011). Nessa perspectiva, a autoestima favorável é vital para que o indivíduo potencialize o desenvolvimento de suas habilidades ao longo de sua vida (BEAN; NORTHRUP, 2009; HAIR; GRAZIANO, 2003; MARTÍNEZ; ROSELLÓ; TORO-ALFONSO, 2010).

2.4.2 Vínculo

A forma como as pessoas se relacionam constituem vínculos significativos para elas, uma vez que as atitudes que adotam podem sugerir os comportamentos e a personalidade de outra. Ao longo dos anos, muitos autores têm se dedicado aos estudos sobre como as relações interpessoais cooperam para a vida de cada um, sob o ponto de vista comportamental, físico e psíquico (BEEHR et al, 2004; BROUUGH; PEARS, 2004). Fernandes (2003, p. 85) concebe o vínculo como “uma estrutura relacional entre duas ou mais pessoas e também entre partes da mesma pessoa, situação onde ocorre uma experiência emocional”. Conforme o mesmo autor, essas inter-relações envolvem três variáveis que podem se sobressair uma à outra: a intra-subjetiva, a intersubjetiva e a transsubjetiva.

A dimensão intra-subjetiva abrange a inter-relação dos objetos internalizados, como se vinculam consciente, pré-consciente e inconsciente, os pensamentos com os sentimentos, id, ego e superego, os grupos internos entre si e assim por diante. A intersubjetiva se refere às diferentes formas de como cada um de nós se relaciona com os outros. Já a dimensão transsubjetiva tem a ver com as diversas modalidades de vinculação com as regras, leis e valores, com a sociedade e a cultura de cada região e com as fantasias inconscientes que todos compartilhamos, contidas nos mitos, lendas, e demais narrativas de origem e produção grupal (FERNANDES, 2003, p.85).

Barreto (2008) afirma que vínculo é o que proporciona a união dos homens entre si, que os liga aos seus princípios, a sua família, à sua terra e ao seu grupo, conferindo-lhes pertencimento e atributos próprios. Para o mesmo autor, existem três tipos de vínculo: os **vínculos saudáveis** - que unem as pessoas de maneira favorável e benéfica e contribuem para fortalecer a identidade pessoal e cultural; os **vínculos frágeis** - que são os inconvenientes e dispensáveis; e os **vínculos de risco** – que são nocivos e desgastam e prejudicam os seres humanos.

Pichon Rivière, psicanalista que viveu entre os anos de 1970 e 1977 e se dedicou à investigação humanística, desenvolveu a Teoria do Vínculo, nos âmbitos psicossocial, institucional e sociodinâmico, por meio do contato com doentes mentais. Em suas investigações, associava diversos campos do conhecimento, como a Psiquiatria dinâmica e a Psicanálise, por exemplo, e noções do psicossomático elaboradas mediante as relações do corpo (MORAES, 2013).

Estendendo essa abordagem para o enfoque da “loucura”, verifica-se a necessidade de compreender o sentimento que influencia o contexto social, ou seja, o grupo onde acontecem

os contatos e os convívios. O deslocar-se para fora do indivíduo, para os sujeitos que o circundam socialmente, envolve a análise psicossocial; a organização do grupo em que a pessoa está inserida representa a questão sociodinâmica, em que as crises e os embates dos constituintes do grupo são evidenciados. O enfoque institucional remete aos grupos maiores, como o familiar, e transita da macro para a microssociologia, pois analisa as pessoas de um grupo com base em suas histórias, em sua cultura, em seus ancestrais, em sua filosofia, etc. (PICHON-RIVIÉRE, 2000a; GONDIM, 2007).

Pichon Riviére desenvolveu estudos sobre a “relação de objeto”, baseados nas ligações mais remotas que envolvem a mãe e o bebê, e elaborou sua concepção de vínculo como “uma estrutura complexa, que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem” (PICHON-RIVIÉRE, 2000a, p.49). Para ele, a definição de vínculo de um sujeito com o outro oportuniza conhecer as experiências interpessoais e as anormalidades que podem surgir por consequência delas (MORAES, 2013).

O vínculo é dinâmico e subjetivo, porquanto se mantém em um fluxo constante de motilidade, ao envolver a pessoa, um objeto e a inter-relação que se estabelece em um processo de aquisição de informações e conhecimentos. As pessoas não se relacionam igualmente com os objetos. Por conseguinte, os vínculos são firmados de maneira específica e singular, porque são orientados pelas razões e buscas psíquicas de cada pessoa ou a partir de elementos inconscientes. Nesse ciclo, produz-se um comportamento que motiva uma relação interna e externa com o objeto, que pode ser ou não intenso (PICHON-RIVIÉRE, 2000b).

Para Bustos (1990), vínculo é a conexão que liga as pessoas, com base em funções e papéis que se complementam e geram interações mútuas. O papel que cada sujeito assume envolve o campo interpessoal, porque, entre dois ou mais indivíduos, existe um compromisso visível ou implícito acerca de cada papel. Nas situações em que não se entende o outro, a complementaridade de funções não se concebe, originando-se o papel suplementar, em que cada sujeito representa uma parcela do todo, sem contiguidade, criando um vínculo simbiótico na medida em que não propicia o “estar com o outro”, mas a ilusão de ser um fragmento do outro. Nesse ínterim, os vínculos são patológicos quando se firmam através de papéis suplementares.

Pichon-Riviére (2000b) afirma que o vínculo é um segmento racional e irracional. O primeiro é um nível coerente e gerenciado, e o segundo demonstra ser de um nível instintivo do vínculo interno. Esse vínculo pode ser normal ou incomum. Este último é o patológico. Para ser normal, o vínculo deve se fundamentar na concepção de “objeto diferenciado e não

diferenciado”, que expressa as relações preliminares de dependência e independência perante o objeto considerado. O mesmo autor expande o enfoque da psicopatologia para as questões normais e patológicas dos vínculos no momento em que desenvolve interpretações acerca dos inúmeros transtornos mentais e propõe a restauração dos elementos vinculares (GONDIM, 2007).

Assim, em se tratando do sofrimento psíquico, as famílias que convivem com essa realidade podem ou não desenvolver vínculos patológicos, pois buscam, na maioria dos casos, admitir um papel de cuidado em um contexto desafiador e atribulado, permeado de contradições (DUARTE et al, 2007). Cabe enfatizar que os entraves interpessoais, oriundos de um contexto social de risco, influenciam negativamente as relações psicoafetivas e familiares que geram conflitos. Esses desgastes ameaçam a saúde mental dos indivíduos que, para se defender, muitas vezes, decidem afastar-se da pessoa “doente”, e isso fragiliza ou, até, interrompe os vínculos para evitar confrontos (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

No processo de cuidado, destacam-se reflexões que trazem enfoques voltados para diferentes conceitos, como, por exemplo, o acolhimento, a humanização e o vínculo, visando priorizar o diálogo como estratégia de promoção da saúde, ao destacar o papel da família como unidade de cuidado. Tais prerrogativas destinam novos olhares ao processo saúde-doença e denotam a criação de vínculos de responsabilização entre os atores sociais que cooperam para melhorar a saúde da população (ROCHA et al, 2013).

Discutindo sobre o vínculo em um sentido mais amplo, incluindo as relações que se dão no processo saúde-doença do indivíduo, infere-se que ele se estabelece entre o sujeito que padece e carece do suporte de outro (esse “outro” pode ser representado pela pessoa detentora de um saber), cujo sentido é elaborado por meio de um processo histórico e cultural. As chances de restaurar e de curar determinados sentimentos e dores e o conhecimento atrelado às questões de saúde e doença são endossados na esfera coletiva e social. Nesse sentido, o sujeito que é detentor de conhecimentos necessários para se compreender esse processo, independentemente dos elementos envolvidos, é alvo de sentimentos que podem variar da admiração à incredulidade. Então, é indispensável o estabelecimento de vínculos como um recurso que pode ser empregado para ampliar o potencial terapêutico da assistência e do cuidado em saúde (GONÇALVES; FIORE, 2011). Para isso, é necessário implementar e desenvolver práticas para o fortalecimento e a criação de vínculos.

Sá et al (2012) apontam que a TCI é uma intervenção psicossocial que propicia espaços destinados à troca de experiências, restaura a autonomia e estimula a criação e o

reforço de vínculos sociais e afetivos, compõe ou reaviva comunidades e famílias, onde o sentido de inclusão e de pertencimento não mais existiam ou estavam fragmentados. “As pessoas deixam de se sentirem estranhas e sem raízes, reconstroem a sua identidade por semelhança, com as histórias de vida de quem está ao seu lado, e que até então eram desconhecidas. Criam-se laços, amizades, simpatias, empatia” (FERREIRA FILHA; LAZARTE; BARRETO, 2015).

2.4.3 Sobrecarga

O sofrimento psíquico reflete, direta ou indiretamente, em todos os indivíduos que compõem a rede de convivência e compartilham com o sujeito “adoecido” as experiências relacionadas a essa condição. Tais redes são fundamentais para prover o apoio necessário ao indivíduo acometido, em especial, depois dos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica e com o avançar do processo de desinstitucionalização. Nesse contexto, cabe ressaltar o destaque dado à família, por ser também responsável pelos cuidados do indivíduo em sofrimento, depois das mudanças concernentes à desativação de muitos hospitais psiquiátricos. Portanto, além desse olhar, é importante enfatizar a sobrecarga que a família poderá sofrer e que pode influenciar sobremaneira o cotidiano das relações familiares (FONTE; MELO, 2010).

A rotina familiar é transformada com a realidade do sofrimento psíquico. Todas as atividades rotineiras sofrem interferências - as de lazer, as de trabalho e a relação vincular e social de toda a família. Essas mudanças desorganizam a maneira como a família se estrutura e estabelece seus papéis sociais, demandando novos rearranjos de acordo com as necessidades do parente doente, visto apresentar necessidades de cuidado que podem determinar diferentes graus de dependência em todas as esferas de sua vida (KOGA; FUREGATO, 2002; CAMPOS; SOARES, 2005; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Vários estudos vêm sendo desenvolvidos, em que se exploram as repercussões do processo de desinstitucionalização para as relações familiares e se ressaltam os modos como essa família vem reagindo e lidando com essas circunstâncias, ao chamar. à atenção para a realidade da sobrecarga familiar (MELMAN, 2001; ROSA, 2005; KOGA; FUREGATO, 2002; CAMPOS; SOARES, 2005; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; PEGORARO; CALDANA, 2006; PEGORARO; CALDANA, 2008).

A sobrecarga que atinge o familiar pode ser classificada como objetiva e subjetiva. A primeira representa os desafios enfrentados na rotina diária com o indivíduo em sofrimento psíquico, e a segunda, os sentimentos e as sensações do familiar cuidador oriundos do ato de cuidar, que mantêm uma relação direta com a sobrecarga objetiva (CAMPOS; SOARES, 2005; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007). Alguns autores citam outras modalidades de sobrecarga familiar, como a financeira, a emocional, a física e a que envolve o cotidiano dos familiares (KOGA; FUREGATO, 2002; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; PEGORARO; CALDANA, 2006).

Os profissionais de saúde precisam reconhecer esses fatos como uma realidade que merece ser reparada e admitir as variáveis físicas, econômicas e emocionais que existem no contexto da sobrecarga, para que possam adotar estratégias que facilitem o gerenciamento dessas demandas por parte dos familiares, além de amenizar os encargos encontrados ao trabalhar o sofrimento, estimular a cooperação de todos os entes envolvidos e oportunizar espaços onde esses sujeitos possam problematizar suas dificuldades, elaborar estratégias de enfrentamento e aliviar suas dores, na perspectiva de promover saúde e prevenir o adoecimento (GONÇALVES; SENA, 2001).

Nessa perspectiva, vale ressaltar os estudos de Psicologia desenvolvidos por Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira (1998) e Panzina e Bandeira (2007), que mencionam duas importantes modalidades de estratégia de enfrentamento, também conhecidas como *coping*, para serem utilizadas como exercícios cognitivos e comportamentais para controlar, reduzir, atenuar ou ampliar desafios externos e/ou internos considerados eventos estressores que esgotam os recursos de cada indivíduo. A primeira é a estratégia com enfoque nas relações interpessoais, em que o indivíduo é estimulado a desenvolver uma rede de suporte social capaz de auxiliá-lo a enfrentar a situação estressora. A segunda diz respeito às estratégias direcionadas à emoção e ao problema e se constitui a partir de crenças religiosas e da espiritualidade, de modo a fomentar o gerenciamento do problema e minimizar o impacto emocional e o psicológico que ele provoca.

Portanto, é fundamental que os profissionais e os serviços de saúde compreendam as dificuldades enfrentadas pelos familiares, para que possam implementar práticas eficazes com vistas a trabalhar o convívio com o sofrimento psíquico, com estratégias qualificadas e possibilidades terapêuticas. Por isso, para atenuar a sobrecarga familiar e conquistar um cuidado efetivo no âmbito da saúde mental, é primordial idealizar e edificar uma rede de cuidados que não responsabilize somente o familiar ou os serviços de saúde, mas envolva

todos os implicados no processo, de modo a integrar todas as possibilidades de cuidado integral e humanizado. É a partir dessa interação e desse movimento de corresponsabilização que os indivíduos se agregam na sociedade, criam e fortalecem laços afetivos e de amizade, de trabalho ou de lazer, que representam alicerces para eles e suas famílias em momentos de adversidade (SANTIN, KLAFKE, 2011).

Partindo dessa premissa, a TCI é uma intervenção que contribui para que as pessoas ressignifiquem seu sofrimento, com um espaço para a criação de redes de suporte social que promova protagonismos transformadores na vida de seus participantes. Essas mudanças são determinantes para aliviar a sobrecarga advinda do convívio com o sofrimento psíquico (CARVALHO et al, 2013).



3 Método

3 MÉTODO

Todo processo investigativo pressupõe a definição de um embasamento teórico-metodológico que auxilie o pesquisador a traçar os caminhos percorridos ao longo da pesquisa. A seguir, apresentarei as etapas que sustentaram a escolha metodológica, com vistas a compreender bem mais uma realidade que não é somente científica, mas também de construção subjetiva e política, que envolve o processo de investigação condizente com o objeto estudado, a justificativa pela opção do método, a caracterização do estudo, a aproximação com o cenário de pesquisa, os participantes envolvidos, além dos instrumentos, das técnicas e da análise do material apreendido, juntamente com os requisitos e as observâncias éticas que foram respeitados.

3.1 JUSTIFICANDO O PARADIGMA ADOTADO: A PESQUISA-AÇÃO/INTERVENÇÃO

Escolher a estratégia de pesquisa apropriada para atender aos objetivos de determinada investigação não é uma tarefa simples. No campo da pesquisa em Enfermagem, visando expandir o papel e a científicidade da profissão, têm sido desenvolvidas pesquisas em que se utilizam diferentes abordagens, com aptidões metodológicas que podem se adequar ao paradigma de uma diversidade de estudos. Dentre essas alternativas, destaca-se a pesquisa-ação, a ser empregada no âmbito da saúde, inclusive na Enfermagem, como uma propositura aliada ao método qualitativo, que proporciona uma relação comunicativa e dialógica entre o sujeito pesquisador e o pesquisado. Nesse método, o elemento disparador de reflexões é o conhecimento trazido pelo indivíduo, que poderá ser reconstruído e partilhado em um contexto de participação ativa, social e coletiva (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008; MONTEIRO et al, 2010).

Toledo e Jacobi (2013) ressaltam que a atividade concebida pela pesquisa-ação assume uma característica educativa, comunicativa, política, prática e cultural, porquanto nasce e germina progressivamente no decorrer da pesquisa, considerando as demandas identificadas, e não, no final, como acontece habitualmente nas outras modalidades de investigação científica.

Para Thiollent (2011, p.14), a pesquisa-ação é também uma pesquisa participativa,

um tipo de pesquisa social participante, com base empírica que é concebida e

realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

O método da pesquisa-ação tem uma relação direta com as prerrogativas que fundamentam a TCI, visto que também traz, em seu arcabouço teórico, reflexões sobre a pedagogia freireana, no sentido de estimular seus participantes para que problematizem e critiquem a realidade social encontrada, descubram a si mesmos, empoderem-se e resgatem a autoestima, em um mobilizar de forças e de competências promotoras de mudanças sistêmicas.

No que tange aos procedimentos adotados, trata-se de um estudo intervencional, na medida em que avaliou a aplicação de uma intervenção em que não me limitei a uma simples observação de fenômenos, mas conduzi uma abordagem terapêutica que, nesse caso, foi representada pelas rodas de TCI realizadas com familiares de indivíduos em sofrimento psíquico (HOCHMAN et al, 2005). A pesquisa intervenção estende o escopo metodológico de pesquisas participantes, uma vez que estimula transformações sociais e políticas e propõe uma intervenção micropolítica na esfera social (AGUIAR; ROCHA, 2003). Esse modo de investigar sugere reformulações que vão surgindo no decorrer do processo e envolvendo as pessoas que fazem parte do cenário analisado, na medida em que pesquisador e pesquisado sofrem mudanças recíprocas, visto que esse processo é alicerçado nas experiências e nas relações cotidianas (PRUDENTE, TITTONI, 2014).

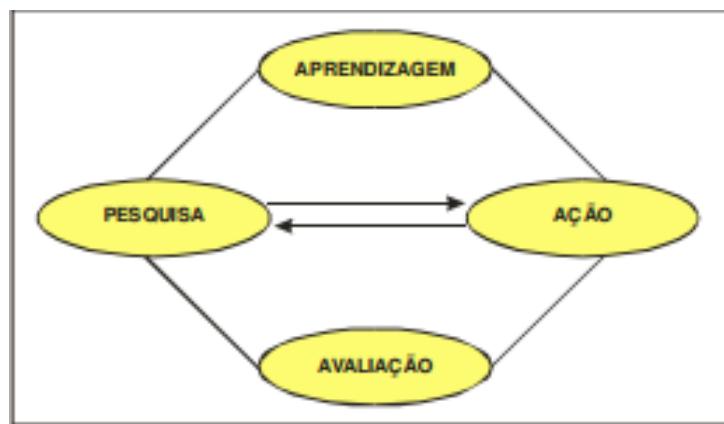
A concepção da pesquisa intervenção, seu desenvolvimento e as reflexões produzidas estão relacionadas a “uma prática de si do sujeito pesquisador”. Nesse percurso, não existe construção separada da reflexão do pesquisador sobre si mesmo, o que faz da pesquisa um movimento ético. Desse modo, o exercício de pesquisar, com todas as suas previsibilidades e transformações, impulsiona um processo reflexivo que gera tessituras que mantêm vivas inquietações e possibilidades libertadoras (PRUDENTE, TITTONI, 2014).

Trazendo para a realidade da TCI - ação/intervenção empregada neste estudo - por ser uma tecnologia de prevenção do adoecimento e de promoção da saúde que estimula o diálogo dos participantes a partir de suas experiências cotidianas, representou uma possibilidade de intervenção, em que estive atenta às minhas impressões e reflexões e, simultaneamente, provocou um movimento de autoconhecimento por parte dos participantes que os conduziu a processos de subjetivação e encontro de sentidos nas situações vivenciadas (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Assim, considerando o caráter participativo da pesquisa-ação, Barreto (2009) ressalta que a TCI tem seus elementos fundamentados no método da pesquisa-ação-participação (*Research Action Participation – RAP*), definida como a “rejeição do monopólio universitário sobre a produção do conhecimento e fazendo apelo aos saberes da base, na base e para a base...”, o que contribui para justificar a opção pelo método adotado.

Thiollent (2011) aponta que uma das maiores justificativas da pesquisa-ação reside no constante *feedback* de informações gerado e circulado ao longo da pesquisa, visto que a relação entre conhecimento e ação se apresenta quando se age e na medida em que se faz, o que denota a analogia entre o “conhecer para agir” e o “conhecer para fazer”.

Ilustração 3 – Relações entre pesquisa, ação, aprendizagem e avaliação



Fonte: Thiollent, 1997, p.59.

É importante enfatizar que as metodologias de pesquisa participativas eclodiram, especialmente, a partir de um descontentamento social e científico com os modelos e os paradigmas clássicos de pesquisa. Em se tratando, particularmente, da pesquisa-ação, além da integração de teoria e prática na construção de saberes, remete à necessidade de incluir e valorizar os grupos sociais na busca por respostas para seus problemas e desafios (LEWIN, 1946; CARR; KEMMIS, 1986; THIOLLENT, 2011; BARBIER, 2002; EL ANDALOUSSI, 2004).

Kurt Lewin representa um dos maiores pioneiros no campo da pesquisa-ação (ADELMAN, 1993; THIOLLENT, 2011; BARBIER, 2002; MORIN, 2004). Lewin expressava um grande interesse em colaborar com a autoestima de grupos excluídos no contexto de pós-guerra, no ano de 1946, e utilizando-se da pesquisa-ação, buscou encorajar as relações sociais desses indivíduos priorizando a comunicação e o apoio mútuo (ADELMAN, 1993; FRANCO, 2005).

Na América Latina, as pesquisas caracterizadas como participantes, além da pesquisa-ação, originaram-se entre as décadas de 1960 e 1970, a partir dos pensamentos de Paulo Freire, Danilo Streh, Carlos Rodrigues Brandão, entre outros. Tais pensadores se preocupavam com a inclusão política de grupos sociais minoritários e excluídos de um protagonismo decisório relativo ao encontro de estratégias para resolver os problemas coletivos. Em se tratando de Paulo Freire e considerando sua filosofia acerca de uma práxis de transformação social, evidencia-se a confluência de seu aparato teórico-metodológico na fundamentação da pesquisa-ação. Cabe enfatizar, também, as obras de René Barbier e Michel Thiollent, que trouxeram grandes contribuições para essa modalidade de pesquisa, entre os anos de 1980 e 1990, e que são difundidas até hoje (TOLEDO; JACOBI, 2013).

Ao representar um recurso de investigação e de tomada de decisão que pode ser oferecido à sociedade, a pesquisa-ação desempenha um papel político capaz de fomentar, com a integração de pesquisadores e de sujeitos implicados no contexto investigado, processos de descobertas e encontros de respostas promotoras de mobilização e transformação dos indivíduos para a vida cotidiana. Representa um método ou uma estratégia de investigação que pode ordenar um arcabouço ativo, dinâmico e coletivo, que acumula inúmeras técnicas da pesquisa social, na perspectiva de gerar mais articulação entre a teoria e a prática, na perspectiva de produzir saberes e de captar informações. Essa é, pois, uma modalidade de pesquisa com sustentação empírica, projetada e associada às ações e às atitudes relacionadas a demandas coletivas em que os pesquisadores e os participantes se envolvem de forma cooperativa (TOLEDO; JACOBI, 2013).

No contexto da pesquisa-intervenção, Mendes, Pezzato e Sacardo (2016) afirmam que desvendar o significado de um conjunto de práticas no tocante à promoção da saúde é um entrave metodológico que demanda um caráter reflexivo que pode suscitar transformações, estimular a participação social e reforçar o empoderamento dos sujeitos. Nesse tipo de estudo, o encaixe de estratégias concebidas por meio de paradigmas envolvidos com modelos de pesquisa que não fragmentam a ação de pesquisar da intervenção, priorizando a participação, a política e a técnica, representa uma possibilidade metodológica que comporta, em uma mesma prática, a diversidade de atributos dos pesquisadores e dos sujeitos pesquisados. Nesse movimento, as histórias de vida e as experiências que fazem parte desse processo são permeadas pelo diálogo, pela escuta, pela valorização, pela atenção, pela necessidade de se aproximar e de se distanciar, pela confiança e pela implicação. Isso quer dizer que “deve haver esforço para o estabelecimento de relações horizontais entre os sujeitos, as quais

favoreçam as possibilidades de diálogo, um permanente refazer-se que atinja a todos e, sobretudo, qualificação de espaços de encontros” (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016, p.1738).

Com essas reflexões, a opção metodológica da pesquisa-ação/intervenção, de acordo com meu ponto de vista, foi a que mais se aproximou do objeto e do recorte da realidade estudada. Além disso, a leitura e a problemática apresentadas necessitam de novas formas de intervenção, como a TCI, por exemplo, com as quais é possível trabalhar o sistema familiar, sob o ponto de vista da sobrecarga, da autoestima e dos vínculos de familiares que lidam com a realidade do sofrimento psíquico.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Minha imersão no contexto dos CAPS começou ainda durante a graduação, quando, oportunizada pelo Programa Institucional de Iniciação Científica da UFPB, tive o privilégio de adentrar esse território e conhecer sua realidade com um enfoque mais aprofundado e diferente do apresentado durante a formação acadêmica. A *posteriori*, por ocasião do ingresso no Mestrado, prossegui com minhas investigações ainda no contexto do CAPS, contudo em outro serviço, visto que as rodas de TCI não estavam mais sendo implementadas no CAPS em que tivera o primeiro contato.

No Doutorado, agora já terapeuta comunitária e iniciando a fase exploratória da pesquisa, decidi retornar àquele primeiro CAPS, para averiguar se as rodas de TCI estavam sendo desenvolvidas, visto que, nessa nova proposta de estudo, vislumbrava realizá-las com um público que não tivera a oportunidade de participar, pois minha pretensão era de avaliar as fases de pré e de pós-rodas de TCI, com pessoas nunca submetidas a essa intervenção.

Devido a essas condições e considerando a existência de vínculos estabelecidos em estudo anterior, ainda na época da graduação, realizei algumas visitas e conversas com a coordenadora do serviço, com o fim de obter um retrato da realidade atual e de sondar as possibilidades de abertura do campo para minha pesquisa. Nessa prospecção inicial, constatei que a TCI não estava sendo desenvolvida na instituição, a qual não dispunha de grupos de familiares de usuários, o que representaria, para mim, um desafio adicional. Apesar disso e por causa do retorno positivo e acolhedor obtido por parte da direção e da equipe multiprofissional e pelo fato de a TCI ser uma atividade que não estava incorporada à rotina de atividades desenvolvidas com usuários e/ou familiares, foram levantadas algumas

impressões acerca da necessidade e do interesse da instituição em retomar e impulsionar, depois de alguns anos, as rodas de TCI, o que me deixou entusiasmada e satisfeita por poder regressar àquele CAPS para conduzir e facilitar as rodas de TCI que outrora eu apenas observava. A partir daí, obtive a autorização verbal para empreender meu estudo. No entanto, eu deveria criar o grupo de familiares para que a intervenção por meio das rodas de TCI fosse aplicada.

Devido a essas facilidades, optei por operacionalizar minha pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial Doutor Gutemberg Botelho, situado no município de João Pessoa/PB. Trata-se de um CAPS III de referência na região, responsável por acompanhar e tratar usuários com transtornos mentais severos e persistentes, que garante acolhimento, terapia medicamentosa, atendimento multiprofissional, oficinas terapêuticas, atividades coletivas, dentre outras. Atende a, aproximadamente, 750 usuários, com uma média de 2.000 cadastros no serviço, a maioria mulheres com idades entre 30 e 49 anos. A esquizofrenia e o transtorno bipolar do humor estão entre os casos mais incidentes (JOÃO PESSOA, 2014).

Ilustração 4 – Fachada do CAPS Gutemberg Botelho - João Pessoa/PB.



Fonte: Google Imagens – 2017.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo familiares de usuários do CAPS. O serviço não dispunha de grupo de familiares formado no momento da realização da pesquisa, o que demandou sua criação. Para recrutar e selecionar esses sujeitos, realizei, inicialmente, uma reunião de

apresentação do projeto de pesquisa à equipe do serviço. Na ocasião, a coordenadora solicitou a colaboração de todos os profissionais, para que selecionassem e listassem familiares que pudessem ser participantes em potencial das rodas de TCI, considerando o envolvimento e a responsabilidade no tratamento e no cuidado dispensado ao parente usuário do CAPS. Em seguida, reuni-me com a equipe durante três semanas para levantar, nos prontuários dos pacientes, os nomes e os contatos dos familiares elencados e catalogar essas informações para que fosse efetuado o convite inicial.

Os profissionais do serviço selecionaram, *a priori*, 57 familiares, para que, por meio de um convite realizado via contato telefônico, pudessem participar do encontro de apresentação do meu projeto, da TCI e para combinar o melhor dia da semana e o horário para a realização das rodas.

Dos 57 familiares apontados, 25 estiveram presentes. Para escolher os familiares que participariam da pesquisa, adotei os seguintes critérios de inclusão: 1) O familiar deveria conviver diretamente com o ente que é usuário do CAPS; 2) Mostrar-se sensível à realidade do parente em sofrimento psíquico e demonstrar interesse em participar das rodas de TCI; 3) Participar de, no mínimo, seis rodas de TCI; 4) Responder aos instrumentos aplicados na fase de pré e de pós-teste (antes e depois das 12 rodas de TCI). Foram excluídas do estudo as pessoas que, apesar de parentes, não estavam ativamente familiarizadas e envolvidas com a realidade vivenciada pelo ente em sofrimento psíquico que é usuário do CAPS e os que não responderam aos instrumentos na fase do pré-teste. Do universo de 25 familiares presentes na reunião de apresentação, 10 atendiam aos critérios de inclusão, totalizando o número de sujeitos desta pesquisa.

Diversos autores recomendam quantitativos diferentes no que se refere ao limite de participantes para compor um grupo terapêutico. Lego (1987) sugere que a formação ideal é de cinco a dez pessoas; Sampson e Marthas (1990), de duas a 15 pessoas; e Clark (1987), entre quatro e 12 participantes. Townsend (2014) refere que o tamanho do grupo influencia diretamente na capacidade de interação entre seus componentes, pois, quanto maior for o grupo, menor será o tempo destinado a cada participante. Dessa forma, os estudos indicam que grupos compostos de sete a oito pessoas oportunizam um ambiente propício ao estabelecimento de relações e interações satisfatórias entre seus membros, o que corrobora os achados deste estudo, visto que as rodas de TCI apresentavam, aproximadamente, dez pessoas em cada encontro.

Para Barreto (2008), no entanto, o número de participantes de uma roda não é definido por nenhum desses critérios, mas pelo espaço físico e pelo desejo dos participantes de estarem juntos partilhando histórias e experiências de vida. Em pesquisas realizadas pelo Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Paraíba (MISC/PB), vê-se que o número médio de rodas de TCI que conta com a maior frequência de participantes é em torno de seis e que o número de participantes pode variar entre 15 e 20 pessoas, com exemplos de rodas que contaram com a participação de 45 e até 60 participantes.

3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Na pesquisa em tela, foram utilizados três instrumentos de investigação: a escala de avaliação de sobrecarga dos familiares (*family burden interview schedule - FBIS-BR*), o instrumento para avaliação de vínculos e o instrumento de avaliação de autoestima criados por Barreto (ANEXOS A, B e C). Eles foram aplicados antes da implementação das rodas de TCI (fase de pré-teste), quando foram contabilizados os sujeitos que apresentaram os maiores níveis de sobrecarga, os menores índices de autoestima e vínculos frágeis e de risco. À medida que os encontros foram acontecendo, as falas, os gestos, as emoções e os discursos desses participantes foram sendo analisados com sensibilidade e sutileza, juntamente com os resultados dessa prática. No final do prazo determinado para o desenvolvimento das rodas (aproximadamente três meses), os referidos instrumentos foram reaplicados (fase de pós-teste), submetidos à entrevista em profundidade, de acordo com a proposta desta pesquisa, e direcionados pelos escores obtidos depois das rodas de TCI.

Dentre os instrumentos utilizados, o de avaliação da autoestima, de Barreto (2008), é capaz de classificar o nível de autoestima de acordo com sua pontuação, como uma pessoa com baixa autoestima; com tendência à baixa autoestima; com tendência à boa autoestima e com boa autoestima. Para Barreto (2008), a autoestima é a chave que possibilita as pessoas saírem de situações aparentemente sem solução. Ela encoraja ou desencoraja os pensamentos e os sentimentos e conduz à felicidade, quando se acredita em si e em sua capacidade de superar os obstáculos. A autoestima também potencializa a confiança, a segurança e a persistência, visando ao sucesso das ações idealizadas.

Quanto ao instrumento de avaliação de vínculos, também proposto por Barreto (2008), apresenta vinte e oito modalidades vinculares, por meio de questões objetivas, e elucida o padrão dessas “conexões” e determinados laços sociais. São apontadas 28 questões e cada

uma representa a qualidade do vínculo ali abordado, a saber: vínculo familiar; vínculo conjugal; vínculo filial; vínculo de moradia; vínculo comunitário; vínculo com a leitura; vínculo com a escrita; vínculo profissional; vínculo econômico; vínculo religioso; vínculo de saúde física; vínculo de saúde pública; vínculo de apoio social 1 (que se refere à acessibilidade ao serviço de saúde); vínculo de apoio social 2 (que se remete à qualidade do acolhimento e ao nível de confiança no atendimento de saúde); vínculo de apoio social 3 (que denota a disponibilidade do indivíduo para contar com a ajuda de alguém); vínculo de amizade; vínculo de documentação; vínculo de cidadania; vínculo de segurança; vínculo de lazer; vínculo alimentar; vínculo ecológico; vínculo tecnológico 1 (que indica se a pessoa usa e reconhece o valor do aparelho telefônico); vínculo tecnológico 2 (para demonstrar se a pessoa usa e reconhece o valor do caixa eletrônico); vínculo de solidariedade; vínculo social; vínculo de dependência e vínculo espiritual.

A escala FBIS representa um recurso multidimensional adequado para mensurar fatores diversos de sobrecarga, por meio de cinco subescalas que correspondem a cinco dimensões da vida do familiar, no que se refere aos trinta dias anteriores à data de sua aplicação (BANDEIRA; BARROSO, 2005). Sua versão brasileira foi adaptada transculturalmente por Bandeira, Calzavara e Varella, no ano de 2005 e apresentou propriedades psicométricas passíveis de boa estabilidade temporal e consistência interna. Trata-se, portanto, de uma escala confiável (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005).

Essa escala avalia, com base em 70 questões, os escores de sobrecarga subjetiva e objetiva a partir das cinco dimensões (assistência na vida cotidiana do paciente; supervisão dos comportamentos problemáticos do paciente; gastos financeiros do familiar com o paciente; impacto na rotina diária da família e preocupação do familiar com o paciente), que são apresentadas separadamente e proporcionam a descoberta das áreas de menor e maior sobrecarga manifestadas pelo familiar, em relação ao cuidado com o indivíduo em sofrimento psíquico.

A sobrecarga objetiva é analisada com base na frequência com que o familiar ofertou determinada assistência ao ente nas atividades da vida cotidiana (subescala A), supervisionou os comportamentos problemáticos (subescala B) e sofreu impacto dessa relação e desse convívio na rotina diária (subescala D). Essa frequência é avaliada com uma escala tipo Likert de 5 pontos, de modo que: 1 = nenhuma vez; 2 = menos que uma vez por semana, 3 = uma ou duas vezes por semana; 4 = de três a seis vezes por semana e 5 = todos os dias. Já a

sobrecarga subjetiva é avaliada a partir do nível de desconforto e de incômodo que o parente apresenta na prestação de assistência cotidiana ao paciente (subescala A), no convívio com comportamentos problemáticos (subescala B) e no grau de preocupação do familiar com o paciente com transtorno psíquico (subescala E). Para avaliar os diferentes graus de desconforto e de incômodo, utiliza-se uma escala tipo Likert de 4 pontos: 1 = nem um pouco; 2 = muito pouco; 3 = um pouco; 4 = muito (SCAZUFCA; MENEZES; ALMEIDA, 2002).

Isto posto, as subescalas A e B apresentam respostas que se enquadram na sobrecarga objetiva e na subjetiva, enquanto a subescala D só exprime a sobrecarga objetiva, e a subescala E, a sobrecarga subjetiva (BORGO, 2014).

3.5 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Esta pesquisa utilizou como técnicas de produção do material empírico os seguintes elementos: os registros e minhas impressões apontados no caderno de campo; os vídeos obtidos com a gravação de cada roda de TCI e o material apreendido mediante as entrevistas semiestruturadas. Utilizei, ainda a própria TCI, uma técnica que estimulava o suscitar de situações-problemas, estratégias de enfrentamento e sentimentos dos participantes, com vistas a atender aos objetivos propostos nesta investigação. A TCI foi desenvolvida conforme esta sequência de passos preconizada por Barreto (2008):

- ✓ Na fase de **acolhimento**, o terapeuta acomoda os participantes de modo que todos possam olhar para a pessoa que está falando, dá as boas vindas e fala dos objetivos da roda. A terapia começa com um clima de companheirismo. Em seguida, são informadas as regras da terapia: fazer silêncio, falar da própria experiência, não dar conselhos nem julgar, sugerir uma música, piada, poesia ou conto que tenha alguma ligação com o tema. É realizado também um momento de partilha e celebração de aniversários, conquistas e alegrias. O terapeuta pode, ainda, introduzir uma dinâmica de aquecimento e integração com os participantes;
- ✓ Na fase seguinte, a de **escolha do tema**, o terapeuta estimula os participantes a falarem sobre o que os está fazendo sofrer, indagando quem gostaria de falar e registrando os temas apontados. Em seguida, realiza a restituição como uma estratégia para fazer com que ele e o participante organizem e endossem o que foi dito. Logo depois, é feita uma síntese dos problemas apresentados para que o

grupo escolha o tema a ser aprofundado, juntamente com uma votação. Por fim, o terapeuta agradece a todos os que confiaram e verbalizaram sua problemática e se dispõe a ouvir quem necessitar no final da roda;

- ✓ Na fase de **contextualização**, são obtidas mais informações sobre o assunto escolhido. Para facilitar a compreensão, é permitido lançar perguntas para esclarecer bem mais o problema, para que se possa comprehendê-lo em seu contexto. Essas perguntas ajudam a pessoa que está falando de seu problema a refletir sobre a situação vivida;
- ✓ Na etapa da **problematização**, o terapeuta comunitário apresenta o MOTE - uma pergunta-chave que estimula o grupo a refletir, e a pessoa que expôs o problema fica em silêncio. As pessoas que vivenciaram situações que têm a ver com o tema do mote passam a refletir sobre a experiência vivida e como superaram tal situação. A partir de então, emergem as estratégias de enfrentamento usadas pelas pessoas que evidenciaram o processo resiliente, e quem teve seu problema escolhido elege as estratégias mais adequadas a serem utilizadas na resolução de seu problema;
- ✓ Na fase de **conclusão/encerramento**, o terapeuta dirige-se à pessoa cujo tema foi escolhido e lhe oferece uma conotação positiva acerca de sua história. Nessa etapa, todos dão as mãos, em um grande círculo, com rituais próprios, como cantos religiosos ou populares, orações, abraços e o relato de cada um da experiência adquirida naquele encontro. É a partir desse momento que se constroem e solidificam as redes sociais, a teia que une cada indivíduo da comunidade. O término da sessão é o começo para a utilização dos recursos de que a comunidade dispõe para resolver seus problemas.

O diário de campo foi sobremaneira importante, porque compôs o elenco de instrumentos que me auxiliaram a registrar as rodas de TCI e deu suporte para a catalogação das impressões, das situações e de minhas vivências obtidas ao longo de todo o processo investigativo. Os encontros foram filmados e gravados com áudio, facilitados por uma câmera digital e transcritos integralmente.

A filmagem foi um instrumento que, ao invés de “congelar” instantes, intencionou capturá-los de diversos modos, com o fim de apresentar imagem, som e movimentos, porquanto a imagem, isoladamente, não se sobrepõe ao objeto estudado, mas faz referência a

um somatório de ações que envolvem som e movimento de forma a potencializar uma “intrincada rede que constitui a produção de sentidos” (MACEDO et al 2004, p. 16).

Para coletar o material empírico, utilizei um roteiro de entrevista semiestruturada, com a finalidade de captar os sentidos e os significados que os sujeitos da pesquisa atribuíram à sua participação nas rodas de TCI e identificar as mudanças de comportamento que ocorreram e que consideram como positivas para melhorar as relações no sistema familiar.

3.6 FASES DA PESQUISA DE CAMPO

A seguir, apresento as etapas percorridas durante o processo de construção deste estudo, considerando o desenho proposto por Castro e Silva (2016). Tendo em vista a complexidade da pesquisa, a extensão dos instrumentos utilizados e as diferentes nuances envolvidas, surgiu a ideia de buscar apoio para selecionar alguns discentes colaboradores. A cooperação foi necessária no momento da aplicação dos instrumentos, na transcrição dos vídeos das rodas e em outras demandas relacionadas ao planejamento e à organização das rodas de TCI.

1^a Etapa: Preparando a equipe

Para entrar em cena, considerei premente um suporte logístico e operacional para dar início à aplicação da intervenção (TCI). Então, ciente das etapas que antecederiam e sucederiam a implementação das rodas de TCI, busquei recrutar discentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem que pudessem ser meus apoiadores nesse processo. *A priori*, pensei em selecionar acadêmicos de Enfermagem da instituição onde leciono (Universidade Federal de Campina Grande/UFCG - *campus* de Cuité), em especial, as extensionistas do Projeto de Extensão que coordenava na época da coleta, intitulado “*O desabrochar de si: a Terapia Comunitária no Centro de Atenção Psicossocial*”. No entanto, por ser no município de Cuité, distante de João Pessoa aproximadamente 225 km, e as rodas serem semanais, considerei esse deslocamento dificultoso.

Assim, pensei em contactar discentes do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), instituição onde já havia lecionado, situada no mesmo município onde fiz a coleta. Então, mantive contato com a coordenadora do curso e solicitei sua autorização para fazer as reuniões nas dependências da instituição. Conseguir reunir um grupo de oito discentes e passamos a nos encontrar quinzenalmente. Tais encontros foram

fundamentais para que eu apresentasse meu projeto de tese e seus objetivos e explanasse aspectos relacionados ao objeto de estudo. Ofereci-lhes uma roda de TCI, para demonstrar, na prática, como era/seria realizada.

Nessas ocasiões, também lhes apresentei os instrumentos de coleta e repassei as orientações para seu preenchimento, a contagem dos escores e a pontuação, além de informações inerentes ao TCLE e indicações de leituras sobre a TCI, com a finalidade de familiarizá-los com o conteúdo a ser trabalhado e esclarecer as dúvidas que pudessem surgir. Também elaborei uma escala de rodízios entre os discentes, para que houvesse um revezamento, com o objetivo de que estivessem presentes dois ou três apoiadores em cada roda de TCI.

2^a Etapa: Inserção no campo

Depois de liberada a certidão do CEP, especificamente no dia 19 de maio de 2016, estava oficialmente autorizada minha inserção no campo de pesquisa. Retornei no dia 14 de junho ao serviço e estabeleci um novo contato com a coordenadora que, prontamente, acolheu-me e reafirmou o interesse em me apoiar, enfatizando que agendaria uma reunião com toda a equipe para que eu me apresentasse e expusesse minha proposta, de modo a sensibilizar e contar também com o suporte dos profissionais, porque, a partir daquele dia, estaria frequentemente transitando pelo serviço e integrada nas práticas e nas atividades do CAPS.

a) Fase preparatória: aproximação e negociação (1^a a 3^a semanas)

A reunião que seria realizada com a equipe foi programada para o dia 16 de junho. Na ocasião, fui apresentada aos profissionais presentes, historiei minha trajetória, as razões pelas quais estava ali, discorri sobre os objetivos do meu projeto de tese, dispus-me a contribuir com os componentes da equipe no que precisassem e convidei-os a participar das rodas de TCI. Ressalto que fui muito bem acolhida por todos e aceita pela equipe, que, de imediato, disponibilizou-se a me auxiliar no levantamento dos possíveis familiares para participarem das rodas de TCI, visto o serviço não ter grupo de familiares formado.

Nesse ínterim, foram expostos dois problemas: a falta de um grupo voltado para os familiares e a de um espaço físico destinado às rodas de TCI durante a semana, tendo em vista

o quantitativo elevado de usuários em acompanhamento. E como não comportava outra intervenção que fosse desenvolvida de segunda a sexta-feira, só me restou o sábado para fazê-lo. Apesar disso, confiava no sucesso e na adesão do grupo que seria criado.

Foi acordado que eu retornasse no dia 30 do mesmo mês para ter acesso à lista com os nomes dos prováveis familiares. Naquela data, estava de volta e agora de posse dos nomes dos familiares a serem contactados. Então, passei a me articular com a equipe, para pactuar as datas para iniciarmos os contatos e outras informações nos prontuários dos usuários. Esse processo de busca se estendeu durante três semanas, porquanto efetuava as buscas em parceria com algum profissional da equipe, que, em algumas circunstâncias, estava envolvido em demandas do serviço e na dinâmica de consultas e de atendimentos que envolviam o uso dos prontuários.

De posse dos contatos, iniciei, por telefone, o trabalho de convidá-los. Muitos demonstravam interesse e reforçavam a importância de dar um *feedback* ao serviço, outros verbalizavam dificuldade de estar presentes por se tratar de um sábado. Mas continuei firme nos convites e efetuei contato telefônico com 54 dos 57 familiares da lista, tendo em vista que os demais eram sinalizados como números inexistentes ou seus celulares estavam desligados.

b) Fase de comprometimento (4^a semana)

No dia 23 de julho, aconteceu o primeiro encontro com os familiares. Esse primeiro momento foi planejado detalhadamente com os discentes, para ser atrativo e dinâmico, com o objetivo de estimular a presença dos familiares nos encontros subsequentes, que já seriam as rodas de TCI. Mobilizamo-nos durante a semana inteira selecionando dinâmicas, escolhendo e ensaiando músicas, com a ajuda de uma discente musicista que tocava violão, preparando o material de filmagem e organizando o lanche para o dia.

Estávamos presentes eu e os discentes, visto que a apresentação deles ocorreu naquele dia. O clima era de expectativa e de ansiedade. Primeiramente, houve uma acolhida, com o desejo de boas vindas, e uma rodada de apresentações. Posteriormente, desenvolvemos a dinâmica “AMOR e VIDA”. Eu me apresentei, falei do meu projeto de tese e iniciei uma breve explanação acerca da TCI com o auxílio de um datashow. Em seguida, aplicamos um pré-teste, depois que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse mesmo dia, apresentei o livro de registro de frequência e de autorização de gravação e filmagem, que seria assinado naquela oportunidade e em cada roda

de TCI, endossando a concordância dos familiares com os procedimentos de filmagem e de gravação dos encontros registrados.

Como não havia alternativa relacionada à escolha do dia em que as rodas seriam desenvolvidas, informei que aconteceriam aos sábados e procedemos a uma votação para escolher o horário de preferência da maioria. Ficou acordado que seria o de 14 horas e 30 minutos. As repercussões desse primeiro momento foram positivas, visto que os familiares já se comprometiam mutuamente a estar presentes nas rodas que seriam iniciadas na semana seguinte.

c) Fase de intervenção (da 4^a à 16^a semana)

As expectativas para a primeira roda de TCI provocaram sentimentos conflitantes. De um lado, estava confiante e animada para essa experiência e, ao mesmo tempo, receosa e apreensiva para prever o desfecho e as repercussões do encontro. A propósito, o grupo ainda não existia, mas estava em processo de formação, e o dia e os horários das rodas não eram tão convidativos por se tratar de um sábado à tarde. Os familiares estariam presentes? Os discentes colaboradores iriam contribuir conforme acordado? Como seria a recepção no serviço para aquela primeira roda de TCI? Enfim, os questionamentos transitavam incessantemente e algumas “incertezas” me inquietavam.

Houve 12 rodas, que se estenderam ao longo de quatro meses. Apesar de serem semanais, duraram quatro meses em razão de um feriado e de um imprevisto, que impediram o desenvolvimento das rodas de TCI em dois sábados. A delimitação do quantitativo de 12 rodas em um dia fixo na semana fundamentou-se no estudo de Castro Silva (2016). No entanto, não há referências na literatura que apontem um número específico de rodas para gerar repercussões significativas na vida de seus participantes, visto que as respostas apresentadas por esses indivíduos são diferentes e variam de acordo com as necessidades e os problemas individuais. Projetando-se para este estudo, o que importa é a capacidade que o participante adquire de restabelecer a autoestima, minimizar a sobrecarga e fortalecer vínculos saudáveis.

d) Fase de avaliação (17^a semana)

As 12 rodas aconteceram conforme planejamos, e a última foi realizada no dia 29 de outubro em um clima de despedida e de confraternização. Os participantes organizaram um lanche coletivo e, no final, todos expuseram suas experiências de aprendizado, crescimento e transformação de vida, além dos vínculos de amizade e de afeto construídos naquele espaço. O clima foi de muita emoção e gratidão. Nesse dia, alguns instrumentos da fase pós-teste foram aplicados com os participantes que se enquadravam nos critérios de inclusão. Outros foram aplicados na semana seguinte, porque alguns participantes, que também se enquadravam nos critérios de inclusão, não puderam comparecer à última roda de TCI.

Muitos lamentaram o encerramento dos encontros e se manifestaram levantando a possibilidade de continuarmos desenvolvendo as rodas de TCI. Propus que continuássemos realizando-as uma vez por mês, com o fim de titular gradativamente a ideia de finalizá-las. Mesmo considerando o potencial de vinculação da TCI e a dificuldade de nos desprendermos do que nos edifica e nos faz bem, a ideia era de “fazê-los voar” e empoderá-los rumo a uma libertação social, para que, com o trabalho realizado e a autoestima instilada durante as 12 rodas, pudessem assumir o controle de suas vidas com autonomia e corresponsabilização numa perspectiva sistêmica. Contudo, a experiência de continuar desenvolvendo as rodas uma vez ao mês não prosperou, porquanto o CAPS passou por algumas transições políticas que o deixaram inoperante durante os finais de semana. Todavia, os laços de amizade e de afeto perduram, visto que as redes sociais construídas e fortalecidas naquele grupo foram conservadas.

Em razão das comemorações de final de ano e do período de férias e de recesso do CAPS, dois meses depois da última roda de TCI, iniciei as entrevistas com os dez participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão, considerando o dia e o horário mais convenientes para cada familiar. Das dez entrevistas, oito foram desenvolvidas no próprio serviço, em uma sala de atendimento solicitada previamente e reservada para essa finalidade, e duas, no domicílio dos participantes. As entrevistas agendadas para acontecerem no CAPS coincidiam com o dia em que o familiar levava o parente para as oficinas habituais.

3.7 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS E DO MATERIAL EMPÍRICO

A análise dos instrumentos foi iniciada pela contagem de vínculos dos participantes que responderam a esse instrumento (BARRETO, 2008). Para a análise quantitativa dos vínculos, foi somada a quantidade de respostas afirmativas (SIM) ao longo das 28 questões, e

as respostas negativas (NÃO) foram consideradas como referências úteis ao inquérito de vínculos frágeis e de risco, utilizando-se a seguinte correspondência: *Vínculo saudável*: letra A (de A1 a A28); *Vínculo de risco*: letra B (de B1 a B28) e *Vínculo frágil*: letra C (de C1 a C28) (BARRETO, 2008).

Para calcular e compreender a porcentagem da quantidade e/ou da qualidade dos vínculos estabelecidos pelos participantes, empreguei a regra de três. No âmbito quantitativo, multipliquei o número de vínculos apresentados pelo participantes (considerados nas questões 1.1, 2.1, 3.1, 4.1, 5.1... 28.1) por 100 (cem). Em seguida, dividi o resultado por 28 (quantidade total de vínculos do instrumento). No âmbito qualitativo, multipliquei a quantidade de vínculos saudáveis apresentados pelo participante (A.1, A.2, A.3, A.4, A.5... A.28 das questões de 1.3 a 28.3) por 100 (cem) e dividi o resultado pela quantidade de vínculos apresentados pelo participante. O mesmo procedimento foi realizado para os vínculos frágeis (de B.1 a B.28 das questões 1.3 a 28.3) e para os vínculos de risco (de C.1 a C.28 das questões 1.3 a 28.3).

Já para a análise do instrumento de autoestima, que continha 20 questões com respostas que variaram de A a D, o somatório dos itens seguiu a pontuação apresentada na tabulação abaixo:

Tabela 2 – Tabulação do instrumento de autoestima

Alternativa	Pontuação
Letra A	4 pontos
Letra B	2 pontos
Letra C	1 ponto
Letra D	0 ponto

Fonte: BARRETO, 2008, p.330.

Com base na contagem e na pontuação final, o resultado foi interpretado a partir dos seguintes escores: de 20 a 30 pontos: baixa autoestima; de 31 a 50: tendência à baixa autoestima; 51 a 65 pontos: tendência à boa autoestima e de 66 a 80 pontos: boa autoestima.

Para analisar e interpretar o instrumento FBIS-BR, obtive as médias nas questões subjetivas e objetivas das diferentes subescalas, antes e depois das 12 rodas de TCI. Neste estudo, utilizei as questões objetivas da FBIS (médias das respostas objetivas das subescalas A, B e D) e as questões subjetivas das FBIS (médias das respostas subjetivas das subescalas A, B e E), além da média da subescala E, para avaliar a sobrecarga subjetiva relacionada ao grau de preocupação do familiar com o paciente. Os achados referentes à escala C não foram

contabilizados, por se retratarem questões abertas alusivas aos dispêndios financeiros por parte dos familiares de pessoas com doença mental. Como esse instrumento é o mais extenso, requereu mais tempo para ser aplicado – uma média de 45 minutos.

Para facilitar a análise e a visualização dos achados numéricos, os resultados dos três instrumentos (vínculos, autoestima e FBIS-BR) foram dispostos em uma planilha eletrônica (*Excel 2010*) e transportados para análise estatística no programa SPSS for Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Empreguei técnicas de estatística descritiva com medidas de frequência para variáveis categóricas, média e desvio-padrão para variáveis numéricas. Na estatística inferencial, recorri ao teste *Shapiro Wilks* para analisar a distribuição de probabilidades. Utilizei o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparar os escores da escala FBIS-BR antes e depois da utilização da TCI, e o teste *T Student* pareado, para comparar os instrumentos de autoestima e a escala de vínculos. Cabe destacar que foi considerado um nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

O material oriundo das gravações possibilitou que as rodas de TCI fossem transcritas integralmente. Cada descrição foi introduzida por uma ilustração que continha uma nuvem de palavras em seu interior (subsidiadas pelo *software IRAMUTEQ*) que exibia léxicos organizados devido à sua frequência nas falas dos familiares, para torná-la visualmente cognoscível. Todas as rodas foram (re)assistidas, com o intuito de apreender elementos que, porventura, tivessem passado despercebidos durante a condução dos encontros. A *posteriori* foram realizadas as descrições e acrescentadas as impressões e os detalhes registrados no caderno de campo.

Para analisar o material empírico obtido a partir das entrevistas semiestruturadas, utilizei a análise de conteúdo, que Bardin (2011) define como um conjunto de procedimentos que visam extrapolar as interpretações do senso comum e a subjetividade e proporcionam uma avaliação profunda e cautelosa dos achados.

O primeiro elemento de atenção da análise de conteúdo representa a mensagem em suas mais diversas formas, desde o silêncio até os mais tênues gestos, discursos e sentimentos expressos além de palavras. Desse modo, a análise de conteúdo se constitui em uma perspectiva de dinamismo e de criticidade mediante o objetivo analítico pretendido (FRANCO, 2008).

A técnica tem três fases que se organizam cronologicamente: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados. A pré-análise é composta de elementos como a leitura flutuante. É o primeiro contato com as

entrevistas, quando o pesquisador levanta as primeiras hipóteses, que podem ou não ser confirmadas no decorrer do processo. Essa é a fase da organização, em que há um esquema sistemático de trabalho, com etapas bem delimitadas, não necessariamente rígidas, mas adaptadas à realidade encontrada (BARDIN, 2011).

Adiante, o *corpus* documental é explorado (**exploração do material**) como uma etapa longa, em que é feito o processo de codificação das entrevistas segundo algumas regras. Nessa fase, são definidas as unidades de codificação, por meio dos procedimentos de codificação, em que são selecionadas as unidades de registro e estabelecidas as regras de contagem para que as categorias sejam construídas reunindo um aparato de informações. Posteriormente à escolha das unidades de codificação, serão evidenciados trechos de falas que subsidiarão a construção das categorias com base nas hipóteses e no aporte teórico-metodológico do estudo. Nesse movimento cíclico, que envolve teoria e material empírico, as categorias vão surgindo de maneira coerente com os objetivos propostos na investigação (CÂMARA, 2013).

Ne sequência, vem o **tratamento dos resultados**, em que se processam a análise e a discussão dos dados oriundos das etapas anteriores e, por fim, a apresentação dos achados, em que se emprega a técnica da narrativa/discurso, que possibilitará a confrontação de significados com a literatura pertinente e a temática em questão (BARDIN, 2011).

Nesta tese, para essa etapa, considerei o material obtido a partir das entrevistas, visando obter informações importantes para a continuação do trabalho com a TCI e os familiares que lidam com a realidade do sofrimento psíquico, na perspectiva de processá-los e de interpretá-los mediante os objetivos apontados. Para auxiliar a análise das rodas de TCI e as entrevistas semiestruturadas que buscavam respostas para os objetivos desta investigação, optei pelo uso da análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011), que contou com o suporte do *Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), versão 0.7 alpha 2 no processamento das informações.

Esse programa foi desenvolvido pelo pesquisador francês, Pierre Ratinaud, em 2009. Seu uso permitiu separar as respostas, que foram compiladas em unidades, de acordo com reagrupamentos de análise, a partir do *corpus* textual, que foi analisado com base em estatísticas textuais onde eram evidenciados segmentos de textos (STs) através da frequência de vocábulos identificados, uma vez que os termos eram apontados em ordem, segundo a ocorrência e a repetição no texto (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEQ é um *software* de fácil acesso, gratuito e concebido na perspectiva da *open source*, licenciado pela Licença Pública Geral GNU (v2) e se fundamenta na interface estatística do *software R* e na linguagem *python*. Com esse programa, o pesquisador pode desenvolver inúmeros tipos de análises textuais, que variam desde as mais elementares (como o cálculo de frequência de termos), até análises multivariadas (como a Classificação Hierárquica Descendente – CHD - pelo método de Reinert e análise de similitude). Desse modo, estrutura a distribuição das palavras de maneira simples, comprehensível e didática e proporciona a elaboração de diferentes análises a partir do *corpus* que é preparado pelo pesquisador, o qual representa o total de textos a serem analisados sob o ponto de vista de cinco possibilidades: análises lexicais clássicas, análise de especificidades, método de CHD, análise de similitude e nuvem de palavras determinada por frequência (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Com base nas cinco formas de análise de material textual que podem ser processadas pelo *software*, elegi duas para serem utilizadas no processamento das entrevistas em profundidade e das rodas de TCI: a CHD e a nuvem de palavras. A primeira visa criar classes de STs que podem apresentar um vocabulário similar entre si e, simultaneamente, um vocabulário distinto das demais classes. Na análise com CHD, o *software* estrutura o material processado em dendogramas que elucidam as vinculações existentes entre as classes fornecidas. A segunda lança mão do agrupamento lexical e organiza os termos graficamente considerando suas frequências.

Finalizado o processamento do *corpus* textual no software, a partir da análise com CHD, que forneceu elementos para a construção das categorias de análise, realizei o trabalho de categorização. No que diz respeito à etapa de validação e de lapidação dos resultados, Bardin (2011) aponta que o pesquisador, ao dispor de um constructo relevante e fiel, poderá apresentar inferências e um arremate assertivo sobre os objetivos propostos no trabalho.

Nesse contexto, o dendograma de CHD foi constituído a partir do material final obtido dos nove textos, separados em 190 STs. Emergiram 6.061 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos) - 1.340 palavras distintas, das quais 818 estavam na forma ativa, ou seja, eram reveladoras de sentido, com retenção mínima de 176 STs (92,63%), o que implica um aproveitamento satisfatório, por ter ultrapassado idealmente os 70%. O conteúdo processado foi categorizado em três classes: a classe 1, com 61 dos 176 dos STs (34,7%); a classe 2, com 47 STs (26,7%); e a classe 3, com 68 STs (38,6%).

Quadro 1 – Informações obtidas no processamento do *corpus* textual

Informações fornecidas pelo <i>software</i>	Representação numérica
Número de textos	9
Número de segmentos de texto (STs)	190
Número de formas	1.340
Número de ocorrências	6.061
Número de lematizações	895
Número de formas ativas	818
Número de formas suplementares	69
Número de formas ativas de frequência	>=3: 218
Média de formas por segmento	31.900000
Número de classes	3
176 segmentos de classe de 190	92,63%

Fonte: Processamento do *corpus* textual no IRAMUTEQ - 2017

A classe ou categoria 1, intitulada **O desafio familiar no convívio com o sofrimento psíquico**, diz respeito às dificuldades e aos entraves vivenciados pelos familiares que lidam com a realidade do transtorno mental; a classe ou categoria 2, designada como **O diálogo da compreensão e o respeito à alteridade**, revela o olhar respeitoso e transformador que passa a fazer parte das relações que envolvem os familiares participantes da TCI; a classe ou categoria 3, intitulada **Mudanças nas relações que constituem a posição do sujeito no sistema familiar**, contempla, sobretudo, aspectos inerentes às repercussões geradas na vida dos familiares de usuários do CAPS depois de se inserirem nas rodas de TCI.

Geronasso (2016) declara que o pesquisador assume um papel relevante, no que tange à interpretação do material processado, e deve evitar limitar suas concepções às classificações sugeridas, visto que os *softwares* não elaboram relações entre eles e o objeto de estudo investigado, mas norteiam expectações analíticas. Assim, compete ao pesquisador realizar suas inferências rumo ao encontro de respostas para as questões de investigação.

3.8 DELINEAMENTO ÉTICO

Este estudo obedeceu aos princípios éticos regidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas e as diretrizes regulamentadoras da pesquisa que envolve seres humanos. A pesquisa foi realizada com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, depois de emitido o Certificado de Apresentação

para Apreciação Ética (CAAE) nº 55962216.0.0000.5188 (ANEXO D) e mediante a aceitação do participante depois de assinar o TCLE (APÊNDICE A), um documento em que consta que ele concordou em fazer parte da pesquisa e que assegura o sigilo de seus dados e quanto aos benefícios esperados da pesquisa que prevaleceram sobre os malefícios previsíveis (BRASIL, 2012).

Devido à necessidade do sigilo e tomado como base a referida Resolução, comprehendo que existem riscos inerentes a todas as pesquisas que envolvem seres humanos, que podem ser imediatos ou tardios. Esta pesquisa poderia apresentar o risco de expor os sujeitos, de constrangê-los ou de quebrar o sigilo e o anonimato em relação aos dados obtidos. Por essa razão, adotei os cuidados necessários para evitar que isso ocorresse e para preservar-lhes a privacidade, além de garantir o uso exclusivo das informações colhidas para a execução da pesquisa em tela. O agendamento e a aplicação dos instrumentos e das entrevistas com os participantes foram pactuados conforme a sua disponibilidade.

Nessa perspectiva, os participantes foram informados sobre a proposta desta investigação e solicitados a assinar o TCLE - um documento em que foi explicitado o consentimento do participante, de forma escrita, com uma linguagem clara e objetiva, para o mais completo esclarecimento acerca da pesquisa. Vale enfatizar que os participantes foram identificados pelo termo/sigla “Familiar” ou “F” seguido do número que expressa a ordem sequencial de realização das entrevistas.

Em se tratando das gravações, antes de cada roda de TCI, um discente colaborador disponibilizava o livro de registro de frequências e autorização de gravação e filmagem para coletar as assinaturas dos participantes presentes. Ao longo das 12 rodas, nenhum participante se absteve de assinar o referido livro, cientes e de acordo com os procedimentos adotados. Depois da apresentação final do relatório de tese, todos os achados e as inferências serão disponibilizados à equipe e à coordenação do serviço, com uma devolutiva acerca da eficácia da TCI como um instrumento que pode potencializar a autoestima, minimizar níveis de sobrecarga e restabelecer vínculos dos familiares cuidadores de parentes usuários do CAPS, visando fortalecer as relações no sistema familiar.



4 Análise e Discussão

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresento e discuto os achados obtidos com a aplicação dos instrumentos de autoestima, vínculos e sobrecarga (escala FBIS-BR), nas fases do pré e do pós-teste (antes e depois das rodas de TCI), o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, as categorias de análise, as estratégias de enfrentamento partilhadas, além das descrições das 12 rodas de TCI.

4.1 APRESENTAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Nesta seção, trago os achados que possibilitaram caracterizar os familiares cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico, sob o ponto de vista do perfil sociodemográfico, considerando a tabulação das seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, número de filhos, ocupação, grau de parentesco com o usuário e número de rodas de TCI de que cada familiar participou.

Quadro 2 – Perfil sociodemográfico dos participantes

Familiar	Sexo	Idade	Estado Civil	Nº de filhos	Ocupação	Grau de parentesco com o usuário	Nº de rodas de que participou
Familiar 1	F	76	Casada	12	Do lar	Mãe	8
Familiar 2	F	68	Casada	4	Comerciante	Esposa	12
Familiar 3	F	53	Casada	2	Do lar	Mãe	9
Familiar 4	F	63	Viúva	5	Do lar	Mãe	11
Familiar 5	M	51	Casado	2	Funcionário público	Pai	11
Familiar 6	F	57	Casada	5	Do lar	Mãe	6
Familiar 7	F	41	Casada	2	Do lar	Mãe	7
Familiar 8	F	60	Casada	3	Comerciante	Mãe	6
Familiar 9	F	59	Divorciada	3	Do lar	Mãe	6
Familiar 10	F	43	Casada	2	Enfermeira	Irmã	6

Fonte: Pesquisa direta - 2017

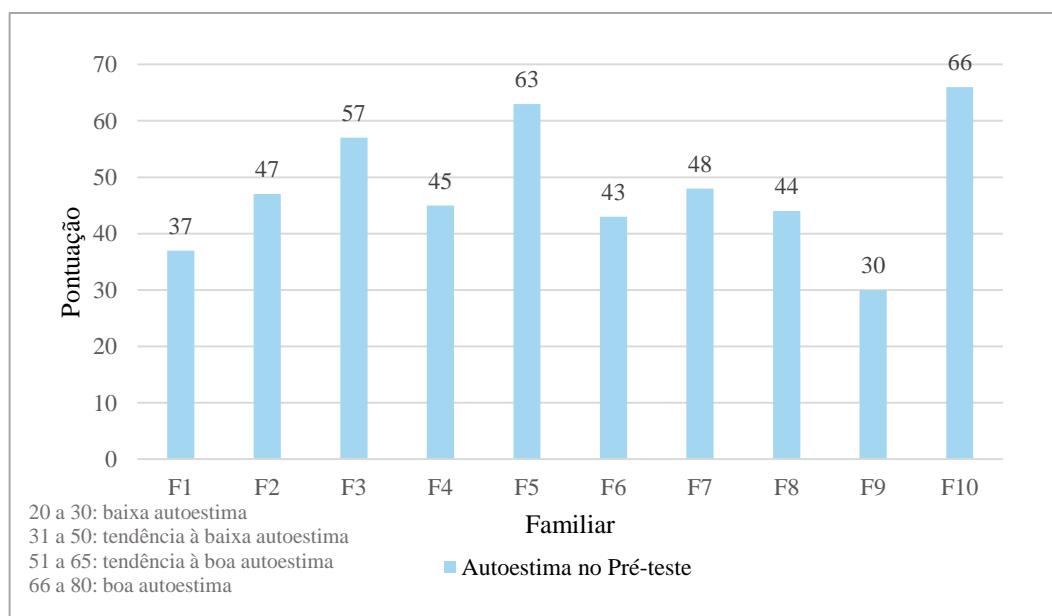
Dos dez familiares que participaram deste estudo, predominaram cuidadores do sexo feminino (90%), com uma média de 57,1 anos de idade, a maioria casada (80%) e com uma média de quatro filhos. A ocupação predominante foi do lar (60%), e o grau de parentesco foi de mãe (70%). No que se refere à participação no número de rodas de terapia, a média foi de oito.

Considerando tais informações, a seguir, apresento os resultados e a discussão sobre os instrumentos de ‘autoestima’, ‘vínculos’ e ‘sobrecarga’ aplicados com os dez familiares na fase do pré-teste.

4.2 AUTOESTIMA, VÍNCULO E SOBRECARGA DO FAMILIAR NA FASE DO PRÉ-TESTE

O gráfico abaixo revela os escores de **autoestima** de familiares cuidadores, com uma pontuação que variou de baixa autoestima a boa autoestima. Essa fase representou o momento que antecedeu o desenvolvimento das 12 rodas de TCI, portanto, o momento anterior à intervenção.

Gráfico 1 – Autoestima no pré-teste



Fonte: Pesquisa direta - 2017

Conforme apresentado no gráfico, seis familiares apresentavam-se com **tendência à baixa autoestima**; um revelou **baixa autoestima**; dois, **tendência à boa autoestima**; e um,

com **boa autoestima**. A leitura desses instrumentos possibilitou uma compreensão quantitativa da preocupante realidade dos participantes, cuja maioria, ao se mostrar desmotivada e sem ânimo, reforçava a necessidade de serem trabalhados a partir das demandas geradas pelo sofrimento psíquico, visto que ele impacta diretamente na estabilidade do contexto familiar. Assim, era crucial elevar a autoestima e oferecer aos familiares uma fonte de suporte para auxiliá-los diante das mudanças ocorridas e das adaptações necessárias.

A construção de uma boa autoestima requer um “olhar amoroso de apreciação” e de reconhecimento que lhe é destinado, no mínimo, por alguém especial nas redes de convivência do sujeito. Nesse processo, a posição de relevância é assumida pela família, seja qual for sua composição, pois é a maior fonte de suporte consistente, que pode representar o direcionamento para orientar os caminhos de seus membros nos rumos da vida (ASSIS, 2004).

Essa concepção também é defendida por Barreto (2008), ao afirmar que o alicerce da autoestima se edifica nas relações familiares e se fortalece por meio da disseminação de relações sociais saudáveis. Experiências construídas com base no amor, na solidariedade e na bondade das pessoas são sementes que fazem brotar a evolução pessoal e espiritual desses sujeitos. No entanto, quando se experimentam o menosprezo, a humilhação, a desvalorização e a violência física e psicológica, a autoestima padece, e a pessoa perde o caminho que a leva à satisfação pessoal.

Branden (1994) afirma que existe uma relação entre autoestima e preocupação e cuidado com o outro. Para ele, quanto mais elevada for a autoestima, maiores serão o altruísmo, a compaixão e o respeito destinado ao próximo, pois o outro passa a ser visto não como ameaça, mas como alguém digno de estima e de atenção. Por isso, é fundamental instilar a autoestima, porque esse atributo leva o sujeito a alcançar o bem-estar, principalmente quando passa a acreditar em si e em seu potencial para suplantar os contratempos. A pessoa se sente autoconfiante e empoderada para enfrentar as adversidades da vida, porque entende que pode errar, mas assume que o erro deve ser atribuído à própria falha. A partir disso, o sujeito caminha mais seguro e acredita em sua capacidade de superar obstáculos. Contudo, essa noção só é apreendida quando o indivíduo toma consciência do que está acontecendo ao seu redor e aceita (BARRETO, 2008).

Isso porque a autoestima interfere no poder de escolha, nos modos de viver e nas decisões de cada um, ampliando a visão de mundo e o universo perceptivo dos indivíduos. Aquele que tem uma boa autoestima se revela como alguém mais entusiasmado e encorajado

para enfrentar situações desafiadoras e encontrar alternativas com mais facilidade e conscientização. Em contrapartida, aqueles que têm baixa autoestima apresentam mais limitação e percebem as oportunidades com um grau maior de dificuldade. Nesse sentido, a autoestima é um elemento que auxilia o indivíduo a ousar, inovar e exercitar novas habilidades com confiança e segurança, considerando o potencial de cada sujeito para garantir um ambiente familiar e social equilibrado de afeto, respeito e valorização (SCHMITZ, 2004). Para que isso aconteça, é indispensável considerar a importância do vínculo na vida das pessoas. Criar e fortalecer vínculos consistentes e contínuos e oferecer práticas de articulação familiares, comunitárias e afetivas, como a TCI, é essencial para que os indivíduos possam usufruir de contatos abertos que potencializem e valorizem a força das relações humanas.

Assim, com o fim de quantificar e qualificar as particularidades vinculares de cada participante deste estudo, apliquei o instrumento de avaliação de vínculos, para avaliar suas características e trabalhá-las no decurso das 12 rodas de TCI. Com essas informações, o terapeuta comunitário pode refletir sobre as respostas obtidas em seu trabalho. Partindo dessa necessidade, o quadro e o gráfico dispostos abaixo demonstram o quantitativo e a classificação dos 28 tipos de vínculos que constam no instrumento e que foram avaliados na fase de pré-teste.

Quadro 3 – Demonstração quantitativa de vínculos no pré-teste

Familiar	Ausência vincular (Alternativa A)	Vínculos existentes (Alternativa B)
Familiar 1	5	23
Familiar 2	6	22
Familiar 3	7	21
Familiar 4	11	17
Familiar 5	2	26
Familiar 6	7	21
Familiar 7	4	24
Familiar 8	5	23
Familiar 9	6	22
Familiar 10	2	26

Fonte: Pesquisa direta - 2017

Conforme exibido no quadro 3, nenhum familiar apresentou os 28 vínculos (total de vínculos apresentados no instrumento), a maior quantidade foi 26, apresentada pelos

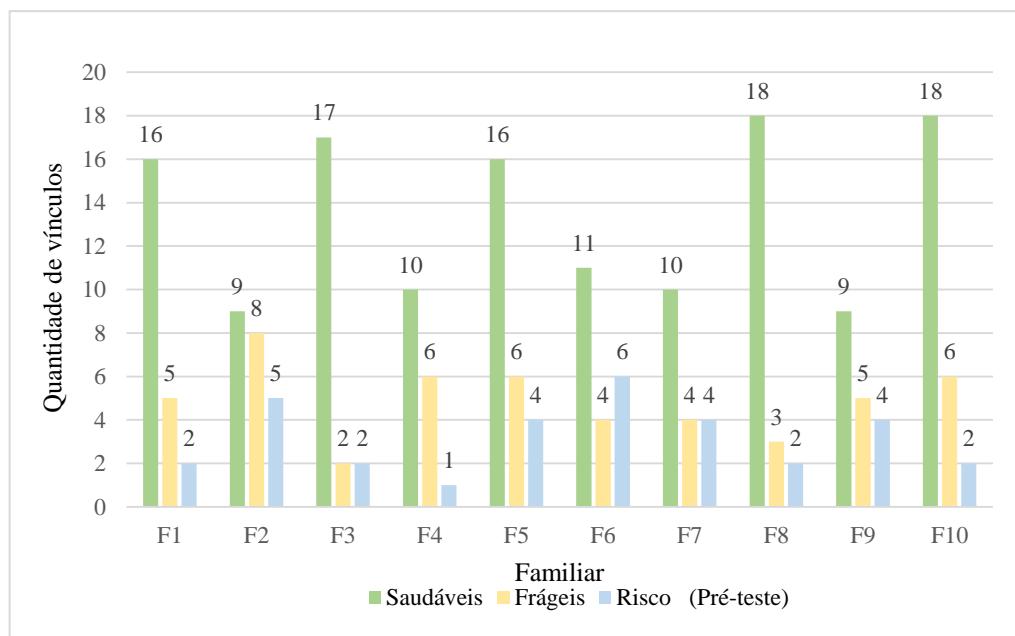
familiares 5 e 10. Outra informação que merece destaque é a distribuição vincular do familiar 4, o que apresentou o menor quantitativo de vínculos e a maior ausência vincular. Dentre os dez participantes, as desvinculações mais encontradas foram as relacionadas aos âmbitos profissional, econômico, de saúde psíquica, social e tecnológico 2. Além disso, três familiares apresentaram ausência vincular no tocante à leitura, à escrita e à religiosidade.

Para Braga (2014), não saber ler e escrever tem uma associação direta com o contexto e as condições sociais e econômicas dos sujeitos, o que contribui para reduzir as oportunidades de inserção e aumentar as desigualdades. Tal situação pode colaborar para excluir pessoas que estão inseridas em uma sociedade capitalista e segregadora, que não garante a igualdade de direitos e fragiliza sua competência vincular. Quando os sujeitos se vinculam nas mais diversas dimensões possíveis, atendem satisfatoriamente às suas necessidades, concretizam sonhos, remodelam projetos de vida e evoluem (RIBEIRO, 2014).

Portanto, não se concebe falar de vínculo sem considerar a necessidade de interação, de diálogo entre o mundo interno e o externo e entre o sujeito e o objeto, de modo a instaurar uma relação entre um e outro que se modifica mutuamente por meio da comunicação e da aprendizagem. Assim, o vínculo é concebido como um elemento promotor de mudanças, por meio do qual o sujeito se manifesta como um ser único, que se renova e se reconstrói permanentemente (RIBEIRO, 2014; ZENI, 2012).

Feitas tais considerações, a seguir, apresento um gráfico que indica as qualificações vinculares dos dez participantes do estudo, classificando-os em vínculo saudável, vínculo frágil ou vínculo de risco.

Gráfico 2 – Demonstração qualitativa de vínculos no pré-teste



Fonte: Pesquisa direta - 2017

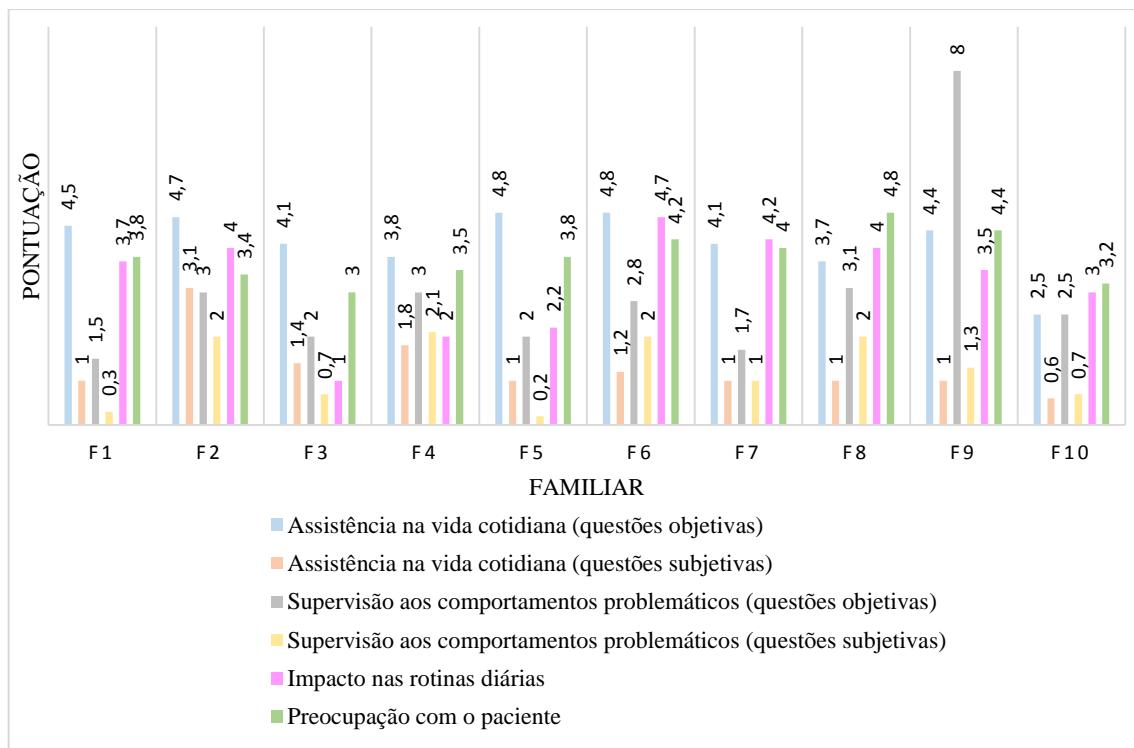
Como demonstrado no gráfico 2, os familiares que apresentaram a maior quantidade de vínculos frágeis foram F2, com 8 e F4, F5 e F10, com 6. Em se tratando dos vínculos de risco, destacaram-se os familiares F6, com 6; F2, com 5; e F5, F7 e F9, com 4. Assim, considerando que os vínculos de risco são os que ameaçam, de modo instável, a segurança das pessoas por causa da falta de diálogo e de comportamentos de bem-estar, e o vínculo frágil, como aquele que causa prejuízos para o indivíduo, é fundamental oferecer ações voltadas para reconstruir esse atributo de modo a fortalecer vínculos saudáveis, tonificar vínculos frágeis e erradicar vínculos de risco, para que esses familiares se sintam motivados e tenham mais condições de desenvolver relações positivas nas diferentes áreas de seu convívio, especialmente no sistema familiar.

De acordo com Minuchin (1990), quando se trata de famílias e das definições utilizadas para suas funções, surgem dois objetivos diferentes: um é o de dar a proteção psicossocial aos seus membros (representando um objetivo interno); e o outro, o de se adaptar a determinada cultura e reproduzi-la (representando um objetivo externo). Nesse sentido, a família, como fonte de proteção e campo de aprendizado e transmissão de ensinamentos entre seus entes, necessita também ser protegida e amparada. E como o familiar que lida com a realidade do sofrimento psíquico convive diariamente com uma carga elevada de demandas e enfrenta desafios das mais diversas origens, é fundamental acolhê-los para reduzir circunstâncias de vulnerabilidades e combater a degradação de vínculos relacionais que expõem o indivíduo a situações ameaçadoras e trazem implicações diretas para a inclusão e a

aceitação do ente em sofrimento psíquico. Visto que essas pessoas se sentem sobrecarregadas e precisam se readequar aos seus sistemas de proteção social, a TCI oferece um espaço de coesão para que seus participantes possam recompor sua autoestima, seu empoderamento e sua resiliência, corroídos pelo desgaste e pela sobrecarga gerados pelo sofrimento psíquico do ente.

Nesse contexto, pensar na sobrecarga do familiar que lida com o sofrimento psíquico de um parente requer sensibilidade para reconhecer o impacto dessa realidade, não apenas na vida de quem assume a responsabilidade maior com o cuidado, mas na família como um sistema determinado pelo contexto. Assim, o gráfico abaixo aponta os diferentes níveis de sobrecarga dos familiares participantes a partir da escala FBIS-BR, distribuídos em quatro dimensões – *Assistência na vida cotidiana, Supervisão dos comportamentos problemáticos, Impacto nas rotinas diárias e Preocupação com o paciente* – na fase pré-teste.

Gráfico 3 – Níveis de sobrecarga no pré-teste



Fonte: Pesquisa direta - 2017

Conforme se verifica no gráfico 3, a sobrecarga dos dez participantes foi avaliada com base em quatro dimensões, sendo que a “*Assistência na vida cotidiana*” e a “*Supervisão dos comportamentos problemáticos*” foram analisadas sob o ponto de vista da sobrecarga objetiva

e subjetiva e representam a frequência do cuidado ofertado e o grau de incômodo sentido pelo familiar, respectivamente.

No que diz respeito à primeira dimensão (Assistência na vida cotidiana – questões objetivas), os familiares que apresentaram o maior escore de sobrecarga foram F5 e F6, com 4,8. Em se tratando da mesma dimensão, mas envolvendo o fator subjetivo, o que revelou maior pontuação foi F2, com 3,1. Convém ressaltar que, considerando a segunda dimensão (Supervisão dos comportamentos problemáticos – questões objetivas), F9 apresentou um escore significativo (8) e, aproximadamente, duas ou três vezes maior do que o dos demais familiares. Já no tocante às questões subjetivas dessa mesma dimensão, F4 expressou o maior escore (2,1). Na análise da terceira dimensão (Impacto nas rotinas diárias), F6 atingiu a maior pontuação (4,7). Na última dimensão (Preocupação com o paciente), F8 demonstrou o maior valor (4,8).

Com base nesses resultados, o estudo indicou que as modalidades de sobrecarga apresentaram uma distribuição heterogênea entre os participantes. Contudo, F6 foi o único que obteve as maiores pontuações em duas dimensões: “Assistência na vida cotidiana – questões objetivas” e “Impacto nas rotinas diárias”, o que, de imediato, despertou-me mais atenção, como terapeuta, para um olhar mais atento e cauteloso dirigido àquele participante. A partir desse resultado, observei que o familiar trazia uma sobrecarga oriunda da elevada demanda de cuidados diários e das adaptações cotidianas que teve que empreender em sua vida.

A sobrecarga é um problema que o familiar que assume a função cuidadora enfrenta e fica vulnerável a múltiplos fatores que geram conflitos e desgaste mental, físico e psicológico. Assim, a família precisa ser ouvida e acolhida com seus sofrimentos e dificuldades. No entanto, é fundamental inseri-la em grupos de apoio comunitários e familiares, para que possa extravasar suas angústias e partilhar suas dores, para que não se sintam sozinhas e desamparadas diante de uma realidade que também é experimentada por outras pessoas (ANDREATTA; BARRETO, 2015). E a TCI, por criar um espaço de acolhimento e de ressignificação, oferece oportunidades de socialização que amenizam os sofrimentos desses familiares.

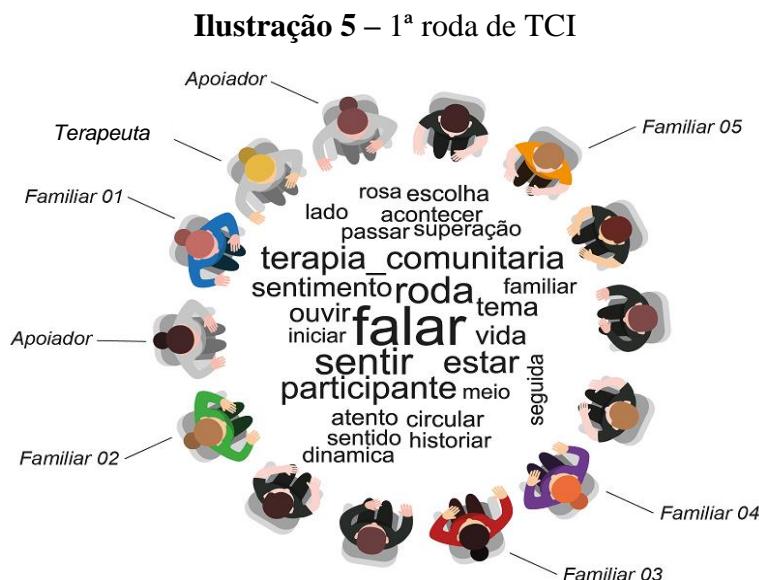
Assim, conhecer o horizonte dos participantes a partir da análise dos níveis de autoestima, dos vínculos e da sobrecarga me permitiu desvelar o perfil desses familiares para trabalhar, refletir e planejar as rodas de TCI e reconhecer que é preciso reintegrá-los e lhes dar condições para suavizar suas dores e sofrimentos e estimulá-las a trilhar novos contornos para

suas vidas. Assim, vislumbrando a importância de trabalhar com esse público, na próxima seção, descrevo as 12 rodas de TCI, desenvolvidas com base nas etapas metodológicas propostas por Barreto (2008).

4.3 DESCRIÇÕES DAS RODAS

Neste tópico, para demonstrar a disposição e o número de participantes, apresento as ilustrações das doze rodas de TCI desenvolvidas. A ideia de descrevê-las¹ e de ilustrá-las partiu da necessidade de demonstrar as nuances que permearam esse percurso e da riqueza de experiências e vinculações construídas progressivamente em cada roda.

1ª Roda - Tema: Estresse em razão de conflitos familiares (14 participantes)



Fonte: Arquivos de gravação da autora – 2016

Chegado o primeiro dia, antes do horário combinado, estávamos eu e os discentes colaboradores no local. Cordialmente, cumprimentamos a equipe, preparamos o ambiente, organizamos o círculo, o computador, para apreender o áudio e as imagens, as dinâmicas, a música e o lanche coletivo que seria oferecido no final. Depois que ordenamos o espaço, alguns familiares já se encontravam do lado de fora e iniciamos a recepção de cada um,

¹ Durante a descrição das rodas de TCI, ora utilizei a primeira pessoa do singular, por compreender o processo de autorreflexão e os pensamentos que permeavam aqueles momentos, ora a primeira pessoa do plural, por reconhecer que todas as etapas foram construídas coletivamente.

acomodando-os nas cadeiras que formavam o círculo. Pontualmente às 14h30min, iniciamos a roda de TCI, obedecendo ao passo a passo para realizá-la.

No **acolhimento**, desejei as boas vindas, dançamos, cantamos e realizamos a dinâmica “Rosa de apresentação”, que consistia em cada participante passar uma rosa de pelúcia para a pessoa que estava ao seu lado, e quem a recebia deveria dizer seu nome e alguma informação a seu respeito. Enquanto cada participante falava, os demais ficavam atentos, ouvindo. Em seguida, fizemos a rosa voltar no sentido contrário da roda, e cada um foi relembrando o nome da pessoa ao lado e a informação que ela havia dado. A rosa foi voltando, e alguns conseguiram se lembrar do nome e das características, porém outros não. A dinâmica aconteceu em um clima de descontração e em meio a risadas. Para a reflexão do grupo, lancei a seguinte pergunta: “Todos nós soubemos ouvir?” Muitos responderam: “Nem sempre... às vezes”, “Às vezes as pessoas se preocupam tanto com o que vão falar que se esquecem de ouvir”, “A pessoa está falando e você já está imaginando o que dizer a ela, muitas vezes, sem dar a devida atenção, sem olhar nos olhos”.

A dinâmica visou estimular a integração entre os participantes e enfatizar a importância de conhecermos uns aos outros, de sabermos ouvir, prestar atenção ao próximo e valorizá-lo. Em seguida, falei brevemente sobre a TCI e reforcei que precisamos nos despir de maus sentimentos, falar de nossas dificuldades, respeitar a história do outro, além das regras que foram demonstradas por meio de cartões ilustrativos posicionados no centro do círculo para que todos pudessem visualizá-las e reembrá-las didaticamente no decorrer da roda. Para estimular a fala dos participantes, posicionei um nó no centro da roda e o comparei com os “nós da vida” que precisamos desatar. Confesso que certo temor me importunava ao pensar na possibilidade de optarem por não expor seus sentimentos naquele momento. Ainda na fase da celebração, identifiquei ares de euforia e de ânimo, pois quase todos estavam interessados em expressar alguma vitória para o grupo.

Na etapa de **escolha do tema**, inúmeros sentimentos foram apontados, como angústia por causa de problemas familiares, impotência por não poder ajudar a mãe, tristeza, por não constatar melhora na condição do esposo e da filha, preocupação com o filho, dentre outros. Inúmeros temas, inclusive, e a votação aconteceu. Por se tratar da primeira roda de TCI, ninguém se sentiu contrariado ou excluído, visto que compreenderam a ideia da escolha por votação e entenderam que a escolha do tema se dá por ressonância e identificação com a história do outro. Percebi que a maioria estava sedenta por uma oportunidade de falar, mas apresentei minha disponibilidade para uma conversa informal, caso julgassem necessário, no

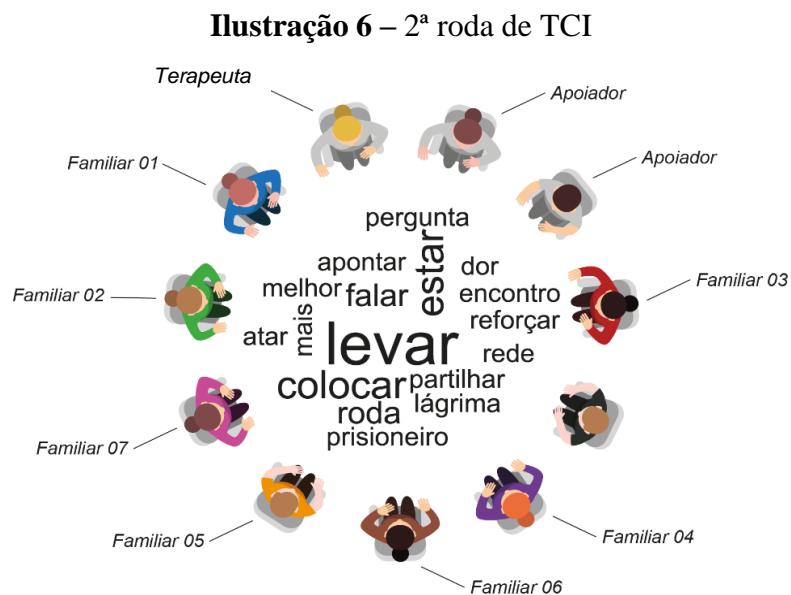
término da roda. O tema escolhido foi o de um participante que estava visivelmente abalado no quesito emocional. O rapaz disse que se sentia angustiado pelo que vinha acontecendo com ele e sua família, em especial, por causa do “adoecimento” do filho, que passou a ser usuário do CAPS. Ele estava cabisbaixo e, frequentemente, passava a mão na cabeça, como se gritasse em silêncio.

Na etapa de **contextualização**, percebi que o participante cujo tema escolhido falava de forma embargada, com uma confusão de pensamentos e ideias que me levavam a acreditar que ele extravasava um sofrimento que se acumulava há tempos. Era nítida a satisfação que esboçava em poder falar, enquanto a quietude pairava naquela sala, pois os olhares atentos dos demais familiares irradiavam confiança, compreensão e sensibilidade diante daquela dor. Assim, abriu seu coração e expôs o que lhe doía. Os demais participantes observavam e indagavam, tentando esclarecer aquele contexto, e aquelas perguntas ressoavam tão fortemente no participante que ele se emocionava, e seus olhos ficavam marejados. Ele se sentia sobrecarregado, culpado e até mesmo perdido, diante de tão nova realidade, que era a de lidar com o sofrimento psíquico do filho em plena “flor da idade”. E enquanto ele falava, alguém sugeriu e cantou a música “Noites traiçoeiras”.

Após ser lançado o mote coringa: *Alguém já se sentiu perdido ou desestabilizado diante de uma situação nova e desafiadora da vida e o que fez para superá-la?*, na **problematização**, uma combinação de conselhos e de histórias de vida foi evocada por parte dos outros familiares. Porém, quando eram levados a ler as regras da TCI no chão, corrigiam-se. Assim, as experiências de superação surgiam, e o rapaz, atento, parecia se sentir mais aliviado e tranquilo, por reconhecer que ele não era o único que sobrevivia àquilo, pois era mais um que, certamente, resistiria com as próprias forças, ajudado pelas experiências de superação e sabedoria de vida que eram transmitidas mutuamente naquele encontro. Muitos participantes também declararam que já se sentiram daquela forma em algum momento de suas vidas, e as estratégias de enfrentamento apontadas foram: a leitura da Bíblia, manter a fé, unir-se à família, decidir recomeçar em meio às dificuldades, dentre outras formas de superação.

No **encerramento**, após a conotação positiva, os participantes revelaram sentimentos de satisfação, aprendizado, gratidão, força e alegria com a oportunidade de conhecer a TCI, e um clima de carinho permeava aquela tarde. Em seguida, todos começaram a interagir, e os que tinham carro já ofereciam carona aos que se deslocavam de ônibus, trocavam contatos telefônicos e abraços, iniciando o processo de construção de redes solidárias.

2ª Roda - Tema: Solidão (11 participantes)



Fonte: Arquivos de gravação da autora – 2016

Na segunda roda, duas participantes novas compareceram àquele encontro. Algumas conversas informais aconteciam até que os outros participantes fossem chegando e se acomodando. Os discentes colaboradores se apresentaram, pois já eram alunos diferentes da roda anterior. Depois que todos se acomodaram, iniciei o **acolhimento** com as boas-vindas e expliquei o motivo pelo qual estávamos reunidos naquela roda, enquanto relembrávamos as regras da TCI e celebrávamos as conquistas daquela semana.

Ainda na etapa do acolhimento, foi realizada uma adaptação da dinâmica “Teia da vida”, com o intuito de estimular os participantes a falarem sobre o que estavam levando para aquele encontro, ao passo que o novelo de lã era jogado dentro do círculo, formando uma rede entre eles. Todos falaram e partilharam o que encontraram no final: uma rede formada graças à colaboração e à presença de cada um, reforçando a importância dos que estavam presentes. No entanto, algumas falas me chamaram à atenção, quando as participantes mencionaram: “Eu acho que, dentro de uma rede, a gente acha muita coisa boa”, “Até uma rede de peixe pega peixe, imagina uma rede de gente!”.

Para a **escolha do tema**, reforcei que estávamos ali para compartilhar, dividir e colocar para fora o que tira nossa paz, que nos angustia, que nos deixa mal. Disse que, conforme Adalberto Barreto, “quando a boca cala, os órgãos falam, e quando a boca fala, os órgãos saram”. Então, quando eu não falo do que está ruim, não coloco para fora, o corpo sente, fala e, às vezes, até grita, através de uma insônia, de uma dor, de gastrite, de depressão,

etc. Curiosamente, apenas uma participante (que estava ali pela primeira vez) expôs seu sofrimento. Verifiquei que o fato de ter se colocado prontamente, tão logo abri o espaço de fala, pode ter contribuído para deixar os demais participantes envergonhados ou até mesmo sensibilizados com sua dor. Por isso, não houve votação, e aquela história foi a selecionada para conhecermos bem mais naquela tarde.

Na **contextualização**, assim que começou a falar de sua dor – de se sentir prisioneira e solitária por ficar sempre na dependência de outras pessoas para sair de casa e não contar com o apoio de ninguém - ela se viu tomada por muita emoção e não conseguiu conter as lágrimas. A participante partilhava um sentimento de solidão por se sentir prisioneira dos cuidados com o esposo e a família, e todos a escutavam atentamente, lançando perguntas quando julgavam pertinente. Vale ressaltar que muitas dessas perguntas falavam mais de quem indagava do que de quem era indagado, pois os participantes, ao se perceberem em uma trama de identificações sucessivas, apresentavam a necessidade de compreender bem mais aquele contexto, para refletir mais o seu. Percebia que, enquanto ela se colocava, outra participante se comunicava expressivamente, balançando a cabeça para cima e para baixo, para sinalizar que estava entendendo plenamente o que a colega falava.

Ao ser lançado o mote: *Quem já se sentiu solitário e prisioneiro de alguma situação, sem ter com quem contar, sem ter a quem recorrer e o que foi que fez para superar?* Mesmo sem finalizar a pergunta e iniciando a **problematização**, uma das participantes, entusiasmada, acenou com as mãos, para demonstrar que se identificava com a história escolhida e estava interessada em partilhar sua experiência. Além dela, outros participantes dividiram suas experiências de superação, que foram colocadas em meio a muita emoção e lágrimas, como: aceitar a realidade e administrar as limitações de acordo com seu estilo de vida; fazer o melhor para a família, para o bem comum; entregar os problemas e confiar em Deus, entre outras estratégias.

No **encerramento** e na etapa da conotação positiva, todos mencionaram o que estavam levando daquela tarde: “Vou levando coragem e sabedoria para enfrentar a vida”; “Levo mais experiência”; “Vou levando muita força, fé e a necessidade de amar o próximo, porque é tão difícil (se emociona e chora)”; “Vou levando mais confiança e superação”; “Levo uma leveza, porque eu cheguei tão sobre carregada e recebi uma medicação da alma” e receberam um reforço positivo de suas histórias com uma mensagem final. No ritual de agregação, a roda de TCI foi encerrada com cânticos religiosos e um abraço coletivo.

3ª Roda - Tema: Conflitos familiares (oito participantes)

Ilustração 7 – Terceira roda de TCI



Fonte: Arquivos de gravação da autora – 2016

Para o terceiro dia, preparei uma roda de TCI temática. Para dinamizar aquele momento, propus uma roda de TCI temática, de modo que todos pudessem partilhar momentos e vivências de dor e de sofrimento, mas, sobretudo, de superação e de vitória. Tal iniciativa partiu das observações que fiz nas rodas já realizadas, pois percebi que alguns participantes ainda se sentiam envergonhados e demonstravam introspecção.

A roda de TCI foi iniciada com um **acolhimento** e o desejo de boas vindas. Em seguida, realizei a dinâmica da “Dança do barbante”. Apesar de nenhum participante ter conseguido “matar a charada” da brincadeira, as reflexões evocadas foram enriquecedoras, em especial, no que se referia às dificuldades cotidianas que enfrentamos e que normalmente são impostas desnecessariamente por nós mesmos. Com esse entendimento, agregamos alguns pensamentos e iniciamos uma roda temática.

Organizei a roda de TCI temática do “Galho seco e da rosa”. Na ocasião, levei um galho murcho, árido e sem vida, juntamente com uma flor perfumada e colorida de pelúcia. Expliquei como aconteceria e pedi para que cada um pensasse em algum momento de sua vida em que havia se sentido tal qual aquele galho, como reagira e o que fizera para conseguir desabrochar como uma rosa. A reação de todos foi de surpresa, em um clima de animação devido à simbologia que aqueles dois objetos passavam a assumir. E o resultado foi a partilha de belas histórias de vida em um ambiente permeado de emoções e de solidariedade entre os

presentes. Até os mais tímidos deixaram de lado qualquer inibição e mergulharam naquele movimento de sintonia coletiva.

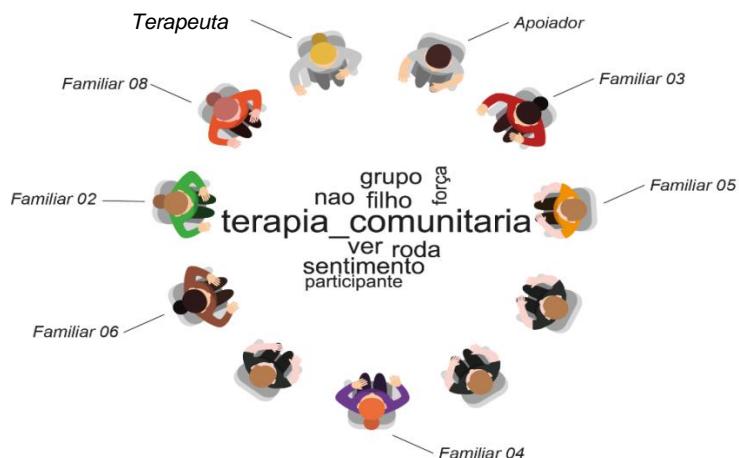
Uma das participantes referiu que se sentiu como o galho seco quando seu esposo adoeceu, e ela abriu mão de sua vida. Como estratégia de enfrentamento, teve que criar coragem para reagir mesmo quando não queria, mesmo contra sua vontade. Outra mulher revelou que se sentiu como o galho seco quando uma de suas filhas foi embora de casa e a abandonou, e isso agravou o quadro da outra filha que é usuária do CAPS. E para lidar com essa situação, verbalizou que decidiu “começar a viver”. Mudou o visual, começou a sair, a se divertir, a namorar e foi adquirindo forças.

Muitos se emocionaram, sorriram, relembraram momentos do passado e se encorajaram na medida em que se viam na história do outro. Enquanto alguém chorava, ligeiramente outro participante já lhe oferecia um lenço de papel, outro acalentava seu ombro, oferecendo água e apoio emocional, e aquela rede de relações e o sentimento de pertencimento se fortaleciam. Expressar o quanto gratificante foi aquela experiência é também se apropriar da força daquelas pessoas e se envolver em um processo de autoconhecimento, empoderamento e retidão com cada um deles.

Para **encerrar** aquela roda de TCI, no ritual de agregação, coloquei algumas palavras de admiração e de respeito e destaquei a importância e a sabedoria de vida de cada um. Na conotação positiva, em seus discursos, todos demonstraram estar satisfeitos e já iniciavam a cantoria da música “Balançando na terapia”.

4^a Roda - Tema: Decepção e desgosto (11 participantes)

Ilustração 8 – Quarta roda de TCI



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

Em mais um encontro para a realização da roda de TCI, fiquei surpresa com a presença de participantes que levaram familiares para vivenciar aquela experiência. Optei por começar a não mais telefonar e enviar lembretes convidando-os para nossa roda semanalmente. Mesmo assim, fui surpreendida com a assiduidade e o compromisso dos que estavam ali todos os sábados, apesar das inúmeras dificuldades, pois constatei que os que compareciam era, verdadeiramente, porque precisavam e gostavam daquele espaço e que o grupo estava cada vez mais entrosado e fortalecido.

O que mais despertou minha atenção na quarta roda foram o envolvimento e a contribuição de participantes que, nas anteriores, não se mostraram tão participativos. Músicas diversas já começavam a ser sugeridas, aspectos culturais eram fortemente apontados nas falas, além da sabedoria popular que rodeava aquele encontro. Isso me levava a ver o quanto aquele grupo era rico em potencial terapêutico, em meio a uma coletividade formada por pessoas que se viam umas nas outras.

Para o **acolhimento**, desejei as boas vindas, reforcei as regras da TCI e procedi a uma dinâmica em que foram utilizados cartões coloridos com adjetivos distintos (triste, em paz, preocupado, amado, estressado, tranquilo, angustiado, etc.), a fim de estimular a autoconsciência sobre como estavam naquela tarde, visto que todos justificariam o motivo de terem escolhido determinado sentimento. Nessa perspectiva, a dinâmica já se inseria indiretamente numa reflexão que seria útil para aquela roda de TCI.

Na **escolha do tema**, o mais votado foi o de uma participante que mencionou estar decepcionada com a vida depois que seu filho (usuário do CAPS) adoeceu. Seu sentimento era o de impotência por não saber lidar com a situação. Na **contextualização**, ela disse que tinha uma vida estruturada, mas, “do dia para a noite”, viu tudo desmoronar e virar “de cabeça para baixo”, quando seu filho “adoeceu” e apresentou a primeira crise. Revelou que tinha medo de ficar sozinha com ele em casa. Segundo contou, a condição do filho transformou todo o contexto familiar, o que tem sido muito difícil, visto que ninguém colabora. Além disso, apresentava inconformismo em sua fala, quando relatou: “Você ter um filho de 22 anos, bonito, saudável, que era para estar estudando, trabalhando, namorando e, de repente, entra numa situação dessa! Que na verdade não é de uma hora para a outra, eu acho que já vinha se acumulando, então ele surtou”.

Na **problematização**, no que diz respeito ao mote coringa: *Quem já se sentiu impotente por não saber o que fazer diante de determinada situação e o que fez para superar*

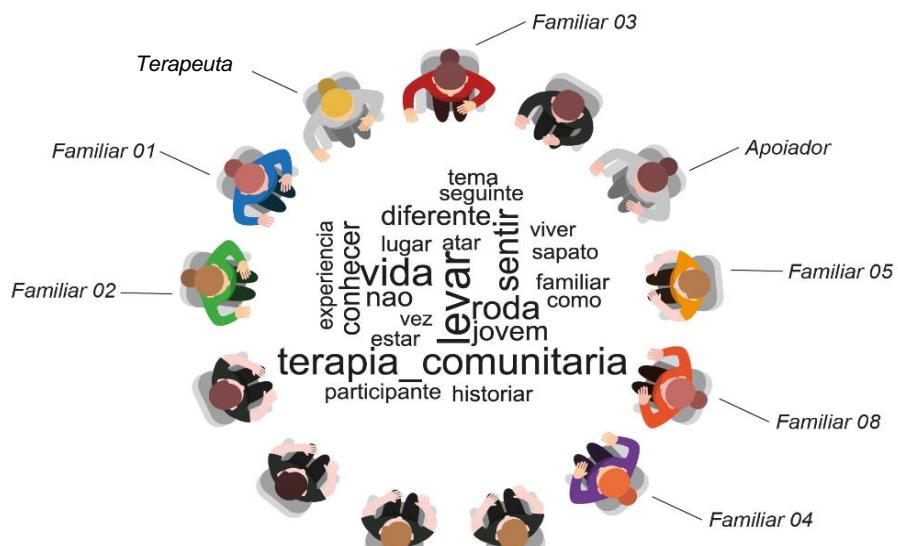
esse sentimento? Vários participantes também se colocaram como pessoas que experimentaram realidades semelhantes e apontaram as seguintes estratégias de superação: aceitar e encarar a realidade, respeitando o ritmo do filho; pedir forças a Deus; buscar apoio em trabalhos comunitários e sociais, entre outras estratégias.

Um aspecto animador foi quando a roda de TCI estava caminhando para o encerramento, e um participante levantou a mão e sugeriu que criássemos um grupo nas redes sociais (WhatsApp) para facilitar a comunicação, pois achava importante que pudéssemos nos articular em outras circunstâncias, pois já estava “se sentindo em casa”. Assim, sempre que surgem datas comemorativas, até hoje, trocamos ideias, mensagens de força, amizade e carinho.

A roda de TCI foi **encerrada** com relatos que apontavam sentimentos de força, coragem e fé na caminhada. Em seguida, conversamos, sorrimos e falamos sobre nossa semana. Como as demais, essa roda foi embalada por sentimentos diversos, e, novamente, a temática que a permeou foi a complexidade e o embaraço diário na convivência com o ente em sofrimento psíquico. Com o passar das semanas, fui percebendo que aquela rede se emaranhava em um cenário de identificação extrema, onde as histórias se encontravam, e a empatia e a amizade se desenvolviam progressivamente.

5^a roda - Tema: Culpa (13 participantes)

Ilustração 9 – 5^a roda de TCI



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

Essa roda foi especial, porque contamos com a participação de alguns familiares de participantes que já eram assíduos nas rodas. Percebi que a “semente” que havia sido plantada estava germinando e que aquela rede crescia e se fortalecia a cada sábado. Vejam-se alguns relatos: “Trouxe minha filha hoje porque acho importante ela também aprender o que tenho aprendido nessas rodas. Ela, assim como eu, precisa saber lidar e ter paciência com o irmão.” “Hoje trouxe a minha neta, porque falo tanto da TCI lá em casa que ela sentiu vontade de também participar”. Constatei que, nesse movimento, os familiares participantes da TCI já influenciavam, por meio do exemplo, mudanças de comportamento e de atitudes, além da inquietação por parte dos outros entes que vivenciavam a mesma teia de relações e convivência domiciliar com o sofrimento psíquico, o que os despertou para também conhecerem a TCI.

Na etapa de **acolhimento**, como de praxe, desejei as boas-vindas e resgatamos as regras da TCI, sem deixar de lado o momento das celebrações. Na oportunidade, vi o carinho e o apreço demonstrados por todos, ao se lembrarem do aniversário de uma das participantes das rodas. Depois, realizamos a dinâmica “Troca de sapatos”. Os participantes foram orientados para, de olhos vendados, caminhar e dançar pela sala ao som da música: “Canta, canta, minha gente!”, de Martinho da Vila. Enquanto todos dançavam e caminhavam, seus sapatos e sandálias foram espalhados e embaralhados. No término da música, cada um deveria retirar a venda e calçar o sapato que estivesse mais próximo, independentemente de serem diferentes. Ninguém conseguiu ficar com seu sapato original.

Em seguida, levantaram-se as seguintes reflexões: “Como é se sentir percorrendo os caminhos de outra pessoa, andar com as pernas de outra pessoa? Vocês acham que cada pessoa tem uma caminhada uma história de vida diferente? Vocês sentiram dificuldade para se “colocar” no lugar da outra pessoa através do seu calçado?” E a reflexão acontecia a partir da trajetória de vida das pessoas, dos caminhos de vida que foram percorridos por cada um até que chegassem ali e que, muitas vezes, os outros não conhecem e julgam. Por essa razão, não se deve criticar. Alguns sentiram os pés apertados, outros se sentiram desconfortáveis, outros mais confortáveis, alguns ficaram receosos de calçar, porque sentir a experiência e se colocar no lugar do outro nem sempre é fácil.

Na **escolha do tema**, foram apontadas as seguintes problemáticas: preocupação com o comportamento do marido; medo do filho evoluir para uma crise no quadro de ansiedade que ora apresentara e um sentimento de culpa por ter ido embora de casa há alguns meses, o que foi suficiente para desencadear a crise da tia. Este último tema foi selecionado

propositamente, por ter sido sugerido por uma pessoa que estava participando da roda pela primeira vez. Tratava-se de uma menina jovem, de 16 anos, mas conhecedora de um mundo que, tradicionalmente, não faria parte do contexto de adolescentes daquela idade. Sua história, revelada com riqueza de detalhes e agregada à sua eloquência, denotava sua precocidade e sabedoria de vida, o que chamou a atenção do grupo.

Na **contextualização**, ela disse que conheceu uma pessoa, na escola, de quem se tornou “amiga” e começou a acompanhá-la. Sua amiga vivia muitos problemas, pois já havia sido vítima de estupro e passado por seis famílias, o que a sensibilizou a ajudá-la. Contudo, ao fugir e se aventurar com ela, percebeu que a amiga era uma pessoa completamente diferente, já que a expunha, diariamente, a situações de risco e de promiscuidade (envolvimento com drogas, prostituição, furtos e alcoolismo), o que a fez mudar de ideia e voltar para casa.

Na **problematização**, depois de direcionar o mote: *Alguém já se sentiu culpado por ter tomado determinada atitude, e ao olhar para trás, viu que não deveria ter agido daquela forma? E como conseguiu superar essa situação?* Até mesmo pela diferença de idade entre a jovem e a maioria dos participantes, percebi que, várias vezes, alguns tentavam aconselhá-la em tons de advertência, colocando-se no lugar de seus pais, o que demandava um reordenamento para o respeito às regras da TCI. No entanto, mesmo demonstrando preocupações diversas com a jovem, sobretudo com sua saúde, várias pessoas contribuíram com suas experiências e expuseram as seguintes estratégias de enfrentamento: buscar forças para assumir responsabilidades, enxergar o lado bom da vida e o que Deus proporciona, agir com cautela, pedir sabedoria a Deus, respeitar o valor da família etc.

No **encerramento**, depois da conotação positiva, finalizamos a roda com todos em pé e abraçados, ouvindo os relatos dos participantes sobre o que levariam daquela roda de TCI: “Saio daqui transformada, porque tudo na vida é experiência”; “Vou levando muita paciência”; “Vou levando mais coragem para lutar até o fim”; “Levo força e vitalidade para continuar tomando conta da minha família. Quero poder viver 200 anos!”. Depois que o último participante falou, todos, abraçados e em movimento, cantaram a música “Balançando na terapia.”

Na semana anterior, uma das participantes havia mencionado que seu aniversário se aproximava, mas nada que pudesse ser levado tão a sério, pois fora um comentário breve, em um momento que não fazia parte da TCI. E para nossa alegria, naquele dia, depois do término da roda, ela foi agraciada com uma festa-surpresa e recebeu calorosamente várias lembrancinhas e demonstrações de carinho de todos os que estavam presentes.

6^a Roda - Tema: Sobrecarga (oito participantes)

Ilustração 10 – 6^a roda de TCI



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

A sexta roda aconteceu no lugar de sempre, na sala de oficinas do CAPS. Era um sábado chuvoso, e os participantes demoravam a chegar. Passados alguns minutos, muitos foram adentrando a sala, acomodando-se e conversando enquanto aguardávamos os demais.

No **acolhimento**, depois de falar da TCI e de suas regras, cantamos e dançamos a música “Faça assim, faça assim, como é bom fazer...”, realizamos uma adaptação da dinâmica “Som da folha amassada”. Inicialmente, entregamos uma folha de papel para cada participante, e os convidamos a balançá-la, atentando para a intensidade do barulho apresentado (forte e alto). Depois, pedimos que amassassem o papel e o desamassassem e tentassem balançá-lo novamente, observando o barulho que realizava, agora naquele estado “pós-amassado” (quase não se ouvia mais barulho, pois o papel amassado, ao ser chacoalhado, ficava menos turbulento). Em seguida, o grupo foi indagado sobre que reflexão poderíamos fazer acerca daquela dinâmica, levando a ideia para a roda de TCI e para nossas vidas. Conforme planejado, a discussão incitada transitava nos sentimentos que ora experimentamos ao longo de nossas vidas.

Muitos disseram que, ao ser balançada, a folha exprimiria um barulho que poderia representar as dificuldades, os problemas, as tristezas, a exaustão e a solidão, porque todos esses sentimentos se misturam em nossas cabeças e nos confundindo, nos deixam perturbados, confusos. Mas, a partir do momento em que tomamos o controle daquela

situação, ou seja, quando colocamos o problema nas mãos (conforme fizeram com a folha de papel ao amassá-la), acolhemos aquela realidade e nos responsabilizamos por ela, que passa a fazer menos “zoada” em nossa vida, assim como o papel, que, depois de amassado, não conseguiu fazer barulho com a mesma intensidade, mas ficou mais baixo, mais calmo.

Um detalhe que me chamou a atenção foi o momento da celebração dos aniversariantes e das conquistas da semana. Particularmente a partir dessa roda, percebi que muitos já se manifestavam querendo dividir experiências de satisfação por mais simples que fossem, denotando a sensibilidade diante de pequenos gestos, comportamentos e bônus concedidas que, às vezes, sequer eram reconhecidas, porque, para eles, no início, apenas ganhos e conquistas significativas mereciam ser divididos e comemorados.

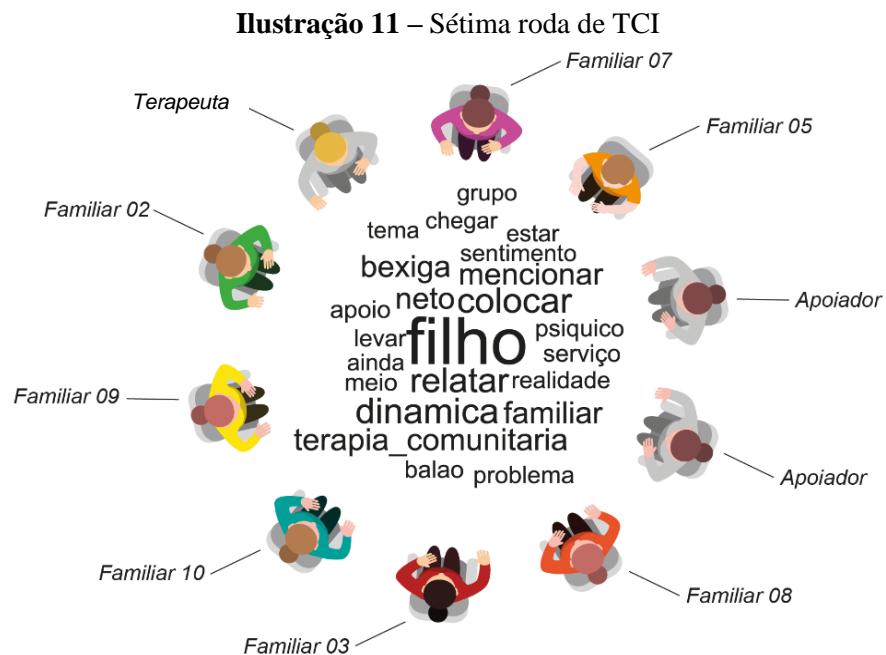
Na **escolha do tema**, o mais votado foi a preocupação com o cuidado do ente em sofrimento psíquico apontado por uma das participantes mais assíduas das rodas de TCI. Apesar de outros temas também terem sido mencionados (tristeza, por causa da perda de uma pessoa querida, e raiva, devido à resistência da filha para tomar os medicamentos), esse, como sempre, era um dos que gerava mais inquietação e identificação nos participantes, fazendo com que muitos até se esquecessem de votar em seu próprio problema, abrindo espaço para que aquela preocupação, normalmente vivenciada por todos, fosse acolhida.

Na **contextualização**, pudemos conhecer a história de uma mulher que dedica sua vida aos cuidados do esposo que é usuário do CAPS e que vive, cotidianamente, apreensiva por não poder nem ter com quem dividir a assistência e a vigilância que destina ao marido, por temer seus comportamentos de risco. No decorrer da roda, verifiquei que sua maior dificuldade era a sobrecarga, visto que, em seus relatos, sempre enfatizava que a família achava que somente ela deveria assumir a responsabilidade pelo ente, por ser casada com ele. Isso a desagradava profundamente, e ela demonstrava decepção, sobretudo com os filhos e os demais familiares, conforme explicita nesta seguinte fala: “Meu esposo tem nove irmãos, mas não tem um que se preocupe com ele, ninguém se importa. Ele tem irmãos que passam por ele, e quando percebem que estamos nos aproximando, descem a calçada e desviam o caminho”. Apesar de a participante sentir-se sobre carregada, demonstra que cuida do esposo com satisfação, por quanto externa, com entusiasmo, que ele também cuida dela e gosta de agradá-la. Todos concordaram e até sorriram enquanto ela falava isso, pois, durante as rodas, ele batia na porta e lhe oferecia um pedaço de bolo, café, um bombom ou um simples copo com água, demonstrando preocupação e zelo com a esposa.

Na **problematização**, cujo mote foi: *Quem já se sentiu desamparado e solitário diante de uma situação, de um fardo e o que fez para superar esse desafio?* Várias situações semelhantes foram colocadas em conjunto com as estratégias de enfrentamento utilizadas. Verifiquei que, em dado momento, a dinâmica da TCI quase foi desviada, porque, quando uma participante estava expondo a situação que vivenciou, antes que lançasse as estratégias de enfrentamento, os demais lhe lançaram perguntas no momento da partilha de enfrentamentos. As estratégias emanadas foram: apoio da família, participação e inserção em grupos comunitários, dividir os cuidados com outras pessoas significativas e tentar sair de casa para desopilar e ocupar-se com outros afazeres.

No **encerramento**, todos foram convidados a ficar de pé, e depois da conotação positiva, abraçados em um grande círculo, começaram a se embalar de um lado para o outro, cantando a música “Balançando na terapia”. Na ocasião, contei-lhes a “Fábula do Sapinho Surdo” e fiz uma ponte com as histórias das participantes, comparando-as ao sapinho surdo, pela garra, perseverança e determinação. A roda foi finalizada com os relatos de cada um sobre o que estava levando daquele encontro: “Vou levando muita amizade, é uma bênção estar aqui”; “Levo relaxamento”; “Vou levando paz, energia, amizade e alegria”; “Levo mais conhecimento”. Após as falas, a roda foi finalizada com um abraço coletivo e vibrante.

7ª Roda - Tema: Incompreensão e inaceitação familiar (10 participantes)



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

Na sétima roda, vieram duas novas participantes (mãe e filha). A mãe fora encaminhada por uma médica da Unidade de Saúde da Família para o CAPS, com vistas a ser integrada a alguma atividade voltada para o público familiar, por causa da condição de desânimo e de amargura em que se encontrava, por isso precisava de um espaço de escuta. A coordenadora do serviço entrou em contato para averiguar se ainda seria possível inseri-la nas rodas de TCI, porquanto já estávamos avançando para o sétimo encontro. Partindo do entendimento de que a TCI é inclusiva e que ainda restavam seis rodas a serem desenvolvidas, ela passou a fazer parte do grupo.

Conforme a metodologia proposta por Barreto, a roda foi iniciada com um **acolhimento**, um caloroso desejo de boas-vindas, o resgate das regras da TCI, destacando seus objetivos e, em seguida, foi realizada a dinâmica “Cai, cai, balão”. Distribuímos um balão para cada pessoa, pedimos que os enchessem e os convidamos a jogá-los para cima e a dançar enquanto uma música tocava, sem deixar que as bexigas caíssem no chão. À medida que a dinâmica avançava, retirávamos um participante da roda, mas seu balão continuava sendo jogado para cima pelos demais. Assim, cada participante era retirado da dinâmica, porém deixava seu balão, até que só restasse uma pessoa, que deveria administrar todas as bexigas.

No final, abrimos uma discussão, perguntando como se sentiram e qual a lição que tiravam daquela dinâmica. A última participante a ficar na roda conduzindo todas as bexigas mencionou um sentimento de desespero e iniciou um pensamento a partir de sua história de vida, ao relatar que, muitas vezes, essa é sua sensação quando cuida da filha que é usuária do serviço. Ela disse que as bolas são os problemas e os desafios diários que enfrenta. Nesse processo, chegam pessoas para ajudar, oferecer apoio, mas que, normalmente, não suportam as adversidades e acabam se distanciando de sua vida, por acharem que não conseguirão gerenciar aquela realidade ou pelo simples desinteresse, o que a faz sentir-se sozinha e abandonada em muitos momentos. Nesse movimento, o grupo comungou com a mesma ponderação colocada pela participante.

Por meio dessa dinâmica, trabalhamos as dificuldades diárias que geram sentimentos diversos e enfatizamos a importância da coletividade, da cooperação e do apoio mútuo. Outro participante revelou, em sua reflexão, que, quando há muitas pessoas dividindo o problema, o fardo se torna menos pesado, menos árduo, pois uma pessoa sozinha não consegue sustentar muitos balões, mas um grupo de pessoas motivadas e empenhadas pode fazer com que as bexigas estejam sempre firmes no ar.

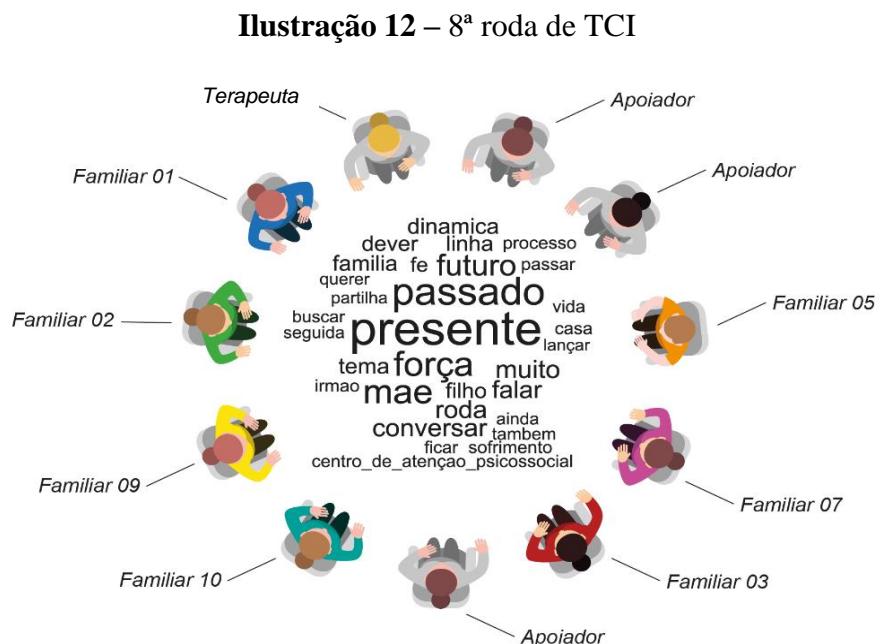
O **tema escolhido** na roda foi a tristeza com a família por não compreender e aceitar a realidade do filho que tem transtorno psíquico, ou seja, a inaceitação, o que pode culminar em vários outros entraves. Esse tema foi o colocado pela participante estreante na roda de TCI, que, nitidamente, expressava desalento e desgosto. O interessante, durante a votação, foi que, em meio à escolha democrática, todos se mostraram sensibilizados e inquietos diante daquele sentimento que ela mencionara.

Na **contextualização**, a participante em questão relatou que, há tempos, seu filho não entrava em crise (aproximadamente dois anos), mas que, devido a problemas familiares, o quadro dele se agravara. Em sua fala, percebi que ela citava repetidamente o nome da neta que reside com ela, seus dois bisnetos e o filho (usuário do serviço). Disse que a neta era uma pessoa com quem era difícil conviver, que provocava o tio, que o destratava e isso o desestabilizava, gerando crises e conflitos familiares. Por causa disso, o filho também exigia que ela pusesse a sobrinha para fora de casa, e a neta insinuava, incessantemente, que a avó o internasse, que ele não deveria estar ali convivendo com os demais, mas internado em um hospital psiquiátrico. Ao longo da roda, ficou claro que as principais inquietações da participante eram a rejeição e o fato de sua neta não aceitar a condição do filho, que o desrespeitavam diariamente por se tratar de uma pessoa rebelde e usuária de droga, que representava a fonte de todas as guerras que eram travadas naquela família.

Na **problematização**, quando foi lançado o mote: *Quem já se sentiu desamparado e incompreendido pela própria família no cuidado do parente em sofrimento psíquico e o que fez para superar?* Alguns participantes se posicionaram dizendo que haviam vivenciado uma experiência semelhante. Uma familiar relatou ter experienciado uma situação parecida, quando uma de suas filhas desconsiderava suas ordens e desrespeitava as regras da casa, criando um contexto conflituoso, o que complicava a situação da outra filha em sofrimento psíquico. Outro participante apontou a falta de compreensão dos vizinhos com o quadro de seu filho e disse que chegou a contratar um advogado para defendê-lo mediante um processo judicial que os moradores da rua moveram contra o rapaz, por não se sensibilizarem com o fato de que ele não apresentava condições de responder por seus atos, que eram inimputáveis. E assim, outras falas foram relatando a dificuldade da sociedade de aceitar e de compreender, já que ainda estigmatiza a realidade do sofrimento psíquico. Então, foram apontadas as seguintes estratégias de enfrentamento: recomeçar uma nova vida, passar a dizer “não” e cortar o mal pela raiz, priorizar o diálogo e envolver a família nos cuidados.

No **encerramento** e no ritual de agregação, pedimos à participante, cujo tema foi escolhido, que ficasse no centro da roda e estendesse as mãos em nossa direção. Fizemos uma corrente para lhe transmitir energia e dar apoio. Entre lágrimas e sorrisos, cantamos a música “Derrama, Senhor, sobre ela o seu amor”. Em seguida, solicitamos que cada participante falasse o que estava levando daquele encontro: “Muita força. A batalha é dura, mas a gente chega lá!”, “Sabedoria e amor”, “Paz e leveza na alma”, “Amizade”, “Levo muita alegria daqui hoje”, “Vou levando muita luz, paz e expectativa para começar mais uma semana”, “Experiência e força”.

8^a Roda - Tema: Impotência diante do sofrimento psíquico (11 participantes)



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

A oitava roda foi iniciada com o **acolhimento** e a acomodação dos participantes. Na oportunidade, convidamos as pessoas que eram veteranas nas rodas para contribuírem resgatando os objetivos da TCI e as regras daquela metodologia. Posteriormente, procedemos à celebração dos aniversariantes e à partilha das alegrias semanais. Em seguida, realizamos uma adaptação da “Dinâmica do presente, passado e futuro”, com o fim de trabalhar o autoconhecimento e de resgatar valores, origens e princípios para reconhecer a identidade e construir o “eu” atual.

Para essa dinâmica, dispomos três linhas de barbante no chão, que representavam o presente, o passado e o futuro. Ao som da música “Tocando em frente”, pedimos que todos

ficassem em pé, organizados em uma fila, em cima da linha do passado, que fechassem os olhos por alguns minutos e os estimulamos a mergulhar em suas origens e a relembrar um pouco de tudo o que já vivenciaram. Em seguida, passamos para a linha do presente, e todos foram convocados a fazer o mesmo exercício, por alguns minutos, em um processo de autorreflexão. Finalmente nos dirigimos para a linha do futuro, onde os participantes também foram estimulados a repetir o mesmo processo de autorreflexão para, em seguida, abrirmos a discussão e a partilha da dinâmica.

Voltamos para o grande círculo e iniciamos a partilha das sensações. Para isso, pedimos que, com uma só palavra, tentassem descrever os três momentos que foram revisitados a partir da seguinte indagação: “O que veio à tona nessa reflexão que vocês fizeram acerca do passado, do presente e do futuro?”

Para o passado, as respostas foram as mais diversas - sofrimento, lembrança da mãe, saudade da infância, da juventude e dos amigos, inexperiência, saudade da família unida, dentre outras. No presente, as lembranças que emergiram foram: apoio, preocupação com o marido, medo, realizações e dedicação à família, paciência e sabedoria. Para o futuro, os desejos foram: otimismo, fé de que o amanhã será melhor, pensamento positivo, fé na recuperação do filho, realizações e conquistas, saúde e força para continuar trabalhando e cuidando dos filhos, expectativas, medo, força e fé em Deus.

Por fim, levantamos as seguintes reflexões: “Vocês costumam pensar no passado, no presente e no futuro? Vocês acham que o passado deve ser esquecido? O presente não deve ser vivido? O futuro não deve ser projetado?” Alguns responderam que não gostavam de relembrar o passado, em razão das dores e das dificuldades. Contudo, uma participante acrescentou: “Eu acho que o passado não deve ser esquecido, porque faz parte da minha vida, embora muitas vezes eu prefira esquecê-lo. Mas eu vejo que foi graças a ele que me tornei a pessoa que hoje sou”.

Na **escolha do tema**, o mais votado foi a sensação de impotência por não saber como proceder ou a quem recorrer diante de determinadas situações que não dependem exclusivamente da pessoa. O tema selecionado aguçou identificações por parte de quase todos os presentes, o que suscitou o entendimento de que muitos também se veem naquela mesma situação.

Na etapa da **contextualização**, a participante referiu que não sabia mais o que fazer com o irmão que era usuário do CAPS, que ele passou seis anos desaparecido como andarilho pelo país e que, há poucos meses, havia retornado para a casa da mãe com um quadro mais

grave, porque não queria sair de casa, interagir, conversar e não permitia que a mãe recebesse ninguém, além de apresentar mania de perseguição.

Ela enfatizou que estava preocupada com vários processos judiciais que tramitavam contra o irmão em razão de dívidas, o que a deixava transtornada, por não saber mais a quem recorrer. Em sua fala, deixou claro que o irmão negava sua condição de sofrimento psíquico, resistia à terapêutica medicamentosa e relutava em frequentar o CAPS. Enquanto ela falava, a mãe (que também estava na roda) chorava copiosamente, e uma das participantes lhe deu um lencinho e um copo com água para acalmá-la. Na ocasião, sugeriram que cantássemos a música “Prova de amor maior não há”.

Na etapa de problematização, referente ao mote: *Alguém já se sentiu impotente diante da situação de um parente, por não saber mais a quem recorrer e como proceder diante das dificuldades e o que fez para superar?* Vários participantes levantaram a mão para compartilhar suas histórias e ficaram aflitos diante daquele contexto. Aquela realidade ressoava fortemente na vida das pessoas que estavam ali e que lidavam com situações semelhantes, pois tiveram seus sentimentos reavivados, litigando um espaço em que pudessem se despir por meio da fala. Muitos familiares apontaram experiências semelhantes e lançaram as seguintes estratégias de enfrentamento: fé em Deus e paciência; buscar forças e enfrentar as dificuldades a qualquer custo; respeitar os limites da pessoa em sofrimento psíquico; ser paciente e compreensivo. Uma frase que me despertou a atenção foi: “Passei a adquirir uma armadura e me tornei muito independente”, denotando a alternativa encontrada por essa participante por não ter escolhas por causa da demanda de cuidados da filha.

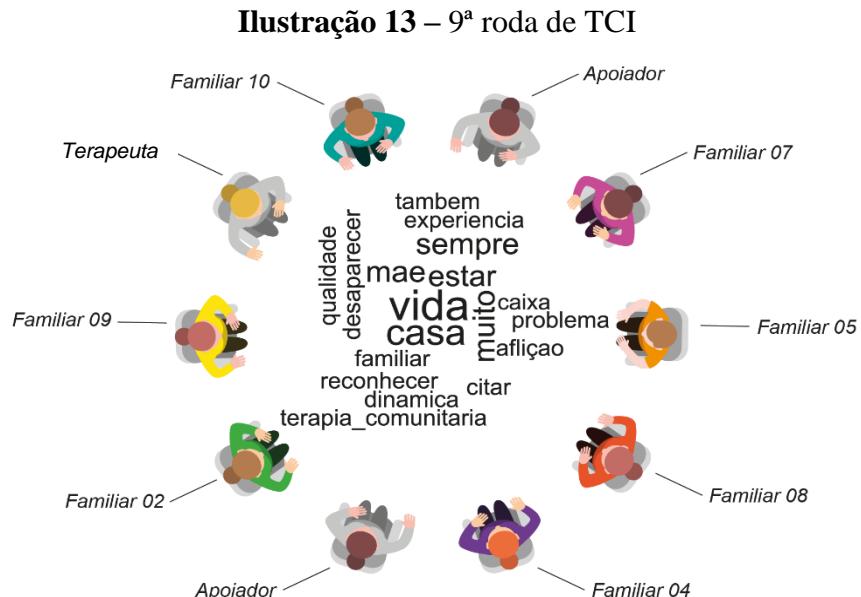
Para o **encerramento**, finalizamos a roda em um clima de comoção e companheirismo, principalmente com a participante cujo tema foi o escolhido e sua mãe. Todos se sensibilizaram com aquela história e lançaram reforços positivos para ambas, admirando seus papéis sociais, o que as deixou de olhos marejados de lágrimas. Em seguida, todos falaram sobre o que levariam daquele encontro: “Força e inspiração”, “Esperança que as coisas vão melhorar”, “A força desse grupo”, “Força e ânimo para continuar fazendo o bem”, “Levo muito amor”, “A força da família”.

Terminada a roda, a mãe dessa participante suplicou que eu fizesse uma visita despretensiosa ao seu filho, somente para conversar e compreender bem mais o que ele sentia, na expectativa de tentar retirá-lo de casa. Agendamos esse momento e, na semana seguinte, fui ao encontro, conforme combinado, e conversamos por muitas horas. Enquanto conversava

com o rapaz, a mãe se retirou, com o intuito de proporcionar privacidade, para que ele ficasse mais à vontade.

A princípio, ele ficou um pouco introspectivo e desconfiado, pois associara minha visita à equipe do CAPS ou de algum serviço para interná-lo. Eu me apresentei, presenteei-o com um bolo e expliquei que só estava ali para conversar, não profissionalmente, mas como alguém disposta a ajudar e a oferecer uma escuta sem julgamentos. A conversa adentrou a noite e, no final, verifiquei que ele expressava ares de satisfação e de contentamento. A mãe ainda me ofereceu um café e convidou-me a ficar para o jantar. No entanto, precisei me ausentar, mas, antes de sair, fui agraciada com muitos abraços emocionados e sentimentos de gratidão por parte da família. Perceber que um simples, mas sincero gesto fez tamanha diferença na vida daquelas pessoas foi o mais gratificante e recompensador para mim.

9^a Roda - Tema: Conflitos familiares (10 participantes)



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

Na roda anterior, havia acordado que apanharia uma das participantes que residia próximo a mim (a mãe do usuário com quem conversei pessoalmente em sua casa). Surpreendi-me quando, ao estacionar em frente ao seu prédio, ela surgiu com o filho de mãos dadas, e ambos entraram no carro. A mãe enfatizou com entusiasmo, a vontade do filho de sair de casa, depois da conversa que tivemos na semana anterior, o que me deixou profundamente animada. O rapaz, de fato, demonstrava estar bem contente e interagiu durante

todo o percurso até o CAPS. Como a roda de TCI era apenas para os familiares, ele ficou nas dependências do serviço, conversando com outros usuários.

Como de costume, a nona roda foi iniciada com as boas-vindas e o **acolhimento** do grupo. Cartões com as regras da TCI foram dispostos no chão e no centro da roda, para que elas fossem relembradas juntamente com a proposta dessa metodologia e a celebração das conquistas e das alegrias da semana.

Em seguida, para a dinâmica “O Espelho”, utilizamos uma caixa que continha um espelho em seu interior. Ao abri-la, cada participante visualizaria o próprio reflexo. Pedi aos participantes que, ao identificar a “foto” da pessoa que estava na caixa, citassem suas qualidades e falassem um pouco dela. Assim, a caixa seria contemplada por todos, seguindo o sentido da roda.

O objetivo dessa dinâmica foi de estimular a valorização de si e promover o encontro consigo e com seus valores. Posteriormente, abrimos uma discussão, perguntando o que acharam da dinâmica e por que demoravam e hesitavam tanto para responder. Alguns apontaram que, devido aos problemas, às vezes, é difícil reconhecer suas qualidades e se considerar uma pessoa forte e perseverante. Outros colocaram que reconhecer qualidades é necessário, não como soberba, mas no sentido de se amar e valorizar sua história de vida. Em seguida, foram iniciadas as etapas metodológicas da TCI.

Na **escolha do tema**, o mais votado foi a aflição por causa do desaparecimento inesperado do filho. Já na **contextualização**, a participante relatou que tudo partiu de um desentendimento que sua filha teve com o pai, o que resultou na sua saída de casa. Disse que a filha sempre ficava triste por se sentir incompreendida pelos familiares, e ela, como genitora, apaziguava e tentava conscientizá-los. Esse tema inquietou os presentes, que também afirmaram já ter experimentado situação parecida. A mãe revelou que só tratam a filha “no grito” e que já tem muitos problemas em sua vendinha, mas deixou claro que, quando chega em casa, procura não socializá-los para não piorar o contexto. Porém, em casa, é que “a batalha começa de verdade”.

Na etapa da **problematização**, muitos expuseram um pouco de sua realidade, quando foi apresentado o mote: *Quem já se sentiu aflito diante do desaparecimento de alguém, por não saber onde encontrá-lo e qual a estratégia de enfrentamento que utilizou para lidar com essa situação?* Equiparando-a com o problema escolhido na roda. Uma participante disse que já vivenciara o mesmo sentimento, quando seu filho desapareceu, só deu notícias dois meses

depois, e ela ficou desesperada e aflita. No entanto, orava, entregava nas mãos de Deus e afirmava receber sinais que mostravam quando o filho estava bem e quando corria perigo.

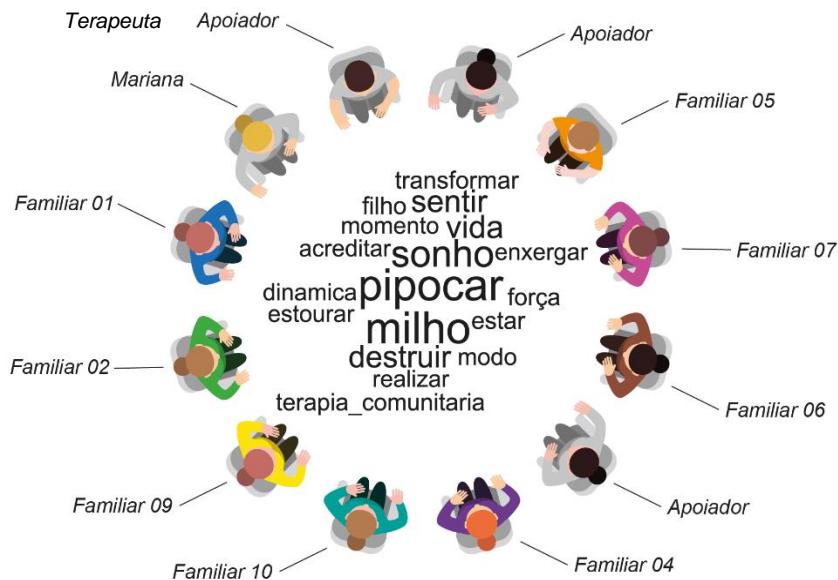
Outro familiar admitiu também uma sensação semelhante quando o filho desapareceu. Contudo, salientou que sempre procurou enfrentar as dificuldades da melhor maneira, porque entendia que era preciso agir com clareza e lucidez, nos momentos de aflição. De modo similar, outra participante verbalizou que seu filho também já desaparecera e foi encontrado em Petrolina vários dias depois. Sua estratégia foi ter garra para encontrá-lo e lhe dar muito amor e compreensão. Para esses casos, as estratégias de enfrentamento evocadas foram: entregar nas mãos de Deus, agir com cautela e sensatez, dar amor, compreensão e ter paciência.

Durante o **encerramento**, agradeci a todos pela confiança em partilhar suas histórias de vida e contei a história “A Janela do Hospital”, que remetia às experiências de doação, renúncia e vontade de fazer o ente feliz, enxergando sempre o lado bom da vida, independentemente das circunstâncias e das tribulações.

E para finalizar, todos citaram o que levariam daquele encontro: “Muita leveza na alma”, “Experiência, fé e superação de vida”, “Muito amor”, “Esperança e fé enquanto houver vida” (essa fala gerou a emoção da participante, que derramou lágrimas ao se lembrar de sua batalha com o filho. Nesse momento, todos cantaram a música “Encosta tua cabecinha no meu ombro”), “Força e união”, “Esperança de melhora”, “Força, sabedoria e experiência de vida”, “Experiência e aprendizado”.

10ª Roda - Tema: Estresse no convívio com o sofrimento psíquico (12 participantes)

Ilustração 14 – 10^a roda de TCI



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

A décima roda de TCI foi iniciada depois que os participantes, em meio a muitas conversas, foram acomodados, pois, em cada encontro, as amizades e os vínculos se fortaleciam, e quando se encontravam, faltava tempo para atualizar as novidades e matar a saudade. A essa altura, alguns já se questionavam sobre o fim das rodas e demonstravam certa angústia em pensar em se despedir e separar-se do grupo.

Em seguida, procedemos a um **acolhimento** e desejamos as boas-vindas. Depois, fizemos a dinâmica “Bexiga com sonhos”. Cada participante recebeu um balão e foi orientado a pensar em um sonho, imaginando que ele estaria guardado dentro daquela bexiga inflada. Depois de certo tempo, receberam palitos de dentes foram orientados para proteger seu sonho.

Como essa dinâmica já fora feita em outras oportunidades e espaços, todos acabavam avançando sobre os balões dos colegas e os estouravam com os palitos de dente, como se fosse uma disputa em que, para proteger o seu, seria necessário estourar os dos outros. No entanto, para minha surpresa, todos permaneceram quietos em seus lugares, abraçados com sua bexiga e não estouraram o balão de ninguém. Levantamos várias reflexões, pois cada um preservou o seu sonho sem destruir o do outro, e isso reforçou o espírito de união e de coletividade do grupo.

Um participante mencionou que havia gostado bastante da dinâmica porque percebia que as pessoas, normalmente, querem conquistar seus sonhos destruindo os dos outros e derrubando-as a qualquer custo, seja fazendo o mal ou prejudicando alguém, o que o decepciona às vezes. Ressaltei que, em certas circunstâncias, mesmo sem perceber, as pessoas

destroem os sonhos das outras por causa de inveja, egoísmo, descuido ou falta de solidariedade. Por isso, devemos ajudar o próximo a alcançar seus objetivos sem destruir sua esperança, acreditando que sempre é possível.

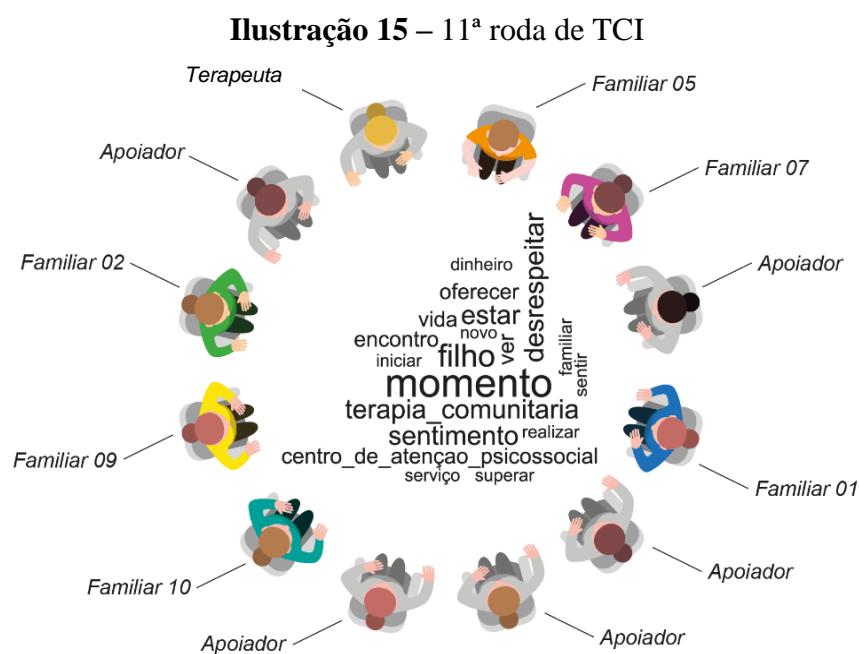
Para esse décimo encontro, preparei uma roda que fugiu um pouco do formato convencional da TCI. Optamos por desenvolver uma roda temática, de modo que todos pudessem falar de algum momento da vida em que tiveram sentimentos negativos. Para essa roda, propus a alegoria do milho e da pipoca. Levei um recipiente repleto de pipoca fresquinha e cheirosa, e um pote com milhos de pipoca. Antes de iniciar, lemos a mensagem “Milho de pipoca que não passa pelo fogo continua a ser milho para sempre!”, de Rubem Alves, para introduzir a reflexão que faríamos naquela tarde. Todos ficaram bastante entusiasmados, porque sabiam que cada um teria seu espaço de fala e seriam respeitados, incluídos e valorizados mutuamente. Logo em seguida, lancei a seguinte pergunta em forma de metáfora: “Em que momento de sua vida você se sentiu como esse milho, duro, sem sabor, sem vida e o que fez virar essa pipoca branquinha, macia, saborosa e completamente transformada? Como foi passar pelo fogo?” E as histórias foram surgindo em meio a um carrossel de emoções.

Cinco participantes revelaram que se sentiram como um milho quando o parente apresentou seu primeiro episódio de crise, o que gerou entraves na convivência diária da família. Uma delas enfatizou que se transformou em pipoca a partir do momento em que buscou apoio profissional e começou a conscientizar a família de que precisariam ser fortes para ajudá-lo. Um trecho que me chamou à atenção foi quando a participante disse: “Foi preciso a bomba estourar, para que eu tivesse forças para fazer alguma coisa”, reforçando a importância de sua passagem pelo “fogo” para que pudesse reagir.

Outra pessoa exprimiu que se sentiu como o milho quando seu filho faleceu aos quinze anos e que o que a fez reagir e criar coragem foi a força vinda da mãe. Outra referiu que se sentiu semelhante ao milho em seu primeiro casamento, que, como disse, foi um relacionamento “catastrófico”, em que viveu períodos de muito terror e de ameaças. Durante esse período, ela perdeu uma de suas filhas, e enquanto a enterrava, enxergava um processo de mudança que a fazia acreditar que também estava enterrando sua história com o atual esposo. Ela reconheceu que seria preciso se transformar, valorizar-se e se cuidar e que a perda da filha foi decisiva para que destinasse outro rumo para sua vida. Essa dor foi a responsável por mobilizar suas forças e transformá-la em uma pipoca.

Essa roda de TCI foi uma das mais gratificantes e inspiradoras que tive a oportunidade de conduzir. Quase todos os participantes se emocionaram e se enxergaram naquele banquete de experiências e de estratégias de superações. No **encerramento**, todos estavam emocionados e expressavam admiração mútua, reconhecendo a união e o valor de cada um dentro daquela roda. Em um clima de gratidão e de catarse, todos nos abraçamos e cantamos a música “Balançando na terapia”.

11^a Roda - Tema: Desrespeito (12 participantes)



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

A décima primeira roda de TCI aconteceu, como de costume, na sala de oficinas do CAPS. Foi um momento de imensa alegria para o grupo, pois um participante que sempre frequentava os encontros levou sua filha para também vivenciar aquela experiência e conhecer os demais participantes.

Antes de darmos início à roda, os familiares conversavam sobre a importância de a TCI ser oferecida por profissionais do próprio serviço, porque, na semana seguinte, estaríamos caminhando para o último encontro. Conforme discutiam, reiteravam que a iniciativa de fazer a TCI não deveria ser fruto de um trabalho voluntariado, mas compor o aparato de atividades oferecidas pelo serviço, mesmo depois que firmei o compromisso de continuar desenvolvendo as rodas uma vez por mês. Uma das participantes ponderou que muitas pessoas acreditam que uma ajuda só é válida quando envolve questões financeiras,

quando se paga ou se oferece algo em troca. Contudo, para ela, dinheiro nenhum seria suficiente para restituir os momentos e os aprendizados que extraímos dali.

O **acolhimento** foi iniciado com as boas-vindas e o desejo de uma tarde agradável e proveitosa para todos. Em seguida, promovemos um momento de interiorização, em que todos foram convidados a fechar os olhos, imergir em um processo de reflexão e desconectar-se do mundo lá fora enquanto ouviam a música “Tente outra vez”, de Raul Seixas.

Posteriormente lemos a mensagem “Princípio do vácuo” e refletimos que é preciso se desapegar do supérfluo, desvincilar-se do que não nos serve mais para abrir espaço para o novo, para que novos sentimentos e energias circulem e possamos oportunizar outros ciclos. Refletimos que é importante nos desligar um pouco do passado, para que consigamos apreciar o presente, que representa uma dádiva de Deus em nossas vidas.

Depois de contemplar a dinâmica, dispusemos vários cartões de cores diferentes no centro da roda e solicitamos que os participantes escolhessem um, fizessem uma relação do sentimento que apresentaram naquele momento com a cor eleita e justificassem sua escolha. Alguns atribuíram o azul à lembrança da infância; o amarelo, à alegria de viver; o preto, aos momentos de escuridão e de dificuldades experimentados ao longo da vida; o laranja, ao dom da vida; o branco, à paz espiritual daquele momento, dentre outros sentimentos. O objetivo desse momento foi de evocar e fazer efervescerem os sentimentos dos participantes para que pudéssemos trabalhá-los na roda. Em seguida, iniciamos o passo a passo da TCI e reforçamos as regras e os objetivos daquele encontro, visto haver uma nova integrante. Depois dessa apresentação, celebramos as conquistas semanais do grupo.

No que diz respeito à **escolha do tema**, o mais votado foi o de uma participante que se sentiu desrespeitada por saber que os comprimidos que enviara para o CAPS foram perdidos, e ela não possuía dinheiro para adquiri-los novamente.

Na **contextualização**, outra participante revelou que estava se sentindo desrespeitada porque os comprimidos que adquiriu para a filha que estava no regime intensivo do CAPS foram perdidos, e ela não possuía mais dinheiro para comprá-los, pois o orçamento destinado a esses remédios era o valor exato para o mês inteiro. Ela ficou entristecida por saber que não teria mais condições de comprá-los até que recebesse o próximo salário.

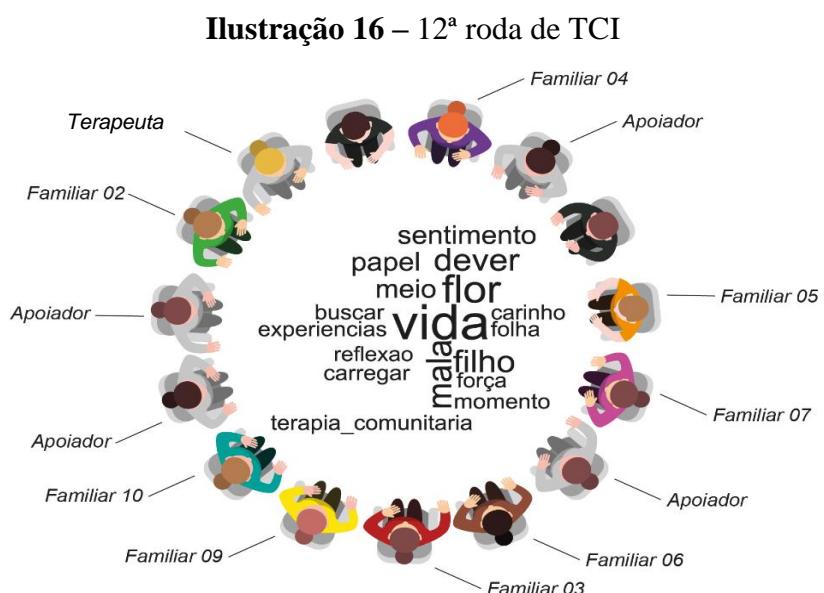
Curiosamente, o tema selecionado suscitou algumas queixas sobre o serviço por parte dos familiares, o que tornou a condução da roda relativamente difícil, visto que estavam bem agitados, e isso prejudicou o andamento das etapas posteriores e o cumprimento das regras da TCI, uma vez que todos aspiravam se posicionar ao mesmo tempo.

Depois de lançado o mote: *Alguém já se sentiu desrespeitado e como agiu para superar essa situação?* Na etapa da **problematização**, uma participante revelou ter se sentido desrespeitada quando seu filho, que é usuário do CAPS, foi vítima de preconceito. Porém enfatizou que superou esse sentimento quando procurou dar amor às pessoas que o discriminavam, para lhes mostrar que, com amor, tudo pode ser superado.

Outra pessoa disse que também se sente frequentemente desrespeitada quando os próprios familiares excluem e discriminam o filho dentro de sua própria casa. Para superar essa situação, ela costuma conscientizá-los por meio do diálogo, demonstrando que ele é uma pessoa sem diferenças. Outro participante apontou que também já se sentiu desrespeitado quando seus ex-vizinhos acionaram a polícia para prender seu filho que estava em crise. Como estratégia de enfrentamento, ele disse que decidiu renunciar sua atual residência e morar em outro bairro, com o intuito de criar um ambiente harmonioso para o convívio de seu filho e de sua família. Assim, reforçou que é importante recuar e agir com sabedoria em vários momentos da vida.

Para o **encerramento**, a roda foi finalizada com todos em pé e abraçados, cantando e dançando a música “Balançando na terapia”. Logo depois, realizamos a conotação positiva, e todos começaram a articular um lanche especial para o sábado seguinte, visto que seria a última roda, intensificando os convites para que todos estivessem presentes naquele encontro de “despedida”.

12^a Roda - Tema: Desamparo familiar (15 participantes)



Fonte: Arquivos de gravação da autora - 2016

A última roda de TCI reservou surpresas especiais. A começar por duas novas participantes que estiveram presentes pela primeira vez e disseram que haviam sabido das rodas naquela semana. Nossa encontro foi iniciado, como de praxe, com o **acolhimento**. Em seguida, fizemos a dinâmica “Fundamental é ser feliz”. Para executá-la, distribuímos uma folha de papel ofício com cada participante e pedimos que a dividissem ao meio. Com uma metade, deveriam fazer uma bolinha de papel que representaria sua vida e passariam a jogá-la para o alto, tomado cuidando para não deixá-la cair enquanto tocava a música “O princípio do prazer”.

Seguidamente, solicitamos que desamassassem a bolinha de papel e enxergassem as “mossas” existentes na folha, contrastando-as com as feridas e as cicatrizes que carregamos conosco e que são importantes para determinarem a pessoa que hoje somos. Na sequência, requisitamos que construíssem uma flor com o papel que fora desamassado, e com a outra metade da folha, fizessem a base da flor que, metaforicamente, seria a base da vida de cada um. O clima era de descontração e de muita alegria.

No final, todos foram convidados a apreciar a sua flor, a admirar sua obra e a enxergá-la como sua vida no presente. Partindo da reflexão de que a vida é doação, os participantes foram estimulados a doar sua flor (sua vida) para outra pessoa da roda. Todos assim o fizeram e se abraçaram em meio a muita emoção e carinho. Posteriormente, perceberam que alguns receberam muitas flores, enquanto outros não foram agraciados com nenhuma. Iniciamos outra reflexão a respeito da vida destacando que, em nossa trajetória, uns têm muitos, outros têm pouco, e o importante é nos doarmos, fazer nossa parte, oferecendo nosso melhor sem esperar nada em troca.

Para o desenvolvimento da roda, levei uma mala de madeira colorida, com desenhos de pássaros, e a positionei no centro da roda. Entreguei para cada um a mensagem “A bagagem”, que exprimia uma reflexão acerca da bagagem que carregamos ao longo de nossas vidas. Essa mala, no entanto, traz sentimentos diversos, de modo que precisa ser arrumada e renovada constantemente, para que não fique tão “pesada”. A mala simbolizava a “bagagem da vida”, que deveria ser “esvaziada” naquela tarde, para que cada um pudesse carregar uma mala mais leve. A referida simbologia tinha como objetivo introduzir a importância de se desprender dos maus sentimentos. Assim, aquela pessoa que se sentia triste, com algum sentimento inquietante, deveria dirigir-se até a mala e abri-la para retirar o sofrimento e expô-lo de maneira simples para o grupo. Em seguida, escolhemos o tema por meio de votação.

O **tema escolhido** foi a tristeza por não contar com o apoio das pessoas no adoecimento do filho. Na **contextualização**, a participante descreveu que, no momento em que seu filho teve a primeira crise, procurou ajuda em hospitais, na família e na vizinhança, mas ninguém a apoiou. Um trecho de sua fala que despertou indignação em todos foi o em que ela disse que, durante sua peregrinação entre os serviços, escutou de uma médica: “Você deveria se “livrar” do seu filho”. Para ela, esse foi um momento de grande sofrimento, o que a deixou sem forças e a fez desmaiar. Outra extensão de sua fala que despertou a atenção de todos foi quando expressou: “Ele já tentou me matar várias vezes, inclusive com golpes de machado, mas eu não tenho coragem de abandoná-lo”, o que coadunou diretamente com as reflexões levantadas na dinâmica, sobretudo no ponto de vista da dedicação e da doação ao próximo.

Na etapa da **problematização**, quando o mote: *Quem já se sentiu desamparado pela família diante dos cuidados com o parente que é usuário do CAPS e o que fez para lidar com isso?* Foi dirigido ao grupo, quase todos contribuíram com relatos de experiências similares. Contudo, as principais estratégias de enfrentamento elencadas foram: buscar forças na família e em Deus; encontrar serenidade e sabedoria para amadurecer; viver com amor e carinho, dando atenção às pessoas de que se gosta; evitar pensar no problema para não “enlouquecer”; descentralizar as responsabilidades, envolver-se em outras atividades e encontrar forças e apoio nas amizades.

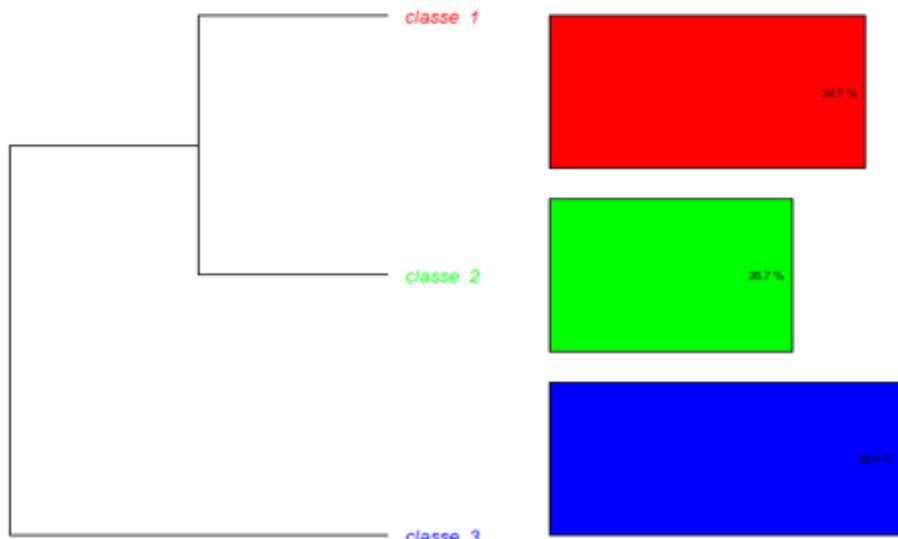
No **encerramento**, agradeci pela confiança de todos, por terem compartilhado suas histórias e experiências de vida. Depois da conotação positiva, descrevi meu sentimento de gratidão, com o coração trasbordando de felicidade e em meio a lágrimas. Para mim, as experiências que conheci, as histórias de superação que ouvi, o amor e o carinho que recebi me transformaram em um ser humano melhor e mais maduro, pois me fizeram crescer e aprender para a vida, independentemente de minha pesquisa.

A emoção tomava conta da roda, enquanto cada um agradecia e narrava histórias de superação e de crescimento depois de ter participado da TCI, até que uma participante verbalizou: “O que vocês fizeram por mim nem que eu tivesse todo o dinheiro do mundo, eu conseguiria retribuir, porque isso aqui, dinheiro nenhum compra!”. Outro momento especial foi quando um participante e sua esposa, antes de irem embora, abraçaram-me emocionados e me presentearam com uma bíblia. Para mim, o aprendizado que as rodas de TCI me proporcionaram é, hoje, minha verdadeira “bagagem de vida”.

4.4 DISCUSSÃO SOBRE AS CATEGORIAS

O material empírico examinado por meio da análise de conteúdo categorial temática apoiou-se nos recursos fornecidos pelo *software* IRAMUTEQ. Os temas que conduziram as discussões das categorias foram orientados por vocábulos agrupados em três classes evidenciadas a partir do processamento do *corpus* textual na modalidade CHD - proposta por Reinert - do programa IRAMUTEQ, com seu respectivo dendograma, conforme demonstrado abaixo:

Ilustração 17 – Dendograma representativo das partições em classes e percentagem das palavras

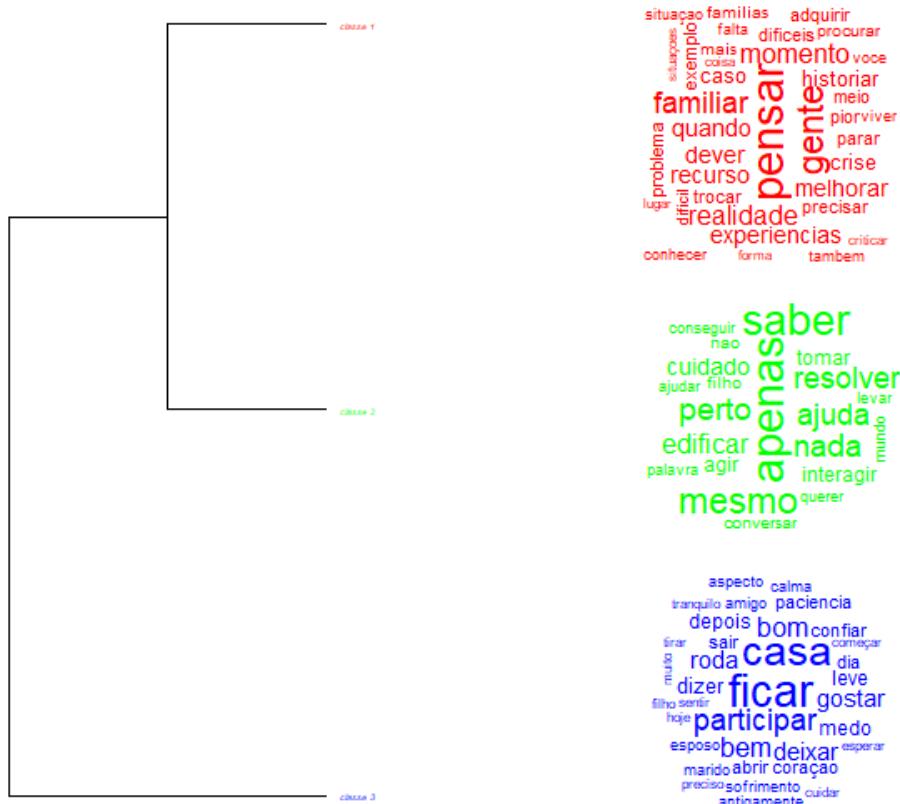


Fonte: Processamento do *corpus* textual no IRAMUTEQ – 2017

O dendograma representa a distribuição lexical e as relações interclasses com base nas palavras pronunciadas pelos participantes. Considerando a leitura no sentido descendente, cabe destacar que o *software* dividiu o *corpus* em dois *subcorporus*; em seguida, houve uma partição do subgrupo superior em dois, que resultou nas classes 1 e 2, e o subgrupo inferior, que originou a classe 3. Tais ponderações implicam dizer que, teoricamente, as classes 1 e 2 guardariam menos relação ou proximidade com a classe 3. Convém enfatizar que a classe 3 exprime a maior representatividade, por conter 38,6% dos 176 segmentos de textos reconhecidos pelo *software*.

Para explorar bem mais o conteúdo agrupado nas classes, a partir dos termos evocados nas narrativas dos participantes, obtive também o dendograma da CHD, que expressa uma nuvem de palavras para cada categoria, como se constata a seguir:

Ilustração 18 – Dendograma representativo das nuvens de palavras por classe



Fonte: Processamento do *corpus* textual no IRAMUTEQ - 2017

Conforme dito no método, as categorias derivadas do processamento feito pelo IRAMUTEQ foram designadas da seguinte maneira: categoria 1 - **O desafio familiar no convívio com o sofrimento psíquico**; categoria 2 - **O diálogo da compreensão e o respeito à alteridade**; e categoria 3 - **Mudanças nas relações que constituem a posição do sujeito no sistema familiar**. Durante o processo de construção e discussão dos resultados, em um movimento de retroalimentação, foi mantido um constante diálogo com o referencial teórico, sobretudo na perspectiva da TCI, da família como sistema social e dos atributos de sobrecarga, vínculo e autoestima do familiar cuidador.

4.4.1 Categoria 1: O desafio familiar no convívio com o sofrimento psíquico

A categoria 1, denominada de **O desafio familiar no convívio com o sofrimento psíquico**, formada de 34,7% dos STs, apresentou aspectos que estiveram presentes nas falas de todos os familiares entrevistados e durante as rodas de TCI, o que denota os entraves que permeiam o cuidar de um ente em sofrimento psíquico. Nessa categoria, analisei as principais dificuldades e os desafios apontados pelo parente cuidador, que convergiram para os temas das rodas de TCI.

Com base no material textual obtido a partir das transcrições das rodas, as situações-problemas mais mencionadas pelos familiares foram: 1) estresse; 2) solidão por não ter com quem dividir as responsabilidades; 3) conflitos familiares geradores de incompreensão e inaceitação; 4) decepção e desgosto por causa do desamparo familiar; 5) culpa pela condição do ente em sofrimento psíquico; 6) sobrecarga, por não ter com quem partilhar os cuidados e 7) desrespeito social gerado pelo preconceito com o sofrimento psíquico.

O **estresse** por parte do familiar, no contexto do sofrimento psíquico, foi uma problemática recorrente nas rodas de TCI, em especial, quando os cuidadores falavam da transformação do ente “adoecido”, o que gerava impaciência e nervosismo na convivência diária.

A gente nunca poderia imaginar que uma coisa dessas iria acontecer em nossas vidas. Eu só fico dizendo assim: “Um dia, eu vou estourar, um dia, eu vou estourar!” E fico me segurando, mas não consigo ter paciência com meu filho, fico muito estressado, discuto com ele porque não consigo entender essa situação! (F4)

Eu fico muito estressada com a situação do meu filho, então acabo estressando minha filha, meu outro filho e meu marido. Quando a gente vai sair, peço paciência a todos, mas ninguém admite nem que ele abra a boca. (F8)

A fala de F4 manifesta seu desalento e sua necessidade de falar na roda de TCI era veemente. Percebia que aquela pessoa estava inquieta em meio a certo inconformismo com a problemática do filho que, recentemente, havia se tornado usuário do CAPS. Ao ter seu tema escolhido, falava amargurado de suas dificuldades e da falta de paciência para lidar com aquela situação. Também se sentia culpado por ter sido ausente em muitos momentos em que sua esposa o alertara sobre as mudanças do filho.

Os trechos de F4 e F8 remetem, ainda, a aspectos que caracterizam um efeito cíclico do estresse. F4 relata um episódio em que, como trabalha com segurança e é habilitado a portar armas, pensou em apontar seu revólver para um colega de trabalho dizendo que “não

levava desaforo para casa”, em razão do estresse cumulativo do ambiente familiar e que se estendia aos demais filhos e à esposa, propagando um efeito dissipador de irritação e nervosismo que o acompanhava em diversas circunstâncias. Enquanto falava, chorava abundantemente, e uma parte de seu depoimento sinalizou a carência por um espaço de escuta e de diálogo, como encontrara naquela roda de TCI:

Isso aqui para mim é um céu. Hoje eu vou lutar para aprender a lidar com isso, vou reaprender, vou tentar ser reeducado para lidar com essa situação. Eu choro assim porque dói, dói, e eu quero arrancar isso de mim. Eu quero controlar e não consigo. (F4)

Além do desgaste emocional, F4 expressava um inconformismo com as transformações apresentadas pelo filho que havia sido diagnosticado com esquizofrenia há pouco tempo. Sobre isso, Spaniol e Zipple (1994) afirmam que o mais delicado para os familiares que se deparam com o acometimento de um parente pelo transtorno mental são as mudanças que aquela pessoa passa a exibir, ao se tornar um sujeito que antes não se conhecia. Remete-se à ideia de que a pessoa foi substituída por outra, distante de si e de seu mundo, e isso desgasta as relações e dificulta a convivência, ao fazer desmoronar os planos e os projetos familiares. Outras preocupações são também apontadas pela família, como: instinto destrutivo, violência, rebeldia, solidão, práticas precárias de higiene e falta de colaboração. Essas emoções podem contribuir para agravar no familiar cuidador outros sentimentos, como os de culpa, tristeza, raiva e impotência.

Eu me sinto perdida e fico estressada porque só faço chorar quando vejo a situação da minha mãe. (F10)

Soares e Munari (2007) ressaltam que o estresse pode estar ligado a questões sociais ou psicológicas e às repercussões geradas pela sobrecarga, e não, pela sobrecarga propriamente dita, assim como ao acesso difícil aos serviços de saúde, devido à falta de recursos, de apoio e de suporte familiar, ao estágio da doença ou ao fato de o indivíduo ter menos capacidade de interação social.

Quando eu fui pedir ajuda ao médico, não aguentava mais o problema do meu filho, estava desestruturada, estressada, abalada, sentindo falta de gente para conversar. Não tenho com quem conversar! (F9)

Ao revelar que sua interação social foi prejudicada por não ter com quem conversar, F9 demonstra a limitação em enfrentar as intempéries inerentes ao cuidado com o filho. Ela

foi encaminhada ao CAPS depois de ter dado entrada em um serviço de urgência em situação de desespero e de aflição por não suportar as crises do ente. Ao chegar à instituição, a coordenadora orientou-a para que se integrasse às rodas de TCI que estavam sendo desenvolvidas. Depois da primeira participação, tornou-se frequentadora assídua e passou a levar outros familiares para as rodas, visto que encontrou na TCI um espaço onde seu sofrimento foi acolhido e ressignificado e lhe possibilitou viver experiências e conhecer histórias que a auxiliaram a enfrentar suas dificuldades.

Dias e Silva (2010) asseveram que as mudanças de comportamento do indivíduo em sofrimento psíquico podem causar elevados níveis de estresse entre os familiares cuidadores. Ao vivenciar o estresse e a carga de tarefas e de responsabilidades, o cuidador pode vivenciar um desequilíbrio no seio familiar que influencia a qualidade de vida e a habilidade de aceitar a problemática. Isso demanda a utilização de estratégias condizentes com a realidade e que possam amenizar as dores dessas pessoas. Então, compreender o estresse é fundamental ao sujeito, a fim de que ele se mobilize para enfrentar, buscar ajuda e suportar os dissabores que o afligem.

Minha vida é um estresse porque trabalho seis horas por dia, e quando chego em casa, sempre encontro problemas com meu filho. Eu tinha tudo na vida, agora ela está de pernas pro ar! O próprio pai até já ameaçou sair de casa porque não aguenta mais. (F8)

A fala de F8 retrata o quanto é complexo conviver com o sofrimento psíquico, pois, como referem Cardoso e Santos (2015), a família é um sistema, em que todos assumem um papel importante nas relações que ali se estabelecem. Logo, é necessário que estejam comprometidos e empenhados a materializar um cuidado que se institui com a participação e o apoio de todos os seus membros. E quando o estresse e a autopercepção desse sentimento por parte do familiar cuidador são associados ao convívio com o sofrimento de outrem, expressam sua necessidade de também serem objetos de cuidado. Dito isso, é indispensável desenvolver ações e estratégias que possam estimular reflexões contínuas acerca dos comportamentos relacionados ao estresse, com o fim de impulsionar transformações no sistema familiar.

No que diz respeito à situação-problema **solidão**, também mencionada nas rodas de TCI, o estudo mostrou que, no contexto de familiares que convivem com o sofrimento psíquico, ela está presente na medida em que esses cuidadores não podem contar com a cooperação de outra(s) pessoa(s) para amenizar os transtornos cotidianos e encontrar forças

para enfrentá-los. Muitos familiares, além de terem que lidar com a indiferença dos parentes que se afastam e rompem os vínculos com o ente “adoecido”, deparam-se com o abandono nos cuidados e nas relações, e isso resulta em um sentimento de solidão.

Em seu estudo, Santin e Klafke (2011) referem que a solidão é um atributo comum na realidade de familiares de entes em sofrimento psíquico, sobretudo no quesito oferta de cuidado. Muitos disseram que não podem contar com a família em seu sentido mais amplo ou com a comunidade, e o CAPS é a única estratégia de atenção externa à família nuclear. Em contrapartida, alguns enfatizaram que a comunidade tem proporcionado experiências significativas no tocante às relações sociais, fomentando alternativas de cuidado com repercussões positivas, especialmente quando se trata da proteção do indivíduo em casos em que ele se expõe a situações de risco.

Me sinto muito sozinha. Já pensei até em tirar minha vida, mas não posso abandonar minha filha. Ela só tem a mim. (F1)

Meu esposo tem nove irmãos, mas não tem um que se preocupe com ele, que pergunte se ele está bem, se melhorou, ninguém se importa. Ele tem irmãos que passam por ele, e quando veem que estamos nos aproximando, descem a calçada e desviam o caminho. (F2)

F2 reforça a dimensão de sua solidão ao expressar que sempre aconselha seu esposo a valorizá-la, visto que é a única pessoa que se preocupa de fato com o seu bem-estar e sua saúde. Destaca, também, que seu marido sempre suplica a Deus para que ela não adoeça e pede que o “leve” antes de sua esposa, temendo o total abandono.

Delgado (2014) salienta, em seu estudo, que a indiferença e o abandono por parte da família, além de agravar a condição de sobrecarga do familiar cuidador, desestabilizam-no psicologicamente, causam um impacto genuíno em sua rotina, e ela passa a dispor de um tempo reduzido para seus afazeres habituais, para o autocuidado e para se dedicar ao trabalho e ao lazer. Nessa mesma pesquisa, o autor apresenta o posicionamento de um familiar acerca desse assunto, que revela que o sofrimento psíquico do ente “compromete a vida pessoal”.

O tempo inteiro eu estive sozinha, meu ex-marido foi embora e não quer nem conversa com minha filha, a irmã, muito menos, e como sempre, eu fiquei sozinha. (F3)

Me sinto sozinha, como se estivesse remando contra a maré. Minha filha sempre fica triste porque a própria família não entende sua situação e a exclui. Preciso ficar sempre conversando com eles para conscientizá-los. (F8)

A participante F3 afirma que, durante toda a trajetória de cuidados com a filha, sempre esteve sozinha. Por causa da omissão da figura paterna e de outros familiares, precisou abandonar o emprego e abdicar de sua carreira profissional. Já F8 fala da solidão que enfrenta cotidianamente, do menosprezo dos familiares que partilham o próprio ambiente domiciliar e do fato de que a mãe precisa mediar as relações para sensibilizá-los não apenas a se responsabilizarem, mas também a respeitar a condição da filha.

Esse sentimento é experimentado pelo familiar cuidador e se estende ao ente “adoecido”, pois não encontram, no sistema familiar, o arrimo e os recursos afetivos necessários a uma convivência doméstica e social harmoniosa. Assim, a fragilidade vincular que se tipifica nessas relações pode estar ligada ao despreparo e ao impacto socioeconômico que o sofrimento psíquico acarreta, criando situações de vulnerabilidade que influenciam a capacidade das pessoas de enfrentarem adversidades.

Kebbe et al (2014) apontam, em sua pesquisa, que, quando somente um familiar cuida do indivíduo em sofrimento psíquico, isso ocorre de maneira imperiosa devido à falta de alternativas e de pessoas disponíveis para dividir e administrar as demandas do ente. Essa resistência parte de uma realidade discriminatória e excludente, que sinaliza a debilidade das relações familiares. Assim, o ente em sofrimento psíquico não pode ser visto de maneira desintegrada do sistema familiar. Navarini e Hirdes (2008) asseveraram que é inconcebível fragmentar o indivíduo do seu meio, visto que a família, como um conjunto, tem atributos responsáveis por prevenir, reparar e admitir agravos na saúde de seus membros. Jorge et al (2008) ressaltam que a segregação social, a solidão e a negligência no cuidado com o indivíduo em sofrimento psíquico são elementos que podem intensificar os sintomas já instalados e fazer com que surjam outros.

No tocante aos **conflictos familiares geradores de incompreensão e de inaceitação**, destaca-se que merecem uma atenção especial, visto que se trata de um problema que transitou nas falas dos participantes das 12 rodas de TCI. O estudo mostrou que, a partir do convívio mantido com o grupo, aqueles familiares estavam ali, sobretudo, com o objetivo de encontrar soluções e forças para as crises advindas do sofrimento psíquico. As falas abaixo confirmam essa assertiva:

Ninguém me entende, ninguém entende meu filho! Todos o deixaram [...] eu não tenho coragem. Quando mais precisei, minha própria família não me ajudou. Esse fardo é muito pesado! (F5)

Meus filhos dizem que já têm problemas demais para ainda cuidarem da doença do pai [...] dizem que casei sabendo onde estava entrando, que não era surpresa para mim. Às vezes eu me pergunto onde foi que eu errei. (F2)

Minha neta é envolvida com droga e fica infernizando nossa vida, não me respeita [...] isso acaba piorando a situação do meu filho. Fica um verdadeiro descaso dentro de casa que só colabora para ele entrar em crise e piorar cada vez mais. (F9)

A fala de F9 expressa a preocupação com outros membros da família, porque, além das demandas oriundas do transtorno mental, precisa lidar, diariamente, com os prejuízos causados pela dependência química. As falas de F2 e F9 também denotam que não só o sujeito em sofrimento psíquico é desqualificado pela família, mas também o cuidador, que se sente amargurado. Isso contribui para reduzir sua capacidade de cuidar e a autoconfiança. Moreno (2009) afirma que o familiar enxerga essa repulsa dos outros entes como algo que agrava a condição do usuário e faz com que ele se sinta ignorado e solitário. Por isso, a ação de cuidar é penosa, e o indivíduo em sofrimento psíquico é visto como alguém incapaz, sem competência e causador de transtornos diversos no seio familiar. Esse modo de compreender tais atitudes se naturaliza na falta de conhecimento acerca do processo de adoecimento e das promessas de reinserção social que podem ser fomentadas em um “tratamento alicerçado em projetos de vida” (MORENO, 2009).

Para Pimenta (2008), o ambiente familiar passa a ser um campo de discórdias, de revolta e de inúmeros desacordos, e como a família não encontra saída para esses conflitos, acaba se dissolvendo. Assim, considerando o grau de dependência e a necessidade de atenção do indivíduo, cabe, inevitavelmente, ao familiar cuidador a responsabilidade de assumir o cuidado.

Outra problemática mencionada em uma das rodas de TCI foi o fato de o filho negar sua condição e de resistir a tomar os medicamentos. Segundo a mãe, como não aceita o diagnóstico, ele não admite que seu quadro requeira cuidados e que precisa frequentar o CAPS, hesita em sair de casa para interagir com outras pessoas e participar das práticas oferecidas pelo CAPS e sente dificuldade de aceitar o medicamento, conforme expressam estas falas:

É uma situação muito difícil porque ele não acredita que precisa de ajuda [...] ele nega sua condição de sofrimento psíquico, não quer tomar os remédios, não quer frequentar o CAPS. (F9)

Eu fico com raiva toda vez que eu vou dar o remédio e minha filha não quer tomar. Esse mês eu gastei R\$480,00 só de remédio, e ela despeja na pia. (F8)

Meu filho não aceita os remédios. Já tentamos de tudo [...] colocamos diluído no copo com água, na comida, no lanche, mas agora ele só toma água direto da torneira, porque acha que nas garrafas também colocamos remédio. (F7)

Gil (2015) aponta que os indivíduos em sofrimento mental introjetam o preconceito e a discriminação e firmam uma espécie de autoestigma. Esse comportamento contribui para intensificar o isolamento, pois a construção da identidade envolve, sobretudo, um movimento relacional que abrange os elementos constituintes de uma ordem macrossociológica que determina as atitudes dos seres humanos.

Corrigan (2004) define o “autoestigma” como a extensão do estigma adotado pelo próprio sujeito em sofrimento mental, o que o diferencia do estigma público, por envolver rotulações que são internalizadas além de seus impactos. Desse modo, o estigma público representa uma categoria de estigma que parte da população e se dirige aos “doentes mentais”. O outro tipo de estigma (autoestigma) denota as formulações que o indivíduo faz de si mesmo como pessoa “adoecida”, como resultado da absorção de impressões negativas. Contudo, embora as duas dimensões do estigma sejam capazes de influenciar os projetos de vida de quem sofre, o autoestigma deteriora de maneira mais forte sua autoestima e as definições que a pessoa tem de si.

Nesse sentido, a internalização do estigma passa a ser uma questão central no quadro psicológico dessas pessoas, que pode afetar a autoestima e a confiança e desencadear sentimentos de culpa, constrangimento, agressividade e desaprovação (CORRIGAN, 1998; CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006). Esse movimento traz também consequências diretas para a vida de quem sofre, como o descrédito na recuperação e a limitação do convívio social (CORRIGAN, 1998; LINK; MIROZNIK; CULLEN, 1991; LINK et al, 2001). Tais características levam à solidão, ao desligamento do emprego e podem repercutir no estímulo por parte do indivíduo em buscar ajuda, visto que, com o objetivo de esconder seu quadro psíquico, acaba largando ou não procurando o tratamento (KANTER; RUSCH; BRONDINO, 2008). Nesse processo, o autoestigma passa a ser mais prejudicial do que o próprio sofrimento mental (RONZANI; FURTADO; HIGGINS-BIDDLE, 2009).

No que se refere à resistência ao uso do medicamento, problemática apontada nos discursos de F7 e de F9 como causadora de conflitos, Nascimento et al (2016) reforçam que a não adesão ao uso das medicações tem se mostrado como um dos maiores entraves

responsáveis pela ocorrência de crises. Dentre as causas que estão frequentemente relacionadas a essa rejeição, destacam-se a natureza do esquema medicamentoso, os efeitos colaterais, as características sociodemográficas, o caráter da doença, a relação paciente/profissional, entre outras.

Quando ele foi crescendo, passou a não aceitar mais nenhum tipo de tratamento e não quer mais tomar o medicamento dizendo que eles só fazem piorar tudo [...] então fica bem difícil ajudá-lo. (F10)

Ademais, o uso de psicofármacos ocasiona efeitos colaterais desagradáveis, como comprometimento da linguagem, do padrão de sono, da coordenação motora, da capacidade cognitiva e da memória e alterações de outras funções. Também podem ser coadjuvantes na melhoria das relações interpessoais, sobretudo quando envolve familiares, pacientes e profissionais de saúde, em especial, da equipe de Enfermagem, pois, quando utilizados adequadamente, favorecem a comunicação e contribuem para que o indivíduo aceite o tratamento e fique mais aberto ao planejamento terapêutico (MAFTUM et al, 2016).

Outro sentimento também apontado nas rodas de TCI foi o de **decepção e de desgosto** causados pelo desamparo familiar. Muitos familiares demonstraram que sua capacidade de cuidar foi reduzida por acompanharem o descaso e a negligência por parte dos outros entes no que diz respeito às demandas com a pessoa em sofrimento psíquico, conforme asseguram as falas a seguir:

Às vezes, eu tenho tanto desgosto da vida, porque eu não carrego uma cruz de madeira, eu carrego uma de cimento. Pesada até demais! (F2)

Eu me decepcionei com meu próprio sogro, porque, além de não me ajudar com o filho, ainda dizia que a culpa por ele ter adoecido era minha. (F1)

O discurso de F1 demonstra a decepção atrelada à culpa que lhe foi depositada pela condição do esposo. Além de assumir grande parte dos cuidados com o marido, é alvo de julgamentos e se vê refém de um contexto que a hostiliza e contribui para agravar seu sentimento de frustração e fazê-la enxergar negativamente a realidade do sofrimento mental.

Barroso et al (2004) apresentam, em seu estudo, que 13% dos entrevistados, representados por familiares de pessoas em sofrimento psíquico, referiram sentimento de frustração, o que constitui uma variação do desgosto e da incapacidade que os assolava devido à dificuldade de lidar com os fatos e por não conseguirem transformar o “*status quo*” encontrado. Por conseguinte, a maneira como cada familiar se comporta na realidade do

sofrimento mental pode variar e ser uma resposta para o que cada ser humano descobriu e aprendeu ao longo de sua vida e do que lhe foi transmitido numa perspectiva conceitual e de valores que giram em torno de questões históricas e culturais (LINO, 2006).

Essa mudança no convívio familiar gera um clima de tensão, que se reproduz nas relações em que existem crises já naturalizadas e sentimentos de impotência que impossibilitam o encontro de soluções no coletivo. A falta de alternativas e a recusa em assumir o papel devido no contexto familiar criam obstáculos para a reconstrução de uma atmosfera pacificadora e inclusiva (ROMAGNOLI, 2005).

Eu estou me sentindo decepcionada, porque, quando você pensa que tinha uma vida estruturada, e do dia para a noite, você vê as coisas virarem de cabeça para baixo, com tudo acontecendo e você sem saber lidar com essa situação [...] é muito difícil. (F8)

Eu acho até que meu grande erro foi proteger demais meu filho. Em consequência de tudo isso que aconteceu, fiquei tão decepcionado, tão nervoso, mudado [...] hoje eu grito logo, e o povo já sabe que estamos discutindo. Eu perdi aquela essência, aquela sensibilidade de ser calmo, de ser brando. (F4)

A fala de F4 demonstra a dor experimentada a partir do momento em que seus questionamentos e atitudes passam a ser repensados e denota certo sentimento de culpa, quando diz que, ao superproteger o filho, pode ter colaborado para o surgimento de comportamentos atípicos por parte dele. Seu discurso mostrava um misto de confusão e a procura por explicações que justificassem a condição de seu filho. E como não encontrava respostas para seus argumentos, sentia-se frustrado e decepcionado.

Vê-se, aí, um contexto familiar desfavorável e ameaçador, avesso ao ambiente ideal para o tratamento. Como muitos familiares são superprotetores e excessivamente defensivos, isso pode contribuir para agravar os conflitos e complicar as adaptações cotidianas. E considerando que muitos cuidadores se mostram descrentes em relação à melhora do ente por causa dos sucessivos fracassos, desacreditam que o indivíduo pode apresentar um progresso. Contudo, restaurar e fortalecer a esperança é indispensável para o avanço e o sucesso de todo e qualquer projeto de cuidado (O PACIENTE..., 2011).

A **culpa** foi outro sentimento dos familiares evocado durante as rodas de TCI, visto que muitos participantes se apoiavam no que faziam ou deixavam de fazer para encontrar um argumento aceitável que justificasse a deterioração do funcionamento psíquico do indivíduo “doente”.

Eu passo por problemas desde que meu marido adoeceu. Meu sogro dizia que a doença do filho era porque eu fazia “catimbó” [...] que a culpa era minha. (F1)

Em certa parte, eu me acho culpado pelo que meu filho tem. Porque quando tudo começou, eu não quis dar ouvidos (se emociona e chora) [...] eu me sinto culpado por isso, por essa angústia. (F4)

Essas falas confirmam o pensamento de Pimenta e de Romagnoli (2008), que falam da busca constante rumo ao encontro de respostas para a ocorrência das crises, o que gera dúvidas e conflitos diversos. Nesse movimento, muitos familiares se sentem impossibilitados de agir e mantêm-se em estado de inércia por causa do despreparo e do desconhecimento da condição instalada. Como não recebem informações suficientes, mergulham em um ciclo desordenado de problemas que podem disparar um processo de culpabilização e sofrimento que, muitas vezes, busca ser decifrado no passado. Na ocorrência do surto psicótico, é quase impossível os familiares cuidadores não se sentirem responsáveis, sobretudo quando pensam no que poderia ter sido feito em favor daquela pessoa, seja no tocante à educação oferecida, às condições financeiras da família e às relações estabelecidas no convívio familiar antes do sofrimento psíquico.

Para as mesmas autoras, alguns familiares encontram na religiosidade a explicação para a ocorrência do sofrimento psíquico. Pereira (2003) enfatiza que a crença e o apego ao sobrenatural minimizam as sensações de culpa e o constrangimento, melhoram a tolerância e tornam o familiar cuidador mais indulgente e sensível àquela situação a ponto de confrontar e querer recrutar outros membros familiares para o cuidado, o que denota que a família é um sistema determinado pelo contexto.

Outra questão que pode influenciar a tendência da família a se sentir culpada é a relação que mantém com os serviços de saúde mental. Em muitas circunstâncias, o acesso aos dispositivos de cuidado é difícil, e o contato com os profissionais de saúde é deficiente ou escasso. Isso pode ser explicado pelo desconhecimento referente ao impacto daquele sofrimento na família, além de suas impressões, anseios, dúvidas e perspectivas. Alguns profissionais até lançam comentários culpabilizantes ao próprio familiar. Assim, constata-se a soberania do quadro instalado, ao considerarem que a família é a principal responsável e que estarão condenados a viver em função daquele sofrimento, como se não houvesse outras formas de se relacionar que não sejam doentias e limitadas. Por isso, é fundamental que compreendam como a família se estrutura naquela realidade, para que possam destinar um

cuidado amplo, sensível e humanizado (MEDEIROS, 2008).

De modo semelhante, Melman (2008) apresenta, em sua pesquisa, que familiares cuidadores afirmaram ter sido vítimas de críticas e opiniões culpabilizantes por profissionais que atuam em um serviço de saúde mental. O conteúdo desses comentários evidenciava um olhar de julgamento, em que o profissional responsabilizava, direta ou indiretamente, a família pelo sofrimento psíquico do ente. Esse tipo de julgamento contribui para dificultar a aceitação do quadro e o envolvimento com o tratamento, criando uma atmosfera punitiva, como se a família não pudesse lidar com essa realidade sem cumprir sua penitência. Diferentemente do que se espera com as discussões concernentes aos ideais da Reforma Psiquiátrica, vislumbra-se que a família assuma o papel de aliada na reabilitação do ente, e não, que seja, de maneira arbitrária, considerada a principal responsável.

Quanto à **sobrecarga** por não terem com quem partilhar os cuidados, muitos familiares se sentem em um processo de desgaste contínuo, que os faz renunciar grande parte de suas vidas e abandonar papéis sociais em razão dos esforços destinados ao parente “adoecido”. Como o sofrimento psíquico provoca um desarreglo na dinâmica familiar, alguns lugares sociais são conquistados - nem que seja o de cuidador – outros, perdidos. Comumente a trajetória da maioria dos participantes entrevistados é marcada por momentos em que se deparam com a exaustão, a solidão e a negligência por causa dos cuidados com o ente.

Quando eu vejo meu filho do jeito que está, doente, eu enlouqueço porque não posso deixar ele só, mas tenho que trabalhar. Então eu fico dividida! Fico lá e cá [...] até pensei em internar ele várias vezes, porque não tenho quem me ajude. (F7)

Santos e Bandeira (2015) asseveram que é delicado sustentar uma convivência harmoniosa com o indivíduo em sofrimento psíquico, sobretudo quando se trata de um transtorno mental severo e persistente, visto que as oscilações de comportamento são frequentes e inadvertidas. Esse contato implica sobrecargas objetivas para o familiar que se sente obrigado a abdicar do trabalho e de sua vida social. Porém, a pesquisa desses autores (2015) revelou que, embora os estudos sugiram uma tendência à aceitação e à renúncia, alguns familiares se apropriam do cuidado contentes e com responsabilidade.

Embora às vezes eu tenha que ficar acordada vigiando ele, não me sinto cansada. Só queria a ajuda de alguém. Eu passo a noite inteira sentada na cadeira de balanço assistindo televisão. Então eu cuido porque gosto dele e porque eu sei que ele não tem ninguém além de mim. (F2)

A fala de F2 traduz satisfação com o envolvimento afetivo instaurado no ato de cuidar do marido, mesmo que, para isso, tenha que assumir sozinha as responsabilidades e interromper seus hábitos e sua rotina diária. Para ela, a doença do esposo favoreceu a união entre os dois, apesar da fragilização dos vínculos familiares.

Bandeira et al (2014) entendem que a pessoa que cuida sozinha de alguém não enxerga outra possibilidade e comprehende a dependência do outro, por temer o que pode acontecer no futuro. Esse sentimento gera insegurança e é um dos principais elementos causadores de sobrecarga em familiares que lidam com a realidade do sofrimento psíquico, seja ela financeira, física ou de ordem emocional.

No que se refere à sobrecarga financeira, os custos elevados se devem aos gastos com medicamentos e consultas com o médico. A sobrecarga física envolve a atenção e a vigilância que os cuidadores precisam dispensar à pessoa doente, que variam desde a assistência no autocuidado até a alimentação. Muitas vezes, são privados do sono, do lazer, e o convívio social é interrompido. Essas experiências podem causar sintomas de gastrite, insônia, irritabilidade e outros transtornos mentais comuns. A sobrecarga emocional, que envolve um conjunto de sobrecargas atribuídas ao cuidador, é uma das mais difíceis de suportar (OSS et al, 2016).

Eu tenho muita despesa com ela, pago as contas, compro roupas, remédios, ela só quer comer comida boa, então é muito gasto. (F8)

É problema demais. Vocês acreditam que essa doença do meu filho abalou até a fé da gente? É uma mistura de muitos sentimentos e muitas lutas. (F7)

Eu me sinto cansada demais, tão sobrecarregada. Teve um dia que meu filho entrou em crise e levaram ele algemado dentro de um camburão. Aquela cena me acabou. Eu dormi e acordei com a boca “torta” de tanta preocupação [...] parecia que tinha tido um AVC. No outro dia, minha patroa me levou para o hospital, e o médico diagnosticou que realmente tinha sido. (F6)

As falas de F6, F7 e F8 revelam as repercussões atreladas ao processo de cuidar no contexto do domicílio, o que corrobora os estudos de Silva, Passos, Barreto (2012), Cardoso, Galera (2011), Silva, Sadigursky (2008), Borba, Schwartz e Kantorski (2008), ao apontarem essas implicações como as principais responsáveis pelo surgimento de doenças de ordem física, solidão e desestabilização familiar. Nessa mesma circunstância, destaco o estudo de Quadros et al (2012), que apresentam, em seus achados, uma prevalência de 50% de

transtornos mentais comuns por parte de familiares que se sentiam sobrecarregados, quando comparados com os que não referiam essa sobrecarga. Inúmeras publicações associam o adoecimento secundário à sobrecarga em situações de desemprego, abandono, sobretudo quando se trata de cuidadoras mulheres, tendo em vista a multiplicidade de papéis que assumem, o que pode gerar alterações em seu estado de saúde (CARDOSO; GALERA, 2011; BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008).

Outra problemática que emergiu das rodas de TCI foi o sentido do familiar e cuidador como motivador e vítima do **desrespeito social devido ao preconceito com o sofrimento psíquico**. Por mais empenhados que estivessem no cuidado, os familiares relataram que se sentiam impotentes quando se deparavam com o estigma e a discriminação, ainda impregnados no imaginário da população e no próprio contexto familiar.

Meu filho já sofreu muito preconceito, batiam nele, tiravam sarro dele [...] ele não me dizia nada, até que, um dia, decidiu contar, e eu fiquei doente [...] porque eu mato e morro por ele. (F7)

Para piorar, meus outros filhos e netos não cooperam comigo [...] são agressivos, humilham e discriminam o próprio tio. (F9)

Em muitas situações, o preconceito se origina na própria família e dificulta o relacionamento cotidiano. Além de lidar com os encargos inerentes ao cuidar, o familiar cuidador precisa enfrentar o estigma e a discriminação, que, muitas vezes, levam-no a se refugiar socialmente para esconder a pessoa com transtorno mental por vergonha ou para evitar mais aborrecimentos, visto que o sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que faz parte do dia a dia, ainda é um evento pouco compreendido, aceito e gerador de conflitos (SOUZA; SCATENA, 2005).

Quando os indivíduos com transtorno mental estão em crise, podem apresentar atitudes características e serem rotulados negativamente como diferentes e agressivos, o que determina o modo como são aceitos na sociedade e na família. Progressivamente, sentem-se oprimidos e discriminados e passam a acreditar que esse estigma os acompanhará em qualquer cenário, dificultando a procura por ajuda pelo medo da rejeição. O preconceito gerado por causa do sofrimento psíquico advém do receio pelo desconhecido e de uma série de construções históricas e culturais equivocadas que se originam da carência de conhecimento e do despreparo para enfrentar uma diversidade de patologias (NOGUEIRA; COSTA, 2011).

Quando eu falo, meu filho me ouve. Já o pai, não! Porque o pai enfrenta muito ele [...] o pai zomba dele. (F7)

Eu percebo que o que mais descontrola minha filha são as pessoas que não têm mentalidade para entendê-la. (F8)

Ninguém na rua compreendia a situação do meu filho [...] até ameaças de morte ele recebeu. Então, pensando no bem dele, nós vendemos nossa casa e nos mudamos para outro lugar, porque percebemos que aquele ambiente poderia prejudicá-lo ainda mais. (F5)

Além disso, F5 trazia em sua fala que o filho, constantemente, sofria preconceito por parte da vizinhança e que, em uma de suas crises, em meio às provocações, chutou e danificou o portão de várias casas. A partir disso, o pai, de maneira amigável, tentou firmar acordos e assumir a responsabilidade pelos consertos, contudo os vizinhos recorreram à Justiça e deram entrada em um processo para que o rapaz respondesse criminalmente. O familiar relatou que passaram por incontáveis situações de desgastes, e o filho até recebeu ameaças de morte. O processo finalmente foi arquivado, depois de três anos, já que foi comprovado pelo laudo médico que ele tinha um transtorno mental e não apresentava condições de responder por seus atos.

O estigma parte de diversas realidades, pois está relacionado às características da institucionalização, da discriminação e do preconceito, que vêm se manifestando desde os Séculos XIX e XX, quando essas pessoas eram marginalizadas e segregadas socialmente e não exerciam seu papel de cidadãs. Essa concepção dos familiares e da sociedade está atrelada ao paradigma asilar, segundo o qual a pessoa com transtorno mental era impedida de se pronunciar e viver livremente, devido ao caráter institucional excludente e dominador (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Na ocorrência do sofrimento psíquico, os familiares precisam estar preparados para encarar as adversidades e capacitados para enfrentar as dificuldades causadas por essa situação. A complexidade para expressar sentimentos de carinho e de respeito, a carência de diálogo e os comportamentos inesperados são comuns a esse público, o que pode ocasionar insegurança e medo nos familiares. Como não comprehendem a doença e suas implicações, as pessoas se distanciam e optam por “evitar” contato, personificando um efeito discriminatório e estigmatizante (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012). E mesmo que reconheçam a importância de dirigir um olhar diferenciado aos sujeitos em sofrimento psíquico, o medo, as sensações de ameaça e o risco iminente continuam dificultando a aproximação e o envolvimento com esses indivíduos. Tais prerrogativas dificultam o acesso dessas pessoas às

oportunidades de assumir papéis, tendo em vista os obstáculos que encontram para instaurar e manter relações sociais e afetivas de diversas naturezas (XAVIER et al, 2013).

Assim, considerando a complexidade dessas relações e associando-as ao convívio com o sofrimento psíquico, tem-se a fragilização do equilíbrio de fatores atrelados à homeostase, globalidade, não-somatividade, circularidade e equifinidade da família enquanto um sistema, influenciando diretamente nas interações e reciprocidade que existem entre seus membros.

Diante desse contexto, os profissionais de saúde assumem funções relevantes, no sentido de identificar questões físicas, econômicas e psicológicas que influenciam o cuidado para que possam intervir e melhorar a interação desses familiares e da sociedade com o indivíduo em sofrimento psíquico e amenizar o peso das obrigações, estimular o espírito cooperativo, reduzir agentes estressores, incentivar o estabelecimento de estratégias inclusivas e otimizar a qualidade de vida de todos os sujeitos envolvidos no cuidado (MELMAN, 2008).

Nessa perspectiva, é indispensável criar e implementar estratégias no campo da saúde mental que sejam reconhecidamente capazes de auxiliar os familiares a enfrentarem essa realidade, por meio de visitas domiciliares, grupos familiares que possibilitem a partilha de problemáticas comuns, além de outros recursos e práticas comunitárias, de modo a qualificar a família para reorganizar sua vidas e gerenciar o sofrimento psíquico (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Portanto, a realidade do familiar cuidador é desafiadora e demanda uma densidade adequada de olhares, práticas e profissionais comprometidos, para construir uma rede de atenção que vise a um encontro participativo entre a comunidade, a família, os gestores e os serviços de saúde, com o intuito de redimensionar e fortalecer o campo da atenção à saúde mental. Nesse contexto, a TCI é uma tecnologia de cuidado que pode ser aplicada com esse público, para inovar a forma de encontrar estratégias para que possa conviver com os conflitos e o sofrimento.

Na TCI, oferta-se um cuidado fundamentado na aceitação das diferenças e no diálogo como uma característica que favorece a compreensão e o respeito à alteridade do ser humano como componente de um sistema relacional complexo e subjetivo, que conduzem a mudanças que nortearão a discussão da categoria a seguir.

4.4.2 Categoria 2: O diálogo da compreensão e o respeito à alteridade

A categoria 2, denominada **O diálogo da compreensão e o respeito à alteridade**, formada por 26,7% dos STs aproveitados, emergiu das falas dos participantes, ao

verbalizarem que, depois da TCI, têm construído redes de interlocução mobilizadoras de recursos internos que refletem imediatamente na aceitação e no respeito do ente em sofrimento psíquico, com uma compreensão menos fragmentada do contexto, reforçando a globalidade do sistema familiar.

A TCI celebra o amparo e a igualdade, pois é um chamamento voltado para a imersão do sujeito como abrigo e mensageiro da solidariedade, em uma ação divina que o motiva a se doar, a dar e receber amor, a ouvir e ser ouvido de modo que, a partir da “alteridade proposta pela TCI, possa reconhecer o outro e perceber-se nele, olhar e escutar com empatia, tocar com compaixão, perdoar, ser perdoado, resgatar a identidade e o senso de pertença” (PESTANA, 2017, p. 64).

Durante a TCI, no momento da escolha do tema, constroem-se “identidades sociais” que são confrontadas a partir de dois elementos necessários ao entendimento dos sentidos existentes nas falas dos participantes: a alteridade e o contexto social. A noção de alteridade refere-se à presença de outro que apresenta visões peculiares acerca do ser humano, que envolvem a si e ao mundo. Nesse processo, há outra pessoa formada por traços particulares e, ao se relacionar com ela, muda de posição, deixa um lugar central e se dirige a outro lugar que envolve o adentrar o ambiente desse outro sujeito, ou seja, ocorre o deslocamento natural do indivíduo. Aceitar a alteridade significa reconhecer esse outro e admitir que há um universo constituído por ele (FERNANDES et al, 2011).

Na TCI, as identidades são admitidas no contexto das falas e na vinculação com o outro na reciprocidade característica das relações. Os discursos lançados em determinado momento apresentam traços de aceitação ou negação do sujeito pelo grupo. Por meio da linguagem, as noções de homem e de mundo são articuladas e adquirem valoração em determinado contexto (FERNANDES et al, 2011).

A alteridade é um conceito fundamental da Antropologia, uma condição daquilo que é outro, diferente, que representa o lugar do “não eu”, em que as razões são analisadas para expressar o outro como diferente, descobrir suas singularidades e agregar a concepção de uma humanidade diversificada. Tais características combatem a noção da existência de um “centro do mundo” e estendem as oportunidades e diferentes formas de saber e de cultura com suas próprias peculiaridades, inclusive para o âmbito da saúde, em que a prática da alteridade constitui o espaço onde se dá o encontro e se firma o compromisso entre pessoas que se reconhecem em meio às diferenças (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2015).

A perspectiva da alteridade passa a ter sentido quando se constata que a epistemologia,

que tem sugestionado a lógica ocidental, demonstra uma postura filosófica narcisista, porque enxerga o outro, o diferente, como uma oposição, uma barreira que, para ser vencida, deve ser anulada ou integrada ao Mesmo. Assim, a realidade é vista como um processo dialético, que limita todos os seres humanos ao Mesmo, a uma mesma totalidade e desvaloriza qualquer contexto que seja outro, alheio, que não pode ser integrado ao sistema (LEVINAS, 2001; GUEDES, 2007).

Pensar em alteridade é considerar a relação entre o Mesmo e o Outro. O Mesmo é representado pelo modo como o indivíduo se enxerga. Sob o ponto de vista ontológico, esse exercício surge de circunstâncias que o identificam com algo que o representa e lhe desperta afinidades. As relações que se firmam a partir de então delineiam uma tautologia do ser, porquanto o ponto de partida é o próprio sujeito rumo a si mesmo, o que justifica o termo o Mesmo. Seguindo esse raciocínio, o Outro não se dá como diferença, visto que, para compreendê-lo, é necessário que seja considerado em um universo que o faz igual ao Mesmo, ou seja, precisa praticar a identificação com o Mesmo para que seja reconhecido. Nessa lógica, não existe o Outro, mas o Mesmo (BERNARDES, QUINHONES, 2009).

Quando se utiliza da alteridade como preceito de análise, o Mesmo e o Outro não se misturam a ponto de se perder, porque o Outro não é subordinado ao Mesmo, mas ao que existe de diferente, e não, de semelhante. É o Outro na certeza da diferença. Para Souza (2000, p.65), “tentará aceitá-la (a diferença) com vida própria e como base da própria vida”. O valor dessa mudança de pensamento se dá pelo embate cotidiano com situações de discriminação, segregação e abandono, que fragilizam pessoas e comunidades. Nessa lógica, dois elementos se tornam evidentes: a indiferença e a sensibilidade. O primeiro se mostra como um caminho por meio do qual se rejeita o outro sem precedentes, até o total abandono, ou seja, a indiferença é a contramão da alteridade. O segundo, caracterizado pela sensibilidade, constitui-se como campo aberto para receber a imagem do outro, estabelecendo possibilidades de firmar com ele relações éticas e de responsabilidade (BERNARDES, QUINHONES, 2009).

Sendo assim, na realidade de familiares que convivem com o sofrimento psíquico, apesar das dificuldades e da indiferença que vivenciam, encontram na TCI o acolhimento e a sensibilidade necessários para o encontro e o cuidado com o Outro, já que se cria uma possibilidade libertadora que potencializa um esforço voltado para a alteridade. Nessa perspectiva, concebe-se a TCI como uma prática que pressupõe uma fonte de suporte capaz de canalizar emoções e sofrimentos, no sentido de recrutar as dores para uma dimensão concreta

e factível, passível de ser trabalhada em um processo de alteridade grupal (CAMAROTTI, 2007).

A conquista dessa alteridade em um espaço coletivo advém do reconhecimento e da importância do outro na constituição de si e do respeito às diferenças, visto que elas não são prejudiciais, mas um tempero que enriquece a identidade de cada participante e o grupo como um todo. Esse pensamento amplia a consciência crítica dos familiares e os qualifica para atuarem efetivamente no cuidado com o ente em sofrimento psíquico, com base na afeição e no diálogo, conforme apontam estas falas:

Como é bom se ver no outro e ver a importância que o outro tem para minha vida. Cada um com seu jeito, somos diferentes e, ao mesmo tempo, nos sentimos iguais. (F10)

Cada pessoa na Terapia Comunitária me ajudou muito. Antes, quando meu filho dizia uma coisa, eu dizia duas ou três. Hoje converso e respeito [...] entendo a pessoa que ele é, do jeito que ele é. (F2)

Para Levinás (1980, p.34), a formação e a compreensão de si envolvem o reconhecimento de outro, um “receber o outro na sua alteridade, na sua diferença”. O egresso de si rumo ao outro, na preocupação com o outro a partir de uma responsabilidade direcionada ao outro. Essa tendência representaria uma maneira de promover saúde praticando uma forma de cuidar em que o sujeito não se preocupa apenas consigo, mas se disponibiliza ao encontro do outro (LEVINAS, 1980; BERNARDES, QUINHONES, 2009).

Na TCI, o espírito de alteridade é resgatado e reforçado, visto que ocorre uma relação inter-humana baseada nas experiências cotidianas que são clarificadas em um movimento de construção de identidades que transcende aquele espaço. Assim, a conquista dessa alteridade se expande para o contexto familiar, como uma nova possibilidade de cuidado baseado no respeito, na inclusão e no reforço da cidadania do ente em sofrimento psíquico que lida, diariamente, com a rejeição, com a indiferença e com o preconceito.

Considerando que a sociedade rotula e dificulta o acesso aos direitos de quem foge dos padrões sociais, há certo temor, porque a alteridade desses sujeitos põe em risco a manutenção de um *status quo*. Muitas pessoas ainda estão submersas em atitudes que impõem uma “diferença massificada”, avessa à alteridade e à cidadania. É como se o sistema permitisse a fuga de certo nível de diferença e preconceito que existe, mas que não é diretamente explícito nem suficiente para danificá-lo maciçamente. E para não ter seus poderes fragilizados, flexibiliza-se, visando garantir a “falsa ilusão” de respeito às diferenças e à alteridade. Assim,

pensar de modo problematizador é fundamental, para que as pessoas não caiam nas armadilhas de uma alteridade equivocada (WICKERT, 1998).

Assim, considerando que só há saúde quando o indivíduo encontra alternativas para materializar seu destino de acordo com sua vontade e sob o ponto de vista do bem-estar físico, social e psíquico, é necessário contestar muitos aspectos da lógica “terapêutica” vigente e entender a importância do direito à alteridade e à desrazão, como determinantes para o exercício da cidadania e para o alcance da saúde (WICKERT, 1998). Partindo disso, é indispensável que o sujeito em sofrimento psíquico e seu sistema familiar possam ampliar fronteiras e criar linhas de argumentação para problematizar o contexto onde habitam, descobrindo em si e nos outros novos sentidos para o convívio com o sofrimento mental. Ao criar um campo reflexivo e humano, a TCI propõe um movimento vigoroso de descobertas e de experiências que se tornam reais porque são construídas coletivamente e estendidas para a realidade social dos sujeitos, na perspectiva de favorecer o diálogo e a sensibilidade.

Eu entendo que o medicamento é importante, mas tem aquela parte que se resolve com uma palavra, porque a dor do meu filho é na alma mesmo [...] então vejo que é importante chamar ele, conversar [...] sei que escutar o que ele tem para falar é importante. (F5)

Vejo que melhorei muito depois da Terapia Comunitária. Aprendi a lidar melhor com minha filha, a lidar melhor com a família, a respeitar cada um com seu jeito de ser, hoje não vejo mais minha história como algo isolado, entendo o “todo”. (F3)

Esses recortes traduzem um posicionamento alicerçado no respeito e na conversação como atributos que privilegiam a alteridade do próximo, porque, mesmo precisando de cuidado, o indivíduo em sofrimento psíquico precisa encontrar liberdade para legitimar sua cidadania, assumir responsabilidades e reconhecer esse ato não como um desprendimento ou abandono familiar, mas como um gesto de amor e de confiança.

Assim, os desafios cotidianos que trazem um senso de urgência e o pragmatismo utilitário que denota traços de um capitalismo destrutivo são trabalhados na TCI e abrem espaços para esculpir a preocupação com o outro e a ajuda recíproca, rompendo-se com o ciclo de dependência, visto que, juntas, as pessoas são mais fortes e podem muito mais (SILVA; ALMEIDA, 2013).

Às vezes, eu chego tão preocupada com meu esposo, me sentindo fraca, sem energia, e a Terapia Comunitária parece uma vitamina que a gente vai tomando, tomando, melhorando, melhorando [...] e cada vez mais se

fortalecendo [...] chegando mais longe. Parece que você é acordada para mudar. (F2)

A gente se ajuda muito na Terapia Comunitária. Saio com meu coração em paz [...] refletindo sobre como as coisas são e sobre o que eu posso fazer para mudar isso. Parece que zera tudo na cabeça, e eu vejo uma nova chance, uma nova força para recomeçar. (F6)

Como o convívio com o sofrimento psíquico, relaciona-se muitas vezes à perda do equilíbrio funcional da família enquanto um sistema, sua estrutura necessita ser reorganizada de modo a encontrar respostas adaptativas que as conduzam a novas decisões para as situações vivenciadas. F2 traz em sua fala uma metáfora que compara a TCI com uma fonte repositora de “energia”. Através dela, a participante encontrou forças em momentos de fragilidade e de desânimo, sentiu-se com energia para coordenar suas ações e desafiada para um processo de mudança, por entender que a TCI cria oportunidades para que as pessoas repensem e invistam na construção de novas histórias.

Ao estruturar uma atmosfera de acolhida, por meio da alteridade e da recuperação de competências, a TCI convida seus participantes a construírem outros sentidos para suas vidas, dá respostas e suscita alternativas para o enfrentamento dos problemas, em um ambiente favorável à prática do diálogo (GRANDESSO; BARRETO, 2007).

Depois da Terapia Comunitária, eu também reuni meus filhos e o pai para conversar, dialogar. Eu acho que é bem por aí. Eles passaram a me dar bem mais apoio. (F8)

Depois da Terapia Comunitária, passei a aceitar melhor a situação dele [...] porque quando se aceita, você luta até o fim por aquela pessoa. Aceito e encaro a realidade [...] comecei a respeitar o compasso dele e aí mudou tudo! (F5)

Com a Terapia Comunitária, aprendi a ser mais forte, a dialogar e a respeitar mais as decisões da minha filha. (F3).

As falas desses familiares evidenciam as mudanças empreendidas com base no aprendizado e nas experiências advindas da TCI. A construção dialógica efetuada naquele universo de problemas os levou a desenvolver atitudes típicas de um melhor enfrentamento para os desafios, com as mediações feitas em um espaço que estimula a construção do sujeito na relação com o outro.

Gadamer (2004) reforça que o diálogo se estabelece na junção de horizontes (expressão que representa a ação de entendimento entre os sentidos que cada sujeito reproduz). Assim, um “horizonte” é uma compreensão do mundo vivido que leva a pessoa a

encontrar outros horizontes por meio da linguagem, em um processo que gera compromissos linguísticos. O objetivo desse encontro é de fazer com que os sujeitos se percebam e se compreendam, considerando a existência dos envolvidos ao possibilitar a adoção de propósitos partilhados. Projetando para este estudo, a alteridade que o diálogo promove representa um recurso acessível com o respeito às diferenças e às limitações encontradas no convívio com a realidade do sofrimento psíquico, incluindo todas as identidades sociais envolvidas nessa relação.

No campo da saúde, perceber o outro como continuidade é uma virtude que repercute em atitudes sucessivas de valorização, inclusão e respeito. Na TCI, como as pessoas conseguem transformar a visão que têm de si mesmas, do outro e do contexto onde estão inseridas, tornam-se capazes de praticar o potencial e as habilidades que as levam a alcançar a alteridade (MARTINS, 2011; BARRETO, 2008).

Na TCI, os entraves que são considerados como inerentes à vida particular e pessoal da família passam a compor uma subjetividade partilhada com base na sensibilidade adquirida no encontro com o sofrimento de outrem. É a partir desse movimento que a alteridade é reconhecida e fortalece o respeito e a criação de um universo comum de partilha social e coletiva (GIFFONI; SANTOS, 2011).

Ouvindo aqueles outros familiares na Terapia Comunitária, eu passei a juntar todo mundo em casa e disse que, do jeito que estava, não dava para continuar. Disse que eu precisava da ajuda de todos, que a casa era de todos e os problemas também. Eu consegui resolver no diálogo. (F8)

Na Terapia Comunitária, eu conheci a importância da palavra certa no momento certo. Com o diálogo eu fui demonstrando para minha família que ele é uma pessoa como qualquer outra, que precisa ser respeitada. (F4)

A palavra e a abertura ao diálogo são elementos úteis na TCI, pois é com eles que se constrói uma atmosfera sistêmica, colaborativa e de valorização da pluralidade voltada para o bem comum. Assim, F4 demonstra, em sua fala, que a TCI a levou a uma reflexividade que a fez reconhecer a importância da “palavra” como um recurso produtivo a ser utilizado não apenas nas rodas, mas também no contexto familiar. Na TCI, o diálogo e a comunicação são o fio condutor das relações que são tecidas naquele espaço, e quando é utilizado pelos participantes, pode levá-los a (des)construir formas habituais de enxergar o mundo e viver nele.

Para Freire (2005, p.91), o diálogo é tratado como o “encontro dos homens, imediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu”.

Ele entende que não há palavra que não denote uma ação e uma reflexão, ou seja, o diálogo parte de uma práxis que revela e modifica o mundo do(s) sujeito(s), de modo que, quando ele está ausente, não é possível estabelecer o encontro, o respeito e a afetividade entre as pessoas. Segundo o mesmo autor, o diálogo é o balizador da compreensão entre os seres humanos, sejam eles sujeitos iguais ou diferentes, mas que se permitem valorizar e ouvir o outro com alteridade (ALMEIDA, 2008; FREIRE, 2005).

Esse convite para ter respeito e cuidado com o outro, na perspectiva de Paulo Freire, revela-se em uma responsabilidade social e política, em benefício daquele que se encontra oprimido e com sua realidade atemorizada. A responsabilidade não é entendida somente como uma noção tímida ou reduzida da individualidade, porquanto se personifica em vários aspectos: no apelo à Justiça, na luta travada em favor da democracia e da igualdade de direitos, no respeito à diversidade e na mediação consciente de diversas relações. Assim, as reflexões desse autor remetem à ideia de um ser humano para além de si, compromissado com o próximo e submerso em um universo histórico, político e cultural. Essas razões fazem da ética a essência da educação freireana (GUEDES, 2014).

É nessa relação ética de um sujeito perante o outro, influenciado pelo mundo, que se constrói o diálogo freireano, em que a relação dialógica extrapola o simples uso da palavra entre sujeitos que se relacionam. O diálogo é a figura do sujeito que se expressa diante do outro, gerando um processo em que as pessoas se doam sem se anular ou desvincilar-se de si. Trata-se, portanto, de se disponibilizar para o outro sem negar sua essência, de modo que o “eu” possa se comunicar e se exteriorizar sem se esquecer. Contudo, o diálogo não é uma mera e simples expressão, pois a relação dialógica é deliberada e voltada para o outro na condição de ajudá-lo a “ser mais”, de ressignificar a si e ao outro (VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Desse modo, o diálogo encoraja a passagem de uma consciência pueril para uma problematizadora, para que sejam realizadas novas leituras acerca da condição humana e da realidade social encontrada. Graças a esse elemento, o homem demonstra sua maneira de enxergar, perceber e reconhecer-se no mundo. A convicção de que o diálogo é matéria-prima para a práxis libertadora materializa uma ideia de libertação coletiva, mesmo que movida por demandas pessoais, pois os indivíduos não se recriam isoladamente (VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Assim, o diálogo não deve ser compreendido somente como uma técnica utilizada para alcançar respostas, mas também como um recurso que pertence à essência dos sujeitos e

acompanha o avançar histórico da evolução humana; representa uma conduta necessária ao passo que as pessoas se modificam e se tornam progressivamente mais comunicativas e reflexivas. É o instante em que os indivíduos se encontram e podem refletir sobre seus contextos, principalmente quando se trata do que podem (re)fazer. Quanto mais o ser humano exercita o diálogo e seu potencial comunicativo, mais se torna capacitado para intervir na realidade e para entender que sabe e que esse saber vai muito além de apenas “saber”, visto que consegue compreender que sabe, mas também entende quando não sabe. Nesse vaivém de aprendizados e experiências, as pessoas refletem juntas sobre o que sabem e o que não sabem e são impulsionadas a agir criticamente em favor de transformações pessoais, sociais e familiares (SHOR; FREIRE, 1986).

Ao nos comunicarmos, no processo de conhecimento da realidade que transformamos, comunicamos e sabemos socialmente, apesar de o processo de comunicação, de conhecimento, de mudança, ter uma dimensão individual. Mas o aspecto individual não é suficiente para explicar o processo. Conhecer é um evento social, ainda que com dimensões individuais. O que é o diálogo, nesse momento de comunicação, de conhecimento e de transformação social? O diálogo selo o relacionamento entre os sujeitos cognitivos, podemos, a seguir, atuar criticamente para transformar a realidade (FREIRE, 1986, p.65).

É nesse contexto em que a TCI, como prática inclusiva, insere-se em um processo educativo que toma como base as concepções freireanas, sob o ponto de vista de admitir que o diálogo é uma condição essencial à existência humana, “no sentido de que existir humanamente é expressar o mundo e modificá-lo. O mundo “pronunciado” se volta problematizado para os sujeitos “pronunciantes” e, gradualmente, passa a exigir deles um novo “pronunciar”. Assim, na TCI, o diálogo oportuniza o encontro entre os participantes para que, juntos, possam compor um processo reflexivo que valoriza o dito e o não dito, o que sabem e o que não sabem, de modo a gerar saberes articulados em uma esfera coletiva (ZANIOLLO; SENE, 2011, p.321).

É nessa circularidade gerada na TCI que os participantes se refazem e agregam sentidos às suas vidas a partir de uma compreensão sistêmica das relações onde as partes desconectadas passam a ajustar-se, trazendo à tona evidências e razões para que essas pessoas possam reordenar e serem reordenadas reciprocamente pelo sistema familiar e todos os outros macro e microssistemas do qual faz parte.

A TCI gera mudanças de atitude porquanto oferece um espaço de diálogo de que seus participantes não dispunham, além de criar um universo convergente de reflexões particulares.

Mesmo que existam ou não outros mecanismos, a TCI disponibiliza uma conformidade pública de interações em que as pessoas têm direitos, e seus valores e sofrimentos são respeitados, o que gera um sentimento de pertença e de inclusão social que é comum a todos os indivíduos (GIFFONI, 2008).

É preciso, então, que haja compromisso para instaurar um diálogo transparente e direto, produtor de uma comunicação legítima que possa minorar os desafios existentes nas relações. Assim, a TCI estimula, de modo pertinente, a construção e a preservação de um diálogo claro, despido de preconceitos (SILVA, 2009). Então, considerando a necessidade de implementar mudanças nas relações que constituem a posição do sujeito no sistema familiar, na categoria a seguir, serão discutidas as transformações apresentadas pelos familiares que lidam com o sofrimento psíquico depois de participarem das rodas de TCI.

4.4.3 Categoria 3: Mudanças nas relações que constituem a posição do sujeito no sistema familiar

A categoria 3, denominada de **Mudanças nas relações que constituem a posição do sujeito no sistema familiar**, formada de 38,6% dos STs, aborda as principais mudanças adotadas pelos familiares que convivem com o parente em sofrimento psíquico, as quais caracterizam a conquista de novos papéis sociais que os levaram a proporcionar um cuidado diferenciado e a assumir atitudes facilitadoras de relações positivas a partir das rodas de TCI.

Considerando que o papel da família é carregado de sentidos que se constroem no convívio com o sofrimento psíquico, o despertar desses familiares para a necessidade de acolher e de dar atenção ao sujeito com transtorno mental é crucial para que possam visualizar suas potencialidades e competências. Nesse sentido, é indispensável que os familiares possam assumir a posição que lhes cabe no sistema familiar, para que as relações sejam estruturadas numa perspectiva de interações afetivas e sociais comprometidas com o ato de cuidar e com a construção de sistemas de convivência harmoniosos.

Para isso, a família deve ser estimulada a problematizar o olhar que destina ao ente “adoecido”, porque os sofrimentos e as experiências vivenciadas devem ser ressignificados no meio familiar, com o empenho de todos, para desenvolver habilidades no sentido de observar, perceber, envolver-se e transformar paradigmas dentro de si, visando criar uma nova realidade em relação às lacunas oriundas do sofrimento psíquico. Portanto, o familiar cuidador carece de espaços onde possa lidar com esses diferentes domínios do cotidiano e que influenciem

diretamente a aceitação de si e do outro nas relações de vulnerabilidades geradas a partir da coexistência com o transtorno mental.

Assim, a TCI é uma prática que pode contribuir e produzir resultados positivos, ao possibilitar um movimento de reflexão que conduz ao discernimento, à construção e ao fortalecimento de vínculos, em que as pessoas se reencontram e têm seus sentimentos ressignificados em relações de afetividade e de respeito (FERREIRA FILHA; LAZARTE; BARRETO, 2015). A TCI coopera para resolver situações provocadoras de estresse, descrença, solidão e insegurança, que representam a “síndrome da miséria psíquica”, caracterizada pela falta de confiança em si mesmo, no próximo e no amanhã. Nessa condição, o indivíduo é destituído de virtudes como amor próprio e autoconfiança e se sente fragilizado e desvalorizado pela família e pela sociedade (BARRETO, 2008).

Nesse ínterim, a TCI potencializa a criação de vínculos, fomenta mudanças pessoais e coletivas e fortalece competências individuais, que se estendem às comunidades e aos grupos sociais, em um processo de catarse e de pertencimento contínuos. Os participantes se recriam em uma atmosfera de ressignificação e reconstrução de identidade que os liberta do sofrimento e leva-as a assumir outro posicionamento nas experiências de adversidade (FERREIRA FILHA; LAZARTE; BARRETO, 2015).

Quando eu ouvia as outras histórias na Terapia Comunitária, eu pensava nas minhas e pensava no meu comportamento [...] aquilo me dava uma direção, a Terapia Comunitária me ajudava a achar uma direção. Porque eu ficava insegura sem saber se estava agindo certo e não conseguia organizar minhas ideias. (F9)

Hoje eu me sinto satisfeita porque, mesmo com as dificuldades, ainda tenho condição de cuidar da minha filha, porque percebi na Terapia Comunitária que a gente nasceu para cuidar uns dos outros, para se ajudar. (F1)

Hoje eu me sinto muito bem [...] aquele peso que tinha em cima de mim, que muitas vezes ficava o peso na consciência, o coração apertado, hoje não tenho mais, graças à Terapia Comunitária. Minha mente está limpa, tranquila e meu coração também. (F6)

As falas dos participantes revelam satisfação com a TCI na medida em que se sentem acolhidos por um grupo que valoriza suas histórias de vida e enaltece o poder resiliente de cada um. Ao se enxergar nas experiências dos outros e ouvir os testemunhos de superação, passam a reconhecer suas capacidades de enfrentar as dificuldades relacionadas ao sofrimento psíquico. Nesse jogo de constante intercâmbio, os familiares são estimulados a revisitar seus pensamentos e a refletir sobre suas funções no cuidado com o ente em sofrimento psíquico.

Esse processo reflexivo incita uma vontade de mudar suficiente para que ocupem outros papéis e assumam outras atitudes que possam trazer respostas significativas para os contratemplos experimentados na rotina diária do sofrimento psíquico. Assim, o disparar dessas sensações pode se relacionar ao empoderamento conquistado em cada roda de TCI, pois os participantes se sentem seguros para tomar decisões com uma fortaleza que é alimentada coletivamente.

Você muda em tudo com a terapia, você acaba aprendendo muita coisa que faz parte do seu dia a dia, mas que não exercitava. A Terapia Comunitária contribui porque você acaba tendo outra visão do seu dia a dia, da sua vida [...] que antes você não parava para analisar e que depois você começa a ver a situação de outra forma, aí consegue mudar. (F10)

Eu me sentia fortalecido ali como uma família, porque o transtorno mental mexe tanto com a nossa vida que é difícil parar um pouco. E ali na Terapia Comunitária a gente parava e adquiria experiências junto com outras famílias. Então, em um momento de crise, a gente hoje para e pensa: “Não... vamos por aqui”. Então a gente passou a fazer uma análise melhor de cada situação para tomar a atitude mais correta. (F5)

A Terapia Comunitária fez com que eu entendesse que cada caso é um caso e isso abriu minha mente para compreender e mudar a realidade que estou vivendo. (F3)

Os trechos acima apontam que os familiares alcançaram uma racionalidade transformadora instigada pelo diálogo promovido nas rodas de TCI. A existência de problemas e de objetivos comuns possibilita uma análise cautelosa da realidade experimentada no cuidado com o ente em sofrimento psíquico. Os participantes parecem encontrar nas falas dos demais as respostas necessárias para oxigenar uma esperança adormecida e uma frustração crônica. Aquele movimento de partilha anuncia o ponto de partida para a mobilização, para o empoderamento e para a implicação efetiva de cada participante no sistema familiar.

O empoderamento é conquistado quando o sujeito entende que tem poder para agir e aptidões em momentos desafiadores. Nesse processo, ele se reencontra e identifica atributos pessoais, juntamente com seu poder mobilizador que o remove de uma posição de permissividade e tonifica essa descoberta fazendo com que seja impulsionado a mudar. Desse modo, reconstrói-se e se encoraja para enfrentar as situações de risco (FERREIRA FILHA et al., 2012).

Lazarte (2012) entende que a mobilização social facilitada pela TCI une os indivíduos envolvidos em um movimento de horizontalidade, sejam domésticas, dependentes químicos,

pessoas com transtornos mentais, trabalhadores rurais, doutores etc., visto que todas trazem situações e sofrimentos a serem partilhados visando à superação. Assim, essa prática atua como um recurso para desmanchar barreiras que distanciam os indivíduos, fragilizam as relações e dificultam as trocas afetivas, proporcionando meios para que seus participantes cresçam e se empoderem reciprocamente.

Gradativamente, o sujeito passa a enxergar o outro com novas lentes, independentemente de sua condição financeira, de seu status social, de etnia ou de gênero, respeita a diversidade e reconhece que cada um traz consigo uma riqueza cultural, de valores ou experiências de vida que podem ser úteis ao próximo, visto que ninguém sabe mais ou menos, mas tenta compreender bem mais a si mesmo. Os participantes passam a se espelhar nos outros, pois se veem neles, e isso gera laços de identificação e empatia que favorecem a inclusão e a adoção de uma nova consciência social (LAZARTE, 2012).

Antes eu era tão frágil, me achava tão pequena e incapaz [...] hoje eu me acho mais segura [...] medito sobre tudo que a gente conversava e discutia na Terapia Comunitária, aí começo a pensar na vida, e isso me deixa mais segura, me ensina a ter mais responsabilidade e cuidado com meu esposo. (F2)

A Terapia Comunitária ajudou bastante a gente a enxergar a nossa vida [...] porque, às vezes, a gente acha que o mundo vai acabar para você e acha que a família todinha tem que seguir o mesmo caminho. (F6)

Hoje eu me sinto feliz, porque, na Terapia Comunitária, nós aprendemos um com o outro. Você aprende em um conjunto social, ou seja, você aprende com aquele que é doutor na maior instância do mundo, como você aprende também com aquele que não sabe de nada do campo científico. (F5)

Nunes e Silva (2011) entendem que, como a família é uma entidade que atua em conjunto e individualmente em seus constituintes, também é influenciada por seus membros, já que são pessoas que carregam particularidades e atributos próprios. Por se tratar de um complexo dinâmico e sistêmico, os indivíduos estão ciclicamente (re)assumindo papéis, e seu comportamento sofre interferências das funções e dos valores que assumem. Por conseguinte, as famílias precisam lançar mão de artifícios que estimulem a força que têm para ampliar o autocontrole e construir relações consolidadas no diálogo e na estima. Contudo, muitas vezes, seus componentes não apresentam estratégias resolutivas para lidar com os conflitos, e isso desencadeia aflições e sofrimento. Então, precisam de sujeitos engajados e comprometidos em restaurar e manter a instituição familiar com subsídios que instrumentem vinculações sociais por meio da amizade, do respeito, da espiritualidade, do lazer, da comunicação efetiva, da

participação em grupos comunitários de apoio, entre outros recursos que garantam esse suporte (NUNES; SILVA, 2011).

Para isso, as pessoas devem “aprender a ser”, para que possam (re)construir sua personalidade e aumentar a capacidade de agir com autonomia, sabedoria e responsabilidade social. Esse processo representa um exercício de autoconhecimento, por meio do qual o sujeito busca se conhecer e desenvolver um compromisso voltado para si mesmo e para o próximo. Assim, é preciso refletir sobre a necessidade que as pessoas têm de exercitar o autocontrole e o autoconhecimento no contexto familiar, para que acreditem que o diálogo e o cuidado são fundamentais para a resolução de conflitos (MARTINS et al, 2007).

Ressalte-se, contudo, que, para que isso aconteça, na TCI, os familiares são incentivados a resgatar lembranças e qualidades latentes e decisivas a partir da corrosão das relações desencadeada pela carga do sofrimento psíquico. Quando suas memórias são despertadas, as pessoas encontram em suas raízes o reforço de sua identidade e a força propulsora que estava reprimida e são conduzidas a um novo entendimento acerca do transtorno mental, conforme se verifica nestes trechos:

Na Terapia Comunitária, quando diziam uma palavra ou contavam uma experiência, isso me fazia refletir, pensar [...] me levava a mudar de planos sem saber e me salvava porque ouvia palavras que edificavam [...] hoje o que a gente vê são pessoas falando palavras que matam o outro. (F5)

Eu achei fantástica essa ideia da Terapia Comunitária [...] adorei! Me ajudou bastante, no sentido de entender melhor a minha filha, que antes, eu não achava que fosse importante. Eu pensava até que tinha tantos problemas, mas pude ver que minha filha é uma bênção! (F3)

Depois da TCI, me sinto mais leve, muito mais leve! Acho que despertei para enxergar muitos “monstrinhos” que estavam guardados e que pude colocar para fora. Como eles saíram, deixaram de me perturbar [...] isso me fez um bem que eu nunca imaginei que poderia ser feito. (F9)

As falas de F3, F5 e F9 remetem à ideia de libertação a partir do contato e da aproximação desses familiares com um universo adormecido e causador de conflitos. Ao partilhar experiências e ouvir as histórias dos outros participantes, traziam a situação para si e desenvolviam uma espécie de olhar crítico que restaurava o vigor e a satisfação na procura por caminhos que podem ser percorridos. Para Lazarte (2012), na TCI, a pessoa se enxerga, reconstrói sua identidade e retorna a si e ao que sempre foi, o que representa um avanço para alguém que se perde em meio aos desafios cotidianos.

À medida que esses familiares se empoderavam e fortaleciam a autoconfiança, conscientizavam-se de que deveriam se emancipar e colocavam em prática o aprendizado adquirido nas rodas de TCI, mediando, com consciência, o ato de cuidar, em que a intencionalidade das ações os auxilia a adotar atitudes inclusivas e participativas.

Como depois da Terapia Comunitária comecei a me sentir melhor, mais tranquila, passei a confiar mais nele [...] mando ele comprar tapioca, sair de casa, passear [...] agora confio mais. (F2)

Depois que comecei a participar das rodas, comecei a ver que eu podia colocar minha filha para fazer alguma coisa. Antes, isso não acontecia, porque eu fazia tudo! Mas hoje, não. Entendi que ela também pode e deve fazer por ela. Hoje vivo mais para mim, para minha família. (F8)

A Terapia Comunitária me ajudou a diminuir essa preocupação excessiva que tinha com minha filha. Hoje eu vejo ela mais solta e com mais segurança nela mesma. Tinha perdido a noção do tempo, vivia mais a vida dela. Hoje até mais bonita eu estou andando. Fiquei bem bonita, soltei meu cabelo, arranjei um brinco. Disseram que eu estava chique! (F6)

Antes da Terapia Comunitária, eu não confiava em deixar minha filha sozinha. Hoje vejo que ela tem muita autonomia. Antigamente eu ficava muito ansiosa, hoje dou as costas e confio, porque também me empoderei. (F3)

A TCI, ao suscitar o poder resiliente de seus participantes, auxilia-os a retomar funções abandonadas, como, por exemplo, o papel de dona de casa, mãe, esposa, profissional, dentre outros que são abdicados em razão das demandas de cuidado. Nessa abstenção de ofícios, o familiar se anula e trava uma luta que o impede de enxergar a realidade. Isso reflete diretamente na maneira como age, na natureza de suas decisões e nas estratégias que utiliza para enfrentar as situações corriqueiras que a vida em sociedade lhe impõe.

Em contrapartida, quando o familiar se transforma, e seus papéis sociais são (re)definidos, transmite suas descobertas e entendimentos ao ente em sofrimento psíquico, fazendo com que ele também vivencie experiências de mudanças capazes de influenciar o gosto pela vida. Nesse encadeamento de metamorfoses que se dissemina de forma sistêmica, outros familiares percebem as transformações e querem também conferir *in loco* como aquela rede de relações é tecida.

Quando percebia o jeito que minha mãe chegava em casa e falava da Terapia Comunitária e dizia o quanto era bom, isso me despertou a curiosidade. Aí eu disse: “Eu vou”. Quando eu cheguei lá, foi muito mais do que eu mesma esperei, aí pronto! Me apaixonei! (F10)

Eu comecei a trazer minha esposa porque sabia que a Terapia Comunitária ia ajudar ela, assim como vinha me ajudando. Ela dizia que eu estava mudado e que precisava disso também. (F5)

Na TCI, as situações são compreendidas de modo sistêmico, agregando todos os fatos que compõem determinada realidade, o que faz com que seus participantes repensem a trama diária da vida. Assim, são levados a analisar cada circunstância, com um enfoque que é seu, mas também é do outro. Nesse movimento, eles se enxergam como partícipes do próprio contexto e devem desvelar os sentidos e as relações que ali existem, que podem ser de afetividade, hostilidade ou sofrimento (LAZARTE, 2012). “E é nesse ciclo que a TCI se fortalece, contornando as circunstâncias que foram e poderiam ser ainda mais negativas, fazendo emergir uma nova consciência que oportuniza descobertas, transformações e libertação consolidadas na práxis libertadora de Paulo Freire” (CARVALHO et al, 2013, p.2034).

Ancorada nos pensamentos de Paulo Freire (2001), entendo que essa retomada de consciência ocorre por meio do diálogo representado pela união de pessoas inseridas em uma realidade que é mediada por processos de criação e recriação, ação e reflexão, em que elas encontram seus valores em ações que envolvem humildade, aprendizado, amor e fé. Nesse encontro existencial, perpassam sua concepção de mundo e assumem uma compreensão epistemológica indissociável da práxis transformadora que envolve os seres humanos.

Para Lazarte (2009), a TCI e o legado de Paulo Freire são semelhantes entre si, porque partilham princípios comuns, como o da **autonomia** do sujeito, o da **horizontalidade** do saber, o da **educação como prática de liberdade** e o da **incompletude** do ser humano. O atributo da autonomia considera o sujeito como responsável por conceber seu próprio caminho, de maneira desprendida e consciente, contornando obstáculos e reconstruindo um novo destino; a horizontalidade do saber denota que cada pessoa é dotada de um saber que lhe é peculiar, que constitui uma riqueza construída com base nas experiências e nas histórias de vida de cada um; a característica libertadora da prática educativa remete à ideia do saber/conhecer para se apropriar, problematizar, idealizar e transformar a realidade em que se vive, evidenciando um papel político e pedagógico que faz do ser humano um mestre e, ao mesmo tempo, um aprendiz que constrói o próprio conhecimento; a incompletude do ser humano se refere ao processo dinâmico e contínuo de mudança operado pelo próprio sujeito, mas que reflete em todo o seu sistema de relações em um contexto onde o indivíduo se mostra e se reconhece como um ser inacabado.

Nesse sentido, André (2016) afirma que, quando as pessoas assumem o controle de si e de suas atitudes, são capazes de eleger o melhor caminho a seguir, a melhor estratégia a adotar, agindo com clareza e responsabilidade no momento de advogar em favor de suas decisões e escolhas. Assim, quando exercem sua cidadania com autonomia, sentem-se progressivamente em liberdade para enfrentar as barreiras políticas e econômicas que encontram.

Trazendo essas reflexões para este estudo, entendo que, ao participar da TCI, os familiares encontram oportunidades para repensar sua relação com o ente em sofrimento psíquico. No entanto, essa compreensão só é possível com a certeza de mudança e o crescimento pessoal.

Agora eu faço a minha parte, mas de outra maneira. Hoje eu me sinto muito bem, porque eu não sabia nem o que era a Terapia Comunitária. Hoje, ela me fez enxergar muitas “verdades”. E eu penso nisso todos os dias. (F8)

Depois da Terapia Comunitária, eu deixei de ter medo de muita coisa. Hoje já deixo meu filho sair, ele já sai [...] vê que confio e quero que ele tenha coragem. Antes de ontem mesmo, ele pegou meu carro e já foi buscar cigarro [...] coisas que ele não fazia. (F9)

Depois da TCI, eu venho mudando muito. Me sinto melhor para cuidar e amar meu filho, porque achei que fiquei mais calma e tranquila para ajudar ele. (F7)

Eu mudei, e isso mudou ele também. A parte dele não sair de casa mesmo foi um trabalho de formiguinha. Não queria fazer nada, nem sair de casa. Hoje já faz tanta coisa. Eu sei que ainda preciso mudar muito, mas, todo dia, consigo um pouco mais. (F10)

Os trechos acima revelam que os familiares comprehendem e reconhecem que estão inseridos em um processo de transformação que os possibilita acessar visões de mundo diversas, ampliando gradualmente os horizontes existentes no campo das relações que envolvem o sofrimento psíquico do ente. Essas novas atividades mentais adquiridas pelos participantes das rodas de TCI fazem com que encontrem outros sentidos e possibilidades no ato de cuidar.

Essas transformações se coadunam com a ideia de “inacabamento do ser humano”, proposta por Paulo Freire e realçada na TCI por Adalberto Barreto, que está diretamente relacionada à consciência que o sujeito tem de ser alguém que não atingiu sua completude, mas que se modifica diariamente para tentar acertar. Essa necessidade constante de aprimoramento é uma peculiaridade intrínseca à própria vida. Em todo ser vivo, existe uma inconclusão, mas somente os homens conseguem conscientizar-se dessa condição. Essa

apropriação se dá por meio da comunicação, da linguagem, das crenças e dos valores que se estabelecem de maneira profunda e que garantem ao ser humano a potencialidade para discernir, transpor obstáculos, analisar e refletir acerca de padrões sociais. Então, desenvolver e aprimorar essa prática é o que faz o ser humano um sujeito capaz de interferir no mundo e receber seu *feedback*, ou seja, a noção de consciência e de mundo acontece de modo simultâneo (FREIRE, 1997; BARRETO, 2008; GIFFONI; SANTOS, 2011).

Desse modo, a TCI aguça em seus participantes a capacidade de encontrar alternativas por meio das quais possam enfrentar as angústias e as dores que partem de uma realidade díspar, de vulnerabilidade social e pessoal, que promovem desigualdades e segregam os menos privilegiados porquanto robustecem os mais poderosos (CORDEIRO et al, 2013).

Para Giffoni (2008), a TCI representa uma abordagem destinada às “patologias” que germinam do preconceito, da indiferença com o sofrimento, do desrespeito, do desamparo e da pobreza afetiva e econômica. Assim, é considerada uma tecnologia que se empenha em desconstruir uma cultura hegemônica e opressora, pois, nas rodas, todos são importantes, valorizados e têm vez e voz. Ao se constituir como um recurso gerador de aprendizados, o ser humano é conduzido ao empoderamento por fazer e ser parte de uma rede em que troca experiências com os participantes que lhes despertam identificação.

Assim, considerando que uma rede não se estrutura de maneira hierárquica, a TCI contribui para exaltar o menos privilegiado em várias perspectivas, seja no tocante à miséria, à escolaridade, à deficiência, à religiosidade, à orientação sexual, todos são reconhecidamente iguais e cidadãos de direito. Respeita-se a diversidade e se acolhem as singularidades, visto ser um espaço de inclusão social (GRANDESSO, 2014). Para a mesma autora, o sofrimento contínuo infere nas pessoas um sentimento de ausência de si que as torna alheias aos próprios problemas, como se a situação fosse irreparável. O cotidiano desafiador passa a ser visto sob um enfoque de passividade e como uma sentença a ser suportada, e não, como uma realidade a ser transformada. E na TCI, os participantes ao escutar as histórias de outras pessoas em um contexto de insatisfação e de descontentamento, os participantes também são acionados a se indignar e a encontrar as próprias estratégias de enfrentamento, pois, conforme Barreto, “só se reconhece o que já se conhece”. A dor do outro reflete na história de quem vivencia conflitos semelhantes, mas que se vê preso em um contexto dominador. Ao vislumbrar a possibilidade de mudar, o sujeito começa a mobilizar suas forças e a desenvolver sua capacidade resiliente.

Giffoni (2008) reforça que o nível de resiliência pode ser ampliado com duas condições: a primeira diz respeito ao aumento de atributos internos e externos subsidiados

pela ressignificação da autoimagem negativa e da troca de experiências, e a segunda, à aplicação desses atributos com vistas a empoderar e auxiliar as pessoas a tomarem decisões com lucidez. Assim, a resiliência é estimulada a partir do conhecimento gerado no coletivo das rodas de TCI, o que leva seus participantes a construírem impressões positivas de si mesmos rumo à visão de um novo projeto de vida. Os trechos abaixo reforçam a conquista de uma aptidão resiliente por parte dos familiares:

Hoje eu me sinto ótima, me sinto mais forte ainda! Depois desse grupo e da Terapia Comunitária parei de ir até para a terapia particular que eu fazia porque já me sentia super bem com as rodas. Estar com outras pessoas que viviam o mesmo que eu, para mim era melhor. (F3)

Hoje eu me sinto mais preparada para cuidar da minha filha, já penso mais antes de agir, reflito, vejo o que eu posso fazer e o que eu não devo fazer. (F8)

Esse grupo da TCI para mim é uma família. Hoje eu me sinto mais segura para resolver algum assunto que aparece, eu tenho mais jogo de cintura e cuidado para agir. (F9)

As falas desses familiares fazem referência às mudanças experimentadas depois de (re)conquistarem um novo papel social motivado pelo suporte oferecido na TCI, além do sentimento de pertença advindo do grupo, componentes que ajudam a formar a competência resiliente de cada participante. Nesse sentido, ressalto a fala de F3, em que a entrevistada revela ter abandonado as sessões de psicoterapia que frequentava, porque sentia que tinha encontrado no grupo e na TCI o apoio e a força que buscava para lidar com as dificuldades do dia a dia. Essa autoavaliação positiva consolida ainda mais o crescimento interior e o senso de coerência desses sujeitos e representa uma extensão compartilhada da força e da superação despertadas coletivamente ao longo das rodas.

Na TCI, a força, a sabedoria e o conhecimento pulverizados passam a circular naquele ambiente, e as experiências vão cedendo espaço para que as estratégias de enfrentamento sejam partilhadas com alteridade, em um horizonte de ordem intersubjetiva que esbarra na realidade de outros participantes. Assim, ao refletir sobre suas vidas, revelam características comportamentais e de superação que podem representar o “estender as mãos” e o reforço positivo necessário àquele familiar que sofre. Nessa perspectiva, elaborei um quadro com as principais estratégias de superação evocadas a partir de cada roda de TCI, conforme segue:

Quadro 4 – Estratégias de enfrentamento e de superação por roda de TCI

Roda de TCI	Estratégias de superação
Roda 1	<i>Leitura da Bíblia; apostar na fé; unir-se à família e decidir recomeçar em meio às dificuldades.</i>
Roda 2	<i>Aceitar a realidade e administrar as limitações de acordo com seu estilo de vida; fazer o melhor para a família e para o bem comum; entregar os problemas e confiar em Deus.</i>
Roda 3	<i>Criar coragem para reagir mesmo contra sua vontade; decidir “começar a viver”; mudar o visual, olhar para si; se divertir e buscar um amor.</i>
Roda 4	<i>Encarar a realidade como ela é; respeitar o ritmo do filho e pedir forças a Deus; buscar apoio em trabalhos comunitários e sociais.</i>
Roda 5	<i>Buscar forças para assumir responsabilidades; enxergar o lado bom da vida e o que Deus proporciona; agir com cautela, pedir sabedoria a Deus e respeitar o valor da família.</i>
Roda 6	<i>Buscar um maior apoio na família; participar de grupos comunitários; dividir os cuidados com outras pessoas significativas; sair de casa para desopilar e ocupar-se com outros afazeres.</i>
Roda 7	<i>Recomeçar uma nova vida; passar a dizer “não” e cortar o mal pela raiz; priorizar o diálogo e envolver a família nos cuidados.</i>
Roda 8	<i>Ter fé em Deus e paciência; buscar forças e enfrentar as dificuldades a qualquer custo; respeitar os limites da pessoa em sofrimento psíquico; ser paciente e compreensivo.</i>
Roda 9	<i>Entregar nas mãos de Deus; agir com clareza e lucidez; oferecer amor e compreensão; ter paciência.</i>
Roda 10	<i>Buscar apoio profissional; conscientizar a família; envolver outros familiares no cuidado; se valorizar e se cuidar.</i>
Roda 11	<i>Ofertar amor e carinho a quem discrimina; ter desprendimento para viver uma nova vida; conscientizar por meio do diálogo e respeitar o espaço dos outros.</i>
Roda 12	<i>Buscar forças na família e em Deus; encontrar serenidade e sabedoria para amadurecer; buscar viver com amor e carinho; evitar pensar no problema para não “enlouquecer”; descentralizar as responsabilidades; envolver-se em outras atividades; buscar força e apoio nas amizades.</i>

Fonte: Dados da autora - 2016

Para Guimarães e Ferreira Filha (2006), é fundamental reconhecer as mudanças e as superações ocorridas na vida dos participantes da TCI, pois essa identificação contribui para fortalecê-la como uma prática de cuidado que promove implicações positivas na vida dessas pessoas, com base na escuta da história do outro e na conquista do empoderamento.

A expressão empoderamento tem uma dimensão transformadora e pode ser conceituada como a possibilidade de alguém se realizar. Um sujeito empoderado é aquele que é ativo, que empreende com autonomia as modificações condutoras do seu avanço e fortalecimento. Empoderar pressupõe conquistar, evoluir, e não, somente, praticar a solidariedade e a bondade (como implica o termo inglês *empowerment*), pois, dessa forma, o sujeito ocupa o lugar de objeto passivo (VALOURA, 2005; SCHIAVO; MOREIRA, 2005).

Na TCI, ao conhecer as maneiras como outros participantes conseguiram destinar resolutividade aos desafios, as pessoas começam a refletir sobre si mesmas e sobre o mundo, expandem os horizontes de compreensão, orientam ativamente sua consciência para questões que consideravam desmerecidas de atenção e passam a pô-las em evidência em um movimento de ressignificação e empoderamento. Nesse ínterim, o evidenciado torna-se significativo, e o indivíduo o transfere para um cerne de mudança particular, encorajado por um processo de interação gerado no campo coletivo (CARVALHO et al, 2013).

Apesar de existirem outras intervenções e práticas voltadas para a realidade do sofrimento psíquico, o familiar cuidador sente a necessidade de se inserir no processo terapêutico e de também ser cuidado em um ambiente onde possa ser compreendido juntamente com os nós que lhe afigem. E como a TCI é um espaço onde as histórias de um ecoam na vida do outro, os familiares se sentem aceitos e apoiados.

De modo distinto de outras intervenções terapêuticas que estimulam a submissão e a obediência, a TCI gera codependência ao incentivar a autonomia, a atitude de emancipação e o empoderamento. Contudo, não deve estar voltada apenas para prestar assistência, mas também para dar um suporte instrutivo para a vida, em que as pessoas renovam e desenvolvem qualidades para viver em comunidade, dentro dos diversos subsistemas dos quais fazem parte, e não, apenas, na roda de TCI (GRANDESSO, 2004).

A gente sentia falta de algum recurso que pudesse nos dar um apoio, além da Medicina, da Psicologia, do PASM e outros hospitais. A gente percebia que, em vários momentos, não podia recorrer a outros recursos. E quando nós chegamos na Terapia Comunitária, nós adquirimos experiência e bagagem para lidar com isso. (F5)

Antes da Terapia Comunitária, eu já tinha feito tudo que era de terapia, mas sentia que faltava alguma coisa. Agora sim, com a Terapia, eu posso dizer que funcionou! (F3)

Os familiares que participam da TCI saem enriquecidos de afeto, coragem e diferentes de como entraram. Mesmo que não pronunciem uma palavra sequer, alguma coisa muda em

sua vida. E é essa mudança que transforma a maneira como se veem e ao mundo. Ao se assentar nas qualidades de outros e na sabedoria construída a partir da experiência, os sujeitos são vistos como conhcedores e peritos na busca de soluções para suas dores. “Esse encontro com o outro se torna a boia que permite escapar da morte trágica, sobretudo se o gesto, a palavra de hoje encontram vestígios de atitudes positivas que no passado nos confortou, nos apoiou, nos valorizou” (BARRETO, 2008, p. 101). É nesse entremeio que se alavancam recursos fundamentais ao processo resiliente.

Assim, a TCI tem a possibilidade de estabelecer um grupo como um sistema, onde os indivíduos se unam a partir de uma trama de relações e conversações orientadas a atenuar o sofrimento, reduzir os traumas decorrentes dos conflitos sociais e promover transformações capazes de otimizar vivências permeados no respeito, no cuidado e na empatia. Nessa perspectiva, a rede que compõe a comunidade como um sistema, como no caso da TCI, é estruturada em torno dos sentidos que partem do convívio com o sofrimento cotidiano. Na TCI, essa atmosfera de “legitimização, solidariedade, respeito e compaixão, constituem um contexto para que cada pessoa possa ser reconhecida como um ser humano legítimo, independente de sua origem e suas circunstâncias (GRANDESSO, 2004, p.4).

Ademais, no tocante ao cuidado, Barreto (2016) enfatiza que não se deve esquecê-lo sob o ponto de vista da circularidade, pois é cuidando do outro que as pessoas cuidam de si. A chance de apoiar alguém não torna esse sujeito superior nem permite que ele seja devoto dos ensinamentos de outrem ou fiel a eles, mas respeita a alteridade e as escolhas de cada indivíduo. E essa diferença é a chave para compreender que cada pessoa é singular. Nesse processo, as pessoas oferecem hoje o que ganharam ontem e o que receberam hoje poderão oferecer amanhã. “Essa é uma regra inerente ao ser humano. Nascemos todos com essa carência, que nos faz ir em direção ao outro”. Hoje cuidamos, amanhã seremos cuidados. É isso que gera uma dinâmica que responde à precariedade de todo ser humano” (BARRETO, 2016, p.139).

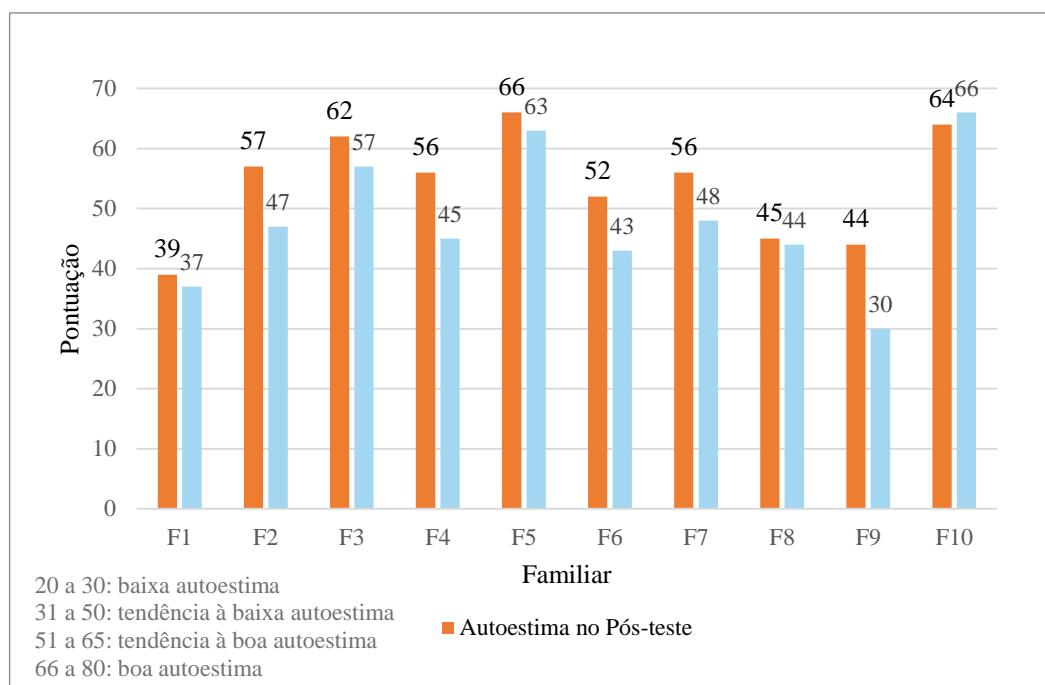
Feitas tais considerações, posso afirmar. que os familiares que convivem com a realidade do sofrimento psíquico e são conduzidos pelo potencial da TCI foram levados a atravessar limiares de significado que facilitaram a construção de redes de apoio social e vínculos afetivos, além do reforço do empoderamento e do fortalecimento da autoestima. Além disso, no quesito sobrecarga, os gráficos a seguir expressam que esse atributo, juntamente com os vínculos e a autoestima, também foi trabalhado e minorado na dimensão quantitativa depois da TCI (pós-teste), o que levou os cuidadores a desenvolverem novas

habilidades de cuidado que implicaram diretamente na inclusão social e familiar do ente com transtorno psíquico.

4.5 AUTOESTIMA, VÍNCULO E SOBRECARGA DO FAMILIAR NA FASE PÓS-TESTE: O CONTRAPONTO COM O PRÉ-TESTE

Finalizadas as rodas de TCI, procedi à etapa de reaplicação dos instrumentos de avaliação da autoestima, dos vínculos e da sobrecarga com os dez familiares que se enquadram nos critérios de elegibilidade do estudo. A seguir, apresento os gráficos resultantes da contagem final e a compilação dos resultados obtidos. Inicialmente, discuto os escores de autoestima, contrastando os resultados advindos do pré e do pós-teste.

Gráfico 4 – Demonstração comparativa da autoestima no pré e no pós-teste



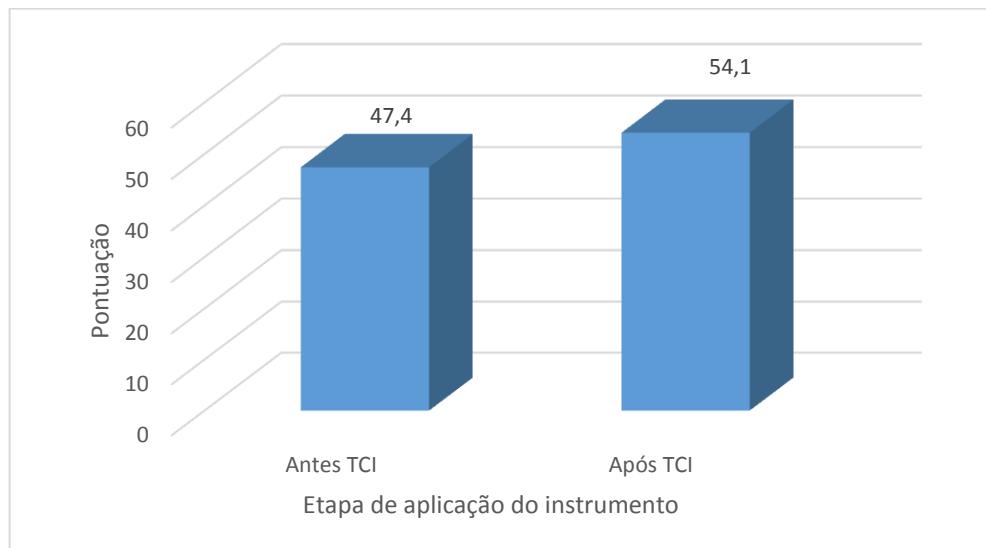
Fonte: Pesquisa direta - 2017

O gráfico 4 aponta que, dos dez familiares, nove apresentaram aumento dos níveis de autoestima. Apenas F10 apresentou uma pequena redução de dois pontos, saindo de boa autoestima para a tendência à uma boa autoestima. Dentre os demais participantes, dois, apesar de terem se mantido com tendência à baixa autoestima, revelaram uma elevação do escore; quatro avançaram de tendência à baixa autoestima para boa autoestima; um se manteve com tendência à boa autoestima, mas também aumentou sua pontuação; um migrou de tendência à boa autoestima para boa autoestima, e um passou de baixa autoestima para

tendência à baixa autoestima. Assim, majoritariamente, os achados apontaram uma ampliação quantitativa da contagem atribuída à autoestima desses participantes.

Corroborando os achados apresentados no gráfico anterior, constatei que, ao comparar os valores médios dos escores contabilizados nas fases pré e pós-teste, de fato, houve um aumento geral nos níveis de autoestima dos familiares que participaram da TCI, como revela o gráfico 5.

Gráfico 5 – Comparação dos valores médios da escala de autoestima antes e depois da TCI



Fonte: Pesquisa direta - 2017

Conforme visto nos gráficos do pré e do pós-teste, considero que a autoestima não se mostrou estática. Preto (2009) afirma que, apesar de firme e consistente, esse atributo precisa ser reforçado na perspectiva de levar os indivíduos a mobilizarem energias que possam conduzi-los a sentimentos de otimismo, valorização e confiança em si. Tendo em vista sua dinamicidade, ele é passível de crescimento, desenvolvimento e intensificação. Em contrapartida, também pode se fragilizar e desintegrar-se, levando a pessoa a questionar o próprio valor. Assim, são necessárias ações que possam trabalhá-la e mantê-la em níveis desejáveis.

Para Camarotti (2012), os problemas são determinantes do amadurecimento psicológico dos indivíduos. Discernir sobre o que se deve ou não admitir é uma atitude que requer segurança e sabedoria para refletir. Portanto, para realizar suas vontades e sonhos, as pessoas necessitam assentir as próprias qualidades e fragilidades, ou seja, ampliar a autoestima e encontrar seu potencial - a pérola que carregam dentro de si.

Com base nisso, afirmo que a TCI auxiliou os participantes a identificarem suas pérolas e pode ser utilizada como um veículo propulsor da autoestima, visto que contribuiu para elevá-la, conforme atestam os gráficos 4 e 5. Nesse processo, convém enfatizar que a análise comparativa da escala de autoestima antes e depois da TCI, por meio do teste T Student pareado, demonstrou diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,001). No que se refere à relação entre o número de rodas de que cada familiar participou e o escore de autoestima, não houve correlações estatisticamente significativas.

Como na TCI são criadas e fortalecidas teias de solidariedade, isso contribui para resgatar a autoestima de pessoas e de grupos e promover a responsabilização e o envolvimento dos indivíduos que começam a deixar de lado a permissividade, a inércia e a manipulação externa e assumem o protagonismo de suas vidas. Mas, para isso, é indispensável que o sujeito possa compreender e mediar o valor que julga ter de si mesmo para reconhecer e assumir a capacidade que tem para mudar (LAZARTE; FERREIRA FILHA, 2017).

Souza (2006) entende que o ser humano tem potencial para compreender e solucionar seus problemas e satisfazer aos próprios desejos rumo a uma vida agradável. E quando não lida com desafios e conflitos cotidianos, a potencialidade para garantir a autossatisfação aumenta. Essa é uma característica particular do indivíduo. Contudo, se enfrenta situações ameaçadoras, distorce a imagem que tem de si e passa a ser ver em risco iminente. Essa situação é encontrada na vivência do sofrimento psíquico, visto que o familiar se vê desafiado por uma realidade que não pode mudar e sente-se interpelado por sentimentos de dúvidas que põem à prova sua credibilidade e a eficácia de suas ações. Nesse processo, a autoestima fica comprometida, e ele se sente fragilizado para desempenhar seu papel de cuidador. Então, considerando que os pais são os agentes que mais exercem influência na constituição da autoestima dos filhos, têm a incumbência de contribuir para formar sua personalidade e prepará-los para serem sujeitos equilibrados e realizados pessoalmente (PRETO, 2009).

Neste estudo, a maioria dos cuidadores foi representada por genitores (pai e mães), que se depararam com a problemática do sofrimento psíquico dos filhos, e muitos deles se sentiam fracassados, cobravam muito de si e passavam a desconfiar da capacidade que tinham, o que afetava negativamente a autoestima, seus valores e comportamentos.

Sabendo que a baixa autoestima provoca no ser humano sensações de incerteza acerca de suas competências e está associada aos sentimentos de solidão, desproteção e incapacidade, a característica cíclica desse atributo interfere diretamente no sentido que a

pessoa atribui a determinado fenômeno, através de influências recíprocas. Assim, quando o sujeito tem uma autoestima elevada, encontra as forças necessárias para superar as dificuldades, melhorar suas respostas e avançar rumo à maturidade e ao crescimento pessoal (PRETO, 2009).

Nesse contexto, a TCI ao propiciar o reforço e fortalecer autoestima, proporcionou aos familiares oportunidades de melhorarem sua qualidade de vida como uma prática que os despertou para se lançarem a uma relação direta com a realidade. Os achados desta pesquisa indicam que as mediações culturais, sociais e relacionais facilitadas pela TCI produziram constructos individuais e coletivos por meio dos quais os participantes estabelecerem novos vínculos e fortaleceram os já existentes. No quadro abaixo, apresento um panorama quantitativo e comparativo dos vínculos nas fases de pré e de pós-teste.

Quadro 5 – Demonstração comparativa da quantidade de vínculos no pré e no pós-teste

Familiar	Pré-teste		Pós-teste	
	Ausência vincular (Alternativa A)	Vínculos existentes (Alternativa B)	Ausgência vincular (Alternativa A)	Vínculos existentes (Alternativa B)
Familiar 1	5	23	4	24
Familiar 2	6	22	8	20
Familiar 3	7	21	5	23
Familiar 4	11	17	9	19
Familiar 5	2	26	1	27
Familiar 6	7	21	7	21
Familiar 7	4	24	3	25
Familiar 8	5	23	4	24
Familiar 9	6	22	4	24
Familiar 10	2	26	2	26

Fonte: Pesquisa direta -2017

Dentre os dez familiares, sete apresentaram um aumento na quantidade de vínculos e uma redução na ausência vincular; dois se mantiveram no mesmo patamar, tanto no quantitativo de vínculos existentes quanto na falta deles, e um demonstrou uma redução do número de vínculos. Assim, a TCI cooperou para ampliar os vínculos saudáveis na maioria dos familiares, e os que se destacaram foram os de lazer, familiar, de apoio social 3, econômico, tecnológico 2, religioso e de saúde física.

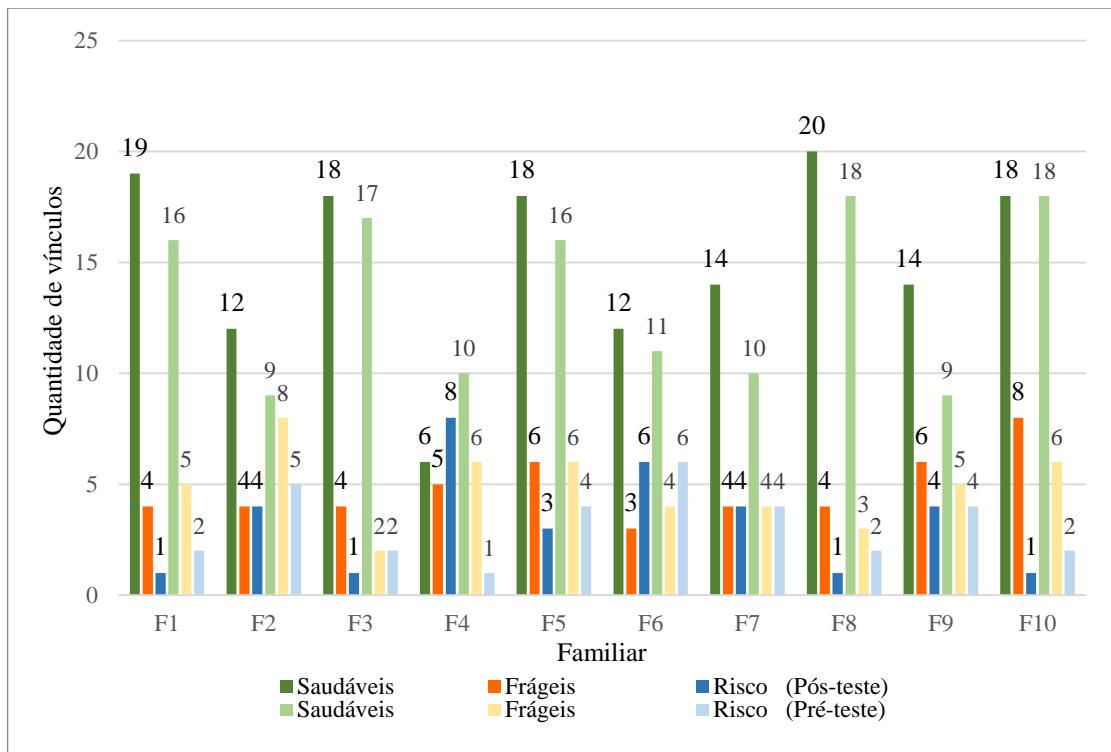
Na TCI, trabalha-se a vinculação à medida que os participantes passam a contar com sensações de pertencimento e apoio social em um sistema de identificações que conduz à solidariedade, ao respeito e à valorização dos sentimentos em um processo contínuo de integração e troca de experiências. Esse suporte, gerado nas relações que ali se estabelecem, pode ser utilizado como um aliado para a construção de vínculos saudáveis em vários contextos. Mayer (2002) defende que a presença de uma rede de apoio social fomenta o bem-estar por meio da autoestima e dos vínculos, garante subsídios para o uso de estratégias em momentos desafiadores e facilita o controle da situação, o apoio emocional e o resgate da resiliência.

Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009) asseveram que, para analisar as relações entre as pessoas, é preciso considerar uma soma de elementos que incluem os vínculos afetivos, familiares, comportamentais e sociais em que elas estão inseridas. Esses contatos inter-relacionais com os quais os indivíduos podem interagir, comunicar-se, preocupar-se e dar atenção, constituem o apoio ou suporte social. Essa definição é multifacetada e contempla vários tipos de apoio (instrumental, emocional etc.) e suas fontes (amizades, casamento, familiares, colegas, etc.), e a magnitude com que o sujeito acredita que suas demandas serão satisfeitas é uma das maneiras de identificá-lo (GOMES-VILLAS BOAS et al, 2009).

O apoio social tem sido relacionado aos níveis de saúde, porque, quando as pessoas dispõem de um elevado grau de apoio, contam com um recurso de proteção contra patologias associadas ao estresse. Diferentemente, a carência de apoio social da família, dos amigos, dos companheiros e da sociedade influencia o processo saúde-doença, e as pessoas ficam vulneráveis às enfermidades (COHEN; SYME, 1995; MARQUES et al, 2011; VALLA, 1999; DOMÍNGUEZ-GUEDEA et al, 2009). Então, a TCI é uma prática que dá respostas a essa necessidade de apoio social, ao favorecer as relações e estimular a construção e o fortalecimento de vínculos promotores de inclusão social e valorização pessoal (BARRETO, 2008).

A cada roda de TCI, era visível o quanto os familiares se aproximavam, integravam-se e se tornavam mais vinculados naquele grupo, no grupo familiar e no comunitário. Portanto, constituíam verdadeiras redes de apoio social, onde todos se valorizavam e se ajudavam reciprocamente, e usufruíam delas. A seguir, apresento o gráfico que caracteriza, qualitativa e comparativamente, os vínculos dos participantes nas etapas do pré e do pós-teste.

Gráfico 6 – Demonstração comparativa da qualidade de vínculos no pré e no pós-teste



Fonte: Pesquisa direta - 2017

De acordo com o exposto no gráfico 6, a TCI contribuiu para ampliar o número de vínculos saudáveis em oito dos dez participantes. Porém um apresentou redução de quatro pontos, e um manteve a pontuação do pré-teste. Alguns vínculos frágeis puderam ser recuperados, e alguns de risco, combatidos.

Barreto (2016) enfatiza que todo indivíduo nasce como um ser inacabado e depende, fundamentalmente, do outro para viver. Esse erro nativo, também conhecido como “precariedade sadia”, é a mola propulsora para a formação de vínculos entre seres humanos, as famílias e a sociedade. Contudo, devido ao intenso desenvolvimento econômico, alimentado por uma política neoliberal excludente, essa lógica tem produzido sofrimentos devastadores nas pessoas, tornando-as frágeis, descrentes de si mesmas e do outro, e isso compromete sua motivação para agir. Esse modelo tem trazido impactos psicossociais preocupantes, geradores de violência, segregação, egoísmo e competitividade, que fragmentam os vínculos humanos e causam uma “precariedade pervertida”, que danifica a saúde mental. Essas sensações comprometem os indivíduos, que, progressivamente, vão ficando mais vulneráveis ao sofrimento, à fragilização e ao rompimento de vínculos sociais.

Por conseguinte, é indispensável enxergar para além da angústia e da carência desses sujeitos e reforçar suas competências, para que possam evoluir a partir das dificuldades, e enaltecer e resgatar o saber individual e o coletivo que existem nas relações. Tal saber deve

ser consolidado para estimular a criação de vínculos saudáveis e solidários e uma rede de apoio para amenizar as dores dos que sofrem (BARRETO, 2013).

Com base nessas premissas, percebe-se que a TCI exerceu um efeito positivo na vida dos familiares, porquanto eles puderam trabalhar suas cicatrizes e aflições e preencher vazios afetivos que prejudicavam sua motivação para querer acertar. Assim, a TCI apontou possibilidades para que essas pessoas desenvolvessem aptidões vinculares, que delinearam transformações no convívio com o sofrimento psíquico do ente, visto que foram levadas a ampliar os vínculos saudáveis, fortalecer os já existentes e eliminar os que representavam riscos para elas mesmas e, consequentemente, para os outros.

O gráfico abaixo reforça o que foi dito, ao revelar que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p -valor = 0,004) entre o número de vínculos saudáveis antes e depois da TCI.

Quadro 6 – Comparaçāo do númerāo de vínculos antes e depois da TCI

Vínculos	Média ± DP inicial	Média ± DP final	p - valor
Saudáveis	13,40 ± 3,89	15,10 ± 4,33	0,004*
Frágeis	4,90 ± 1,72	4,80 ± 1,47	0,274
Risco	3,20 ± 1,61	3,30 ± 2,40	0,405

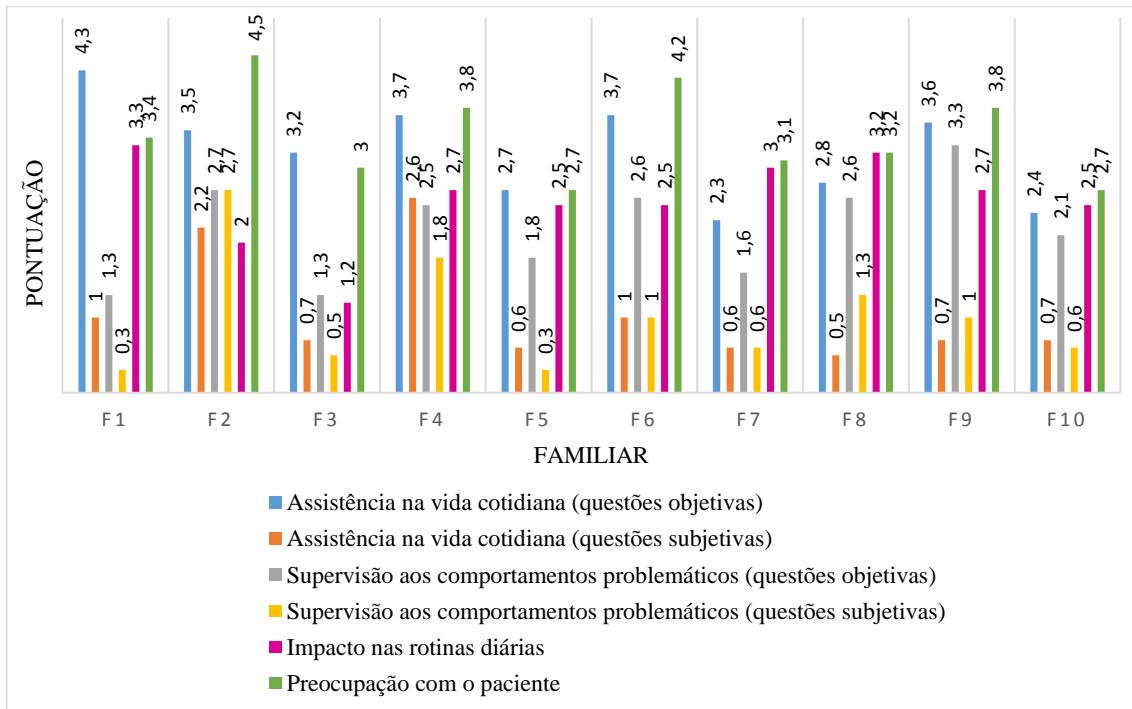
DP = Desvio-padrão. *Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Teste T Student pareado.

Fonte: Pesquisa direta - 2017

Por trabalhar com a intangibilidade e a complexidade dos sentimentos, a TCI pode reverberar na vida das pessoas, independentemente de terem participado de uma ou doze rodas, pois, quando se trata da subjetividade, remete-se a um universo que tangencia a individualidade de cada ser. Assim, no tocante à relação entre o quantitativo de vínculos formados e o número de rodas de que cada familiar participou, não houve correlação estatística entre eles.

No âmbito da sobrecarga que envolve o cuidado com o ente em sofrimento psíquico, o pré-teste revelou que os familiares, além de apresentarem prejuízos na autoestima e uma fragilização vincular, sentiam-se exauridos na tarefa de assistir o parente “adoecido”, sobretudo quando não contavam com o apoio de outras pessoas significativas ou não encontravam fontes de suporte eficazes. Nesse sentido, a TCI contribuiu para reduzir a sobrecarga dos participantes, conforme aponta o gráfico abaixo:

Gráfico 7 – Níveis de sobrecarga no pós-teste



Fonte: Pesquisa direta - 2017

Como na TCI se rompe com a verticalidade existente entre as pessoas e prioriza-se a horizontalidade das relações, esse movimento estimula o acolhimento, a valorização de cada participante, com suas experiências, e cria-se um suporte útil para quem enfrenta tribulações, para que as pessoas aliviem suas angústias e sintam-se amparadas continuamente (BARRETO, 2013).

Considerando as problemáticas apontadas nas rodas de TCI, os familiares careciam de espaços como aquele, onde pudessem minimizar as consequências de uma sobrecarga que os impedia de agir e consumia suas potencialidades. Esses cuidadores sentiam a necessidade de que seus esforços fossem reconhecidos para acreditar que estavam no caminho certo e que algo positivo estavam oferecendo ao parente com transtorno psíquico. Assim, oportunizar acolhida para as dores de quem se sentia fragilizado proporcionava um ambiente onde o afeto se concretizava, e o peso gerado pelas demandas do convívio com o sofrimento psíquico era amenizado.

Com a análise da escala FBIS-BR e as interpretações estatísticas realizadas, o constatei que houve redução nos escores de sobrecarga no grupo de familiares e que essas diferenças foram estatisticamente significativas antes e depois da TCI, visto que o p – valor foi <0,05 nas quatro dimensões (Assistência na vida cotidiana, Supervisão dos comportamentos problemáticos, Impacto nas rotinas diárias e Preocupações com o paciente), como expressa o quadro que segue:

Quadro 7 – Média, desvio-padrão e valor p dos escores das subescalas FBIS-BR antes e depois da TCI

Subescalas da FBIS	Dimensões da sobrecarga	Média ±DP Inicial	Média ±DP Final	p – valor
Parte A - Assistência na vida cotidiana	Objetiva Subjetiva	4,16 ± 1,18 1,36 ± 0,88	3,28 ± 1,48 1,39 ± 0,88	<0,001* 0,905
Parte B - Supervisão dos comportamentos problemáticos	Objetiva Subjetiva	2,58 ± 1,63 2,27 ± 1,20	2,21 ± 1,30 1,89 ± 1,16	0,029* 0,253
Parte D - Impacto nas rotinas diárias	Objetiva	3,23 ± 1,42	2,57 ± 0,90	0,010*
Parte E - Preocupações com o paciente	Subjetiva	3,86 ± 1,42	3,49 ± 1,29	0,008*

DP = Desvio-padrão - Fonte: Pesquisa direta - 2017

Os achados da pesquisa de Garrido e de Almeida (1999) demonstram que, além da realidade do sofrimento psíquico do ente, a sobrecarga experimentada pelo cuidador mantém uma relação direta com o surgimento de sintomas depressivos. E além do transtorno psíquico, a carência de suporte social, o grau de dependência do parente, a decepção com o apoio recebido de outras pessoas significativas, o excesso de tarefas relacionadas ao cuidar e os conflitos vivenciados estão associados a índices elevados de sobrecarga, o que reforça a importância de amparar o familiar na função de cuidar. Desse modo, reiteram a necessidade de se ofertarem práticas psicoeducacionais e incluir outras pessoas no cuidado, visando partilhar as responsabilidades e aliviar os desgastes que surgem com esse convívio.

Para Cardoso e Galera (2011), os dispositivos de saúde mental assumem um papel decisivo nesse processo e devem garantir uma assistência que envolva o rastreio e o alívio da sobrecarga por parte dos cuidadores, além de práticas voltadas para o desenvolvimento de habilidades para reforçar a autonomia e promover a inclusão social de indivíduos em condição de sofrimento psíquico. Para isso, é fundamental sensibilizar-se com as dificuldades do cuidador e amenizar sua sobrecarga, oportunizando estratégias facilitadoras de solidariedade e troca de experiências, para que possam partilhar suas aflições, conquistas e desafios em um movimento que desperte referências positivas e reduza o sofrimento desses familiares. Os próprios cuidadores reconhecem a importância dessas ações em seu cotidiano, na perspectiva de reduzir a sobrecarga. (SOARES; MUNARI, 2007; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012; ESTEVAM et al., 2011).

Assim, ao compreender os entraves dos familiares em relação às práticas de cuidado no campo da saúde mental, é imperativo que essa rede assistencial evolua, no sentido de

propor e implementar intervenções de suporte para os cuidadores, porque, quanto mais apoio tiverem esses sujeitos, melhor será a qualidade das relações estabelecidas, especialmente com o parente em sofrimento psíquico (NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011).

Isto posto, a TCI firma-se em uma visão de cuidado integral, como um espaço terapêutico de diálogo e de escuta que desperta em seus participantes um senso de responsabilidade e um protagonismo gerador de autonomia e de consciência na busca por soluções para os conflitos e os problemas vivenciados, o que contribui para melhorar a qualidade de vida de seus participantes (LUPARELLI; ARAÚJO, 2015).

Feitas essas considerações, reitero que a TCI possibilitou um exercício de construção e de compreensão de mundo que levou os familiares a se transformarem e a assumirem papéis sociais que favoreceram a inclusão social do ente em sofrimento psíquico. Ao terem sua autoestima melhorada, vínculos criados, outros fortalecidos e a sobrecarga reduzida, esses cuidadores puderam transitar de experiências árduas e fatigantes para atitudes de compreensão e de respeito concebidas de maneira sistêmica, em sintonia com uma relação de cuidado que favoreceu a saúde mental de todos os sujeitos envolvidos.



5 Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegar ao fim de uma travessia científica e de vida que durou quase quatro anos me remete a uma mistura de sensações, pois refletir sobre os aprendizados e o amadurecimento que permearam essa trajetória envolve retomar expectativas, projetos e sonhos. Refletir sobre o “fim” sempre é uma missão desafiadora, porquanto implica rever todo o processo. Mas, para mim, esta tese representou mais um (re)começo, quando, novamente, tive a oportunidade de me reinventar, de me (re)fazer e de trabalhar com a TCI, uma prática que sigo investigando há frutíferos dez anos.

Foram muitas as vivências que a TCI me proporcionou. De amizade, profissionais, mas, sobretudo, pessoais e humanas. Me ressignificou, estimulou-me a repensar valores e práticas e me conduziu, como enfermeira, docente, terapeuta comunitária e eterna aprendiz à tarefa de disseminá-la. Desenvolvê-la com familiares que convivem diariamente com a realidade do sofrimento psíquico foi uma das experiências mais enriquecedoras e gratificantes que vivi.

Acompanhar de perto os entraves que tangenciam o cotidiano do sofrimento psíquico numa perspectiva novo-paradigmática requer sensibilidade, especialmente quando diz respeito a um público que nem sempre tem a expressividade e a atenção que merece. E a família, devido ao seu papel de relevância, acaba sofrendo as consequências de um cenário carente de competências e de recursos para auxiliá-la no processo de cuidar, o que contribui para que se sinta fracassada, sobrecarregada e negligenciada. Assim, sua autoestima é comprometida, e muitos vínculos são rompidos ou fragilizados, o que influencia diretamente na potencialidade de cuidado e na convivência com o transtorno mental.

Por reconhecer o protagonismo da família como um dispositivo potente no tratamento e no acompanhamento do ente em sofrimento psíquico, eu concebia que seria preciso ampliar a dinâmica de interação entre os familiares e o parente adoecido, o que implicava reconstruir espaços e oferecer fontes de apoio para que pudesse resgatar as potencialidades individuais e redefinir os diferentes papéis que envolviam cada membro familiar. Ao incentivar a construção de identidades e de vínculos relacionais de pertencimento, afeto e respeito, a TCI colaborou para que os familiares abandonassem funções sociais empobrecidas por causa da sobrecarga e da carência de relações geradas pelas demandas do sofrimento psíquico e assumissem um lugar que favoreceu uma nova forma de conceber o cuidado.

Os achados do estudo demonstraram que, como os familiares também são unidades de atenção, sentiam-se fragilizados por causa das exigências relacionadas ao sofrimento psíquico. E a família, movida, sobretudo, por interesses coletivos, sofria desgastes que influenciavam todo o sistema familiar. Como encontraram na TCI um espaço para problematizar o contexto e as representações acerca do sofrimento psíquico, sua capacidade criativa e transformadora era despertada e fortalecida. Assim, conquistaram uma alteridade que revelou valores e transcendeu as marcas de uma realidade conflituosa e desgastante.

Um dos momentos mais marcantes dessa caminhada foi quando, em uma das rodas de TCI, um familiar verbalizou que se sentia “no céu”, em um espaço que nunca havia experimentado e que surgiu para suprir sua necessidade de ser escutado e compreendido livre de julgamentos, o que não encontrava no núcleo familiar e em outros segmentos da saúde. Essa fala remeteu à carência de um cuidado sensível que pudesse renovar e alimentar nesses sujeitos a autoestima, o vínculo, a valorização e o empoderamento.

Por entender que a mudança pressupunha um trabalho de imersão sistêmica no cotidiano familiar, esses participantes, por meio de um universo intenso de trocas de experiências, puderam rever comportamentos e atitudes e caminhar rumo a um amadurecimento pessoal aliado à compreensão mútua e ao respeito, adotando uma posição crítica e propositiva acerca do cotidiano vivido. E como as pessoas contam com um espaço de acolhimento e de inclusão na TCI, encontraram referenciais de ação subsidiados por relações sociais que encorajaram os familiares a reorganizarem suas vidas.

Os achados também apontaram que, como a TCI é uma prática democrática e participativa, considerou a dinamicidade existente na realidade daqueles familiares e gerou, além de mudanças internas, empoderamento e fortaleceu a resiliência dos participantes. Esses sujeitos se desviaram do foco da doença e passaram a compreender o processo de adoecer, o que foi determinante para intensificar os laços e idealizar um cuidado harmonioso em que estivessemativamente implicados.

Em meio a uma síntese de saberes gerados, as estratégias de enfrentamento partilhadas contribuíram para que os participantes repensassem seus modos de agir e retomassem papéis e responsabilidades, o que avivou as relações. A partir dessa concepção, adotaram novos padrões de interação, comunicação e comportamentos com o ente em sofrimento psíquico, o que foi determinante para as funções de cuidado e sua preservação, considerando o universo relacional e intersubjetivo do cotidiano familiar.

Nas rodas de TCI, progressivamente, as estratégias de superação partilhadas denotavam a força do crescimento pessoal, o empoderamento, o resgate da autoestima e os vínculos que eram criados e fortalecidos. Os familiares participantes reconheceram seu papel de corresponsabilização para melhorar e transformar o sistema familiar e multiplicavam essa concepção quando levavam para as rodas outras pessoas que também compunham aquele contexto, propagando iniciativas de mudança que envolviam todos os membros da família e reforçavam a ideia de interação sistêmica.

Ficou claro que, ao suscitar diferentes formas de lidar com situações cotidianas, a TCI proporcionou uma melhora na autoestima e levou os familiares a confiarem em si e na vida, a abandonar um convívio estereotipado e fatigante e a ocupar papéis facilitadores de aproximações e contatos capazes de estreitar as relações entre o familiar, o ente em sofrimento psíquico, a equipe multiprofissional e a comunidade.

O estudo também revelou que a compreensão dos familiares acerca do sofrimento psíquico pôde ser transformada na medida que atribuíam novos significados e realizavam ações e escolhas fundamentais ao convívio equilibrado da família e das relações ali estabelecidas. Esse novo posicionamento contribuiu para ampliar o reconhecimento a respeito do potencial do ente adoecido, no sentido de valorizar e de respeitar suas habilidades e seu espaço e de fomentar sua autonomia e sua inclusão social.

Outro aspecto relevante diz respeito à perspectiva de evolução do grupo, em que, apesar de se valorizar a identidade pessoal e social de cada participante, eles entendiam que seus sonhos e projetos de vida poderiam ser concretizados no dia a dia, na interação coletiva. Assim, deixavam de lado uma visão individualista de omissão e inércia acerca do transtorno psíquico na família e avançavam rumo a mudanças que refletiam diretamente no cuidado e no convívio com o ente em sofrimento.

Assim, ao contar com a TCI como uma intervenção psicossocial avançada, que trabalha os desafetos e os sentimentos do dia a dia, os familiares reagiram e se mobilizaram diante de situações que poderiam ser modificadas por eles mesmos. Ao terem sua autoestima elevada, a sobrecarga reduzida e seus vínculos fortalecidos, os participantes introjetaram sentimentos positivos que eram veiculados pelo reconhecimento do próprio valor e de seu papel no sistema familiar, pois na dinâmica do convívio é que se transformavam e se consolidavam as condições de vida.

No que se refere às situações-problemas enfrentadas, os conflitos familiares e a sobrecarga lideraram os temas expostos nas rodas, e a TCI serviu para trabalhá-los em um

universo onde os participantes se identificavam com aspectos concretos e comuns de suas histórias de vida, articulando as experiências partilhadas, a abertura ao diálogo, as estratégias de superação e o apoio mútuo como recursos que os levaram a repensar expectativas, limites de atuação, objetivos de vida e possibilidades de mudar em meio ao convívio com o sofrimento psíquico.

Então, ao comparar as fases pré e pós-teste, a pesquisa constatou, a partir das doze rodas de TCI, que 90% dos participantes apresentaram um aumento nos níveis de autoestima; 70% revelaram crescimento do número de vínculos, de modo que o número de vínculos classificados como saudáveis foi ampliado em oito dos dez participantes, e todos os familiares reduziram os escores de sobrecarga em pelo menos duas dimensões da escala FBIS-BR. Essas diferenças foram estatisticamente significativas antes e depois da TCI. Ainda no tocante aos vínculos, cabe enfatizar que os de lazer, familiar, de apoio social 3, econômico, tecnológico 2, religioso e de saúde física (contemplados no instrumento de Barreto) representaram os que mais foram construídos.

Assim, pude reforçar a tese de que a TCI, ao moderar a sobrecarga, elevar a autoestima, construir e reforçar os vínculos de seus participantes, oportunizou reflexões, no âmbito individual e no coletivo, que provocaram transformações sistêmicas capazes de promover um maior apoio familiar e, consequentemente, incluir o indivíduo em adoecimento mental na família e na comunidade.

Portanto, as questões delineadas puderam ser respondidas, e os objetivos propostos, consequentemente, foram alcançados. Contudo, convém ressaltar que algumas limitações foram encontradas no decurso da investigação. Quando me refiro às limitações, é importante esclarecer que não foram impeditivas, mas desafios que puderam ser suplantados. Uma das maiores dificuldades referiu-se às questões logísticas que envolveram a pesquisa, sobretudo em se tratando da falta de espaço físico na instituição para o desenvolvimento das rodas de TCI em dias úteis, o que justifica a escolha do sábado como o dia a ser utilizado. Inicialmente, essa ideia não agradou aos participantes, mas, depois, passou a ser o momento semanal de lazer e de cuidado dos familiares. Outro aspecto importante foi o fato de não existir grupo de familiares no serviço, o que demandou sua criação a partir de um planejamento com a equipe. Destaco, ainda, o processo inerente ao desenvolvimento da intervenção, que envolveu a capacitação, o preparo cauteloso das rodas de TCI e as demais etapas de execução, que contaram com o apoio dos discentes colaboradores.

Assim, considerando todo o caminho percorrido, ressalto que, apesar das dificuldades encontradas, foram significativos os avanços incrementados pela TCI, visto que as fragilidades e os dramas de famílias que lidavam com o sofrimento psíquico foram discutidos, visto serem para muitos de difícil enfrentamento e pouco abordadas pelo setor saúde de forma isolada.

Em síntese, ao analisar a potência da TCI na perspectiva do público investigado, elucidei sua eficácia como uma prática que facilitou mudanças nas esferas pessoal, familiar e comunitária dos participantes, visto que os resultados apontaram para interações sociais e individuais que estimularam os familiares a repensarem conceitos e a criarem espaços de convivência e de cuidado humanos e respeitosos que se difundiram sistematicamente.

Como enfermeira, pesquisadora e terapeuta comunitária numa perspectiva novo-paradigmática, essa prática me fez compreender a particularidade sistêmica das relações, identificar conteúdos emergentes, sobretudo, da dinâmica familiar e agregar aspectos emocionais e sociais à prática do enfermeiro e terapeuta comunitário com todas as suas possibilidades e desafios, ampliando o leque de alternativas e de ações de cuidado para propiciar mudanças efetivas na vida dos indivíduos. As falas dos familiares revelaram diálogos vivos, que me fizeram conhecer, além da história da doença no contexto familiar, os saberes, os desejos e as potencialidades de cada sujeito, em um movimento privilegiado que gerava ressonâncias e me levava a acessar minha história de vida, na medida que eu também me terapeutizava naquelas rodas de TCI.

Feitas tais considerações, acrescento que, ao se mostrar como uma prática voltada para trabalhar os entraves enfrentados por familiares na vivência com o sofrimento psíquico, a TCI delineou um espaço de participação e de intercâmbio social que estimulou a reconstrução de valores e contribuiu para que seus participantes se ressignificassem e se determinassem a mudar. Assim, não deve ser difundida e reconhecida somente em serviços substitutivos (como, por exemplo, o CAPS, neste estudo) ou no segmento das políticas de saúde mental, mas também em lugares onde seja necessário prevenir o adoecimento, estimular a recuperação das pessoas e operar melhorias em suas vidas.

Espero que os achados apresentados e o conhecimento produzido possam fortalecer e difundir a característica sistêmica das relações e criar espaços lógicos de reflexão para profissionais, gestores, familiares e comunidades, ao oferecer, com a TCI, um aparato instrumental por meio do qual os sofrimentos sejam ressignificados, e vidas transformadas. Que esta investigação possa alargar horizontes de pesquisa, suscitar discussões mais intensas

e novas perspectivas metodológicas para estudos que envolvam a TCI e as famílias, não apenas as que lidam com o sofrimento psíquico, mas também outros grupos de risco, oportunizando visibilidades para situações por vezes subestimadas no campo das práticas e das políticas sociais.

Por fim, retomando a ideia apontada no início dessas reflexões, desejo que este relatório de tese provoque novos (re)começos e que possa representar uma continuidade inacabada, marcada por aprendizados e descobertas que não se esgotem nesta oportunidade, mas que se renovem e se reconstruam a partir dos resultados aqui apresentados.

Referências



REFERÊNCIAS

- ADELMAN, C. Kurt Lewin and the origins of action research. **Educational Action Research**, Wallingford, v.1, n. 1, 1993.
- AGUIAR, K. F. de; ROCHA, M. L. da. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 23, n. 4, 2003.
- ALMEIDA, L. I. M. V. Teoria Freireana. **Web disco**, 2008. Disponível em: <<http://www.ice.edu.br/TNX/storage/webdisco/2008/12/19/ou...>>. Acesso em: 09 nov. 2017.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 26, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200008&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- AMARAL, D. A.; BRESSAN, C. M. F. A centralidade da família nos serviços de atendimento de pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos. **Serv. Soc. Rev.** v. 17, n.2, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/21807>>. Acesso em: 13 jun. 2017.
- ANDRADE, C. J.; FONSECA, R. M. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.3, 2008.
- ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da Terapia Comunitária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2016.
- ANDRÉ, M. **Práticas inovadoras na formação de professores**. Campinas: Papirus, 2016.
- ANDREATTA. B.; BARRETO, D. M. Saúde mental do cuidador: considerações acerca da sobrecarga vivenciada pelo familiar. Capa. **Pesquisa em Psicologia – anais eletrônicos**, 2015. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/8688/4959>. Acesso em: 16 nov. 2017.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. v. 3, n.2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200006>. Acesso em: 20 jun. 2017.
- ASSIS, S. G. **Labirinto de espelhos:** formação da auto-estima na infância e na adolescência/Simone Gonçalves Assis e Joviana Quintes Avanci. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2004.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). **Quem somos – A Abratecom.** 2015. Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/QuemSomos/Abratecom/>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

AUN, J. G.; VASCONCELLOS, M. J. E de; COELHO, S. V. **Atendimento de famílias e redes sociais:** fundamentos teóricos e epistemológicos. Belo Horizonte: Ophicina da Arte & Prosa, 2005.

_____. Família como sistema, sistema mais amplo que a família, sistema determinado pelo problema. In: AUN, J.G.; VASCONCELLOS, M. J. E de; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais.** Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2007.

BANDEIRA, M. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. **Psico-USF.** v.19, n.3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712014000300004&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 23 out. 2017.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J. Bras Psiquiatria.** v.54, n.1, 2005.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 57, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n2/a03v57n2.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; VARELLA, A. A. B. Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de avaliação da sobrecarga sentida pelos familiares de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatria.** v.54, n.3, 2005.

_____. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos – FBIS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 54, n. 3, 2005.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação.** Brasília, DF: Plano, 2002.

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

BARKER, P. **Fundamentos da terapia familiar.** Lisboa: Climepsi, 2000.

BARRETO, A. P. As dores da alma dos excluídos no Brasil. **Revista Consciência Net.** Revista Diária - Publicação de 2009. Disponível em: <<http://consciencia.net/as-dores-da-alma-dos-excluidos-no-brasil-%E2%80%93-por-adalberto-barreto/>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

_____. Prefácio. **Revista Temas em Educação e Saúde,** Araraquara, v. 12, n.2, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Mariana/Downloads/10223-28285-2-PB.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

_____. **Terapia Comunitária passo a passo.** Fortaleza: LCR, 2008.

_____. Adalberto Barreto: Terapia Comunitária Integrativa. **Revista Consciência.net**, 2013. Disponível em: <<http://consciencia.net/adalberto-barreto-terapia-comunitaria-integrativa/>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

_____. A Terapia Comunitária Integrativa no enfrentamento da violência, da dependência e do estresse. **Revista Consciência.net**, 2016. Disponível em: <<http://consciencia.net/a-terapia-comunitaria-integrativa-no-enfrentamento-da-violencia-dependencia-e-estresse/>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

BARRETO, L. S. Evolução histórica e legislativa da família. In: ARAÚJO, I. **10 anos do Código Civil:** aplicação, acertos, desacertos e novos rumos. Rio de Janeiro: EMERJ, 2013. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SIFE/650/1/dalpr%C3%A1l_rtmp433.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2014.

BARROSO, A. G. C. et al. Transtornos mentais: o significado para os familiares. **RBPS**. v. 17, n.3, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/686>>. Acesso em: 19 out. 2017.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev psiquiatr clín.** v.34, n.6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000600003>. Acesso em: 19 jun. 2017.

BEAN, R. A.; NORTHRUP, J. C. Parental psychological control, psychological autonomy, and acceptance as predictors of self-esteem in latino adolescents. **Journal of Family Issues**. v.30, n.11, 2009.

BEDNAR, R.; PETERSON, S. **Self-esteem:** paradoxes and innovation in clinical theory and practice. Washington, D.C., EUA: American Psychological Association, 1995.

BEEHR, T. A., et al. Perceptions of reasons for promotion of self and others. **Human Relations**. v.57, n.4, 2004.

BERNARDES, A. G.; QUINHONES, D. G. Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade. **PSiCo, PUCRS**, v. 40, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5743>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BERTALANFFY, L. **Teoria dos Sistemas Gerais:** fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Nova York, George Braziller, 1968.

_____. **Teoria geral dos sistemas.** Petrópolis: Vozes, 1973.

_____. Teoria geral dos sistemas: aplicação à Psicologia. In: BERTALANFFY, L. et al. **Teoria dos sistemas.** Rio de Janeiro: FGV, 1976.

BEZERRA JÚNIOR, B. O cuidado no CAPS: os novos desafios. **Academus Revista Científica da Saúde**, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Mariana/Downloads/91-396-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Mariana/Downloads/91-396-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 11 out. 2017.

BOARATI, M. C. B.; SEI, M. B.; ARRUDA, S. L. S. Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.19, n.3, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2016.

BOEHS, A. G. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto contexto – enferm**. v.16, n.2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200014>. Acesso em: 18 mai. 2016.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A.; MORÉ, C. L. O. O. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v.29, n.4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932009000400013&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul enferm**. v.21, n.4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

BORGES, M. S. Vivendo, refletindo e aprendendo a cuidar em saúde mental: a Terapia Comunitária como estratégia de ensino no curso de enfermagem. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet**. v.4, n.1, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15996/1/ARTIGO_VivendoRefletindoAprendendo.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2016.

BORGO, E. L. P. **Sobrecarga e sofrimento psíquico em familiares de portadores de transtorno de pânico com agorafobia**. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

BRAGA, A. C. **O desafio da superação do analfabetismo no Brasil**: uma análise do Programa Brasil Alfabetizado no município de Araraquara/SP. 114f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Faculdade de Ciências e Letras da UNESP, São Paulo, 2014.

BRANDEN, N. **Auto-estima**: como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo: Editora Saraiva. 1994.

_____. **Poder da auto-estima**. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentada de pesquisa social**. Comissão Nacional e Ética e Pesquisa CONEP Resolução 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde: Brasília, 2012a. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica**. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 145, de 11 de janeiro 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 13 jan. 2017, Seção 1.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Esc Anna Nery**. v. 16, n.2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100020>. Acesso em: 24 out. 2017.

BRODSKI, S. K. **Abuso emocional**: suas relações com autoestima, bem-estar subjetivo e estilos parentais em universitários. 70f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

BROUGH, P.; PEARS, J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. **International Journal of Organisational Behaviour**. v.8, n.2, 2004.

BUSTOS, D. **Perigo... amor à vista!** Drama e psicodrama de casais. São Paulo: Aleph, 1990.

BUZELI, C. P.; COSTA, A. L. R. C.; RIBEIRO, R. L. R. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

_____. Promoção da saúde de estudantes universitários: contribuições da Terapia Comunitária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.3, n.1, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24300/17368>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Rev. Interinst. Psicol.** v.6, n.2, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003>. Acesso em: 04 jul. 2017.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. In.: **Temas em Psicologia**, vol. 21, nº2, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016>. Acesso em: 14 out. 2017.

CAMAROTTI, M. H. A doença como fonte de transformação: um estímulo à resiliência comunitária. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. (Org.). **Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Anais do III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária.

_____. **Resiliência:** o poder da autotransformação da neurociência à evolução humana. Brasília: Editora Kiron, 2013.

_____. **Resiliência:** quando a lagarta se torna borboleta: reflexão sobre a resiliência e a Terapia Comunitária Integrativa. Disponível em: <http://ciclosdavida.com/wp-content/uploads/2015/04/02-2012-Resiliencia_quando_a_lagarta_se_torna_borboleta.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

CAMAROTTI, M. H. et al. **A Terapia Comunitária no Brasil**. Anais dos trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Morro Branco, Ceará: MISMEC-DF e MISMEC-CE, 2003.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C.B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol rev.** v.11, n.8, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a06.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

CAPRA, F. **O ponto de mutação:** a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1995.

CARDOSO, C. L.; SANTOS, A. F. O. Familiares de pessoa em sofrimento mental: estresse e estressores no cuidado. **Estudos de Psicologia**. v.32, n.1, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n1/0103-166X-estpsi-32-01-00087.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300020>. Acesso em: 23 out. 2017.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V.O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta paul. enferm.** v.25, n.4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-21002012010500001>. Acesso em: 11 jun. 2017.

CARÍCIO, M. R. **Terapia Comunitária:** um encontro que transforma o jeito de ver e de conduzir a vida. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

CARR, W.; KEMMIS, S. **Becoming critical:** education, knowledge and action research. London; Philadelphia: Palmer, 1986.

CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da Terapia Comunitária Integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2015.

CASTRO SILVA, P. M. **A Terapia Comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta.** 276f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, 2016.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.1, 2010.

CERVENY, C. M. O. **A família como modelo:** desconstruindo a patologia. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

CERVENY, C.; BERTHOUD, C. **Visitando a família ao longo do ciclo vital.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CLARK, C. C. **The nurse as group leader.** New York: Springer, 1987.

COELHO, S. V. Introdução aos estudos de família. In: AUN, J.G.; ESTEVES DE VASCONCELLOS, M. J.; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais.** Vol I – Fundamentos teóricos e epistemológicos. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2005.

COHEN, S.; SYME, S. L. **Social support and health.** Orlando, Flórida: Academic Press, Inc. 1995.

CONSTANTINIDIS, T. D.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.20, n.2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200333>. Acesso em: 09 jun. 2017.

CORDEIRO, R. C. et al. Inclusão de pessoas em situação de sofrimento psíquico através da Terapia Comunitária Integrativa. **Rev enferm UFPE on line.** v.7, n.11, 2013. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile>>. Acesso em: 30 out. 2017.

CORRIGAN, P. W. How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist.** v. 59, n.7, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15491256>>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. The impact of stigma on severe mental illness. **Cognitive and Behavioral Practice.** v.5, n.2, 1998. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722998800060>>. Acesso em: 19 out. 2017.

- CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; BARR, L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. **Journal of Social and Clinical Psychology**. v.25, n.8, 2006. Disponível em: <<http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2006.25.8.875>>. Acesso em: 19 out. 2017.
- COSTA, E.; BORENSTEIN, M. S. Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.**, v.13, n.1, 2004.
- COSTA, G. M.; PESSÔA, C. K. L.; SOARES, C. A.; ROCHA, S. A. M. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da saúde mental. **Cadernos ESP**. v.8, n.1, 2014. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/169>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- COSTA, L. A perspectiva sistêmica para a clínica da família. **Psic.: Teor e Pesq**, v. 26, n.spe, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500008>. Acesso em: 07 jun. 2017.
- COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface**. v.19, n.55, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401133>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- CUNHA, M. **Trabalhadores temporários**: motivação e satisfação no trabalho. 65f. Mestrado (Dissertação em Psicologia do Trabalho) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 13, n.28, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- DAMASCENO, R. C. **Terapia Comunitária integrativa**: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores na atenção básica da saúde. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo, Atlas, 2011.
- DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v.24, n.4, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/phyisis/v24n4/0103-7331-phyisis-24-04-01103.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.
- DIAS, A. B.; SILVA, M. R. S. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. **Cienc Cuid Saude**. v.9, n.4, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12047/0>>. Acesso em: 18 out. 2017.

- DIAS, M. O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica do processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v.19, 2011. Disponível em:
[<http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf>](http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf). Acesso em: 06 jun. 2017.
- DOMÍNGUEZ-GUEDEA, M. T. et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicol. Soc.** v.21, n.2, 2009. Disponível em:
[<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200011>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200011). Acesso em: 24 nov. 2017.
- DUARTE, C. L. M. et al. Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área. **Rev. Min. Enferm.**; v. 11, n. 1, 2007. Disponível em:
[<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/315>](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/315). Acesso em: 19 jun. 2017.
- DUARTE, M. L. C. **Avaliação da atenção aos familiares num Centro de Atenção Psicossocial:** uma abordagem qualitativa. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- DUHAMEL, F. **La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers.** Montréal: Gaetan Morin éditeur, 1995.
- EL ANDALOUSSI, K. **Pesquisas-ações:** ciências, desenvolvimento, democracia. São Carlos: Edufscar, 2004.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S., organizadores. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem; 2004.
- ESTEVAM, M. M. et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 45, n. 3, 2011. Disponível em: <[>](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a19.pdf). Acesso em: 24 nov. 2017.
- ESTEVES DE VASCONCELLOS, M. J. O profissional novo-paradigmático, sua prática, sua ética. In: AUN, M. J.; ESTEVES DE VASCONCELLOS, M. J.; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais.** Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa, 2007.
- _____. **Pensamento sistêmico** – o novo paradigma da Ciência. São Paulo: Papirus, 2013.
- FELÍCIO, J. L.; ALMEIDA, D. V. Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 2, 2008. Disponível em: <[>](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/59/248a253.pdf). Acesso em: 07 mar. 2016.
- FERNANDES, M. T. O. et al. Terapia Comunitária: uma metodologia inovadora na Atenção Primária em Saúde no Brasil. **Evidentia.** v. 8, n.34, 2011. Disponível em:
[</evidentia/n34/ev7494p.php>](http://evidentia/n34/ev7494p.php). Acesso em: 06 nov. 2017.

FERNANDES, W. J. A importância dos grupo hoje. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo.** v.4, n.4, 2003.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da Terapia Comunitária. **Rev Rene.** v.13, n.1, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Mariana/Downloads/3762-7140-1-SM.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2017.

FERREIRA FILHA, M. A.; LAZARTE, R.; BARRETO, A. P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Rev. Eletr. Enf.** v.17, n.2, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.37270>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

FONTE, E. M. M. Da desinstitucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia – **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE.** v.1, n.18, 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FONTE, L. M. M.; MELO, D. D. G. Apoio social e sobrecarga familiar: um olhar sobre o cuidado cotidiano ao portador de transtorno mental. **Sociedade em Debate.** v.16, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/344>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** São Paulo, Perspectiva, 2005.

FRAGA, M. N. A.; SOUZA, A. M. A.; SANTOS, M. S. **A atuação da Enfermagem nos serviços de saúde mental:** a experiência em um CAPS de Fortaleza. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

FRANCO, M. A. S. **Pedagogia da pesquisa-ação.** Educação & Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo.** Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler:** em três artigos que se completam. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Conscientização:** teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GADAMER, H. G. **Verdade e método II.** Complementos e índice. 2^a ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP,** v. 36, n.2, 2002. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/646.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

GALVÃO, B. Autoestima e amor. **Hipnoterapia educativa**. Publicação de 2016. Disponível em: <<http://www.hipnoterapia.com.br/auto-estima-e-amor-por-si-e-pelo-outro/>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência. **Arq Neuropsiquiatr.** v.57, n.2B, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300014>. Acesso em: 24 nov. 2017.

GERONASSO, J. E. S. **Diretrizes municipais de educação de Araucária/PB (2012)**: uma análise a partir do ciclo de políticas. 252f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016.

GIFFONI, F. A. O. **Saber ser, saber fazer** - Terapia Comunitária: uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia. 235f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

GIFFONI, F. A. O.; SANTOS, M. A. Terapia Comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n. Spe, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700021&script=sci_abstract&tlang=p>. Acesso em: 26 out. 2017.

GIL, I. Estigma e doença mental. In: QUARTILHO, M. J. (Coord.) e cols. **Cadernos de Psiquiatria social e cultural**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo, Perspectiva, 1996.

GOLDIN, P. R.; MCRAE, K.; RAMEL, W.; GROSS, J. J. The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. **Biol Psychiatry**, v.63, n.6, 2008.

GOMES, D. O. A Terapia Comunitária como política pública. **Revista Consciencia.net**. 2010. Disponível em: <http://consciencia.net/a-terapia-comunitaria-como-politica-publica/>. Acesso em: 14 mai. 2016.

GOMES, L. B. et al. As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando Famílias**, v. 18, n.2, 2014.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm**. v.30, n.3, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8635>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev latinoam enferm**. v.9, n.2, 2001. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/81-A_reforma_psiqui%C3%A1trica_no_brasil_contextualiza%C3%A7%C3%A3o_e_reflexos_sobre_o_cuidado_com_o_doente_mental_na_fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

GONÇALVES, D. A.; FIORE, M. L. M. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial:** a prática da integralidade. Especialização em Saúde da Família – modalidade a distância. Universidade Federal de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_16.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

GONDIM, M. F. N. **Os sentidos dos vínculos na crise psiquiátrica grave.** 335f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

GOULART, D. C. S.; SOARES, A. C. N. Famílias e dependência de drogas: interfaces com as políticas públicas. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2013.

GRANDESSO, M. A Terapia Comunitária integrativa no fortalecimento de indivíduos, famílias e redes. **Revista Consciência.net**, 2014. Disponível em: <<http://consciencia.net/aterapia-comunitaria-integrativa-no-fortalecimento-de-individuos-familias-e-redes/>>. Acesso em: 30 out. 2017.

_____. Oi, gente... Eu não roubei galinhas! Contribuições do enfoque narrativo à Terapia Comunitária. In: M. H., FUKUI, L. & MARCHETTI, L. B. **A Terapia Comunitária no Brasil.** Anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasília: 2004.

_____. **Sobre a reconstrução do significado:** uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GRANDESSO, M.; BARRETO, M. **Terapia Comunitária:** tecendo redes para transformação social, saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Anais do 3º Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária.

GRANDI, A. L.; WAIDMAN, M. A. P. Convivência e rotina da família atendida em CAPS. **Cienc Cuid Saúde;** 10(4):763-772, 2011. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18321/pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.17, n.4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/19.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

GUEDES, E. C. **Alteridade e diálogo:** uma meta-arqueologia da educação a partir de Emmanuel Levinás e Paulo Freire. 182f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

GUEDES, E. C. **Por um novo humanismo na educação:** um encontro entre Emmanuel Lévinas e Paulo Freire. MPGOA. v.3, n.2, 2014.

GUERRA, C. S. et al. Do sonho à realidade: vivência de mães de filhos com deficiência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200459&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2016.

GUILHARDI, H. J. **Um pouco mais sobre autoestima.** Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento - Campinas – SP. Publicação de 2013. Disponível em: <<http://www.itcrcampinas.com.br/txt/umpoucomaisobreautoestima.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V. Terapia Comunitária como expressão de educação popular: um olhar a partir dos encontros com agentes comunitários de saúde. In: Reunião Anual da ANPED, 32., 2009, Caxambu. **Anais...** Caxambu, 2009. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/trabalhos/GT06-5115—Res.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2016.

HAIR, E. C.; GRAZIANO, W. G. Self-esteem, personality and achievement in high school: a prospective longitudinal study in Texas. **Journal of Personality.** v.71, n.6, 2003.

HARTER, S.; WHITESELL, N.R. **Beyond the debate:** why some adolescents report stable self-worth over time and situation, whereas others report changes in selfworth. **J Pers.** v.71, n.6, 2003.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciênc. saúde coletiva.** v.14, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2017.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira.** v. 20, supl. 2, 2005. JAMES, W. The consciousness of self. In: James, W. **Principles of Psychology.** The University of Adelaide Library. eBooks@Adelaide, 2012. Disponível em: <<http://ebooks.adelaide.edu.au/j/james/william/pragmatism/complete.html>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

JORGE, M. S. B. et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100018>. Acesso em: 18 out. 2017.

KANTER, J. W.; RUSCH, L. C.; BRONDINO, M. J. Depression self-stigma - A new measure and preliminary findings. **Journal of Nervous and Mental Disease.** v.196, n.9, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18791427>>. Acesso em: 19 out. 2017.

KASPER, H. **O processo de pensamento sistêmico:** um estudo das principais abordagens a partir de um quadro de referência proposto. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

KEBBE, L. M. et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde Debate.** v. 38, n.102, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0494.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Rev ciênc cuid saúde.** v.1, n.1, 2002. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5656/3596>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

LANCETTI, A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancentti A, diretor. **Saúde e loucura: grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1993.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Rev Gaúcha Enferm.** v.30, n.2, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4200>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

LAZARTE, R. A pedagogia de Paulo Freire e a Terapia Comunitária. **Revista Consciência.net**, 2009. Disponível em: <<http://consciencia.net/a-pedagogia-de-paulo-freire-e-a-terapia-comunitaria/>>. Acesso em: 26 out. 2017.

_____. La antropología cultural como pilar de la Terapia Comunitaria Integrativa. **Revista Consciencia.net**. 2013. Disponível em: <<http://consciencia.net/la-antropologia-cultural-como-pilar-de-la-terapia-comunitaria-integartiva/>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

_____. Sociología y Terapia Comunitaria Integrativa. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 7, n.1, 2012. Disponível em: <http://164.73.124.24/rue/sitio/num12/12_art05_lazarte.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2016.

LAZARTE. R.; FERREIRA FILHA, M. O. Terapia Comunitaria Integrativa y redes sociales. **Revista Uruguaya de Enfermería**, 2017. v.12, n.2. Disponível em: <<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/244>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

LEANDRO, M. E. **Sociologia da família nas sociedades contemporâneas**. Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

LEGO, S. Group psychotherapy. In: HABER, J.; HOSKINS, P. P.; LEACH, A. M.; SIDELAU, B. F. **Comprehensive psychiatric nursing**. New York: McGraw-Hill, 1987.

LEVINAS, E. **En décrouvant l'existence avec Husserl et Heidegger**. 3^a. Ed. Paris: J. Vrin, 2001.

_____. **Totalidade e infinito**. Lisboa: Biblioteca de Filosofia Contemporânea. Edições 70, 1980.

LEWIN, K. Action research and minority problems. **Journal of Social Issues**, Malden. v. 2, n. 2, 1946.

LINK, B. G.; MIROTZNIK, J.; CULLEN, F. T. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? **Journal of Health and Social Behavior**. v.32, n. 3, 1991. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2136810?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 19 out. 2017.

LINK, B. G. et al. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. **Psychiatric Services**. v.52, n.12, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11726753>>. Acesso em: 19 out. 2017.

LINO, M. A. **A convivência de pessoas com transtornos mentais e seus familiares no contexto do domicílio**. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem, São Paulo, 2006.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LUCIETTO, G. C. **Terapia Comunitária Integrativa como cuidado de enfermagem em ambulatório de nefrologia pediátrica**. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014.

LUPARELLI, I. L. L.; ARAÚJO, M. A. N. **Terapia Comunitária Integrativa: uma estratégia de intervenção em saúde mental**. 22f. Monografia (Especialização em Atenção Básica à Saúde Mental) – Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2015.

MACEDO, E. et al. Apresentação, In Educação e Sociedade: **Revista de Ciência da Educação**. Centro de Estudos Educação e Sociedades. São Paulo: Cortez. v.25, 2004.

MAFTUM, M. A. et al. Uso do psicofármaco no tratamento de pessoa com transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem. **Investigação Qualitativa em Saúde**. v. 2, 2016. Disponível em: <<http://proceedings.caiiq.org/index.php/caiq2016/article/view/808>>. Acesso em: 19 out. 2017.

MARANHÃO, A. C. K.; GARROSSINE, D. F. **A epistemologia da comunicação em Gregory Bateson: diálogos com o campo comunicacional**. 2011. Disponível em <<http://confibercom.org/anais2011/pdf/69.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2016.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, n.Supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700026>. Acesso em: 22 nov. 2017.

MARQUEZAN, L. I. P. Autoestima, autoimagem e/ou autoconceito. In: DANI, L. S. C. **Cenas e cenários: reflexões sobre a educação**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

MARTÍNEZ, B. I. V.; ROSELLÓ, J.; TORO-ALFONSO, J. Autoestima y juventud puertorriqueña: eficacia de un modelo de intervención para mejorar la autoestima y disminuir los síntomas de depresión. **Revista Puertorriqueña de Psicología**. v.21, 2010.

MARTINS, J. J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev. Eletr. Enf.** v.9, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>>. Acesso em: 26 out. 2017.

MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. **A Árvore do Conhecimento:** as bases biológicas da compreensão humana – São Paulo: Ed. Palas Athenas, 2000.

MAYER, L. R. **Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica.** 116f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2002.

MEDEIROS, M. M. Informação e representações sociais: um estudo com familiares de portadores de sofrimento mental. **Encontros Bibu.** v.3, n.1, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pbcib/article/view/6161>>. Acesso em: 23 out. 2017.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2008.

MENDES, R; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, 2016. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1737.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.4, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm>. Acesso em: 09 jun. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte, 2006.

MINUCHIN, S. **Famílias:** funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MIOTO, R. C. T. **Família e Política Social:** uma introdução ao debate sobre os processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos. XII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social/ENPESS, 2010.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Revista Gaúcha Enfermagem.** v.31, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100023>. Acesso em: 02 jul. 2017.

MORAES, M. N. **Terapia Comunitária Integrativa no sertão paraibano:** avanços e desafios no contexto do SUS. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

MORAES, Z. L. **Contribuições de Pichon-Rivière e Bauman para a compreensão dos vínculos na escola contemporânea.** 58f. Monografia (Curso de Pedagogia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

MORAIS, F. L. S. L. **Rodas de Terapia Comunitária:** espaços de mudanças para profissionais da Estratégia Saúde da Família. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, 2005.

MORÉ, C. L. O. O. et al. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. **Atas CIAIQ2015**. v.3, 2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/158/154>> . Acesso em: 02 jul. 2017.

MORÉ, C. L. O. O.; MACEDO, R. M. S. **A Psicologia na comunidade:** uma proposta de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n.3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a10v43n3>>. Acesso em: 19 out. 2017.

MOREIRA, N. S. et al. Autoestima dos cuidadores de doentes oncológicos com capacidade funcional reduzida. **Esc Anna Nery**. v.19, n.2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200316>. Acesso em: 16 jun. 2017.

MORIN, A. **Pesquisa-ação integral e sistêmica:** uma antropopedagogia renovada. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

MORIN, E. **Introducción al pensamiento complejo**. Barcelona: Gedisa, 2004.

_____. **O Método I:** A natureza da natureza – Trad. Ilana Heinberg, Porto Alegre: Sulina, 2003.

NAGAOKA, A. P.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de um centro de atenção psicossocial e sua vivência com a doença mental. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 45, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a17.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

NASCIMENTO, A. A. O. et al. Entraves na adesão medicamentosa em pacientes com esquizofrenia: revisão integrativa. **Revista Saúde**. v. 10, n.1, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2673/2024>>. Acesso em: 19 out. 2017.

NASCIMENTO, A. B. M. **Estigma, sociabilidade e práticas terapêuticas:** a Terapia Comunitária como âncora e alívio do transtorno mental. 136f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm**. v.17, n.4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

NICHOLS, M. P.; SCHARTZ, R. C. **Terapia familiar:** conceitos e métodos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. Política de Saúde Mental e o cuidado familiar: convivendo com a diferença. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5, São Luiz, 2011. **Anais...** São Luiz: Universidade Federal do Maranhão.

NUNES, E. C. D. A.; SILVA, L. W. S. A subjetividade de enfermeiros expressando em arte o significado do cuidado à família. **Texto Contexto Enferm.** v.20, n.3, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300005>>. Acesso em: 26 out. 2017.

O PACIENTE com transtorno mental e a família. **Web artigos**, São Paulo, 15 de jun. 2011. Disponível em: <<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=14199>>. Acesso em: 23 out. 2017.

OESTMAN, M.; KJELLIN, L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. **Br J Psychiatry**. v. 181, 2002.

OLIVEIRA, A. M. N. Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família. **Rev. bras. enferm.**, v.53, n.spe, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700026>. Acesso em: 07 jun. 2017.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2002.

OLIVEIRA, S. M. **O Grupo Multifamília no contexto de vulnerabilidade social**: o olhar do profissional. 123f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

ORGANIZAÇÃO Mundial De Saúde (OMS). O caminho a seguir. In: _____. **Relatório sobre a saúde no mundo** - saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. **Terapia de família**: novas tendências. Porto Alegre: Artmed, 2002.

OSS, F. S. et al. Considerações sobre a relação familiar de pessoas com doença mental. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v.2, n.7, 2016. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/387>>. Acesso em: 23 out. 2017.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.34, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016>. Acesso em: 20 jun. 2017.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Psicol estud.** v.11, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a12>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

- _____. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). **Interface comun saúde educ.** v.12, n.25, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000200006&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2017.
- PEREIRA, M. A. O. P. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface, comunicação, saúde, educação.** v.7, n.12, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-3283200300100006&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 23 out. 2017.
- PERLICK, D. A. et al. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. **British Journal of Psychiatry.** v.190, 2007.
- PESSOA, João. **CAPS Gutemberg Botelho comemora Dia Mundial da Saúde Mental com atrações culturais.** Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/caps-gutemberg-botelho-comemora-dia-mundial-da-saude-mental-com-atracoes-culturais>. Acesso em: 05 jan. 2016.
- PESTANA, L. S. T. C. **A terapêutica integral de Jesus:** análise exegética, hermenêutica, fenomenológica e antropológica dos milagres de Jesus nos textos neotestamentários e interfaces com a Terapia Comunitária integrativa. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 2000^a.
- _____. **Teoria do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 2000b.
- PIMENTA, E. S. **A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial:** uma perspectiva institucionalista. Belo Horizonte: Pesquisas e práticas psicossociais, 2008.
- PIMENTA, E. S.; ROMAGNOLI, R. C. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. **Pesquisas e práticas psicossociais.** v.3, n.1, 2008.
- POZZA, K.; AUDIBERT, S.; ZANINI, S. Trabalhando a auto-estima e resgatando valores. Proposta educacional. **Revista do Professor.** v.19, n.74, 2003. Disponível em: <<<http://www.miniweb.com.br/Educadores/artigos/pdf/autoestima.pdf>> . Acesso em: 18 jun. 2017.
- PRETO, A. P. P. N. D. B. R. **A interação familiar e a autoestima.** 198f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Portucalense Infante Dom Henrique, Porto, 2009.
- PRUDENTE, J; TITTONI, J. A pesquisa intervenção como exercício ético e a metodologia como paraskeué. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 26, n. 1, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Mariana/Downloads/831-6171-1-PB.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.
- QUADROS, L. C. M. et al. Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 28, n. 1, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100010>. Acesso em: 23 out. 2017.

RIBEIRO, W. Aprendizagem emocional e lógicas afetivas de conduta. In: NERY, M. P. **Vínculo e afetividade:** caminhos das relações humanas. São Paulo: Ágora, 2014.

ROCHA, I. A. et al. Terapia Comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.34, n.3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300020>. Acesso em: 14 mai. 2016.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.** v.13, n.4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400008>. Acesso em: 09 jun. 2017.

ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de saúde mental e esquizoanálise: uma aproximação possível. In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Família e casal:** efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2005.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine.** v.69, n.7, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19692163>>. Acesso em: 19 out. 2017.

ROSA, L. C. S. A família como usuária dos serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais: perspectivas para o serviço social.** São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol rev.** v.11, n.18, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a05.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SÁ, A. N. P. et al. Conflitos familiares abordados na Terapia Comunitária integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v.14, n.4, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a06.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

_____. **Terapia Comunitária integrativa e os desafios para sua implementação:** histórias de enfermeiras. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SADGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental:** expectativas da família. 224f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1997.

SAMPSON, M. M.; MARTHAS, M. **Group process for the health professions.** Albany, NY: Delmar. Publishers, 1990.

SÁNCHEZ, E.; BARRÓN, A. Social Psychology of mental health: the social structure and personality perspective. **Span J Psichol.** v.6, n.1, 2003.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói.** n. 34, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acess em: 19 jun. 2017.

SANTOS, D. C. S.; BANDEIRA, M. Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura. **Psicologia em pesquisa.** v.9, n.1, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000100011>. Acesso em: 23 out. 2017.

SANTOS, J. L.; MACEDO, R. M. S. Valores familiares e educação dos filhos na contemporaneidade. In: MACEDO, R. M. S. **Terapia familiar no Brasil na última década.** São Paulo: ROCA, 2008.

SANTOS, M. L. V. A. **Abordagem sistêmica do cuidado à família:** impacto no desempenho profissional do enfermeiro. 263f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

SANTOS, Q. C. et al. Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. Care. On line,** v.8, n.1, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3944/pdf_1783>. Acesso em: 07 mar. 2016.

SANTOS, W. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Alteridade da dor nas práticas de saúde coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20, n.12, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203713&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SARACENO, C.; NALDINI, M. **Sociologia da família.** Lisboa: Editorial Estampa, 2003.

SBICIGO, B. J.; BANDEIRA, R. D.; DELL'AGLIO, D. B. **Escala de autoestima de Rosenberg (EAR):** validade fatorial e consistência interna. **Psico - USF.** v. 15, n. 3, 2010.

SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R.; ALMEIDA, O. P. Caregiver burden in an elderly population with depression in São Paulo, Brazil. **Soc. Psychiatr Epidemiol.** v.37, 2002.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Saúde & Transformação Social.** v. 3, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudettransformacao/article/view/1474>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

SCHIAVO, M. R.; MOREIRA, E. N. **Glossário social.** Rio de Janeiro: Comunicarte, 2005.

SCHMIDT, B; SCHNEIDER, D. R.; CREPALDI, M. A. Abordagem da violência familiar pelos serviços de saúde: contribuições do pensamento sistêmico. **PSICO,** v.42, n.3, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/mary/_Downloads/Dialnet-

AbordagemDaViolenciaFamiliarPelosServicosDeSaude-4072782.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2016.

SCHMITZ, M. B. M. **A importância da autoestima no contexto familiar, social e escolar.** 62f. Monografia (Especialização em Psicologia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2004.

SCHRAML, K. et al. Stress symptoms among adolescents: the role of subjective psychosocial conditions, lifestyle and self-esteem. **Journal of Adolescence.** v. 34, 2011.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP.** v.42, n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>> . Acesso em: 13 jun. 2017.

SCHULTHEISZ, T. S. V.; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde.** v. 5, n.1, 2013. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/22>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

SHOR, I.; FREIRE, P. **Medo e ousadia** – O cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

SILVA, A. L. C.; ALMEIDA, E. C. Terapia Comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão: uma estratégia de saúde mental no PSF de Petrópolis. In: FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. **Terapia Comunitária integrativa:** uma construção coletiva do conhecimento. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.

SILVA, C. F.; PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** v. 15, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000400011&script=sci_abstract&tlang=pt> . Acesso em: 23 out. 2017.

SILVA, M. B. C.; SADIGURSKY, D. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 61, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400005>. Acesso em: 23 out. 2017.

SILVA, S. S. L. **Promoção da saúde e Terapia Comunitária:** um diálogo que promove a participação social. 54f. Ensaio (Especialização em Educação e Promoção da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Cienc Cuid Saúde.** v.6, n.3, 2007. Disponível em: <[file:///C:/Users/Mariana/Downloads/4024-11400-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Mariana/Downloads/4024-11400-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 18 out. 2017.

SORDI, A. O.; MANFRO, G. G.; HAUCK, S. O conceito de resiliência: diferentes olhares. **Revista Brasileira de Psicoterapia.** v.13, n.2, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Mariana/Downloads/v13n2a04.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2016.

SOUZA FILHO, M. D. et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo.** v. 15, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a22.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

SOUZA, M. D. D. **Relação entre vínculos afetivos e processo de aprendizagem:** um estudo com alunos de São João Del-Rei. 120f. Dissertação (Mestrado em Educação e Sociedade) – Universidade Presidente Antônio Carlos, Barbacena, 2006.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 13, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

SOUZA, R. T. **Sentido e alteridade:** dez. ensaios sobre o pensamento de Emmanuel Levinas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

SPANIOL, L.; ZIPPLE, A. Coping strategies for families of people who have a mental illness. In: LEFLEY, H. P.; WARSOW, M. (Eds). **Helping families cope with mental illness.** Harwood Academic Publisher: 1994.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação.** 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THORNicroft, G.; TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária.** Barueri: Editora Manole, 2010.

TOLEDO, R. F; JACOBI, P. R. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. **Educ. Soc.**, v.34, n.122, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v34n122/v34n122a09.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

TOMM, K. Circular interviewing: a multifaceted clinical tool. In: CAMPBELL, D.; DRAPER, R. **Applications of Systemic Family Therapy:** the Milan Approach. Orlando: Grude and Stratton Ltda., 1985.

TOWSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública.** v.15, n. Sup. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000600002&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 24 nov. 2017.

VALOURA, L. C. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo empoderamento, em seu sentido transformador. In book: Social Residency: an innovative program by comunicarte (“Residência social, um programa inovador da Comunicarte”), vol. 4, **Revista Comunicarte**, Editora: Marcio Schiavo, 2005.

VASCONCELLOS, M. J. **Pensamento sistêmico:** o novo paradigma da Ciência. Campinas, SP: Papirus, 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais.** São Paulo: Hucitec, 2009.

VIEIRA, E. M. M.; ALMEIDA, M. C. L. **Novas práticas de cuidado na saúde mental e sua repercussão na vida familiar do usuário de álcool e droga:** uma abordagem de gênero. 18º REDOR. Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2014.

VIEIRA, T. S.; OLIVEIRA, E. C. Releituras sobre humanização, historicidade e diálogo em Paulo Freire. In: **Anais do Seminário América Latina:** cultura, história e política: 18 a 21 de maio de 2015. Uberlândia, MG: Pueblo Editora/Nepri-UFU, 2015.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana:** um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Editora Cultrix, 1993.

WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J. H.; FISCH, R. **Mudança:** princípios de formação e resolução de problemas. São Paulo: Cultrix, 1977.

WICKERT, L. F. Loucura e direito a alteridade. **Psicol. cienc. prof..** v.18, n.1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931998000100005&script=sci_arttext&tlang=es>. Acesso em: 07 nov. 2017.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families:** a guide to family assessment and intervention. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2000.

WRIGHT, L. M.; WATSON, W. L.; BELL, J. M. The family nursing unit: a unique integration of research, education and clinical practice. In: BELL, J. M.; WATSON, W. L.; WRIGHT, L. M. **The cutting edge of family nursing.** Calgary' Family Nursing Unit Publications, 1990.

XAVIER, S. et al. **O estigma da doença mental:** que caminho percorremos? PsiLogos. v.11, n.2, 2013. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A. Estratégia de Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate.** v. 32, n.78/79/80, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

YUNES, M. A. M. **Psicologia positiva e resiliência:** o foco no indivíduo e na família. **Psicol. estud.** vol.8, n.spe, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000300010&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 19 mai. 2016.

ZANIOLO, L. O.; SENE, M. R. Inclusão social e Terapia Comunitária: os processos educativos das práticas sociais na promoção de redes humanitárias. In: MONTEIRO, S. A. I.; RIBEIRO, R.; LEMES, S. S. et al (Org.). **Educações na contemporaneidade:** reflexões e pesquisa. São Carlos: Pedro João Editores, 2011.

ZENI, T. M. **A construção de limites através dos vínculos afetivos.** 56f. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2012.



Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Estudo: Terapia Comunitária Integrativa e família na perspectiva sistêmica novo-paradigmática: convivendo com o sofrimento psíquico

Eu, _____, atuante na profissão de _____ residente e domiciliado/a em _____, portador/a da cédula de identidade RG _____ e inscrito/a no CPF/MF ._____, nascido/a em ____/____/_____, estou sendo convidado/a a participar da pesquisa intitulada: **‘Terapia Comunitária Integrativa e família na perspectiva sistêmica novo-paradigmática: convivendo com o sofrimento psíquico**, cuja pesquisadora responsável é **Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho**, que será desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Gutemberg Botelho, com os seguintes objetivos: geral: Avaliar a eficiência da TCI como uma intervenção psicossocial avançada, capaz de transformar a concepção de familiares de indivíduos em adoecimento psíquico que são usuários do CAPS. Específicos: Investigar se a TCI é capaz de restabelecer vínculos frágeis e/ou rompidos, com a participação do familiar que lida com o ente em sofrimento psíquico; Evidenciar se a TCI pode influenciar os níveis de sobrecarga de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico e compreender se a TCI poderá transformar a visão do familiar acerca do ente em adoecimento mental. E se justifica, pois é preciso reduzir os níveis de sobrecarga, restaurar vínculos frágeis e de risco, além de fortalecer estruturas vinculares saudáveis, de modo que a família deixe de pensar no ente em adoecimento mental como um ser incapaz e passe a vê-lo como um indivíduo que tem competências, potencial e qualidades, apesar do sofrimento psíquico. Então, ao se mostrar útil como uma estratégia que estimula a fala na medida em que propõe o despir-se de inquietações e de conflitos, a TCI pode ser utilizada como uma prática moderadora do estresse e proporcionar reflexões individuais e coletivas, geradoras de transformações sistêmicas que podem suscitar mais apoio familiar e, consequentemente, contribuir para promover a inclusão do indivíduo em adoecimento mental na família e na comunidade.

Tomando como base a Resolução 466/12, todas as pesquisas com seres humanos envolvem riscos, imediatos ou tardios, por isso a pesquisa em tela poderá expor o sujeito,

constranger ou quebrar o sigilo e o anonimato em relação aos dados obtidos. No entanto, a pesquisadora adotará todos os cuidados necessários para evitar tais situações, como: preservar a privacidade dos entrevistados, cujos dados serão coletados, e garantir-lhes o anonimato; as informações serão utilizadas exclusivamente para a execução do projeto em questão; as entrevistas com os colaboradores serão previamente agendadas conforme a disponibilidade do participante, respeitando-se todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução desse projeto. Quanto aos possíveis benefícios, no final da pesquisa, espera-se que seus resultados possam alicerçar uma práxis que vem se consolidando maciçamente como uma estratégia de cuidado com a saúde mental no nível comunitário e porque, a partir do saber produzido, novos conhecimentos poderão ser gerados, subsidiar a implantação da TCI em espaços variados e elucidar elementos do cuidado presentes no trabalho do terapeuta comunitário que servirão como orientadores para a prática da Enfermagem em saúde mental.

Ao pesquisador caberá desenvolver a pesquisa de forma confidencial e ética, como preconiza a Resolução 466/12 e revelar os resultados, sempre que solicitados pelo participante ou pela Universidade Federal da Paraíba e no término da investigação.

Ainda considerando a Resolução 466/12, o pesquisador responsável conhece e respeita devidamente as exigências constantes nos itens IV.3 e IV.4 da referida resolução, conforme se expressa nos esclarecimentos que seguem.

Fui esclarecido de que:

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo placebo, visto que não haverá procedimentos terapêuticos neste trabalho científico.
- Minha participação é voluntária e não remunerada.
- Poderei me recusar a participar, ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto, sem que seja necessário justificar nem sofrer penalização ou prejuízo.
- Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, inclusive depois de sua finalização.
- Serei acompanhado e informado adequadamente quanto às questões relacionadas ao desenvolvimento e minha colaboração com o estudo.
- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho e assegurada minha privacidade. Não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros para mim, portanto, não será preciso indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável. Entretanto, quando da existência de dispêndio de minha parte,

serei resarcido devidamente ou, em caso de danos decorrentes de minha participação, serei indenizado adequadamente pelo aluno pesquisador (orientando);

- Depois de minha leitura e/ou leitura da pesquisadora ou aluna participante da pesquisa acerca desta pesquisa, assinarei duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - uma será minha, e a outra ficará com a pesquisadora.
- Se tiver qualquer dúvida ou solicitar esclarecimento, poderei contar com a equipe científica pelo número: (83) 98719-3134 e com o respectivo e-mail: mary_albernaz@hotmail.com.
- No final da pesquisa, se tiver interesse, terei livre acesso ao seu conteúdo e poderei discutir sobre os dados com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse, e a outra com a pesquisadora responsável. Todas as folhas serão rubricadas por mim e pelo pesquisador, apondo as assinaturas na última folha.
- Dessa forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com seu teor, data e assino o referido documento.

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Participante

Testemunha

Maria Djair Dias
Orientadora

Impressão
dactiloscópica

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Orientanda

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO DESTINADO AOS FAMILIARES

Primeira parte

Caracterização sociodemográfica do familiar

Iniciais: _____

Grau de parentesco com o usuário do CAPS: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão e/ou ocupação: _____

Há quanto tempo acompanha o parente que é usuário do CAPS? _____

Número de rodas de que participou: _____

Segunda parte

Roteiro de entrevista semiestruturada – (Depois das rodas de TCI)

1. Conte-me o que achou da experiência de sua participação nas rodas de TCI aqui no CAPS.
2. Você se acha responsável por seu parente que é acompanhado aqui no CAPS? Se positivo, de que modo?
3. Fale-me um pouco sobre como era a sua vida antes das rodas de TCI.
4. Como e onde você se vê atualmente no processo de acompanhamento do seu parente?
5. Em sua opinião, houve alguma mudança em sua vida depois que começou a participar das rodas de TCI? Se positivo, poderia falar sobre elas?
6. Você acha que pode ajudar seu parente em sofrimento mental a ocupar algum espaço ou a realizar alguma ação que não ocupava/realizava antes?
7. Hoje, depois de participar das rodas de TCI, como você se sente?
8. Caso queira, fique à vontade para acrescentar o que achar pertinente.



Anexos

ANEXO A

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES FBIS-BR

PARTE A - ASSISTÊNCIA NA VIDA COTIDIANA

Geralmente as pessoas que têm doenças mentais precisam de ajuda ou ser lembradas de fazer as coisas comuns do dia a dia. As perguntas que vou fazer agora são sobre isso. Talvez, nem todas elas se apliquem a (nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele/a.

De A1a até A9a alternativas: 1 - Nenhuma vez / 2 - Menos que uma vez por semana / 3 - 1 ou 2 vezes por semana / 4 - De 3 a 6 vezes por semana e 5 - Todos os dias	De A1b até A9b alternativas: 1 - Nem um / 2 - Muito pouco / 3 - Um pouco / 4 - Muito pouco
A1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (nome) ou lembrou-lhe de fazer coisas como se pentear, tomar, banho ou se vestir? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para A2a)	A1b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (nome) ou lhe lembrar de fazer essas coisas?
A2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou encorajou (nome) a tomar os remédios ou teve que dar o remédio pessoalmente ou às escondidas? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para A3a)	A2b. Quanto lhe incomodou ter que fazer alguma coisa para (nome) tomar seus remédios?
A3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (nome) ou lembrou-lhe de fazer tarefas da casa (ex. arrumar a cama, limpar o quarto, lavar roupa etc.) ou teve que fazer isso para ele/a? Foram quantas vezes?	A3b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele/a?
A4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (nome) ou lembrou-lhe de fazer compras de alimentos, roupas ou outros objetos ou teve que fazer compras para ele(a)? Foram quantas vezes?	A4b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele/a?
A5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você cozinhou para (nome) ou o (a) ajudou a preparar as refeições? Foram quantas vezes?	A5b. Quanto lhe incomodou ter que cozinhar para (nome) ou ajudá-lo/a a preparar suas refeições?
A6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou a levar (nome) a algum lugar a pé, de carro, de ônibus ou por outros meios de transporte? Foram quantas vezes?	A6b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar a levar (nome) a algum lugar?
A7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (nome) a cuidar do seu dinheiro ou teve que fazer isso por ele/ela? Foram quantas vezes?	A7b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (nome) a cuidar do seu dinheiro ou a fazer isso por ele/a?
A8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou insistiu com (nome) para se ocupar com alguma coisa, não ficar à toa, usar o seu tempo para fazer alguma coisa, como ler revista, divertir-se com alguma coisa, trabalhar, estudar ou visitar as pessoas etc.? Foram quantas vezes?	A8b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar ou lembrar (nome) a se ocupar com alguma coisa?
A9a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você lembrou, encorajou ou insistiu com (nome) ou teve que levá-lo/a para as consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental? Foram quantas vezes?	A9b. Quanto lhe incomodou ter que lembrar, encorajar ou levar (nome) para as consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental?

PARTE B - SUPERVISÃO DOS COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS

Algumas vezes, as pessoas com doenças mentais podem precisar de ajuda quando ocorrem alguns comportamentos problemáticos. As perguntas que vou fazer agora talvez não se apliquem a (nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele (a).

De B1a até A8a alternativas: 1 - Nenhuma vez / 2 - Menos que uma vez por semana / 3 - 1 ou 2 vezes por semana / 4 - de 3 a 6 vezes por semana / 5 - Todos os dias	De B1b até B8b alternativas: 1 - Nem um pouco / 2 - Muito pouco / 3 - Um pouco / 4 - Muito
B1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de apresentar algum comportamento que te deixasse envergonhado(a) ou incomodado(a) ou teve que lidar com esses comportamentos ou com suas consequências? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para B2a)	B1b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com esse comportamento desconcertante de (nome)?
B2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) ficasse exigindo demais sua atenção ou você teve que lidar com esse comportamento ou suas consequências? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para B3a)	B2b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com o comportamento de (nome) ao exigir que você lhe dê atenção?
B3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) incomodasse as pessoas durante a noite ou teve que lidar com esse comportamento ou com suas consequências? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para B4a)	B3b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com esse comportamento perturbador de (nome)?
B4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) insultasse alguém, ameaçasse ou machucasse alguém ou teve que lidar com esse comportamento ou suas consequências? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para B5a)	B4b. Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?
B5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (nome) de falar em morrer ou em se matar, dê ameaçar ou tentar se matar? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para B6a)	B5b. Quanto lhe incomodaram essas conversas, ameaças ou tentativas de (nome) de se matar ou de falar em morrer?
B6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (nome) bebesse demais (bebidas alcoólicas) ou teve que lidar com as consequências desse comportamento? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para B7a)	B6b. Quanto lhe incomodou o fato de (nome) beber?
B7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (nome) comesse ou bebesse demais (bebidas não alcoólicas, ex. café, xaropes etc.) ou fumassem demais? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para B8a)	B7b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com esse comportamento de (nome)?
B8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (nome) de usar drogas (ilegais) ou teve que lidar com as consequências desse comportamento? Foram quantas vezes? 1 - Nenhuma vez (Passe para C1a)	B8b. Quanto lhe incomodou o fato de (nome) usar drogas (ilegais)?

PARTE C - GASTOS FINANCEIROS

C1. Nos últimos 30 dias, você, pessoalmente, pagou ou deu algum dinheiro seu a (nome) para cobrir algumas de suas despesas e que ele/a não lhe tenha devolvido? 1 – Não () 2 – Sim ()			
C2. Nos últimos 30 dias, o paciente teve gastos com os itens abaixo? 1 – Não / 2 – Sim			
	Não	Sim	Quantia
A - Transporte (carro, combustível, ônibus, táxi, etc.?)			
B - Roupas e calçados?			
C - Trocados para pequenos gastos?			
D - Moradia (aluguel, prestação da casa)? (se mora com o paciente, peça-lhe para estimar. a parcela dessa despesa correspondente ao paciente.)			
E - Alimentação (se ele/a mora com o paciente, peça-lhe para estimar. a parcela dessas despesas correspondente ao paciente)?			
F- Medicamentos?			
G - Tratamento de saúde mental?			
H - Outros gastos médicos (dentista, fisioterapeuta etc.)?			
I - Cigarros?			
J - Objetos pessoais?			
K - Telefone?			
L - Pagamento de profissionais p/cuidar do paciente?			
M - Plano de saúde?			
N - Outras despesas? (Especifique)			
C2 TOTAL - Gasto total com essas despesas			
C3. Quantia com a qual o paciente contribuiu para as despesas mensais:			
C4. Gastos da família com o paciente (diferença entre C2 e C3):			
C5. No último ano, os gastos que você teve com (nome) foram pesados para você com que frequência?			
1 - Nunca/ 2 - Raramente/ 3 - Às vezes/ 4 - Frequentemente/ 5 - Sempre ou quase sempre.			

PARTE D - IMPACTO NAS ROTINAS DIÁRIAS

1 - Nenhuma vez 2 - Menos que uma vez por semana 3 - 1 ou 2 vezes por semana 4 - 3 a 6 vezes por semana 5- Todos os dias	
D1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você faltou, chegou atrasado ou cancelou algum compromisso, como no trabalho, na escola ou em outros lugares, porque teve que cuidar de (nome)? Foram quantas vezes?	
D1b. Nos últimos 30 dias, quantas vezes suas atividades sociais e de lazer (ex. sair para descansar ou visitar alguém) foram alteradas ou perturbadas, porque você teve que cuidar de (nome)? Foram quantas vezes?	
D1c. Nos últimos 30 dias, quantas vezes os seus serviços de casa, ou a rotina da casa, foi alterada ou perturbada porque você teve que cuidar de (nome)? Foram quantas vezes?	
D1d. Nos últimos 30 dias, quantas vezes o fato de cuidar de (nome) impediu que você dedicasse aos outros membros da família a atenção e o tempo de que eles necessitavam? Foram quantas vezes?	
D2. A doença de (nome) provocou mudanças mais ou menos permanentes em sua rotina diária, em seu trabalho ou em sua vida social? 1- Nem um pouco () 2- Muito pouco () 3 – Um pouco () 4 -	

Muito ()	
D3. Questões de A - F: Por causa da doença de (nome): 1 - Sim 2-Não	
A - Você teve que trabalhar menos, abandonar seu emprego ou trabalhar mais para cobrir os gastos?	
B - Você teve que se aposentar mais cedo do que planejava?	
C - Você deixou de ter (ou tem menos) vida social (ex. deixou de passear, visitar pessoas, ir a festas etc.)?	
D - Você perdeu amizades?	
E - Você deixou de tirar férias (ex. visitar parentes, viajar)?	
F - Você deixou de receber (ou recebe menos) pessoas em casa (familiares e/ou amigos)?	

PARTE E - PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE

Mesmo quando as pessoas não se veem durante algum tempo, às vezes se preocupam umas com as outras. As próximas perguntas são sobre suas preocupações com (nome).

1 - Nunca 2 - Raramente 3 - Às vezes 4 - Frequentemente 5 - Sempre ou quase sempre	
E1. Você fica preocupado/a com a segurança física de (nome) (Ex. que alguma coisa ruim lhe aconteça, que sofra um acidente, entre em uma briga, que alguém se aproveite dele/a, que fuja etc.)?	
E2. Você fica preocupado/a com o tipo de ajuda e o tratamento médico que (nome) está recebendo? (Ex. com receio de que ele/a não esteja sendo bem atendido/a, de que não esteja recebendo um bom tratamento para a doença etc.?)	
E3. Você fica preocupado/a com a vida social de (nome) (Ex. se não sai muito de casa, se sai demais, se tem poucos amigos ou se sai com amigos que não lhe convêm?)	
E4. Você fica preocupado/a com a saúde física de (nome)? (Ex. dores, doenças, etc.)	
E5. Você fica preocupado/a com as condições de moradia atual de (nome)?	
E6. Você fica preocupado/a ao pensar como (nome) faria para sobreviver financeiramente se não houvesse você para ajudá-lo/a?	
E7. Você fica preocupado/a com o futuro de (nome)?	

ANEXO B

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE VÍNCULOS – BARRETO, 2008

Procure assinalar a alternativa que mais se aproxima da situação vivida pelo entrevistado.

1. Vínculo familiar (saber se a pessoa convive com algum familiar e qual a qualidade do relacionamento.)

1.1. Atualmente você vive com alguém da família?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-1 ()	1.2 Como se sente no momento vivendo sem a família?	1.3 Como se sente no momento vivendo com essas pessoas?	
	1.1 () Muito bem. Foi minha opção	C.1 () Insatisfeito, com vontade de me afastar	
	1.2 () Sinto-me mais ou menos. Foram as circunstâncias da vida que me levaram a viver sem família.	B.2 () Chateado e aborrecido, mas família é assim mesmo	
	1.3. () Detesto morar sem a família	A.3.1 () Satisfeito e feliz.	

2. Vínculo Conjugal (saber se a pessoa vive atualmente um relacionamento afetivo e como lida com o conflito, caso haja)

2.1. Você, nesse momento, convive com alguém maritalmente?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-2 ()	2.2 Por que você não convive maritalmente com alguém nesse momento?	2.3 Quando vive um conflito com o (a) parceiro (a)?	
	2.1 () Tenho dificuldade de convivência.	C.2 () Nunca conversam ou tem sempre um que se fecha e não quer falar.	
	2.2 () Ainda não encontrei ninguém.	A.2 () Conseguem conversar sobre o conflito.	
	2.3. () Por opção. Prefiro viver assim.	B.2 () Evitam conversar sobre o que ocasionou o conflito.	

3. Vínculo Filial (saber se tem filhos (as) e qual a qualidade do relacionamento)

3.1. Você tem filhos (as)?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-3 ()	3.2 Por que você não tem filhos (as)?	3.3 Na relação com os (as) filhos(as):	3.V()
	3.1 () Por opção ou não quero ter filhos (as).	B.3 () Às vezes converso, brinco e troco ideias.	
	3.2 () Não gosto de criança.	A.3 () Tenho o hábito de conversar, brincar e trocar ideias.	
	3.3. () Tentei, mas não consegui.	C. 3 () Não tenho tempo e nem disposição para conversar, brincar ou trocar ideias.	

4. Vínculo de Moradia (saber se tem moradia e como é o tipo da habitação)

4.1. Você tem lugar para morar?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-4 ()	4.2 Qual o motivo para não ter um lugar para morar?	4.3 Esse lugar é:	4.V()
	4.1 () Já tive mas perdi.	A.4 () Próprio ou da família.	
	4.2 () Falta condição material.	C.4 () Ocupação ou cedido (emprestado).	
	4.3. () Eu acho que nunca vou ter a minha casa.	B. 4 () Alugado.	

5. Vínculo Comunitário (saber do conhecimento dos recursos da comunidade e do nível de inserção em seu contexto)

5.1. Você conhece a comunidade, prédio ou bairro onde mora? (Por ex.: delegacia, escola, associações, posto de saúde)

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-5 ()	5.2 Por que você não conhece a comunidade, prédio ou bairro onde mora?	5.3 Como se sente na comunidade, prédio ou bairro onde mora?	5.V()
	5.1 () Não pretendo ou não preciso fazer amigos aqui	C.5 () Não me sinto bem, se eu pudesse mudaria dessa comunidade ou bairro.	
	5.2 () Gostaria, mas as pessoas ou instituições são fechadas ou apressadas.	B.5 () Ora satisfeito (a), ora insatisfeito (a)	
	5.3. () Tenho dificuldade. Não gosto de incomodar as pessoas,	A. 5 () Integrado (a) e feliz	

6. Vínculo com a leitura (saber sobre o uso da leitura como um recurso de inserção)

6.1. Você sabe ler?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-6 ()	6.2 Qual a razão para não saber ler?	6.3 Gosta de ler?	6.V()
	6.1 () Tenho dificuldade para aprender.	A.6 () Sempre que eu posso.	
	6.2 () Não tenho interesse por estudo.	B.6 () De vez em quando.	
	6.3. () Não tive chance, mas gostaria.	C. 6 () É muito difícil.	

7. Vínculo com a escrita (saber sobre o uso da escrita como um recurso de inserção)

7.1. Você sabe escrever?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-7 ()	7.2 Qual a razão para não saber escrever?	7.3 Gosta de escrever?	7.V()
	7.1 () Tenho dificuldade para aprender.	B.7 () De vez em quando.	
	7.2 () Não tenho interesse por estudo.	A.7 () Sempre que posso.	
	7.3. () Gostaria de aprender a escrever, mas não tive chance.	C. 7 () É muito difícil.	

8. Vínculo profissional (saber se houve capacitação e se trouxe benefícios)

8.1. Você já fez algum curso profissionalizante?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-8 ()	8.2 Por que você nunca fez um curso?	8.3 Na prática, esse curso tem lhe ajudado a fazer melhor o que você faz hoje?	8.V()
	8.1 () Não acredito nesses cursos.	C.8 () Esse curso não me ajudou a fazer melhor o que eu faço.	
	8.2 () Ainda não tive chance.	B.8 () Mais ou menos, porque uso muito pouco o que aprendi.	
	8.3. () Não sei se um curso vai me ajudar.	A.8 () Sim, porque uso os conhecimentos que aprendi.	

9. Vínculo Econômico (saber sobre a disponibilidade de recursos financeiros/ou de salário afetivo)

9.1. Está trabalhando ou tem algum benefício: aposentadoria, auxílio?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-9 ()	9.2 Por que você está sem trabalho e sem algum tipo de serviço?	9.3 No desempenho do trabalho ou quanto à remuneração recebida:	9.V()
	9.1 () Porque só encontro vagas para trabalhos que não sei fazer.	A.9 () Estou satisfeito (a). Sinto-me reconhecido (a) e valorizado (a).	
	9.2 () Porque tenho tentado, mas não consigo.	B.9 () Estou mais ou menos satisfeito (a). Nem sempre me sinto reconhecido (a) e valorizado (a).	
	9.3. () Porque não fico muito tempo em um trabalho.	C. 9 () Estou insatisfeito. Nunca me sinto reconhecido (a) e valorizado (a).	

10. Vínculo religioso (saber sobre o envolvimento com um grupo religioso de apoio)

10.1. Faz parte de alguma religião ou igreja?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-10()	10.2 Por que não participa?	10.3 Como está sua participação?	10.V()
	10.1 () Já frequentei, mas hoje não quero ou não preciso.	B. 10 () Regular, porque só participo do que acontece na minha igreja/religião quando posso.	
	10.2 () Não gosto dessas coisas de religião.	A. 10 () Excelente, participo de tudo que acontece na minha igreja (religião), não perco nada.	
	10.3. () Ainda não precisei.	C. 10 () Ruim, porque eu acredito na minha igreja/religião, mas não participo.	

11. Vínculo de saúde física (saber sobre a saúde e a consciência de estar saudável)

11.1. Atualmente você se sente com saúde?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-11()	11.2 Você não se sente saudável por quê?	11.3 Você atribui a sua saúde:	11.V()
	11.1 () Quando tem de morrer morre.	C. 11 () Aos desígnios de Deus.	
	11.2 () Sei que estou doente, mas não gosto de tomar remédio.	A. 11 () Ao tipo de vida que eu levo.	
	11.3. () Tomo remédio.	B. 11 () Aos remédios que tomo.	

12. Vínculo de saúde psíquica (saber sobre o uso de remédio controlado)

12.1. Atualmente você usa remédios controlados para os nervos?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-12()	12.2 Por que você toma remédio para os nervos?	12.3 Quantos remédios controlados você faz uso por dia?	12.V()
	12.1 () Não gosto de tomar. remédio.	A. 12 () 1 (um).	
	12.2 () Não acredito que o remédio vá me ajudar.	B. 12 () 2 (dois).	
	12.3. () Não preciso ou nunca me receitaram.	C. 12 () 3 (três) ou mais.	

13. Vínculo de ‘apoio social 1’ (saber sobre a acessibilidade ao serviço de saúde.)

13.1. Em caso de doença, você sabe a qual hospital ou centro de saúde deve se dirigir?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-13()	13.2 Por quê?	13.3 Por quê?	13.V()
	13.1 () Prefiro outros recursos.	C. 13 () Saio procurando até encontrar.	
	13.2 () Não sei como chegar lá.	A. 13 () Porque sou uma pessoa inconformada do serviço de saúde da comunidade.	
	13.3. () Nunca precisei.	B. 13 () Porque peço informação até chegar lá.	

14. Vínculo de ‘apoio social 2’ (saber sobre a qualidade do acolhimento e o nível de confiança no atendimento de saúde.)

14.1. Você já precisou ser atendido (a) por algum profissional do serviço de saúde?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-14()	14.2 Por quê?	14.3 Durante o atendimento:	14.V()
	14.1 () Nunca precisei.	B. 14 () Fiquei desconfiado (a) do profissional, porque não fui bem acolhido (a) com atenção.	
	14.2 () Não acredito neles.	A. 14 () Fui bem acolhido (a), o que me deixou confiante no profissional.	
	14.3. () Não sei esperar; tem muita gente.	C. 14 () Fiquei chateado (a), porque não fui acolhido (a) pelo profissional.	

15. Vínculo de apoio social 3 (saber se ele (a) pode contar com ajuda de alguém)

15.1. Se você precisar do serviço de saúde, pode contar com alguém para chegar lá?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-15()	15.2 Por quê?	15.3 Quem?	15.V()
	15.1 () Não gosto de incomodar.	A. 15 () Familiares.	
	15.2 () Procuro resolver meus problemas sozinho.	C. 15 () Conhecidos e vizinhos.	
	15.3. () Não confio em ninguém.	B. 15 () Amigos.	

16. Vínculo de amizade (saber se a pessoa dispõe de um círculo de amizade e sente que é acolhida)

16.1. Quando você se sente magoado (a), ofendido (a), injustiçado (a), humilhado (a), tem com quem desabafar?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-16()	16.2 Qual o motivo de não ter ninguém com quem desabafar?	16.3 Quando você desabafa?	16.V()
	16.1 () Prefiro guardar para mim.	C. 16 () Nunca me escutam.	
	16.2 () Não tenho amigos (as).	B. 16 () Algumas vezes, sinto-me escutado (a).	
	16.3. () Não acredito em amizade.	A. 16 () Sinto-me escutado (a) com atenção e respeito.	

17. Vínculo de documentação (saber se a pessoa possui documentos)

17.1. Você possui documentos?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-17()	17.2 Por que você não tem documentos?	17.3 Quais?	17.V()
	17.1 () Não preciso de documentos para o tipo de vida que levo.	A. 17 () Todos (RG, CPF, C. Trabalho, Habilitação, C. Nascimento, Título de Eleitor.	
	17.2 () Nunca tive.	B. 17 () Uns 2 ou três.	
	17.3. () Tinha, mas perdi ou roubaram.	C. 17 () Somente um.	

18. Vínculo de cidadania (saber se a pessoa exerce sua cidadania.)

18.1. Na última eleição você votou?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-18()	18.2 Por que não votou?	18.3 Por quê?	18.V()
	18.1 () Não gostei de nenhum candidato.	B. 18 () Para garantir meu emprego.	
	18.2 () Um voto não muda nada.		
	18.3. () Políticos não cumprem suas promessas.	C. 18 () Por obrigação	

19. Vínculo de segurança (saber sobre o nível de consciência de participação na própria segurança.)

19.1. Existe algum lugar onde você se sente seguro?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-19()	19.2 Por quê?	19.3 O que você tem feito para se proteger?	19.V()
	19.1 () Quando chega a hora de morrer, nada pode impedir de acontecer.	C. 19 () Não saio mais de casa.	
	19.2 () Não adianta, quando tem que acontecer acontece.	A. 19 () Evito sair sozinho (a) para lugares perigosos.	
	19.3. () Hoje não existe lugar seguro.	B. 19() Nada, confio em Deus.	

20. Vínculo de lazer (saber se a pessoa participa de algum lazer e qual o motivo.)

20.1. Tem diversão em sua vida?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-20()	20.2 Por que não se diverte?	20.3 Por que você não se diverte?	20.V()
	20.1 () Não tenho tempo.	B. 20 () Com a diversão esqueço um pouco as preocupações.	
	20.2 () Não tenho vontade.	A. 20 () Para viver com mais alegria, disposição e felicidade.	
	20.3. () Diversão é luxo.	C. 20 () Porque todo mundo faz isso.	

21. Vínculo Alimentar (saber se a pessoa tem recursos para se alimentar e se está satisfeita com os alimentos que ingere)

21.1. Você se alimenta todos os dias?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-21()	21.2 Qual o motivo? 21.1 () Como o que me dão. 21.2 () Nem sempre posso comprar. 21.3. () Para economizar e pagar outras contas.	21.3 Você gosta da sua alimentação? A. 21 () Sim, porque como o que gosto. C. 21 () Como o que dá pra comprar. B. 21 () Mais ou menos, ou, se eu pudesse, melhoraria a qualidade da minha alimentação.	21.V()

22. Vínculo ecológico (saber se existe preocupação e consciência ecológica)

22.1. Você se preocupa com a preservação da natureza e dos animais?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-22()	22.2 Por que você não se preocupa? 22.1 () Não tenho nada com isso. 22.2 () Não tenho tempo para isso. 22.3. () Não tenho interesse	22.3 Por que você se preocupa? C. 22 () Porque é importante, mas é coisa do governo B. 22 () Porque está na moda. A. 22 () Porque todos os seres vivos tem direito a vida.	22.V()

23. Vínculo tecnológico 1 (saber se a pessoa usa e reconhece o valor do aparelho telefônico)

23.1. Você sabe usar o telefone?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-23()	23.2 Por que você não sabe usar um telefone? 23.1 () É complicado. 23.2 () Não posso, pois não tenho dinheiro para isso. 23.3. () Não tive chance de aprender.	23.3 Como se sente? A. 23 () Muito bem e facilita a minha vida. B. 23 () Bem, mas evito usar. C. 23 () Não gosto, prefiro falar pessoalmente.	23.V()

24. Vínculo tecnológico 2 (saber se a pessoa usa e reconhece o valor do caixa eletrônico.)

24.1. Você sabe usar um caixa eletrônico?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-24()	24.2 Por que você não sabe usar um caixa eletrônico?	24.3 Como se sente?	24.V()
	24.1 () Não tive chance de aprender.	C. 24 () Bem, mas evito usar por uma questão de segurança.	
	24.2 () É complicado.	B. 24 () Não gosto de ficar na fila esperando.	
	24.3. () Não gosto, porque sempre tem um defeito na máquina.	A. 24 () Muito bem e facilita a minha vida	

25. Vínculo de solidariedade (saber do nível de participação e sensibilidade com os que estão precisando de apoio.)

25.1. Quando você sabe que alguém da sua comunidade precisa de ajuda, você faz alguma coisa?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-25()	25.2 Por quê?	25.3 Por quê?	25.V()
	25.1 () Isso é coisa para quem não tem o que fazer.	C. 25 () Para não ser criticado ou mal visto.	
	25.2 () Não gosto.	A. 25 () Sou sensível à dor e ao sofrimento do próximo.	
	25.3. () Por falta de tempo.	B. 25 () Tenho tempo livre.	

26. Vínculo social (saber se a pessoa dispõe de algum grupo de apoio social.)

26.1 Participa de alguma associação, grupo, sindicato ou pastoral?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-26()	26.2 Por quê?	26.3 Por quê?	25.V()
	26.1 () Não tenho tempo.	A. 26 () Para não me sentir inútil.	
	26.2 () Isso é para quem não tem o que fazer.	B. 26 () Para me sentir integrado.	
	26.3. () Não gosto.	C. 26 () Para não ser mal entendido(a) pelos outros.	

27. Vínculo de dependência (saber se a pessoa tem algum vício.)

27.1. Você tem a vida livre de vícios (bebida, jogo, fumo)?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-27()	27.2 Por quê?	27.3 Por quê?	27.V()
	27.1 () Alivia o sofrimento.	A. 27 () Faz mal para a saúde.	
	27.2 () Gostaria muito de me livrar, mas não consigo.	B. 27 () Não tenho dinheiro para isso.	
	27.3. () Por que eu gosto.	C. 27 () Não gosto.	

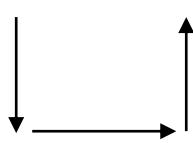
28. Vínculo espiritual (saber se a pessoa tem algum transcendental)

28.1 Você acredita em forças superiores, universo, cosmos, natureza ou em Deus?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim {1 ponto}	
-28()	28.2 Por que não acredita?	28.3 Por que você precisa dessa crença?	28.V()
	28.1 () Acredito só em mim.	A. 28 () É o que dá sentido à minha vida e me estimula.	
	28.2 () Não acredito em nada.	B. 28 () Porque todo mundo precisa acreditar em algo.	
	28.3. () Acredito só na humanidade ou na ciência.	C. 28 () Por pressão familiar e social.	

ANEXO C**INSTRUMENTO PARA AVALIAR A AUTOESTIMA – BARRETO, 2008**

As respostas devem ser lidas na direção indicada.



Respondas as questões abaixo considerando sua realidade.

- 1) Em um conflito com alguém, você procura entender o que está acontecendo?
 B () Esforço-me para entender. C () Dificilmente
 A () Constantemente D () Jamais procuro entender o que está acontecendo.

- 2) Você gosta de você e se considera uma pessoa legal sem precisar justificar-se?
 D () Não C () Acho uma tarefa complicada.
 B () Muitas vezes, sim. A () A todo momento

- 3) Você assume as responsabilidades por seus atos?
 A () Todas as vezes B () Me empenho
 C () Poucas vezes D () Em tempo algum

- 4) Você sente que é respeitado pelos outros?
 C () Muito pouco A () A toda hora
 B () Provavelmente, sim. D () Nunca

- 5) Você é capaz de perder hoje e ganhar amanhã?
 B () Faço esforço. D () Em tempo algum
 A () Sempre C () Às vezes

- 6) Você se considera uma pessoa autêntica?
 D () Não C () Dificilmente
 B () Muitas vezes A () Constantemente

- 7) Você vibra com suas descobertas e realizações?
 A () Sempre que acontece. B () Me esforço
 D () Jamais C () Raramente

- 8) Você é capaz de expressar e assumir seus desejos, pensamentos e opiniões?
 A () A todo momento C () Às vezes consigo.
 D () Não consigo. B () É provável que sim.

- 9) Você reconhece suas limitações?
 B () Me interesso. D () Não
 C () Em algumas situações A () Constantemente

- 10) Você é reconhecido e aprovado pelo que faz?
C () Dificilmente A () Sempre
D () Em tempo algum B () Às vezes
- 11) Você sabe e insiste no que quer?
B () Me esforço para. C () Dificilmente
A () Constantemente D () Jamais
- 12) Você é justo com os outros?
D () Não C () Acho uma tarefa complicada.
B () Muitas vezes, sim. A () A todo momento
- 13) Quando erra, você assume e pede desculpa ao outro?
A () Todas as vezes B () Me empenho.
C () Poucas vezes D () Não
- 14) Você consegue dizer não sem se sentir culpado?
C () Muito pouco A () A toda hora
B () Provavelmente, sim, D () Nunca
- 15) Você procura consertar seus erros e aprender com eles?
B () Faço esforço. D () Em tempo algum
A () Sempre C () Às vezes
- 16) Você, quando pode, compra coisas para você?
D () Não C () Dificilmente
B () Muitas vezes faço isso. A () Constantemente
- 17) Você reflete sobre sua vida?
A () Continuamente B () Me esforço.
D () Jamais C () Raramente
- 18) Você costuma pedir ajuda para resolver seus problemas?
A () A todo momento C () Às vezes consigo.
D () Não consigo. B () Me empenho
- 19) Você se sente capaz de começar um trabalho novo?
B () Me interesso. D () Não
C () Em algumas situações A () Constantemente
- 20) Você cumpre o que promete?
C () Dificilmente A () Sempre
D () Em tempo algum B () Às vezes

ANEXO D - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

C E R T I D Ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 4^a Reunião realizada no dia 19/05/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E FAMÍLIA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA NOVO-PARADIGMÁTICA: CONVIVENDO COM O SOFRIMENTO PSIQUICO”**, da pesquisadora Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho. Prot. nº 0179/16. CAAE: 55962216.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

Andrea M. C. Lima
Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB



*Mensagens, músicas e dinâmicas utilizadas
nas rodas de TCI*

MENSAGENS, MÚSICAS E DINÂMICAS UTILIZADAS NAS RODAS DE TCI

Mensagem 1 - Milho de pipoca que não passa pelo fogo continua a ser milho para sempre! - Rubem Alves

Assim acontece com a gente.

As grandes transformações acontecem quando passamos pelo fogo.

Quem não passa pelo fogo fica do mesmo jeito a vida inteira.

São pessoas de uma mesmice e uma dureza assombrosa. Só que elas não percebem e acham
que seu jeito de ser é o melhor jeito de ser.

Mas, de repente, vem o fogo.

O fogo é quando a vida nos lança numa situação que nunca imaginamos: a dor.

Pode ser fogo de fora: perder um amor, perder um filho, o pai, a mãe, perder o emprego ou
ficar pobre.

Pode ser fogo de dentro: pânico, medo, ansiedade, depressão ou sofrimento, cujas causas
ignoramos.

Há sempre o recurso do remédio: apagar o fogo!

Sem fogo, o sofrimento diminui. Com isso, a possibilidade da grande
transformação também. Imagino que a pobre pipoca, fechada dentro da panela, lá dentro cada
vez mais quente, pensa que sua hora chegou: vai morrer. Dentro de sua casca dura, fechada
em si mesma, ela não pode imaginar um destino diferente para si. Não pode imaginar a
transformação que está sendo preparada para ela.

A pipoca não imagina aquilo de que ela é capaz.

Aí, sem aviso prévio, pelo poder do fogo, a grande transformação acontece:

BUM!

E ela aparece como outra coisa completamente diferente, algo que ela
mesma nunca havia sonhado.

Bom, mas ainda temos o piruá, que é o milho de pipoca que se recusa a estourar.

São como aquelas pessoas que, por mais que o fogo esquente, se recusam a mudar.

Elas acham que não pode existir coisa mais maravilhosa do que o jeito delas serem.

A presunção e o medo são a dura casca do milho que não estoura. No entanto, o destino delas
é triste, já que ficarão duras a vida inteira.

Não vão se transformar. na flor branca, macia e nutritiva.

Não vão dar alegria para ninguém.

Extraído do livro ‘O amor que acende a lua’, de Rubem Alves.

Mensagem 2 - A Bagagem
(Autor desconhecido)

Quando sua vida começa, você tem apenas uma mala pequenina de mão...

À medida que os anos vão passando, a bagagem vai aumentando, porque existem muitas coisas que você recolhe pelo caminho, por pensar que são importantes.

Em determinado ponto do caminho, começa a ficar insuportável carregar tantas coisas, pois a bagagem pesa demais, então você pode escolher: ficar sentado à beira do caminho, esperando que alguém o ajude, o que é difícil, pois todos que passarem por ali já terão sua própria bagagem.

Você pode ficar a vida inteira esperando ou pode aliviar o peso, esvaziando a mala.

Mas, o que tirar? Você começa tirando tudo... veja o que tem dentro: Amor, Amizade... nossa!

Tem bastante! Curioso, não pesa nada...

Tem algo pesado... você faz força para tirar.... é a Raiva - como ela pesa!

Aí você começa a tirar, tirar e aparecem a Incompreensão, o Medo, o Pessimismo... nesse momento, o Desânimo quase te puxa para dentro da mala Mas você puxa-o para fora com toda a força, e no fundo da mala, aparece um Sorriso, que estava sufocado no fundo da sua bagagem...

Pula para fora outro sorriso e mais outro, e aí sai a Felicidade... Aí você coloca as mãos dentro da mala de novo e tira um monte de Tristeza...

Agora, você vai ter que procurar a Paciência dentro da mala, pois vai precisar bastante...

Procure, então, o resto: Força, Esperança, Coragem, Entusiasmo, Equilíbrio, Responsabilidade, Tolerância e o Bom e Velho Humor. Tire a Preocupação também. Deixe de lado, depois você pensa o que fazer com ela...

Bem, sua bagagem está pronta para ser arrumada de novo. Mas, pense bem no que vai colocar dentro da mala de novo.

Agora é com você. E não se esqueça de fazer essa arrumação mais vezes, pois o caminho é MUITO, MUITO LONGO, e sua bagagem poderá pesar novamente.

Fonte: http://www.rivalcir.com.br/mensagemparavoce/191_bagagensdavida.html

Mensagem 3 - Princípio do Vácuo

Luiz Antônio Gasparetto

Você tem o hábito de juntar objetos inúteis no momento, por acreditar que, um dia (nem sabe quando), poderá precisar deles?

Você tem o hábito de juntar dinheiro só para não o gastar, pois, no futuro, poderá fazer falta? Você tem o hábito de guardar roupas, sapatos, móveis, utensílios domésticos e outros tipos de equipamentos que já não usa há um bom tempo? E dentro de você? Você tem o hábito de guardar magoas, ressentimentos, raivas e medos?

Não faça isso. É antiprosperidade. É preciso criar um espaço, um vazio, para que as coisas novas cheguem em sua vida. É preciso eliminar o que sobre na sua vida, para que a prosperidade venha. E a força desse vazio que absorverá e atrairá tudo o que você almeja. Enquanto você estiver material ou emocionalmente carregado de coisas velhas e inúteis, não haverá espaço aberto para novas oportunidades. Os bens precisam circular. Limpe as gavetas, os guarda-roupas, o quartinho do fundo, a garagem. Dê o que não usa mais. Venda, troque, movimente e não acumule. Dê espaço para o novo. Não estamos falando do capitalismo/consumismo). A atitude de guardar um monte de coisas inúteis amarra sua vida. Não são os objetos guardados que emperram sua vida, mas o significado da atitude de guardar.

Quando se guarda, considera-se a possibilidade da falta, da carência e não terá meios de prover suas necessidades. Com essa postura, você está enviando duas mensagens para o seu cérebro e para a vida: 1^a - Você não confia no amanhã; 2^a - Você acredita que o novo e o melhor não são para você, já que se contenta em guardar coisas velhas e inúteis. O princípio de não acreditar que o melhor é para você pode se manifestar, por exemplo, na conservação de um velho e inútil liquidificador. Esse princípio, expresso num objeto, denota um comportamento que também pode estar presente em outras áreas de sua vida, gerando entraves para o sucesso e a prosperidade.

O simples fato de dar para alguém o velho liquidificador, colocando o objeto em circulação, cria um vácuo para que algo melhor ocupe o espaço deixado.

Emocionalmente, também. Você passa a acreditar que o novo compensará o objeto doado. Gente, uma faxina básica, apesar da trabalheira e do cansaço que provoca, no final, é sempre bem-vinda. Arejar espaços, fora e dentro da gente, faz um bem enorme! Vamos lá! Mão à obra! Desfaça-se do que perdeu a cor e o brilho e deixe entrar o novo em sua casa e dentro de você!

**Mensagem 4 - Fábula do Sapinho Surdo
(Monteiro Lobato)**

Era uma vez uma corrida de sapinhos.

O objetivo era de atingir o alto de uma grande torre.

Havia, no local, uma multidão assistindo; muita gente para vibrar e torcer por eles.

E começou a competição.

Infelizmente uma onda de negativismo pairou sobre a multidão.

“Que pena!... esses sapinhos não vão conseguir... não vão conseguir!”

E os sapinhos começaram a desistir. Entretanto, havia um que persistia e continuava a subida,
em busca do topo.

A multidão continuava gritando:

“Que pena! Vocês não vão conseguir!”

E os sapinhos estavam mesmo desistindo, um por um... menos aquele sapinho que continuava
tranquilo, embora cada vez mais arfante.

Já no final da competição, todos desistiram, menos ele. E a curiosidade tomou conta de todos,
que queriam saber o que tinha acontecido...

E assim, quando foram perguntar ao sapinho como ele havia conseguido concluir a prova, aí
sim, conseguiram descobrir: ele era surdo!

Não permita que pessoas com o péssimo hábito de ser negativas
derrubem as melhores e mais sábias esperanças de seu coração!

Não deixe ninguém zombar dos seus sonhos!!!

Conquiste suas aspirações e concretize seus planos.

Você pode!

Fonte: <http://www.wesleyamaral.com.br/site/noticias-palestras-motivacionais/82-fabula-sapinho-surdo-motivacao.html>

Mensagem 5 - A Janela do Hospital
(Autor desconhecido)

Dois homens, ambos gravemente doentes, estavam no mesmo quarto de um hospital. Um deles podia sentar-se na sua cama durante uma hora todas as tardes para conseguir drenar o líquido de seus pulmões. Sua cama estava junto da única janela do quarto. O outro homem tinha de ficar sempre deitado de costas para a janela. Os homens conversavam horas a fio. Falavam de suas mulheres e famílias, de suas casas, seus empregos, seu envolvimento no serviço militar, locais onde passavam as férias...

Todas as tardes, quando o homem da cama perto da janela se sentava, ele passava o tempo descrevendo ao seu companheiro todas as coisas que podia ver do lado de fora da janela. O homem da cama do lado começou a viver para aqueles períodos de uma hora, em que o seu mundo era alargado e animado por toda a atividade e cor do mundo do lado de fora. A janela dava para um parque com um lindo lago. de patos e cisnes que brincavam na água, enquanto crianças, com os seus barquinhos, e jovens namorados caminhavam de braços dados por entre as flores de todas as cores e uma bela vista da silhueta da cidade podia ser vista na distância. Quando o homem perto da janela descrevia isso tudo com detalhes requintados, o homem, no outro lado do quarto, fechava os seus olhos e imaginava essa cena pitoresca. Numa tarde quente, o homem de perto da janela descreveu um desfile que passava. Embora o outro não conseguisse ouvir a banda – ele podia vê-lo no olho da sua mente como o senhor a retratava através de palavras descritivas. Dias, semanas e meses se passaram. Numa manhã, a enfermeira chegou ao quarto e encontrou o corpo sem vida do homem perto da janela, que tinha morrido tranquilamente em seu sono. Ela ficou muito triste e chamou os atendentes para que levassem o corpo. Logo que lhe pareceu apropriado, o outro homem perguntou se podia ser colocado na cama perto da janela. A enfermeira ficou feliz em fazer a troca, e depois de ter certeza de que ele estava confortável, ela o deixou sozinho. Vagarosamente, pacientemente, ele se apoiou em um cotovelo para tomar o seu primeiro olhar para o mundo real. Fez um grande esforço, lentamente a olhar para fora da janela, além da cama. Ele enfrentou uma parede em branco. O homem perguntou à enfermeira o que poderia ter levado seu companheiro falecido, que tinha descrito coisas tão maravilhosas fora dessa janela. A enfermeira respondeu que o homem era cego e nem sequer conseguia ver a parede. Ela disse:

“Talvez ele só queria encorajar você.”

Fonte: <http://www.asomadetodosafetos.com/2016/04/a-janela-do-hospital.html>

Música 1 – Quero que valorize
Composer: Armando Filho

Quero que valorize o que você tem
Você é um ser, você é alguém tão importante para Deus,
Nada de ficar sofrendo angústia e dor
Nesse teu complexo inferior
Dizendo, às vezes, que não é ninguém.

Eu venho falar do valor que você tem (2 x)

Ele está em você, o Espírito Santo se move em você.
Até com gemidos inexpressíveis, inexpressíveis
Daí você pode então perceber que, pra Ele, há algo importante em você
Por isso levante e cante, exalte ao Senhor.

Você tem valor, o Espírito Santo se move em você (2 x)

Quero que valorize o que você tem
Você é um ser, você é alguém tão importante para Deus,
Nada de ficar sofrendo angústia e dor
Nesse teu complexo inferior
Dizendo, às vezes, que não é ninguém.

Eu venho falar do valor que você tem. (2 x)

Ele está em você, o Espírito Santo se move em você
Até com gemidos inexpressíveis, inexpressíveis
Daí você pode então perceber que, pra Ele, há algo importante em você
Por isso levante e cante, exalte ao Senhor.

Você tem valor, o Espírito Santo se move em você. (10 x)

Música 2 – Tente outra vez
Composer: Raul Seixas

Veja!
 Não diga que a canção
 Está perdida
 Tenha fé em Deus
 Tenha fé na vida
 Tente outra vez!

Beba! (Beba!)
 Pois a água viva
 Ainda tá na fonte
 (Tente outra vez!)
 Você tem dois pés
 Para cruzar a ponte
 Nada acabou!
 Não! Não! Não!

Oh! Oh! Oh! Oh!
 Tente!
 Levante sua mão sedenta
 E recomece a andar
 Não pense
 Que a cabeça aguenta
 Se você parar
 Não! Não! Não!
 Não! Não! Não!

Há uma voz que canta
 Uma voz que dança
 Uma voz que gira
 (Gira!)
 Bailando no ar
 Uh! Uh! Uh!

Queira! (Queira!)
 Basta ser sincero
 E desejar profundo
 Você será capaz
 De sacudir o mundo
 Vai!
 Tente outra vez!
 Humrum!

Tente! (Tente!)
 E não diga
 Que a vitória está perdida
 Se é de batalhas
 Que se vive a vida
 Han!
 Tente outra vez!

Fonte: <https://www.letras.mus.br/raul-seixas/48334/>

Música 3 – Tocando em frente
Compositor: Almir Sater

Ando devagar
 Porque já tive pressa
 E levo esse sorriso
 Porque já chorei demais

Hoje me sinto mais forte
 Mais feliz, quem sabe
 Só levo a certeza
 De que muito pouco sei
 Ou nada sei

Conhecer as manhas
 E as manhãs
 O sabor das massas
 E das maçãs

É preciso amor
 Pra poder pulsar
 É preciso paz pra poder sorrir
 É preciso a chuva para florir

Penso que cumprir a vida
 Seja simplesmente
 Compreender a marcha
 E ir tocando em frente

Como um velho boiadeiro
 Levando a boiada
 Eu vou tocando os dias
 Pela longa estrada, eu vou
 Estrada eu sou

Conhecer as manhas
 E as manhãs
 O sabor das massas
 E das maçãs

É preciso amor
 Pra poder pulsar
 É preciso paz pra poder sorrir
 É preciso a chuva para florir

Todo mundo ama um dia
 Todo mundo chora
 Um dia a gente chega
 E no outro vai embora

Cada um de nós compõe a sua história
 Cada ser em si
 Carrega o dom de ser capaz
 E ser feliz

Conhecer as manhas
 E as manhãs
 O sabor das massas
 E das maçãs

É preciso amor
 Pra poder pulsar
 É preciso paz pra poder sorrir
 É preciso a chuva para florir

Ando devagar
 Porque já tive pressa
 E levo esse sorriso
 Porque já chorei demais

Cada um de nós compõe a sua história
 Cada ser em si
 Carrega o dom de ser capaz
 E ser feliz.

Fonte: <https://www.letras.mus.br/almir-sater/44082/>

Música 4 – Prova de amor maior não há
Compositor: Padre José Weber

Prova de amor maior não há que doar a vida pelo irmão!

Eis que eu vos dou o meu novo Mandamento:
“Amai-vos uns aos outros como Eu vos tenho amado”.

Prova de amor maior não há que doar a vida pelo irmão!

Vós sereis os meus amigos se seguirdes meu preceito:
“Amai-vos uns aos outros como Eu vos tenho amado”

Prova de amor maior não há que doar a vida pelo irmão!

Como o Pai sempre me ama assim também eu vos amei:
“Amai-vos uns aos outros como Eu vos tenho amado”

Prova de amor maior não há que doar a vida pelo irmão!

Permaneци em meu amor e segui meu mandamento:
“Amai-vos uns aos outros como Eu vos tenho amado”.

Prova de amor maior não há que doar a vida pelo irmão!

E chegando a minha Páscoa, vos amei até o fim:
“Amai-vos uns aos outros como Eu vos tenho amado”.

Prova de amor maior não há que doar a vida pelo irmão!

Nisto todos saberão que vós sois os meus discípulos:
“Amai-vos uns aos outros como Eu vos tenho amado”.

Prova de amor maior não há que doar a vida pelo irmão!

Fonte: <https://www.vagalume.com.br/padre-jose-weber/prova-de-amor-maior-nao-ha.html>

Música 5 – Noites traiçoeiras
Composer: Pastor Carlos Papae

Deus está aqui nesse momento
 Sua presença é real em meu viver
 Entregue sua vida e seus problemas
 Fale com Deus, Ele vai ajudar você. Oh, oh!

Deus te trouxe aqui
 Para aliviar os seus sofrimentos
 Oh, oh, oh!
 É Ele o autor da fé
 Do princípio ao fim
 Em todos os seus tormentos, oh, oh!

E ainda se vier noites traiçoeiras,
 Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
 E o mundo pode até fazer você chorar
 Mas Deus te quer sorrindo oh, oh
 E ainda se vier noites traiçoeiras
 Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
 O mundo pode até fazer você chorar
 Mas Deus te quer sorrindo.

Seja qual for o seu problema, fale com Deus
 Ele vai ajudar você
 Após a dor vem sempre a alegria,
 Pois Deus é amor e não te deixará sofrer oh, oh

Deus te trouxe aqui
 Para aliviar o seu sofrimento oh, oh!
 É Ele o autor da fé
 Do princípio ao fim
 Em todos os seus tormentos, oh, oh!
 E ainda se vier noites traiçoeiras,
 Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
 E o mundo pode até fazer você chorar
 Mas Deus te quer sorrindo oh, oh
 E ainda se vier noites traiçoeiras
 Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
 E o mundo pode até fazer você chorar
 Mas Deus te quer sorrindo.

Fonte: <http://www.recantodoescritor.com.br/2016/01/14/verdadeiro-autor-da-musica-noites-traiçoeiras/>

Música 6 – Balançando na terapia

“Tô balançando, mas não vou cair,
mas não vou cair, mas não vou cair.
Tô balançando, mas não vou cair,
mas não vou cair, mas não vou cair.
Tô balançando na Terapia
Tô balançando, mas não vou cair
Tô balançando na minha vida
Tô balançando, mas não vou cair.” (bis)

Fonte: <http://tcfar.blogspot.com.br/2012/04/musicas-para-cantar-na-tc.html>

Música 7 – Seja bem vindo, o lelê

“Seja bem vindo o lelê, seja bem vindo, o lalá.
Paz e bem pra você, que veio participar...”

Fonte: <http://tcfar.blogspot.com.br/2012/04/musicas-para-cantar-na-tc.html>

Música 8 – Canta, canta, minha gente
Compositor: Martinho da Vila

Canta, canta, minha gente.
 Deixa a tristeza pra lá.
 Canta forte, canta alto,
 Que a vida vai melhorar.
 Que a vida vai melhorar.

Cantem o samba de roda,
 O samba-canção e o samba rasgado.
 Cantem o samba de breque,
 O samba moderno e o samba quadrado.

Cantem ciranda, o frevo,
 O coco, maxixe, baião e xaxado,
 Mas não cantem essa moça bonita,
 Porque ela está com o marido do lado.

Canta, canta, minha gente.
 Deixa a tristeza prá lá.
 Canta forte, canta alto,
 Que a vida vai melhorar.
 Que a vida vai melhorar.
 Que a vida vai melhorar.
 Mas a vida vai melhorar.
 A vida vai melhorar.

Quem canta seus males espanta
 Lá em cima do morro

Ou sambando no asfalto.
 Eu canto o samba-enredo,
 Um sambinha lento e um partido alto.

Há muito tempo não ouço
 O tal do samba sincopado.
 Só não dá pra cantar mesmo
 É vendo o sol nascer quadrado.

Canta, canta, minha gente.
 Deixa a tristeza pra lá.
 Canta forte, canta alto,
 Que a vida vai melhorar.

Que a vida vai melhorar.
 Que a vida vai melhorar.
 Mas eu disse: Que vai melhorar.
 Que a vida vai melhorar.
 Ora se vai melhorar.
 Que a vida vai melhorar.
 Mas será que vai melhorar?
 Que a vida vai melhorar.
 Eu já vou é me mandar.
 Que a vida vai melhorar.
 Que a vida vai melhorar.

Fonte:

<https://www.letras.mus.br/martinho-da-vila/287326/>

Música 9 – Faça assim

“Faça assim, faça assim, faça assim como é bom fazer,
Faça assim, faça assim, e agora é você.” (bis)

Fonte: <https://nixmp3.me/descargar-mp3-gratis/dinamica-de-baiano-musica>

Música 10 – Abençoa-nos, Senhor!

“..... será abençoado(a), porque o Senhor vai derramar. o Seu Amor. (bis)
Derrama Senhor, derrama Senhor. Derrama sobre ele(a) o Seu Amor. (bis)
“..... já foi abençoado(a), porque o Senhor já derramou o Seu Amor. (bis)

Fonte: <http://www.acheoracao.com.br/oracoes/351.html>

Dinâmica 1 – Rosa de apresentação

Objetivo: Estimular a integração dos participantes e destacar a importância de conhecermos uns aos outros, de saber ouvir, prestar atenção ao próximo e valorizá-lo.

Material: Rosa de pelúcia, sintética ou natural

Procedimento: Cada participante deve passar a rosa para a pessoa que está ao seu lado, e a pessoa que a recebe deve dizer o seu nome e alguma informação a seu respeito. Enquanto cada participante fala, os demais ficam atentos, ouvindo. Em seguida, faz-se a rosa voltar no sentido contrário da roda, e cada um deverá lembrar o nome da pessoa ao lado e a informação que ela havia dito. Podem ser feitas as seguintes reflexões: “Todos nós soubemos ouvir?” “Às vezes, as pessoas se preocupam tanto com o que vão falar que esquecem de ouvir”. “A pessoa está falando e você já está imaginando o que dizer a ela, muitas vezes, sem dar a devida atenção, sem olhar nos olhos e valorizá-la.”

Dinâmica 2 – Teia da vida

Objetivos: Levantar as expectativas de cada participante e mostrar a cada um que nossas necessidades podem ser supridas desde que não fiquemos parados esperando a solução chegar.

Material: Novelo de barbante

Procedimento: Os participantes ficam em pé, formando um círculo. Entregar a um deles um novelo de barbante, e ele começa a apresentar, resumidamente, quais são seus principais objetivos de vida.

Depois da apresentação, ele amarra a ponta do barbante no dedo e arremessa o rolo para outro colega, que também deverá expressar seus objetivos e amarrará a linha no dedo e arremessará o novelo novamente. Esse processo se repete até que todos os presentes tenham apresentado seus ideais e estejam interligados por uma espécie de “teia de aranha”.

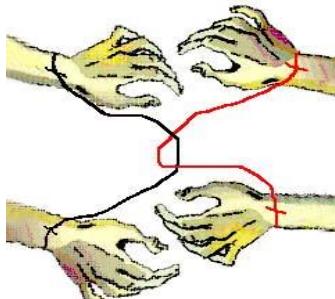
No final das apresentações, o coordenador do grupo solicita aos presentes que comentem o que os colegas disseram (Observar: se prestaram atenção, se lembram do que foi dito, ou só se preocuparam com a própria apresentação) e o que sentiram em relação à “teia” que se formou com o barbante.

Observações: Convém reforçar a importância da reflexão sobre os próprios desejos e inclinações e que esse é o primeiro passo para a conquista de um sonho e comentar que o barbante representa a união entre os indivíduos, já que não conquistamos nossos objetivos sozinhos. Ouvir o que os outros têm a dizer, ser atencioso às ideias dos demais são atitudes fundamentais para essa caminhada.

Um fechamento interessante para essa dinâmica, inclusive para que o grupo perceba como está o seu nível de atenção com o outro, é fazer com que o último participante jogue de volta o barbante para a pessoa que lhe jogou, repetindo o objetivo de vida do colega, e assim sucessivamente, até que retorne ao primeiro participante.

Fonte: <http://www.atecedeira.com.br/2011/07/dinamica-teia-da-vida.html>

Dinâmica 3 – Dança do barbante



Fonte: Google Imagens - 2017

Objetivo: Trata-se de uma dinâmica de acolhida e de quebra-gelo, cujo objetivo é de promover a integração, descontrair, possibilitar a afinação de trabalho em grupo, exercitar a criatividade e o espírito de cooperatividade e entrosar os participantes.

Material: Tiras de barbante com aberturas para os punhos em cada extremidade, em quantidade conforme o número de participantes do grupo.

Procedimento: O coordenador distribui uma tira de barbante com aberturas nas duas extremidades para cada participante e solicita que eles se organizem em duplas. Em seguida, orienta-os para que posicionem as aberturas da tira de barbante nos punhos entrecruzando-se (formando um “X” ou um sinal “+”) com a tira do colega de dupla. O desafio é propor que os participantes consigam se soltar, utilizando, para isso, as manobras e os movimentos necessários.

Dicas: Iniciar a reflexão abrindo espaço para que os participantes façam comentários sobre sentimentos, dificuldades, facilidades e outros que o grupo julgar importantes. Discutir o quanto costumamos pôr obstáculos e dificultar coisas simples da vida, a concretização de sonhos e o quanto distanciamos a possibilidade de resolver um problema quando problematizamos e julgamos ser difícil. Basta pensar no coletivo e enxergar que as respostas, muitas vezes, estão diante dos nossos olhos, em nossas mãos e não conseguimos/queremos sequer enxergar, muito menos, resolver. Remeter à necessidade de ter desenvoltura, flexibilidade, criatividade e raciocínio para resolver problemas e situações cotidianas.

Reflexões: Você costuma subestimar a capacidade que tem e impor obstáculos às coisas simples da vida? Você desiste fácil de seus sonhos? Você se considera uma pessoa pessimista ou otimista?

Fonte:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GHs3Q49pAgMJ:https://saulo997.files.wordpress.com/2010/10/dinamica-do-barbante.doc+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

Dinâmica 4 – Troca de sapatos

Objetivo: Despertar a empatia e o respeito e estimular reflexões acerca da caminhada do outro.

Material: Sapatos dos participantes

Procedimento: O facilitador deve solicitar que todos tirem os sapatos e coloquem no centro da sala e convidar todos para caminhar, dançar e cantar pela sala, observando todos os detalhes. Em seguida, deve pedir que se concentrem na letra da música (A escolhida para essa dinâmica foi: ‘Canta, canta, minha gente’, de Martinho da Vila), que fechem os olhos (ou o facilitador poderá fornecer tapa olhos), aproximem-se dos sapatos e calcem um par com os olhos fechados. Em seguida, recebem o comando para abrir os olhos. Os sapatos já devem estar bem embaralhados, para que os participantes não peguem o próprio calçado. Alguns calçam sapatos apertados, outros, frouxos, outros, femininos ou masculinos. O interessante é misturá-los bem, para fazê-los calçar sapatos diferentes, e solicitar que descrevam como é usar o sapato do outro. Refletir sobre a compreensão empática e o respeito à dor e à vida do outro.

Fonte: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/dinamicas-para-socializacao-e-apresentacao-troca-de-sapatos/23002>

Dinâmica 5 – Som da folha amassada

Objetivo: Reflexão para pensar nos problemas e nas dificuldades da vida e para aprender a utilizar bem as palavras.

Material: Folhas de revista ou papel ofício

Procedimento: Entregar uma folha de revista a cada participante. Quando todos a estiverem segurando, pedir que balancem as suas folhas e reparem no barulho que estão fazendo. Em seguida, orientar aos colaboradores para que amassem bastante a folha. Depois que todos amassarem, pedir que desamassem novamente, deixem a folha como era antes e a balancem novamente. Como a folha não fará mais nenhum barulho, o orientador deve explicar que ela representa as nossas palavras que, uma vez ditas, não podem mais ser consertadas, por isso devemos ter cuidado ao falar para não machucar o próximo, pois, quando aberta, a ferida será difícil cicatrizar. Cabe, ainda, uma reflexão sobre o barulho da folha como as dificuldades enfrentadas, que causam confusão, preocupações e confundem a cabeça das pessoas, mas quando o indivíduo assume o controle da situação e a coloca em suas mãos, ele deixa de causar “barulho” e para de perturbar quem o sente.

Fonte: <http://semearhcom.blogspot.com.br/2015/09/dinamica-som-da-folha-amassada.html>

Dinâmica 6 – Cai, cai, balão

Objetivo: Integração, espírito de equipe, comprometimento, determinação etc.

Material: Bexigas.

Procedimento: O facilitador deve distribuir uma bexiga (cheia) para cada participante. Ao seu sinal, todos deverão manter os balões no ar com um simples toque, para evitar que caiam no chão. Sutilmente, vai retirando algumas pessoas. Como seus respectivos balões permanecem na brincadeira, o restante do grupo tem a responsabilidade de mantê-los no ar. A dinâmica encerra-se quando o grupo já não consegue mais manter todos os balões no ar. Como alternativa, o facilitador pode optar por acrescentar novos balões, sem que seja necessário retirar nenhum participante. No final, podem ser feitas reflexões acerca da sobrecarga, do fato de ter ficado sozinho sustentando os balões e da importância do apoio mútuo.

Fonte: <http://www.ameconsultoria.com.br/dinamicas/32/>

Dinâmica 7 – Presente, Passado e Futuro

Objetivo: Levantar expectativas em relação a si, ao autoconhecimento, resgatar valores, promover a autorreflexão, a autopercepção e a sensibilização.

Material: Fita adesiva colorida (três cores)

Procedimento: No chão da sala, o facilitador deve, com as fitas coloridas, colar três linhas paralelas, mantendo um espaço de, aproximadamente, dois passos largos entre elas. Os espaços representam, respectivamente, passado, presente e futuro, em relação à vida pessoal ou a outra questão abrangente pertinente. Individualmente e em absoluto silêncio (ou com uma música baixa. Para essa dinâmica, escolheu-se a música “Tocando em frente” de Almir Sater), cada participante coloca-se em no espaço PASSADO, é convidado a fechar os olhos, a refletir em silêncio e a verificar como se sente. O mesmo processo é feito para o PRESENTE e o FUTURO, com o tempo aproximado de cinco minutos para cada espaço. Em grupo aberto, cada um traduz em palavras seus sentimentos, lembranças e expectativas para cada tempo.

Fonte: <http://www.rhportal.com.br/dinamicas-de-grupo/passado-presente-e-futuro/>

Dinâmica 8 – O espelho

Objetivo: Despertar para a valorização de si mesmo. Encontrar-se consigo e com seus valores.

Material: Um espelho escondido dentro de uma caixa, de modo que, ao abri-la, cada participante veja o próprio reflexo.

Procedimento: O coordenador motiva o grupo: “Cada um pense em alguém que lhe seja de grande significado. Uma pessoa muito importante para você, a quem gostaria de dedicar a maior atenção em todos os momentos, alguém que você ama de verdade... com quem estabeleceu íntima comunhão... que merece todo o seu cuidado, com quem está sintonizado permanentemente... Entre em contato com essa pessoa, com os motivos que a tornam tão amada por você, que fazem dela o grande sentido da sua vida...” O coordenador deve criar um ambiente que propicie momentos individuais de reflexão, inclusive com o auxílio de alguma música de meditação. Depois desses momentos de reflexão, deve continuar: “Agora vocês vão encontrar-se aqui, frente a frente com essa pessoa que é o grande significado de sua vida”. Em seguida, orienta para que os integrantes se dirijam ao local onde está a caixa (um por vez). Todos devem olhar o conteúdo e voltar silenciosamente para seu lugar, continuando a reflexão sem se comunicar com os demais. Finalmente, é aberto o debate para que todos partilhem seus sentimentos, suas reflexões e conclusões sobre essa pessoa tão especial. É importante debater sobre os objetivos da dinâmica.

Fonte: <http://www.catequisar.com.br/texto/dinamica/volume01/42.htm>

Dinâmica 9 – Bexiga com sonhos

Objetivo: Mostrar que devemos ajudar as pessoas a conquistarem seus sonhos, e não, destruí-los.

Material: Bexigas.

Procedimento: Cada participante recebe uma bexiga e um pequeno papel. O orientador fala para cada um pensar em um sonho que tem, escrevê-lo em um papelzinho e colocá-lo dentro da bexiga, que deve ser inflada. Depois de um breve tempo, o orientador dá um palito de dente para cada e comunica que todos devem proteger seu sonho. A partir desse momento, não diga mais nada, espere algo acontecer. Em nenhum momento, você deve falar para estourar as bexigas dos outros, e essa deve ser a “moral” da brincadeira. Geralmente alguém estoura uma bexiga e, daí em diante, todos ficam disputando quem estoura mais bexigas. Para terminar, espere até que a maioria dos balões tenha sido estourados ou até que a maioria tenha cansado.

Compartilhar: Faça perguntas do tipo: Por que vocês estouraram os balões um dos outros? Comece a explicação. Foi dito que era apenas para proteger sua bexiga (seu sonho) e não, para estourar a bexiga (o sonho) dos outros. Algumas vezes, mesmo sem perceber, acabamos destruindo os sonhos das outras pessoas por descuido, por falta de apoio ou inveja.

As pessoas devem acreditar e ajudar às outras a conquistarem seus sonhos, e não, a destruí-los. Em seguida, abre-se espaço para reflexões e comentários dos participantes. Eventualmente (e raramente) um grupo pode se comportar da forma “correta”, e ninguém estourar bexigas, daí o orientador deve parabenizar a turma e explicar da mesma forma o conceito da dinâmica.

Fonte: <http://www.raizdedavi.com/2012/09/dinamica-bexiga-com-sonhos.html>

Dinâmica 10 – Fundamental é ser feliz

Objetivo: Promover o conhecimento e a integração do grupo.

Material: Fita adesiva e folha de papel.

Procedimento: Colocar, em cada lado dos ombros dos participantes, um pedaço de fita adesiva e lhes dar duas folhas de papel em branco. Dividir a letra da música ‘Princípio do Prazer’, de Geraldo de Azevedo, em duas partes e dar cada parte a um participante.

Fundamental é ser feliz
(Compositor: Geraldo Azevedo)

Juntos, vamos esquecer.
Tudo que doeu em nós.
Nada vale tanto para rever
O tempo em que ficamos sós.
Faz a tua luz brilhar
Pra iluminar a nossa paz.
O meu coração me diz
Fundamental é ser feliz.
Juntos, vamos acordar o amor
Carícias, canções,
Deixa entrar o sol da manhã
A cor do som
Eu com você, sou muito mais
O princípio do prazer
Sonho que o tempo não desfaz
O meu coração me diz
Fundamental é ser feliz.

Solicitar que procurem na sala o companheiro que tem a outra parte da letra e que, em dupla, apreciem a letra da música, assinalando o verso que mais lhes chamou à atenção e por que. Partilha no grupão de alguns voluntários. Colocar a música e pedir que cantem e dancem. Solicitar que peguem a segunda folha e escrevam uma frase que exprima o seu compromisso com a vida. Partilha de alguns voluntários. Pedir que amassem a folha e formem uma bola.

Facilitador: Essa bola representa a vida de cada um. Como a vida é algo que deve ser vivida com alegria, vamos brincar com nossa vida, jogando com essa bola sem, contudo, nos descuidarmos dela. Não a deixem cair, nem a percam. Agora vamos desamassar a bola com todo o cuidado e carinho, pois essa é a nossa vida e só nós podemos cuidar dela. Coloque a folha junto ao peito e, cuidadosamente, vá desamassando a folha. Não se incomode com as mossas do papel. Temos muitas cicatrizes em nossa vida, e cada uma delas representa um aprendizado. Uma vida sem ela é uma vida em branco. Podemos fazer da nossa vida o que quiser. Aqui, vamos transformá-la numa flor. Solicitar que cada participante transforme o seu papel numa flor, não importa de que tipo. Uma vida precisa de base, e sua flor também, portanto pegue a outra folha e forme uma base, e para prender essa base, peça ajuda ao companheiro da direita. Retire do seu ombro o adesivo e faça a base

para sua flor. Não esqueça de lhe agradecer. Agora, coloque a base na flor e peça ajuda para prendê-la ao companheiro da esquerda, da mesma forma anterior. Olhe sua flor, ela representa uma bela construção em sua vida. E como a vida é doação, ofereça sua flor para alguém desta sala. Repare que alguns receberam várias flores, e outros, nenhuma. Na vida é assim, alguns recebem muito, outros recebem pouco. Mas cada de um nós pode mudar essa desigualdade, podemos dividir com o outro o que nos sobra. Agora vamos cantar a música porque fundamental é ser feliz!

Fonte: http://www.cvdee.org.br/evangelize/pdf/2_0406.pdf