



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

PRISCILLA MARIA DE CASTRO SILVA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO
PARA O EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS DE CAPS EM PROCESSO DE
ALTA**



**JOÃO PESSOA, PB
2016**

PRISCILLA MARIA DE CASTRO SILVA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO
PARA O EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS DE CAPS EM PROCESSO DE
ALTA**

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

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto de Pesquisa vinculado: A Terapia Comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde: a Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha

**JOÃO PESSOA, PB
2016**

S586t Silva, Priscilla Maria de Castro.
A terapia comunitária como estratégia de intervenção para o
empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta /
Priscilla Maria de Castro Silva.- João Pessoa, 2016.
276f.
Orientadora: Maria de Oliveira Ferreira Filha
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Terapia comunitária. 3. Autoestima.
4. Vínculos. 5. Reabilitação. 6. Sofrimento psíquico.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

PRISCILLA MARIA DE CASTRO SILVA

**A Terapia Comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento
de usuários de CAPS em processo de alta**

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

Aprovada em 27 de Julho de 2016.

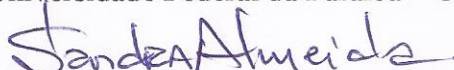
BANCA EXAMINADORA



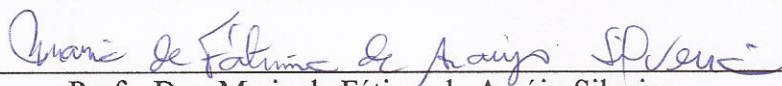
Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf



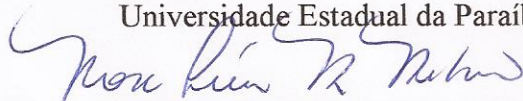
Profa. Dra. Maria Djair Dias
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf



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



Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Profa. Dra. Rosa Lúcia Rocha Ribeiro
Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT

Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGEnf

Prof. Dr. Francisco Arnaldo de Miranda
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

DEDICATÓRIA

À minha mãe (para sempre em minha memória): Dona Maria da Penha de Castro Silva.

A você, minha mãe — minha mais doce lembrança em vida — dedico todas essas páginas, escritas em meio a muitas emoções. Saiba que o amor deixado por você germinou e se propagou no mundo também através de mim. Você foi a pessoa que mais acreditou, vibrou e também a que mais renunciou pela minha felicidade. Sua generosidade será sempre lembrada dentro de meu coração. Gratidão é meu sentimento, hoje, por cada ensinamento e cada palavra de incentivo. Como já dizia o poeta: “A saudade é uma dor que fere nos dois mundos”. A você, minha mãe, meu até breve! Um dia chego aí, para lhe contar sobre alguns dos meus dias felizes. Amo você!

AGRADECIMENTOS

*“Nada é mais importante do que a gratidão. É este sentimento que me move,
por isso eu tenho muito o que agradecer
às pessoas que sempre estiveram ao meu lado,
contribuindo de alguma forma para meu crescimento...
ou dedicando-se as pessoas que amo.
E minutos do meu tempo dedicado a eles, nunca será tempo perdido.”
(Isis Batista)*

Chegar ao fim de um processo de doutoramento não é fácil! Confesso que muitas foram as renúncias, abdições e lutas travadas comigo mesma para que eu pudesse percorrer essa trajetória. Acredito que Deus, por diversas vezes, colocou-me em seu colo para que eu pudesse continuar a caminhada. Portanto, minha alma se enche de gratidão e louvor a Deus. Ele, que é o criador de todas as coisas, é também meu escudo e meu guia. Só Ele me protege, acalma, ampara e me renova a cada dia, para que eu possa seguir em frente.

Agradeço de corpo, alma e coração aos meus pais, José Ivan e Maria da Penha (*in memoriam*), por despertarem em mim a confiança de que eu seria capaz de ir muito além. A vocês, todo o meu amor por me darem o dom da vida, por investirem em meus sonhos e por me deixarem legados que levarei por toda a vida: a justiça, o altruísmo e a persistência. Mas a você, meu pai, meu sincero agradecimento por ter me dado a oportunidade de acreditar na força do perdão e da compaixão.

Aos meus dois irmãos, Leonardo e Júnior, e suas respectivas esposas, Érika e Samara, por sempre torcerem por mim e por todos os laços que nos unem; principalmente, pela vida de meus sobrinhos Lucas, Pedro e Sara (que está para chegar) e pelos momentos de alegria e amor que me proporcionam esses meus sobrinhos queridos.

À minha Tia Marlene (*in memoriam*) por ter sido para mim uma segunda mãe, por me amar incondicionalmente, por se fazer presente em todos os momentos alegres e tristes: essa conquista também é sua minha, tia!

À minha Tia Maria, pelo querer bem, pela torcida e pela atenção que sempre destinou a mim.

Ao meu Tio Lucivaldo, pelo carinho, amor e preocupação que sempre teve para comigo. Saiba que, mesmo na ausência, você sempre se fez presente em minha vida, meu tio.

À minha amiga-irmã Alynne, pela sua solicitude, pelo ombro amigo, pela ajuda nos momentos em que mais precisei. Amiga, você foi a irmã que escolhi ter nesta vida. Minha profunda gratidão.

Aos meus amigos-irmãos: Claudinha, Hildson e Priscilla Kelly, por existirem em minha vida, por me darem forças quando já nem tinha nenhuma. Vocês são anjos aqui na terra que me auxiliam a me tornar uma pessoa melhor.

Aos meus amigos-primos: Jéssica, Carla, Alcenor, Camila, Jaíza, Janine, Carlinhos, Alessandra, Lúdia, Aninha, Didiana, Paulinho, Socorro, Renan, Vera e Zé Luiz. Obrigada por existirem em minha caminhada, por permitirem que eu partilhasse de minha vida com vocês, de modo que, assim, os fardos se tornassem mais leves e as alegrias mais duradouras.

Aos meus amigos queridos dos tempos de colégio, que a vida me proporcionou reencontrar: Tatiane, Sarah, Fellipe, Sabrina e Daiana. Com vocês, o riso é fácil, as conversas são maravilhosas; na companhia de vocês, não vejo o tempo passar. Obrigada por me presentear com esse maravilhoso reencontro!

Aos amigos que fiz na pós-graduação e que vou levar pela vida toda: Elisângela, Mariana Albernaz, Samilla, Renata, Vagna, Estela, Lidiany Felix, Anajás, Kamilla, Lidiane Lima e Patrícia. Saibam que vocês tornaram toda essa trajetória mais colorida, mais leve e mais doce!

Aos amigos que fiz na Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM): Ademilda, Cidney, Kênia, Mara, Adriano, Maricelma, Lorena, Josivan, Fátima Veloso, Viviane, Kátia Passos e Gicélia, pelas palavras de carinho, conforto e incentivo dirigidas a mim e por partilharem comigo tantos momentos de aprendizados e conquistas!

Aos amigos que fiz na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *Campus* Cuité, especialmente a Egberto, Toshiyuki, Gigliola, Alan Dionísio, Gilvânia, Alana, Jefferson e Camila. Obrigada pelo amparo, pela amizade, pelas histórias vividas que ficarão sempre em minha memória!

Aos amigos da UFCG, *Campus* Campina Grande, em especial a Maria Luísa, Gisetti, Taciana, Salles, Ana Elisa e Erik, por me acolherem tão bem na Unidade Acadêmica de Enfermagem e por estarem sempre na torcida pelas minhas realizações.

Aos amigos que fiz durante os cinco anos que trabalhei no Hospital de Trauma de Campina Grande: Betânia, Mirelly Vaz, Bruno Jacomelle, Marina Sandrelly, Naércio, Brenda, Walnísia, Pollyana, Valdineide, Gerson, Marília, Lindicássia, Maria José, Anunciada, Hélio, James, Arielle, Cláudia Jane, Glauciney, Odimar, José e Costa. Obrigada por sempre torcerem, por sempre me incentivarem na caminhada!

Aos meus amigos da UEPB, Hildson, Nádja e Sigelman, por estarem sempre por perto se preocupando, torcendo por mim. Ainda dessa instituição, na qual me formei, agradeço às professoras-espelho: Fátima Silveira, Mércia Gaudêncio, Juraci e Anita Leocádia. Exemplos

de professoras comprometidas com a Enfermagem que despertaram em mim o desejo pela docência. Agradeço em especial a Fátima Silveira, que, além de professora, fez-se amiga, ajudando-me e apoiando nesse processo grandioso de formação. A você, que foi minha professora no primeiro período de enfermagem e se eternizará em minha vida fazendo parte do fechamento desse ciclo tão importante, só tenho a dizer: Obrigada por tudo!

A todos(as) os(as) professores(as) que passaram por minha formação na pós-graduação: Lenilde, Neuza, Júlia, Graça, Mirian, Marta Mirian, Sérgio, Antônia, Greice e Arthur Perrussi. A vocês, minha admiração e gratidão por cada conhecimento compartilhado. Agradeço em especial à minha orientadora, Professora Maria Filha, por ter sido para mim fonte de discernimento e sabedoria. Obrigada por ter me aceitado como orientanda e por todo ensinamento compartilhado.

Aos professores que aceitaram participar da banca — Djair, Sandra, Rosa Lúcia, Francisco Arnaldo e Jordana —, pelas contribuições, pelo carinho e esmero com que me ajudaram a melhorar cada passo dado para construção dessa tese.

Ainda da pós-graduação agradeço a Nataly pela solicitude, pela responsabilidade e pela doçura com que sempre me tratou. Agradeço também a Seu Ivan, pelo bom-dia, pelo sorriso fácil e pela solidariedade.

Aos meus estimados alunos da FCM e da UFCG, que me revigoram a cada dia e me fazem acreditar que estou no caminho certo!

Aos meus cinco alunos extensionistas da FCM: Monaliza, Hannah, Bruna, Lucrécia e Emerson. A ajuda de vocês foi primorosa na construção desta tese!

Aos profissionais do CAPS II de Campina Grande, pela acolhida, valorização e empenho para que esta pesquisa se tornasse possível.

Ao meu terapeuta e amigo Rossandro Klinjey, pelo apoio na caminhada. Você me ajudou no caminho da autovalorização, da concentração e da paciência. Eu caminhei pelo deserto, mas agradeço a Deus por ter pessoas como você, que me ajudaram a chegar à terra prometida.

Ao casal amigo Camilo e Tatiane por toda solicitude nos momentos em que precisei.

Por fim — e propositalmente —, para concluir meus agradecimentos, deixo aqui meu respeito a todos os participantes deste estudo. Sou muitíssimo grata a cada um de vocês pelo compromisso, participação, carinho e envolvimento nas rodas de terapia comunitária. Vocês trouxeram para mim exemplos de fé, superação e esperança. Eu os guardarei para sempre em minha memória e em meu coração.

SILVA, Priscilla Maria de Castro. **A Terapia Comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta.** 2016. 276f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

RESUMO

Introdução: A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) constitui um espaço de palavra, de escuta e de formação de vínculos conduzido por meio de regras precisas que, a partir de uma situação-problema, permitem a criação de estratégias de enfrentamento para as inquietações do cotidiano. O presente estudo teve como **objetivo** analisar o efeito da TCI como terapêutica de intervenção psicossocial avançada, avaliando sua contribuição para a melhoria da autoestima e da vinculação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como repercussão o fortalecimento da autonomia e o empoderamento necessários na fase pós-alta. A pesquisa de campo obedeceu aos preceitos éticos (CAAE 44866015.0.0000.5188) e foi realizada em um CAPS do município de Campina Grande, PB, Brasil, sendo conduzida através do **método** da pesquisa-ação-intervenção, com 11 usuários que estavam no regime não-intensivo e apresentavam baixa (ou tendência a baixa) autoestima, e que frequentaram um mínimo de 6 rodas de TCI. Como instrumentos, foram utilizados os questionários de autoestima e vínculos propostos por Barreto, e como intervenção, foram realizadas 12 rodas de TCI durante 3 meses. Para a produção do material empírico foram usadas as filmagens das rodas, o caderno de campo e entrevistas semiestruturadas. Esse material foi analisado através da análise de conteúdo. Os **resultados** mostraram que os usuários apresentaram aumento nos escores de autoestima e de vínculos saudáveis, além de redução dos vínculos frágeis e de risco. Do ponto de vista comportamental, percebeu-se um resgate da autonomia, uma melhora dos vínculos, uma ampliação da capacidade empática e do reconhecimento de suas competências. **Conclusão:** A TCI mostrou-se como uma prática emancipatória e uma ferramenta potente de cuidado, pois elevou a autoestima dos usuários, restabeleceu vínculos perdidos e criou redes de solidariedade, de modo a levá-los ao empoderamento, por meio da consequente retomada do protagonismo de suas vidas.

Palavras-Chave: Terapia Comunitária; Autoestima; Vínculos; Reabilitação; Sofrimento Psíquico

SILVA, Priscilla Maria de Castro. **Community Therapy as an intervention strategy aiming at empowering CAPS users about to be discharged.** 2016. 276p. Thesis (Doctor's degree in Nursing) – Health Sciences Center, Paraíba Federal University, João Pessoa, 2016.

ABSTRACT

Introduction: The Integrated Community Therapy (ICT) is an environment for speaking, listening and creating bonds which is carried out according to precise rules which allow for confronting strategies towards daily uneasiness to be come up with in view of a situation-problem. This study **aims** at analyzing the effect of ICT as an advanced therapy for psychosocial intervention, assessing its contribution for improving self-esteem and bonds in users of a Psychosocial Attention Center (CAPS), resulting in the strengthening of autonomy and empowering which are both necessary after discharge. The fieldwork followed the ethical precepts (CAAE 44866015.0.0000.5188) and took place at a CAPS in the city of Campina Grande, PB, Brazil, and it was carried out through the intervention/action research **method** with 11 users who were in open care and had low (or a propensity to low) self-esteem and who attended at least 6 ICT circles. Self-esteem and bond questionnaires proposed by Barreto have been used as instruments, whereas 12 ICT circles have been carried out as intervention throughout 3 months. In order to produce the empirical material, on its turn, the footage of all the circles has been used, as well as the field notebook and semi-structured interviews. This material has been analyzed accordingly to the content analysis technique. The **results** showed that the users showed an increase in their self-esteem and healthy bond scores, as well as a decrease in the fragile and risk ones. From a behavioral viewpoint, we have noticed that autonomy has been reestablished and bonds have been improved, in addition to an increase of empathic capacity and recognize in themselves their own potential. **Conclusion:** The ICT is an emancipatory practice and a potent tool for caring for mentally suffering people, inasmuch as it has shown to raise users' self-esteem as well as to reestablish lost bonds and create solidarity networks so as to lead the those people to empowering by consequently recovering protagonism in their own lives.

Keywords: Community therapy; Self-esteem; Bonds; Rehabilitation; Mental suffering.

SILVA, Priscilla Maria de Castro. **La Terapia Comunitaria como estrategia de intervención para el empoderamiento de usuarios de CAPS en proceso de alta.** 2016. 276f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

RESUMEN

Introducción: La Terapia Comunitaria Integrativa (TCI) constituye un espacio de palabra, de escucha y de formación de vínculos conducido a través de reglas precisas que, a partir de una situación-problema, permiten la creación de estrategias de enfrentamiento para las inquietudes del cotidiano. El presente estudio ha tenido como **objetivo** analizar el efecto de la TCI como terapéutica de intervención psicosocial avanzada, evaluando su contribución para la mejora de la autoestima y de la vinculación de los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), teniendo como repercusión el fortalecimiento de la autonomía y el empoderamiento necesarios en la fase post-alta. La investigación de campo siguió los preceptos éticos (CAAE 44866015.0.0000.5188), y ha sido realizada en un CAPS del municipio de Campina Grande, PB, Brasil, y ha sido conducida a través del método de la investigación-acción, con 11 usuarios que estaban en el régimen abierto y presentaban baja (o tendencia a la baja) autoestima, y que frecuentaron un mínimo de 6 ruedas de TCI. Como instrumentos, han sido utilizados los cuestionarios de autoestima y vínculos propuestos por Barreto, y como intervención, han sido realizadas 12 ruedas de TCI durante 3 meses. Para la producción del material empírico, fueron utilizados los filmajes de las ruedas, el cuaderno de campo y entrevistas semiestructuradas. Tal material ha sido analizado con base en la técnica de análisis de contenido. Los **resultados** mostraron que los usuarios presentaron aumento en los escores de autoestima, aumento de vínculos sanos y reducción de los vínculos frágiles y de riesgo. Desde el punto de vista comportamental, hemos percibido un rescate de la autonomía, una mejora de los vínculos, una ampliación de la capacidad de empatía de modo a reconocer en sí sus competencias. **Conclusión:** La TCI se constituye como una práctica emancipadora y un mecanismo potente de cuidado para personas en situación de sufrimiento psíquico, pues se mostró capaz de elevar la autoestima de los usuarios, de restablecer vínculos perdidos y de crear redes de solidaridad, de manera a llevarlos al empoderamiento, por medio de la consecuente recuperación del protagonismo de sus vidas.

Palabras Clave: Terapia Comunitaria; Autoestima; Vínculos; Rehabilitación; Sufrimiento Psíquico.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	A aproximação com a temática e a contextualização do objeto do estudo	13
1.2	Objetivos	20
2.	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	23
2.1	O estado da arte sobre a Terapia Comunitária Integrativa	23
2.2	A TCI e seus pilares teóricos	35
2.3	A técnica da TCI: o passo-a-passo	51
2.4	Autoestima e vínculos	53
2.5	A Política de Saúde Mental e a TCI	58
3	O CAMINHO DA INVESTIGAÇÃO	66
3.1	Tipo de Estudo	66
3.2	A aproximação com o cenário de pesquisa	69
3.3	Participantes da pesquisa	71
3.4	Instrumentos utilizados	73
3.5	Técnicas de produção do material empírico	74
3.6	Fases da pesquisa de campo	75
3.7	Análise dos instrumentos e do material empírico	82
3.8	Considerações éticas	84
4.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	87
4.1	Perfil sócio demográfico dos participantes do estudo	89
4.2	Resultados da avaliação da autoestima e vínculos no pré-teste: a baixa autoestima e a fragilidade vincular	90
4.3	Descrições das rodas: o crescimento pessoal dos participantes e as mudanças observadas no grupo	95
4.4	Categoria I. A TCI numa perspectiva emancipatória: as tessituras de redes na TCI rumo ao empoderamento	123
4.5	Categoria II – Terapia Comunitária Integrativa: espaço de escuta, palavra e vínculo	158
4.6	Categoria III – Planejando o futuro com suas possibilidades e impossibilidades	173
4.7	O pós-teste de autoestima e vínculos: uma análise comparativa	185
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	196
	REFERÊNCIAS	203
	APÊNDICES	224
	APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista Semidirigida	
	APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Usuário	
	APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Familiar	
	APÊNDICE IV – Consolidados dos instrumentos de vínculos	
	ANEXOS	254
	ANEXO I – Instrumento para a Avaliação da Autoestima	
	ANEXO II – Instrumento para a Avaliação dos Vínculos	
	ANEXO III – Roteiro para o passo-a-passo da TCI	
	ANEXO IV – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa	
	ANEXO V – Músicas e dinâmicas utilizadas nas rodas de TCI	

“A transformação do milho duro em pipoca é símbolo da grande transformação por que devem passar os homens para que eles venham a ser o que devem ser.

O milho da pipoca não é o que deve ser. Ele deve ser aquilo que acontece depois do estouro. O milho da pipoca somos nós: duros, quebra-dentes, impróprios para comer. Pelo poder do fogo podemos, repetidamente, nos transformar em outra coisa. Mas a transformação só acontece pelo poder do fogo. Milho de pipoca que não passa pelo fogo continua a ser milho de pipoca para sempre.

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 assombrosas. Só que elas não percebem. Acham que o jeito seu 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. Pode ser de fora: perder um amor, perder um filho, ficar doente, perder o emprego, ficar pobre. Pode ser o fogo de dentro: pânico, medo, ansiedade, depressão – sofrimentos cujas causas ignoramos. Há sempre o recurso do remédio. Apagar o fogo. Sem fogo o sofrimento diminui. E com isso a possibilidade da grande transformação.

Imagino que a pobre pipoca, fechada dentro da panela, lá dentro ficando cada vez mais quente, pensa que sua hora chegou: vai morrer. Dentro da sua casca dura, fechada em si mesma, ela não pode imaginar destino diferente. Não pode imaginar a transformação que está sendo preparada. A pipoca não imagina aquilo de que é capaz. Aí, sem aviso prévio, pelo poder do fogo a grande transformação acontece: “Bum”! – e ela aparece com uma outra coisa completamente diferente que ela mesmo nunca havia sonhado.

Piruí é o milho de pipoca que se recusa estourar. São aquelas pessoas que, por mais que o fogo es quente se recusa a mudar. Elas acham que não pode existir coisa mais maravilhosa do que o jeito delas serem. As suas presunções e medos são a dura casca de milho que não estoura. O destino delas é triste. Ficarão duras a vida inteira. Não vão dar alegria para ninguém. Terminado o estouro alegre da pipoca, no fundo da panela ficam os piruás que não servem para nada.”

(Milho de Pipoca – Rubem Alves)

Introdução



1 INTRODUÇÃO

1.1 A aproximação com a temática e a contextualização do objeto do estudo

A saúde mental tem sido minha grande área de investigação científica desde que despertou meu interesse ainda em meus dias de graduação em enfermagem, de modo que, em 2007, o objeto de meu trabalho de conclusão de curso não foi senão o processo de Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande. A esse respeito, convém esclarecer que, em 2005, os serviços de saúde mental do município passaram por um processo de fiscalização e avaliação por parte do Ministério da Saúde, que culminou em intervenção no maior hospital psiquiátrico local, o qual acabou sendo descredenciado do serviço da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Em decorrência de subsequentes negociações e das decisões então tomadas, Campina Grande foi escolhida pelo ministério em questão para a implementação de uma rede de saúde mental territorializada. A experiência inovadora deu ao município uma base para a reestruturação dos serviços, com foco na Reforma Psiquiátrica.

A partir de então, Campina Grande passou a receber mais incentivos financeiros do Ministério da Saúde, a fim de investir na criação de novos serviços e de reordenar a rede de cuidados em saúde mental, e, para tanto, foram implantados alguns serviços substitutivos, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e Centros de Convivência de Cultura e Artes. Quando cursei o mestrado em enfermagem, no entanto, entre 2010 e 2012, tive a oportunidade de aproximar-me mais dos profissionais e usuários desses serviços, e isso me deixou ciente de alguns problemas enfrentados por estes no dia a dia — como, por exemplo, a dificuldade de superação de alguns obstáculos culturais no que diz respeito à desmanicomialização e com relação à promoção da reinserção e da inclusão social de pessoas com transtornos mentais.

Assim, durante programa de mestrado, investiguei a trajetória de usuários em busca de tratamento e recuperação de sua saúde mental. A pesquisa foi realizada em um CAPS do já citado município de Campina Grande e contou com dez usuários, quatro destes egressos do hospital psiquiátrico descredenciado com a intervenção de 2005. Os caminhos percorridos por essas pessoas haviam sido marcados por dor e sofrimento provocados pela discriminação e pela falta de apoio psicossocial. Diante disso, cumpre destacar que, para os dez usuários que participaram da pesquisa, o CAPS foi considerado um lugar de ajuda, de cuidado e de reabilitação, que promove a construção de redes de apoio psicossocial. Como também se pôde

confirmar, a intersetorialidade foi o alicerce para a inclusão social dos usuários no mercado de trabalho e em outros ambientes sociais, tais como a escola e a família.

Identifiquei, ademais, que havia dificuldades por parte da equipe em preparar alguns usuários para receberem alta. Conforme constatei, tais usuários tendiam a permanecer ali por mais tempo, devido à ausência de familiares no processo de tratamento, bem como em virtude do autoestigma decorrente do preconceito social — o que, por sua vez, terminava por levá-los a uma baixa autoestima, na forma de um sentimento de incapacidade e inferioridade e um baixo poder de autonomia para enfrentar as demandas do cotidiano fora do CAPS (SILVA, 2012).

Partindo dos resultados então obtidos e tendo em vista a possibilidade de aprofundar a investigação nessa direção, ingressei no doutorado, no qual pude alimentar minha curiosidade e inquietação. Queria saber como usuários e profissionais poderiam enfrentar ou superar os obstáculos já identificados, que, de certo modo, dificultavam e retardavam o processo de alta. Analisando a situação dos usuários na unidade do CAPS estudado, já tendo em perspectiva o fato de que tais centros não raro carecem de tecnologias inovadoras que permitam superar dificuldades dessa natureza, considerei o risco (a ser evitado) de que esses locais se acabem tornando “minimanicômios”, institucionalizando e eternizando a permanência do usuário no serviço, e decidi desenvolver uma pesquisa aplicada com uma intervenção específica para esta problemática.

Tenho consciência de que, politicamente, a enfermagem se encontra inserida em um processo de Reforma Psiquiátrica em que a desinstitucionalização é o fim a ser alcançado, ao passo que nossas tecnologias de cuidado ainda são pouco resolutivas, no que diz respeito a intervenções em problemas inseridos no campo psicossocial. Também sei que vivemos, hoje, um período de transição paradigmática demarcado pela reorganização dos serviços de saúde mental; período este no qual saberes e práticas vão sendo paulatinamente consolidados, ao passo que novas práticas vêm emergindo. Isto posto, julgo relevante tecer, a seguir, alguns comentários, a fim de contextualizar historicamente o objeto do presente estudo.

Cumprе destacar, assim, que a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início em 1978, no cenário de repressão instituído pela ditadura militar, que dava então claros sinais de desgaste, em especial a partir da crise gerada pelo fim do chamado “milagre econômico”, o que levou a vários atos de insatisfação popular, tais como as notórias greves dos metalúrgicos na região do ABC paulista. Na época, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira avançou na luta pelo direito à saúde e pela garantia dos direitos de cidadania. Nesse campo, o período teve como marco a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão federal responsável

por formular políticas no subsetor de saúde mental, cujos profissionais da área deflagraram greve, após a demissão de vários médicos que haviam denunciado as precárias condições em que vinham trabalhando. Durante a crise, ainda nesse mesmo ano, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que se propunha a ser um locus de debate e de formulação de propostas cujo objetivo era uma melhor assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2010a).

Foi quando, timidamente, começaram a surgir, no Brasil, dispositivos estratégicos para a substituição dos hospitais psiquiátricos, a saber: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). A experiência pioneira de implementação de tais serviços extra-hospitalares aconteceu em 1987, com a criação do CAPS Luiz Rocha Cerqueira, em São Paulo, e com a criação dos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos (SP), em 1989, com o que se tornou possível o atendimento fora da perspectiva hospitalar. Mais tarde, os serviços começaram a ser organizados em modalidades de cuidado intensivo, semi-intensivo e não intensivo, acolhendo, sobretudo, os usuários em situações de crises, sem os afastar dos vínculos familiares e se lhes oferecendo tratamento na própria base territorial (ONOKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Como é amplamente sabido, a Reforma Psiquiátrica ganhou forças com as diretrizes das conferências da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); especificamente, as estabelecidas na Declaração de Caracas, na década de 1990. Foram as diretrizes desta última que impulsionaram semelhantes processos nos países americanos e asseguraram direitos para pessoas em situação de sofrimento psíquico¹. No que diz respeito aos aspectos legais, por sua vez, a Reforma Psiquiátrica contou com uma forte adesão de profissionais, familiares e usuários, responsáveis pela criação do Movimento de Luta Antimanicomial (MLAM), que tanto apoiou os projetos de lei municipais e estaduais criados e aprovados em várias regiões do país. A esse respeito, convém ainda salientar que o diploma legal que de fato garantiu e regulamentou o processo de substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial foi a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, aprovada quase doze anos depois de o projeto de lei original (PL 3.657/89), de autoria do então deputado Paulo Delgado, ter tido seus trâmites iniciados no Congresso (AMARANTE, 2010a; SANTOS JR; SILVEIRA, 2009).

Para Amarante (2008), a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que se entrelaça em quatro dimensões: a teórico-conceitual ou epistemológica, que discute conceitos

¹ Na Declaração de Caracas ficou estabelecido que os recursos, o cuidado e o tratamento deverão salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos pacientes mentais, e, no tocante às legislações, será responsabilidade dos países: assegurarem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promoverem a organização de serviços que garantam seu cumprimento (OMS, 1990, p. 02).

fundamentais da psiquiatria e da doença, visando uma produção de conhecimento; a técnico-assistencial, que orienta os serviços a lidarem com a doença mental, de maneira a serem espaços de sociabilidade e produção de subjetividade; a jurídico-política, que aborda a luta pela inclusão de novos sujeitos de direito, bem como de novos direitos para os sujeitos em sofrimento psíquico, e a dimensão sociocultural, considerada a mais estratégica e criativa, e reconhecida no âmbito nacional e internacional — é nesta esfera que se envolve a sociedade e se promovem reflexões através de debates e da atuação de vários outros movimentos sociais, como o já citado MLAM.

Em sintonia com o que afirma Amarante (2008), Presotto et al. (2013) argumentam que a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem forte tradição participativa de usuários e familiares em movimentos sociais de defesa de direitos, assim como no controle social das políticas públicas. Pode-se afirmar que a participação política dos usuários é essencial para a Reforma no Brasil, ampliando-se para um intenso movimento cultural e para intervenções estratégicas de produção de autonomia e consequente desinstitucionalização.

Pensando a *desinstitucionalização* como uma finalidade a ser alcançada pelos serviços que têm como atores os usuários, profissionais, familiares e a sociedade de um modo geral, Amarante (2008; 2010a) tece considerações relevantes acerca do termo e chama a atenção para alguns equívocos que podem ser cometidos quando não se tem clareza do que este significa. Para o autor, a desinstitucionalização, se pensada apenas como *desospitalização*, fomenta a ideia iniciada nos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, nos quais eram tecidas críticas ao modelo asilar, mas se acreditava que a Reforma consistia em um simples rearranjo do modelo hospitalar. Já quando pensada como mera *desassistência*, a desinstitucionalização tem por objetivo a retirada dessas pessoas dos cuidados hospitalares, o que é tido então como única alternativa, sem que haja substituição alguma desses serviços, de modo que as pessoas em situação de sofrimento acabam desamparadas e descuidadas.

Por outro lado, é pensando-se a desinstitucionalização como *desconstrução*, tal como propõe e defende o autor, que se cria a possibilidade para que se construa um processo social complexo, que tende a mobilizar como atores sociais as pessoas envolvidas, levando a uma transformação social e política da psiquiatria, de forma a mediar outro lugar social para o doente mental, que seja um espaço de convivência com as diferenças e para a diversidade (AMARANTE, 2008; 2010a). Nesse sentido, há coincidência do pensamento de Amarante com a concepção de Venturini (2010a), que defende a ideia de que, para que haja uma verdadeira desinstitucionalização, é preciso que se devolva à pessoa em situação de

sofrimento psíquico o protagonismo de seu processo de melhora, construindo estratégias viáveis para sua vida.

Isto posto, convém destacar que, atualmente, o principal dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica para a desinstitucionalização é o CAPS. Este serviço é fundamental para o desenvolvimento do potencial criativo, imaginativo e expressivo dos usuários, pois, é por meio das oficinas terapêuticas, pedagógicas, de artes e, até mesmo, das oficinas de geração de renda, que se promove o fortalecimento da autoestima e da autoconfiança. Nesse sentido, as oficinas se colocam como um espaço de produção de subjetividade e são terapêuticas quando possibilitam aos usuários um espaço de fala e acolhimento. O CAPS oferece, ainda, um leque de atividades voltadas para os usuários e seus familiares, visando garantir um atendimento especializado e um tratamento singular centrado na inclusão social e no resgate da cidadania dessas pessoas (AZEVEDO; MIRANDA, 2011; KANTORSKI et al., 2011).

Cumpra salientar, no entanto, que pesquisas como as realizadas por Onoko-Campos e Furtado (2006), Cavalcante et al. (2009) e Tomasi et al. (2010) instigam reflexões a respeito desses ambientes de cuidado. Para esses autores, ainda há muito a ser feito, a fim de que esses serviços venham a ser realmente dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica, e, para tanto, deve-se romper com a lógica teórica e prática do modelo hospitalocêntrico, o que torna imprescindível que a forma de tratamento ofertada aos usuários de tais serviços esteja, de fato, comprometida com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica.

Exemplo disso, uma das barreiras que retarda a alta do usuário do serviço é a atitude de considerar a restituição da normalidade uma premissa básica para sua inclusão social. Ou seja, se o CAPS, por um lado, exalta a cidadania dos usuários, por outro, superprotege-os, sendo que, ao proceder dessa forma, poderia estar restringindo e segregando ainda mais essas pessoas. Portanto, aqueles que trabalham na saúde mental deverão ser sensíveis à dimensão sociocultural que vislumbra um lugar social capaz de produzir novas formas de relação com as diferenças e de transformar as relações entre sociedade e loucura (LEÃO; BARROS, 2011; AMARANTE, 2010a; PANDE; AMARANTE, 2011).

Articulando tais ideias com a realidade específica de Campina Grande-PB, inquietame constatar que, embora o CAPS ofereça oficinas e práticas inclusivas a todos os usuários em tratamento, alguns destes, apesar de participarem dessas iniciativas, continuam se sentindo incapazes de restabelecer seu lugar na sociedade. Conforme pude verificar, há usuários que simplesmente não avançavam no processo de tratamento em busca da alta do serviço. Isso me fez questionar se essas pessoas não necessitariam de outro tipo de abordagem terapêutica que

as ajudasse a enfrentar esses sentimentos de menos valia. Poderia ser que a falta de autonomia deles adviesse de uma fragilidade vincular, quer afetiva, quer familiar, quer comunitária?

Buscando respostas para essa e outras indagações, ocorreu-me a ideia de aplicar a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como uma técnica de intervenção a fim de resgatar a autoestima, a confiança e de dar sentido à vida desses usuários. A esse respeito, é importante salientar minha experiência com essa ferramenta de cuidado, uma vez que sou terapeuta comunitária e já a venho utilizando, há algum tempo, com grupos de idosos, com hipertensos, com acadêmicos de enfermagem e com pessoas em situação de privação de liberdade. Tais experiências se têm demonstrado, empiricamente, mais apropriadas, no tocante a seu poder de negociação em situações adversas.

A ideia foi acolhida no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária e já está vinculada ao projeto “A terapia comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde: a terapia comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais”, do CCS/UFPB, que tem reconhecida experiência com pesquisas sobre a TCI, demonstrando a importância dessa ferramenta de cuidado para grupos de indivíduos que apresentam certo grau de dificuldade para o empoderamento. Assim, resolvi realizar uma pesquisa aplicada — do tipo que se pode denominar uma pesquisa-ação-intervenção —, a fim de avaliar a aplicabilidade da TCI como técnica de intervenção psicossocial avançada no ambiente do CAPS. Este é, portanto, o objeto da presente investigação.

No tocante à TCI, a propósito, autores como Barreto et al. (2011) a definem como um espaço de palavra, de escuta e de vínculos, que se conduz por meio de regras precisas que, a partir de uma situação problema, permitem o aparecimento de estratégias de enfrentamento para as inquietações do cotidiano. Isso acontece devido à partilha de experiências vivenciadas num espaço de tolerância e liberdade. Em consonância com essa perspectiva, o Ministério da Saúde (2013) considera a TCI como uma intervenção psicossocial avançada, cuja finalidade terapêutica é reduzir o estresse provocado por situações-problema originadas no dia a dia e minimizar o sofrimento psíquico dos usuários em seu território.

Nesse sentido, entendem-se por intervenção psicossocial avançada aquelas práticas concebidas na realidade cotidiana desse território, levando-se em conta as singularidades dos usuários e de suas comunidades. Para o devido cuidado em saúde mental, cumpre considerar o entendimento do território em questão e o vínculo entre a equipe de saúde e os usuários, ainda mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental com que uma equipe venha a se identificar (BRASIL, 2013).

A TCI foi criada pelo médico psiquiatra e antropólogo Dr. Adalberto Barreto, sendo operacionalizada através de encontros, seguindo uma metodologia específica. A terapia tem por objetivo: reforçar a dinâmica do grupo promovendo resgate da autonomia dos sujeitos; reforçar a autoestima e a autoconfiança individual e coletiva; valorizar a família e seu papel na rede de relações que ela estabelece com seu meio, e estimular o sentimento de união e identificação das pessoas com seus valores culturais (BARRETO, 2008).

Tem sido realizadas pesquisas e experiências com a TCI em CAPS, bem como fora deles, em vários municípios brasileiros, e já há evidências tanto empíricas quanto científicas no que diz respeito ao efeito reabilitador que essa tecnologia de cuidado tem tido sobre seus participantes, resultando, por exemplo, no fortalecimento da autoestima e da resiliência, no resgate de vínculos e no empoderamento, conforme destacado nos estudos de Cordeiro et al. (2013), Camarotti; Santos; Melo (2012), Horta; Daspett (2012), Lacerda et al. (2012), Lutterbach; Silva (2013), Rodrigues; Pinheiro (2013), Freire (2013), e Carvalho et al. (2013b). Nos distintos grupos em que a TCI foi aplicada, os resultados também indicaram a promoção e a recuperação dos processos de socialização dos sujeitos, bem como seu envolvimento em propostas de reabilitação psicossocial.

Assim, presumimos que, se a autoestima, a resiliência e as redes de apoio/vínculos dos usuários que têm possibilidade de alta do CAPS ainda se demonstram frágeis, isto se deve ao preconceito social, à pouca adesão familiar ao tratamento e à fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial. Como um caminho possível a trilhar, pressupomos que, caso reestabelecamos essas pontes, haverá maior possibilidade de que essas pessoas (re)construam seus projetos de felicidade, visando a uma emancipação/alta do CAPS.

Assim sendo, as perguntas que fizemos para guiar a presente investigação foram as seguintes: Que potencialidade tem a TCI para ajudar usuários do CAPS em processo de alta no fortalecimento da autoestima e no restabelecimento de vínculos fragilizados ou rompidos? Quais as situações que eles vivenciam no cotidiano que diminuem a autoestima e fragilizam os vínculos? Que mudanças significativas podem ocorrer no comportamento dos usuários submetidos a TCI que favoreçam a busca por um projeto de vida fora do CAPS?

A tese que procuro defender é a de que a TCI constitui uma prática emancipatória e uma ferramenta potente de cuidado para pessoas em situação de sofrimento psíquico, pois é capaz de elevar a autoestima dos usuários, de restabelecer vínculos perdidos e de criar redes de solidariedade, de modo a levá-los ao empoderamento, por meio da consequente retomada do protagonismo de suas vidas.

Consideramos que a relevância desta pesquisa é evidenciada pelo desafio em aplicar a TCI para pessoas em situação de sofrimento psíquico que estão em processo de alta do CAPS, já que esta ferramenta tem como objetivo a promoção da autoestima e o resgate de vínculos afetivos e sociais, levando as pessoas a exercerem sua autonomia e a corresponsabilidade em suas ações, tendo, desse modo, uma forte ligação com a desinstitucionalização. Em especial, para o profissional de enfermagem que lida cotidianamente com situações geradoras de sofrimento psíquico, faz-se importante a promoção da saúde mental através das rodas de TCI, uma vez que esta tecnologia valoriza os seus participantes, incentivando-os a serem sujeitos ativos em seu próprio processo de emancipação, tomando como referência a valorização das próprias experiências de vida.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

- Analisar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como ferramenta de intervenção psicossocial avançada, avaliando sua contribuição para a melhoria da autoestima e da vinculação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, tendo como repercussão o fortalecimento da autonomia e empoderamento necessários na fase pós-alta.

1.2.2 Específicos

- Descrever como ocorreu a realização das rodas de TCI, identificando aspectos relevantes do comportamento do grupo, os temas tratados, com base nas situações-problema vivenciadas, assim como as estratégias utilizadas para enfrentamento e superação dessas situações.
- Analisar os temas colocados nas rodas e as situações-problema que influenciaram na autoestima e na relação vincular dos usuários participantes, tanto de maneira positiva como negativa.

- Discutir as mudanças significativas verificadas no comportamento dos usuários participantes das rodas de TCI, considerando aquelas que favoreceram ou não a busca pela autonomia, o empoderamento e a consequente emancipação do CAPS.
- Verificar em que medida a terapia contribuiu para a melhoria da autoestima e para o restabelecimento de vínculos, comparando os resultados dos instrumentos aplicados antes e depois das rodas de TCI.

"Um fazendeiro, que lutava com muitas dificuldades, possuía alguns cavalos para ajudar nos trabalhos em sua pequena fazenda. Um dia, seu capataz veio trazer a notícia de que um dos cavalos havia caído num velho poço abandonado.

O poço era muito profundo e seria extremamente difícil tirar o cavalo de lá. O fazendeiro foi rapidamente até o local do acidente, avaliou a situação, certificando-se que o animal não se havia machucado.

Mas, pela dificuldade e alto custo para retirá-lo do fundo do poço, achou que não valia a pena investir na operação de resgate. Tomou, então, a difícil decisão: determinou ao capataz que sacrificasse o animal jogando terra no poço até enterrá-lo, ali mesmo.

E assim foi feito: Os empregados, comandados pelo capataz, começaram a lançar terra para dentro do buraco de forma a cobrir o cavalo. Mas, à medida que a terra caía em seu dorso, o animal a sacudia e ela ia se acumulando no fundo, possibilitando ao cavalo ir subindo.

Logo os homens perceberam que o cavalo não se deixava enterrar, mas, ao contrário, estava subindo à medida que a terra enchia o poço, até que finalmente, conseguiu sair!

(O cavalo no poço- Autor desconhecido)

Marco Teórico e Conceitual



2 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1 O estado da arte sobre a Terapia Comunitária Integrativa

A construção do presente estado da arte foi feita mediante uma busca nas principais plataformas de pesquisa disponíveis online, tais como Lilacs, Scielo, Bireme e Portal de Periódicos da Capes. Encontramos um total de 38 artigos publicados acerca da temática desde 2006 até os dias atuais — e cumpre dizer que, não tendo havido nenhuma delimitação de tempo de nossa parte, as primeiras pesquisas que encontramos sobre a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) de fato datam de, no máximo, dez anos atrás. É importante citar, ainda, que houve nesse período a publicação de um livro pautado em relatos de experiências, teses e dissertações sobre a TCI. Constatamos, de fato, que o Brasil se destaca, em termos de produção intelectual, como país pioneiro e hegemônico em produções científicas e compartilhamento de saberes nessa área.

O primeiro estudo sobre TCI data de 2006 e foi publicado na *Revista eletrônica de enfermagem*. Trata-se de um artigo originado de uma dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB e, ali, vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária – GEPSMEC. A pesquisa em questão foi realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Mangabeira e teve como objetivo conhecer as repercussões da TCI no cotidiano das pessoas. Como resultados as autoras constataram que as mudanças estavam voltadas para uma maior compreensão de si e do outro e para a capacidade de transformação pessoal e social, bem como demonstravam fortalecimento dos vínculos familiares, de amizade e espirituais. Foi evidenciado também que a TCI constitui uma potente ferramenta de cuidado no território e que pode ser desenvolvida pelos profissionais das equipes de saúde da família, no intuito de promover a saúde, prevenir o sofrimento psíquico, fortalecer vínculos com a comunidade e construir redes de apoio e de inclusão social (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

Outra publicação não menos importante, também no ano de 2006, adveio de um relato de experiência realizado em um CAPS do Ceará. Esse estudo foi publicado na revista *OBJN enfermagem* (online) e discorreu sobre experiência que acadêmicos de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) haviam tido com a TCI, com o grupo sala de espera e com o relacionamento terapêutico em relação aos usuários do centro. Na visão dos estudantes, houve algumas barreiras para condução da TCI no CAPS, dentre as quais destacaram, por exemplo, a dificuldade de se prender atenção dos participantes na roda — um comportamento

indesejado que foi então associado ao transtorno mental. Enfatizaram também a frustração dos usuários com relação à escolha do tema, uma vez que todos queriam que seu problema fosse escolhido, e apontaram, ademais, que alguns se mostraram prolixos em suas falas, não dando espaço para muitos se colocarem. Apesar disso, porém, cumpre ressaltar que os estudantes avaliaram a TCI como adequada para trabalhar com aquela clientela, pois apresentava aos participantes uma nova maneira de enxergarem seus problemas e de caminharem juntos para a sua resolução (CAVALCANTE et al., 2006).

Até então, os estudos em TCI ainda eram escassos, como o demonstra o fato de que, no ano de 2007, apenas *uma* publicação foi encontrada nas plataformas. Este estudo, também do grupo de pesquisa em saúde mental comunitária, versou sobre as contribuições da TCI para o enfrentamento das inquietações vivenciadas por gestantes. As autoras tiveram como sujeitos de sua pesquisa mulheres grávidas que participavam semanalmente das rodas de TCI na ESF de Mangabeira, e sua conclusão foi de que as rodas se constituíram como um espaço de promoção da saúde, aliviando o sofrimento das gestantes por meio da fala, da escuta e da partilha de experiências de vida (HOLANDA; DIAS; FERREIRA FILHA, 2007).

Em 2008, não foi encontrado nenhum artigo a respeito da temática nas plataformas consultadas, ao passo que, em 2009, encontramos *dois*, ambos provenientes do GEPSMEC. O primeiro foi publicado na *Revista eletrônica de enfermagem* e discutia uma pesquisa realizada no município de Vila Flor, no Rio Grande do Norte, com 13 mulheres que participaram das rodas de terapia. Investigaram-se na ocasião as contribuições da TCI com relação ao cuidado com mulheres usuárias dos serviços da Estratégia Saúde da Família. Conforme as autoras puderam constatar, a TCI possibilitou a essas mulheres compartilharem seus problemas e, com isso, receberem apoio no grupo, o que, por sua vez, refletiu-se em alívio do sentimento de dor associado aos lutos não elaborados. Os encontros, inferem as autoras, promoveram o resgate da resiliência, o que contribuiu para o empoderamento, melhorando a autonomia e a autoestima, e possibilitando o fortalecimento dos vínculos familiares, sociais, comunitários e espirituais (FERREIRA FILHA et al., 2009).

Ainda no mesmo ano, o outro estudo, publicado na *Revista brasileira de enfermagem* (*REBEN*), versou sobre a TCI como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. Nesse sentido, identificaram o número de grupos de TCI com idosos no município de João Pessoa (PB) e buscaram conhecer os principais temas apresentados por esses usuários, bem como as estratégias utilizadas para o enfrentamento das dificuldades, atentando-se, ainda, para seus depoimentos quanto à melhoria de sua qualidade de vida. As autoras obtiveram diversos resultados favoráveis, pois, através da análise das falas dos idosos registradas nas

fichas, foi possível perceber os benefícios alcançados e as mudanças que ocorreram em suas vidas após a participação nos encontros de TCI. O estudo em tela evidenciou várias situações-problema, mas as estratégias de enfrentamento elaboradas nas rodas caracterizaram o poder resiliente dessas pessoas e demonstraram a importância da sabedoria popular, evidenciando como as experiências e o saber prévios podem fundamentar a construção do conhecimento (ROCHA et al., 2009).

Os estudos foram aumentando a cada ano, de modo que, em 2010, foram encontrados *três* artigos nas plataformas sobre TCI, dos quais dois provinham do grupo de estudos e pesquisa em saúde mental comunitária. O primeiro foi uma pesquisa realizada com 19 idosos participantes das rodas na Atenção Básica e teve como objetivo conhecer as contribuições da TCI para a melhoria da qualidade de vida desses idosos. A publicação apontou que a TCI foi dispositivo não apenas de fortalecimento da atenção primária em saúde, mas de partilha de situações de sofrimento que afetavam a saúde mental dos idosos. Sendo assim, a terapia atuou valorizando os momentos de catarse, confidências e partilhas de intimidades, tendo o diálogo demonstrado um poderoso efeito libertador e terapêutico (ANDRADE et al., 2010).

Outro dos estudos desse mesmo ano, o qual provinha também do grupo citado acima, tratava-se de uma pesquisa desenvolvida em um CAPS da cidade de João Pessoa. Teve como finalidade investigar problemas vivenciados por usuários e familiares e suas estratégias de enfrentamento, bem como analisar a contribuição da terapia comunitária para inclusão social dos usuários. Conforme indicaram os resultados, os participantes das rodas haviam construído estratégias de enfrentamento para suas inquietações cotidianas, tais como: o apoio familiar, a crença religiosa e a ajuda profissional. Nesse estudo, observou-se também que a TCI atuou como catalisadora da inclusão social dessas pessoas, o que se pôde perceber nas falas em que foram apontadas mudanças de comportamento nos relacionamentos interpessoais (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010).

O terceiro e último estudo sobre o tema publicado em 2010 foi o de Nader e Pinheiro (2010). As autoras, oriundas respectivamente da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, publicaram um relato acerca da experiência de desenvolvimento da TCI em ambulatórios universitários. Para isso, realizaram rodas de TCI na sala de espera de três ambulatórios como ferramenta de cuidado destinada a seus pacientes. Segundo o relato produzido, a TCI serviu para a partilha de inquietações cotidianas dos pacientes através de uma escuta atenta, bem como contribuiu para a mudança de hábitos nos acadêmicos e nos profissionais daqueles setores de trabalho. As chefias dos serviços também

se haviam demonstrado sensibilizadas com a terapia e propuseram a ampliação dos números de rodas, a fim de melhor cuidar das pessoas naqueles ambientes.

As publicações cresceram em ordem exponencial a cada ano. Assim, em 2011, já havia nas plataformas *seis* artigos publicados em revistas indexadas, dois deles provenientes do nosso grupo de pesquisa. O primeiro destacou as contribuições dos recursos culturais para a TCI na visão do terapeuta. Esse estudo também foi realizado no município de João Pessoa (PB), com dez terapeutas comunitários, e seus resultados indicaram que a inserção de recursos culturais na TCI fortalece valores e permite o resgate a identidade pessoal e social de seus participantes. Os recursos culturais utilizados no caso foram músicas, dinâmicas e orações, as quais se mostraram uma potente ferramenta no trabalho do terapeuta, contribuindo para fortalecer vínculos e promover a ressignificação do sofrimento dessas pessoas (OLIVEIRA; FERREIRA FILHA, 2011).

Nesse ano, outro estudo, resultado de uma pesquisa nossa, foi publicado na revista *Cogitare enfermagem*. A pesquisa em questão foi feita com profissionais da Atenção Básica que desenvolviam a TCI no município de Queimadas (PB) e tinha como objetivo investigar a contribuição da terapia em tela no processo saúde-doença dos usuários, a partir da perspectiva dos profissionais. Os resultados encontrados evidenciaram que, por meio da TCI, esses profissionais conseguiram transformar espaços e construir saberes, proporcionando aos que dela participaram que tivessem acesso a uma assistência integral e singular. As contribuições no âmbito social e familiar também foram elencadas, pois levaram essas pessoas a pensar e a agir ante as dificuldades da vida, melhorando a autoestima e a resiliência, assim como a sua estabilidade emocional, apresentando redução da ansiedade e do estresse. Cumpre ainda notar que outro ponto importante foi à contribuição da TCI para os usuários que faziam uso de psicotrópicos. Como a médica do Programa Saúde da Família (PSF) também participava das rodas, observamos que foram prestadas orientações e estímulo para tais pessoas dependessem cada vez menos dessas medicações (SOUZA et al., 2011).

Dando prosseguimento, ainda em 2011, uma professora da Universidade Estadual de Campinas publicou dois artigos. O primeiro, que saiu em língua espanhola numa revista brasileira, traz uma pesquisa que analisou registros/fichas de 774 encontros de TCI produzidos por 22 em formação no curso de TCI e alunos do curso de psicologia da Universidade de Uberaba (MG). Os resultados mostraram que a TCI promoveu um salto qualitativo na vida dos participantes, levando-os a refletir sobre as suas inquietações e dúvidas cotidianas, não guardando para si suas angústias. Os estudantes também aprenderam a falar com seus pacientes e a ouvi-los com atenção e cuidado (ROJAS, 2011a).

A mesma autora publicou, no mesmo ano, um relato de experiência, no qual abordou a TCI como instrumento de sensibilização para o trabalho na atenção primária a saúde. Seu estudo teve por finalidade oferecer aos discentes do curso de psicologia uma visão distinta em relação à promoção e à prevenção em saúde nas comunidades. Com o desenvolvimento da TCI, a autora observou que os alunos tornaram-se mais sensíveis a dor do outro, o que levou ao aperfeiçoamento de suas práticas voltadas para a comunidade (ROJAS, 2011b).

Outro estudo desenvolvido com estudantes foi publicado no mesmo ano na *Acta paulista de enfermagem*. Nele, foram entrevistados 12 graduandos do 2º ano de enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), após a participação em uma roda de TCI. O intuito da pesquisa foi investigar como eles percebiam a TCI na formação do enfermeiro em relação ao cuidado com a família. Os resultados apontaram que participação na roda propiciou reflexões nos estudantes no tocante à dinâmica familiar, bem como levou ao aprimoramento da escuta qualificada, de modo que consideraram que essa ferramenta de cuidado é capaz de promover mudança de paradigmas, uma vez que reposiciona a família no centro do cuidado (HORTA; CALDEIRA, 2011).

Por fim, houve, ainda em 2011, mais um artigo publicado por nós do grupo de estudos em saúde mental comunitária. Dessa vez, foi uma pesquisa em que foram analisadas 25 fichas de registro das rodas de TCI realizadas na ESF Ambulantes, no município de João Pessoa (PB). Ao analisar os depoimentos finais das fichas, pudemos constatar que os participantes se haviam fortalecido, melhorando sua autoestima, e vinham superando com maior facilidade os conflitos familiares e sociais. As rodas de TCI se mostraram, pois, importantes para aliviar o sofrimento psíquico e aumentar os pontos de resiliência dos participantes (CORDEIRO et al., 2011).

Já em 2012, encontramos um número mais elevado de artigos publicados sobre o tema em questão: foram *oito*, em bases indexadas, dentre os quais um internacional. O primeiro foi coordenado por uma professora da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e uma mestranda do curso de pós-graduação em enfermagem. O estudo busca refletir sobre a TCI como prática de cuidado oferecida ao público discente da referida universidade. As autoras, utilizando-se das vivências e fichas de registros, perceberam a importância dessa ferramenta de cuidado para o fortalecimento e a criação de vínculos na própria comunidade acadêmica, através da construção de redes de apoio e de um espaço de fala e escuta dos sofrimentos de modo a valorizar as potencialidades e a melhorar a autoestima dos alunos (BUZELI; COSTA; RIBEIRO, 2012).

A mesma professora, juntamente com outras pesquisadoras/professoras, publicou no mesmo ano outro artigo sobre uma temática similar, fundado em uma pesquisa-intervenção como forma de coleta de dados na UFMT, na qual três estudantes que haviam participado das rodas de TCI foram convidadas, posteriormente, a responder uma entrevista semiestruturada. As pesquisadoras constataram que a TCI se mostrou uma eficiente intervenção para promoção da saúde de estudantes universitários, uma vez que proporciona o desenvolvimento de ações voltadas para o autocuidado e para a criação de estratégias de enfrentamento das adversidades cotidianas (SILVA et al., 2012).

Nesse ano de 2012, um estudo sobre TCI, proveniente do GEPSMEC, foi publicado numa revista internacional: a *Psychiatric quarterly*. Tratou-se de uma pesquisa avaliativa e transversal com uma amostra de 198 usuários da Atenção Básica que participaram de rodas de TCI também no município brasileiro de João Pessoa (PB). Como resultados as pesquisadoras encontraram que 83,3% da amostra evidenciou respeito e dignidade na TCI, ao passo que 55,1% dos indivíduos afirmaram que foram ouvidos atentamente, revelando uma consistência interna de 0,7187, o que confirmou a validade da satisfação do usuário em relação a TCI. As autoras concluíram que a terapia é, portanto, uma importante ferramenta de saúde mental na atenção primária em saúde (ANDRADE et al., 2016).

Ainda nesse ano, um relato de experiência de um enfermeiro que trabalhava na ESF na comunidade de Alto Jerusalém, em Fortaleza (CE), foi publicado na *Revista brasileira de enfermagem*. Esse profissional desenvolveu rodas de TCI na comunidade como critério para conclusão de sua formação como terapeuta comunitário. Contudo, observou que, através do desenvolvimento das rodas de TCI como estratégia de cuidado, os princípios do SUS eram atendidos, visto que eram ensinados a seus participantes a construção de redes de apoio social e o reconhecimento de suas competências, o que favorecia a superação das adversidades relatadas em cada encontro (JATAÍ; SILVA, 2012).

Outra publicação do mesmo ano, também referente a profissionais da rede SUS, foi desenvolvida em Santa Catarina e descreveu as práticas de TCI realizadas por 27 destes. Os autores realizaram entrevistas semidirigida para coleta dos dados e concluíram que a TCI contribuiu para construção de uma clínica ampliada e para dar visibilidade aos recursos territoriais. Contudo, destacam que, para uma maior eficácia e expansão da TCI, fazem-se necessários o diálogo com outros dispositivos e o apoio da gestão (PADILHA; OLIVEIRA, 2012).

Os três últimos estudos referentes ao tema publicados em 2012, conforme os dados das plataformas, provinham do GEPSMEC. O primeiro destes tratava da formação de terapeutas

comunitários na Paraíba e de seu impacto na Estratégia Saúde da Família. Foi um estudo documental que evidenciou as contribuições da TCI, para cuja avaliação consideraram-se os impactos na vida pessoal e profissional dos cursistas, sobretudo em seu trabalho em equipe e com a comunidade. Pôde-se verificar uma melhoria na autoestima dos profissionais e, em consequência, no relacionamento interpessoal, assim como no fortalecimento de vínculos desses trabalhadores com a comunidade (ARARUNA et al., 2012).

Os dois outros estudos abarcaram a temática da família. Um tratava do alcoolismo no contexto familiar e de estratégias de enfrentamento por parte das idosas usuárias da TCI. Foi um estudo documental desenvolvido na Secretaria de Saúde de João Pessoa, em que foram consultadas 776 fichas de rodas. Segundo os achados, a TCI teve efeito benéfico no contexto familiar, ao fortalecer os vínculos e a capacidade resiliente, promovendo o empoderamento familiar, o que, por sua vez, possibilitou a superação dos desafios cotidianos, mediatizados pelo problema do alcoolismo (FERREIRA FILHA et al., 2012).

O outro estudo desse ano, também documental, utilizou o banco de dados de registros das rodas de terapia comunitária de João Pessoa (PB), referentes às realizadas no período de julho de 2008 a dezembro 2009, a fim de descrever os conflitos familiares mais abordados na TCI. Quanto a isso, as autoras ressaltam que, nas rodas, puderam-se constatar estratégias de enfrentamento tais como o autocontrole e o autoconhecimento, o suporte da comunidade, a participação em grupos, o diálogo e a espiritualidade. Assim, a TCI se configurou como um espaço de fala e alívio dos sofrimentos, promovendo o empoderamento e o fortalecimento dos vínculos das famílias e da comunidade (SÁ et al., 2012).

Partindo para as publicações no ano de 2013, encontramos nas plataformas, um total de *cinco* produções, quatro delas oriundas do grupo de estudos e pesquisa em saúde mental comunitária. Além desses artigos, outra produção relevante no período foi a publicação de um livro intitulado *Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*, pela editora universitária da UFPB, e organizado por Ferreira Filha, Lazarte e Dias (2013), no qual foram reunidas pesquisas oriundas de relatos de experiências, teses e dissertações. A obra surge como uma importante fonte de pesquisa em TCI, uma vez que aborda em seus capítulos os distintos contextos em que essa prática de intervenção foi aplicada e sua eficácia nessas diferentes demandas. Dividido em cinco eixos temáticos e em 13 capítulos, traz uma apresentação atualizada da TCI no tocante ao seu *conceito*, suas *bases teóricas* e seu *método*.

Após apresentar e definir distintas temáticas ao leitor, a obra em questão envereda para o eixo da *TCI como instrumento de transformação*. Apresentados em formas de capítulos, que aqui serão numerados para um melhor entendimento, elencaremos os títulos das pesquisas: 2.

“Tempo de falar e tempo de escutar: a produção de sentido em grupo terapêutico” (CAMARGO; FRANKLIN, 2013); 3. “Minha vida tem sentido toda vez que venho aqui: significado atribuído à terapia comunitária pela família do participante” (LAZZARINI; GRANDESSO, 2013); 4. “Terapia comunitária e resiliência: história de mulheres” (BRAGA et al. 2013).

O terceiro eixo temático do livro supracitado aborda a *TCI na Estratégia Saúde da Família/SUS: mudanças de práticas*. Este compreende os seguintes estudos: 5. “A terapia comunitária e as mudanças de práticas no SUS” (ROCHA; FERREIRA FILHA; DIAS, 2013); 6. “Terapia comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida” (CARÍCIO et al., 2013); 7. “Rodas de terapia comunitária: espaços de mudanças para profissionais da estratégia saúde da família” (MORAIS; DIAS, 2013), e 8. “A terapia comunitária e suas repercussões no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional” (SOBREIRA; MIRANDA, 2013).

O quarto eixo traz produções que abarcam a *TCI com grupos específicos*, quais sejam: 9. “Terapia comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão: uma estratégia de saúde mental no PSF de Petrópolis” (SILVA; ALMEIDA, 2013), e 10. “A contribuição da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes” (HOLANDA; DIAS; FERREIRA FILHA, 2013).

O quinto e último eixo compreende estudos de *avaliação da TCI*, a saber: 11. “A história da terapia comunitária na Atenção Básica de saúde em João Pessoa (PB): uma ferramenta de cuidado” (OLIVEIRA; DIAS, 2013); 12. “A terapia comunitária como instrumento de inclusão da saúde mental na Atenção Básica: análise da satisfação dos usuários” (ANDRADE et al., 2013), e 13. “Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes” (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2013).

O primeiro artigo encontrado em bases indexadas no ano de 2013, por sua vez, teve o intuito conhecer as histórias de mulheres que frequentavam as rodas de TCI na Associação dos Moradores do Parque do Sol em João Pessoa (PB). Utilizando o método da história oral, as autoras evidenciaram, através das narrativas, que as mulheres encontraram na TCI um espaço de partilha e de despertar da resiliência, o que proporcionou a elas mais força e alteridade (BRAGA et al., 2013).

Já o segundo estudo publicado nesse mesmo ano adveio de uma revisão integrativa dos *Anais do I e VI Congressos Brasileiros de Terapia Comunitária Integrativa (CBTCI)*. Na investigação, os autores constataram que, no material analisado, os profissionais e docentes brasileiros tiveram maior porcentagem de submissões; no entanto, no VI, também foram

encontradas publicações internacionais oriundas da Argentina, do Uruguai e do Chile. No que se refere ao enfoque dado aos estudos, as áreas da saúde e educação foram as que mais se destacaram em termos de pesquisa (AGUIAR et al., 2013).

O terceiro estudo, realizado por Rocha e outros colaboradores (2013), visou identificar os principais problemas apresentados pelos usuários que frequentaram rodas de TCI no município de João Pessoa e quais haviam sido as estratégias de enfrentamento às situações de sofrimento emocional utilizadas por eles. Foi uma pesquisa do tipo documental, tendo como fontes de informações fichas de organização de dados da TCI. Os resultados apontaram que o estresse foi um problema recorrente entre os participantes e que a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a espiritualidade. Através dos discursos dos que fizeram parte da terapia, foi possível constatar sua opinião positiva acerca das rodas. A TCI, para eles, estabeleceu um espaço de apoio emocional, de fortalecimento de vínculos e de inclusão social.

Outro estudo de grande relevância e impacto da época, publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*, foi um artigo reconhecido pelo Scielo como um dos dez mais acessados no ano de 2014. Com o título “Contribuições da TCI para usuários dos CAPS: do isolamento à sociabilidade libertadora”, através de narrativas dos participantes, o texto aponta as mudanças significativas que ocorreram nos âmbitos pessoal, profissional e comunitário, a partir da inserção dessas pessoas na TCI. A conclusão é de que essa estratégia de cuidado atuou como promotora da recuperação dos processos de socialização natural constituintes da vida humana, reabilitando e incluindo socialmente essas pessoas (CARVALHO et al., 2013).

O ano de 2013 terminou com uma publicação de Padilha e Oliveira (2013) na revista *Ciência e Saúde Coletiva*. Esse estudo teve como intuito a descrição da representação social sobre o terapeuta comunitário elaborada por profissionais de saúde da rede SUS. A pesquisa foi realizada com 27 profissionais com formação em TCI através da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Como achados, os autores evidenciaram que a representação de tal terapeuta para esses profissionais foi a de alguém que humaniza as relações interpessoais no setor da saúde não só de forma limitada ao grupo de terapia comunitária. Contudo, cumpre notar que na APS existe o legado de um modelo de prática grupal menos horizontalizado do que o existente para profissionais da atenção secundária, a exemplo dos CAPS.

No ano seguinte, em 2014, encontramos apenas *cinco* publicações em plataformas indexadas sobre TCI, duas delas advindas da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Os dois artigos versaram sobre a dimensão ética da roda de TCI em pesquisas qualitativas, e o primeiro estudo foi uma pesquisa documental em que foram analisadas a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde e os passos da roda de TCI, procurando-se fazer uma relação

entre os cuidados éticos tomados nesta. Essa avaliação permitiu reconhecer cuidados éticos que permeiam os passos da roda de TCI e verificar sua correspondência nos preceitos da Resolução nº 466/12 (SANTOS et al., 2014a).

As autoras acima apontam ainda que a roda de TCI pode ser utilizada como meio para captação de dados/material empírico nas pesquisas qualitativas; porém, para isso, devem-se preservar as determinações da Resolução nº466/12, mediante a aplicação do TCLE, garantido o anonimato e o sigilo, bem como esclarecendo quanto aos riscos e benefícios da participação das pessoas em atividades desenvolvidas em grupo, tal como preconiza a resolução.

O segundo estudo de 2014, também das autoras supracitadas, foi publicado na *Revista da Escola de Enfermagem da USP* e tratou-se de uma pesquisa também documental, que discutiu alguns cuidados éticos da roda de TCI baseados na Resolução nº 466/12. Através da análise dos dados, as autoras trouxeram considerações relevantes no tocante às dimensões éticas da TCI quando utilizada como fonte para coleta de dados nas pesquisas qualitativas. As pesquisadoras apontam que a terapia é uma técnica inovadora de cuidado que respeita as diferenças culturais e sociais das pessoas, o que valoriza as informações advindas e as produções que derivam dessa intervenção (SANTOS et al., 2014b).

Um estudo paraibano foi publicado também em 2014, dessa vez coordenado por uma Enfermeira da ESF no município de Cajazeiras (PB). Sua pesquisa foi documental e nela se utilizaram 1.029 fichas de TCI que foram produzidas nas UBSF de Bonito de Santa Fé (PB). Após análise minuciosa, os pesquisadores constataram que o estresse foi escolhido como tema na maioria das vezes, e que, como estratégia de enfrentamento, buscou-se o fortalecimento nas redes solidárias, na família e, sobretudo, na religião (LAVÔR et al., 2014).

O último estudo sobre o tema em 2014 — de acordo com os dados das plataformas consultadas — foi realizado com 15 participantes da roda de TCI de uma clínica da família localizada no Rio de Janeiro. Para os pesquisadores-enfermeiros que desenvolviam a TCI, essa tecnologia de cuidado se tornou uma das ferramentas mais utilizadas para estimular a construção de vínculos com a comunidade. Em sua visão, ao atuar com esse dispositivo de cuidados, o enfermeiro proporciona um cuidado integral a população, viabilizando assim a promoção da saúde (LIMA et al., 2014).

O último estudo neste ano, de caráter bibliográfico, foi publicado por pesquisadores da Universidade Federal do Paraná em 2015. Nele, foram analisadas as teorias da criação do conhecimento organizacional com a metodologia da TCI. Os autores levaram a cabo um estudo bibliográfico em que analisaram os processos de conversão do conhecimento através da partilha e da socialização de experiências de vida, buscando aproximar os processos

estudados nas organizações e nas comunidades que se formaram a partir dos grupos de TCI. Foi utilizado o pensamento sistêmico para investigar esta relação, e a conclusão foi que a metodologia facilitou a produção de conhecimentos, trazendo inovações para a saúde mental (HOLZMANN; SILVA; PINTO, 2014).

Em 2015, foram *quatro* em revistas indexadas. Um estudo de grande interesse realizado nesse mesmo ano por pesquisadores da UFMT avaliou a repercussão da TCI em doentes renais durante a sessão de hemodiálise. Foi uma pesquisa de campo, com doentes renais crônicos que faziam hemodiálise e que tomaram parte nas rodas de TCI. Após verem vídeos de suas participações nessas rodas, os pacientes demonstraram inúmeros sentimentos, dentre os quais a admiração e compaixão pelo outro. Muitos passaram de angustiados a mais serenos e alegres, após a experiência. As autoras do estudo consideraram que a TCI oportunizou àquelas pessoas refletirem sobre os mais variados contextos de vida, o que a fortaleceu para enfrentar as adversidades do tratamento e de sua rotina diária (MELO et al., 2015).

Os três últimos estudos publicados em 2015 foram provenientes do GEPSMEC. O primeiro deles derivou-se de um projeto de extensão da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) que resultou em uma interessante pesquisa de campo sobre as repercussões da TCI entre os estudantes de enfermagem dessa universidade paraibana. Foram observados, através das falas dos estudantes, sentimentos de impotência, insegurança e saudades, bem como de preocupações com a própria saúde e com a da família. Ao verbalizar tais situações, percebeu-se o alívio dessas angústias e a construção de estratégias de enfrentamento para as mesmas. As pesquisadoras concluíram que as rodas atuaram como prática de cuidado efetiva, valorizando a promoção da saúde, promovendo vínculos e melhorando a qualidade de vida dos universitários (NUNES et al., 2015).

Um professor do GEPSMEC também publicou nesse ano um artigo sobre o tema, em língua espanhola, que saiu na *Revista Uruguaya de Enfermería*. Em seu ensaio, ele investigou as convergências entre a sociologia e a TCI, a fim de descobrir o que ambas têm em comum enquanto formas de saber e de fundamentação de maneiras de ação social que se mostrem desalienantes, libertadoras. Partindo desse ângulo, o artigo analisa o pensamento de Marx, Durkheim, Max Weber e Paulo Freire, e destaca as contribuições dessas distintas formas de saber e de agir para atividades de construção de vínculos solidários, redes comunitárias, para o aumento da autoestima das pessoas e para as comunidades. Nesse sentido, a mobilização, a inclusão e a participação sociais, bem como o autoconhecimento, revelam-se aspectos ímpares e importantes dessas convergências apreciadas (LAZARTE, 2015).

Também em 2015, cumpre salientar, surge um editorial de Ferreira Filha, Lazarte e Barreto (2015) na *Revista eletrônica de enfermagem* destacando o impacto e a tendência do uso da TCI na produção de cuidados em saúde mental. Os autores enfatizam a importância das pesquisas em TCI e seu crescente número nos últimos anos. Argumentam, ainda, que essas pesquisas demonstram a eficiência dessa tecnologia de cuidado em contextos os mais variados e em grupos diversificados, tendo sido realizadas, destacam, com distintos métodos, dentre os quais predomina o método qualitativo.

Nesse sentido, convém destacar, ainda, que TCI também se difere como pesquisa, pois vem adotando o método da pesquisa-ação, o qual rompe com o monopólio universitário sobre a produção do conhecimento, possibilitando que um método científico permita que outro método de cunho mais intuitivo e cultural seja enaltecido e tome visibilidade nos meios acadêmicos. Assim, torna-se possível inferir que o impacto da TCI na produção de cuidados na área de saúde mental é algo desafiador e inovador, como salientam os autores citados (FERREIRA FILHA; LAZARTE; BARRETO, 2015).

Fechando as produções afins, no ano de 2016, foram encontrados nas plataformas *dois* estudos sobre TCI. O primeiro, encabeçado por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi uma revisão integrativa com objetivo de analisar contextualmente o fenômeno da prática de enfermagem a partir da TCI. Os autores concluíram que a TCI eclodiu como uma prática inovadora de atuação dos profissionais de saúde, mais especificamente, os da área de enfermagem. Para eles, a terapia rompeu com o paradigma biomédico e reconstruiu novas formas de pensar e agir no tocante a promoção e prevenção da saúde (RANGEL; MIRANDA; OLIVEIRA, 2016).

O outro estudo foi publicado na *Revista Uruguaya de Enfermería* um artigo de reflexão sobre a pedagogia de Paulo Freire e a TCI. O autor versou sobre as interseções da pedagogia freiriana na referida terapia, tecendo algumas considerações quanto à criticidade — como algo oposto à visão alienada ou ingênua do mundo —, sobre a contextualização, a problematização, o caráter dialógico da construção do conhecimento e da realidade, etc., confrontados com a noção freiriana de que todos somos geradores de saberes e de visões distintas em relação ao mundo, saberes e perspectivas que se complementam ou que se contradizem (LAZARTE, 2016). Nesse sentido, há vários aspectos da pedagogia de Paulo Freire que se encontram incorporados na TCI.

2.2 A TCI e seus pilares teóricos

A história da terapia comunitária integrativa é também a história de vida do seu criador, o psiquiatra e antropólogo Dr. Adalberto de Paula Barreto. Nascido em Canindé (CE), cidade de romeiros, desde cedo Barreto teve seu interesse despertado para as influências das crenças e da religião no processo de cura das doenças (BARRETO, 2008). Ao ingressar na faculdade de medicina, observou o caráter excludente e dominante do modelo biomédico que rejeitava qualquer forma de expressão de crenças e valores culturais. Para ele, o discurso científico exprimia uma posição colonizadora e dominadora do pensamento do homem e de todas as suas ações, privilegiando a realidade material e ignorando o imaginário, o irracional.

Esse fenômeno gerou uma crise, como a percebia, que o levou a um profundo desejo de aprendizado e mudança. Para Barreto, não seria nada impossível coabitar dentro de si mundos “contraditórios”, uma vez que, a seu ver, estes eram complementares (BARRETO, 2008; BARRETO, BOYER, 2009). Assim, na busca de novos conhecimentos, ele estudou não só medicina, mas também filosofia, teologia, psiquiatria, antropologia e psicanálise. Como antropólogo, desenvolveu pesquisas em sua cidade natal que possibilitaram o estabelecimento de pontes entre o saber popular e o saber científico.

Após se tornar professor da Universidade Federal do Ceará, em 1983, Barreto criou uma disciplina de Antropologia da Saúde, que era ministrada na favela, possibilitando que os estudantes de medicina se aproximassem dos inúmeros aspectos culturais da doença e do processo de cura (BARRETO, 2008; BARRETO, BOYER, 2009). Foi essa afinidade pela demanda dos excluídos que o levou a desenvolver um projeto de extensão universitária na favela do Pirambu, em Fortaleza (CE), projeto denominado “Quatro varas”.

A iniciativa se deu devido à sua íntima necessidade de tratar essas pessoas no local e contexto em que elas viviam, e foi lá que encontrou homens e mulheres em busca de suas identidades perdidas. Foi a partir dessa propositura que eclodiu o Movimento Integrado de Saúde Mental – MISMEC/CE e, mais tarde, em decorrência deste, a *terapia comunitária integrativa* – TCI (BARRETO, 2008).

A experiência do MISMEC foi se efetivando por meio de um laboratório de inovações que foi criado para desenvolver essas metodologias de intervenção na comunidade. Hoje, a TCI expandiu-se e já vem sendo aplicada em todos os estados brasileiros, através de 42 polos formadores, transformando-se em política pública em São Paulo, Paraná, Ceará e Bahia. No exterior, foi implantada na Europa, em países como França, Suíça, Itália, Alemanha, Bélgica e Dinamarca, bem como na América do Sul, onde já se encontra na Argentina, no Uruguai, no

Paraguai, no Chile, na Colômbia, no Equador, na Bolívia e na Venezuela (BARRETO et al., 2011).

Barreto (2008) define a terapia como um espaço promotor de encontros interpessoais e intercomunitários que tem como objetivo a valorização das histórias vivenciais dos que dela participam, possibilitando o resgate da identidade, bem como a restauração da autoestima e da autoconfiança, e a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução destes a partir das competências individuais e coletivas. Partindo dessa premissa, a TCI é vista como uma prática social voltada para a construção de redes sociais solidárias, que intervém nos determinantes sociais de saúde. Nela, articulam-se saberes, desde o acadêmico ao popular, valorizando-se as competências locais.

Alguns estudiosos da TCI ampliam essas definições, sem retirar, porém, o conteúdo expresso na sua definição original. Para Lazarini e Grandesso (2013), por exemplo, a TCI promove uma organização sistêmica em redes solidárias, a partir de um sistema autopoietico e de grande complexidade. Para as autoras, a terapia fomenta a formação e fortalecimento das redes sociais, tendo grande importância na formação da identidade pessoal, assim como na vida dos indivíduos, nas famílias e nas comunidades.

Ferreira Filha e Carvalho (2010), por sua vez, baseadas nos estudos de Merhy e Feuerwerker (2009), caracterizam a TCI como uma tecnologia leve de cuidado, bem como um trabalho terapêutico grupal cuja finalidade é a promoção da saúde e a diminuição do sofrimento emocional. Para Merhy e Feuerwerker (2009), aliás, tal tecnologia leve possibilita a arte do encontro mediatizada pela escuta, pelo interesse, pela construção de vínculos e de confiança. É nessa íntima relação que se é possível captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário. Igualmente, é nesse caminho das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato, que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de não apenas ser afetado, mas de também afetar.

Carício, Dias, Franco e Ferreira Filha (2013), por seu turno, discutindo o conceito de tecnologia leve associado à terapia, reafirmam-na como apropriada, visto que as rodas são um espaço coletivo de escuta, reflexão e troca de aprendizagem, na qual a comunidade participa ativamente, deslocando o foco do atendimento individual para o coletivo. Ao passo que Lima, Sá e Klüppel (2014) também no tocante ao conceito de tecnologia leve, e comungando das ideias de Merhy, definem-na como toda aquela tecnologia que incorpora a necessidade das relações interpessoais, havendo nela a produção de comunicação, o acolhimento, bem como o

estabelecimento de vínculos, através de uma relação dialógica — em tudo isso, uma visão que condiz com os objetivos da TCI.

Atualmente, cumpre dizer, o Ministério da Saúde define a TCI como Estratégia de Intervenção Psicossocial avançada, visto que promove a troca de experiências e de sabedorias de vida e procura trabalhar sempre de forma horizontal e circular, ao propor que cada um seja corresponsável no processo terapêutico que se realiza naquele momento e que produz efeitos tanto grupais quanto singulares (BRASIL, 2013).

Em uma revisão crítica da literatura sobre os usos e o sentido do termo “Psicossocial” em periódicos brasileiros a pesquisadora Paiva (2013) referiu que muitos dos artigos encontrados versam sobre “integração psicossocial”, aludindo-se a um trabalho de apoio ou de reabilitação para adaptação das pessoas a um novo contexto de vida. Esse processo de trabalho, caso seja bem sucedido, promove integração, evita isolamento, sofrimento e a exclusão social. Um ponto para o qual se atentar, no entanto, devidamente destacado pela autora em seu artigo, é que à literatura que trata desse tipo de integração psicossocial, encontram-se também frequentemente associadas expressões como: “adequação psicossocial”, “adaptação psicossocial” e “reabilitação psicossocial”.

Dito isso, salientamos que, especificamente no presente relatório de tese, utilizaremos a esse respeito a terminologia *reabilitação psicossocial*, inicialmente definida por Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo social e complexo. Amarante (2007) complementa as ideias de Rotelli, Leonardis e Mauri, afirmando que um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se retroalimentam, ora são conflitantes. Abordaremos melhor essas dimensões no último tópico do presente capítulo, mas, por ora, convém destacar apenas que a TCI, enquanto técnica de intervenção psicossocial, mergulha na dimensão sociocultural que Amarante postula, uma vez que trabalha com a comunidade geralmente no próprio território, possibilitando mudanças no contexto de vida das pessoas.

Um estudo de Holanda, Dias e Ferreira Filha (2013) se faz consonante com a definição do Ministério da Saúde. Nele, recomenda-se a TCI como uma ação de saúde comunitária, a ser incluída na rede de atenção primária do SUS, podendo ser inserida como uma intervenção terapêutica nas unidades de saúde. O argumento é o de que a terapia possibilita o acolhimento da comunidade, o fortalecimento de vínculos, a construção de teias de solidariedade, bem como favorece o respeito e a comunicação entre o saber popular e o saber científico.

No que concerne a características básicas e finalidades, por sua vez, vale dizer que a TCI apresenta a discussão e a realização de um trabalho preventivo de saúde mental, no qual

se procura engajar todos os elementos culturais ativos da comunidade — ou seja, agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros —, ao passo que se enfatiza o trabalho de grupo, promovendo a formação dos mais distintos grupos, com a finalidade de, juntos, buscarem soluções para seus problemas cotidianos. Destarte, a TCI surge como um instrumento que possibilita a agregação comunitária e a criação gradual da consciência social da origem e das implicações sociais do sofrimento humano, sobretudo, para que se descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras (BARRETO, 2008).

Desde a sua criação, a TCI tornou-se uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção do sofrimento psíquico e ao atendimento de grupos heterogêneos, de organização informal, que, em comum, almejam o alívio de seus sofrimentos e buscam o bem-estar. Nessa perspectiva, a terapia estimula a construção de vínculos solidários, criando uma rede de apoio social, reforçando os vínculos e evitando a desintegração social, de forma que a comunidade busque resolver aqueles problemas que estejam ao alcance da coletividade (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

Segundo Barreto (2008), a TCI tem como objetivos: reforçar a dinâmica interna de cada grupo, possibilitando que descubram seus valores, suas potencialidades, e promovendo a autonomia dos sujeitos; reforçar a autoestima individual e coletiva; redescobrir e reforçar a autoconfiança 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 esta estabelece com o seu meio, e, por fim, suscitar em cada um o sentimento de união e identificação com seus valores culturais.

Dentre os efeitos a curto prazo percebidos nas pessoas, por sua vez, destacam-se a sensação de alívio em relação ao estresse/sofrimento e a melhora no humor (tristeza/alegria, peso/leveza, abandono/pertencimento). A longo prazo, observam-se ainda outros resultados, como: a elevação da autoestima fortalecida pelo autoconceito; a autorresponsabilidade; a autoaceitação; a autoconfiança; o autorrespeito; o fortalecimento da resiliência percebido pelo portador de sofrimento psíquico e o empoderamento (FERREIRA FILHA, CARVALHO, 2010).

As abordagens sobre o empoderamento, a propósito, segundo Vasconcelos (2008), não têm estatuto próprio e são tidas como uma construção direcionadora de sentidos e práticas inseridas numa perspectiva ético-política, regularmente apropriada desde a modernidade pelos diversos atores sociais, objetivando fortalecer seus anseios de aumento de poder, participação e autonomia pessoal e coletiva na sociedade e nas políticas sociais. Logo, o empoderamento é

muito similar a outras interpelações usadas nos movimentos, lutas e políticas sociais, como a participação, o resgate da autonomia, a conscientização e a humanização.

Considerando que a terapia comunitária integrativa (TCI) atua como instrumento para a construção de redes solidárias e gera empoderamento, essa tecnologia vem sendo utilizada como estratégia para prevenção do adoecimento psíquico, justamente por funcionar como um espaço para encontros em que há partilha de situações de sofrimento, bem como a elaboração de estratégias de enfrentamento (BARRETO, 2008; OLIVEIRA, 2013). Além disso, vale dizer que, tal como destacam Lazzarini e Grandesso (2013), a rodas de TCI objetivam o fortalecimento das relações sociais, o que ajuda a consolidar nas pessoas que delas participam uma identidade pessoal, no que estas se ligam a suas famílias e à comunidade em que estão inseridas.

Outros objetivos relevantes da TCI que também podem ser ressaltados são: favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e da família por meio da restauração de laços sociais; promover e valorizar as instituições e práticas tradicionais que são detentoras do saber fazer e guardiãs da identidade cultural; tornar possível a comunicação entre diferentes formas do saber popular e científico; estimular a participação como um requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo no grupo a conscientização através do diálogo e da reflexão, de modo a levar cada indivíduo a tomar iniciativas e a ser agente de sua própria transformação (BARRETO, 2008; LAZARTE, 2013).

Assim, ao se desenvolver a TCI como um instrumento voltado para usuários do CAPS, criam-se oportunidades de se redimensionar o sofrimento dessas pessoas, contribuindo para a efetuação de mudanças, visando à sociabilidade e ao alívio da sobrecarga experimentada em razão do sofrimento psíquico. Uma tecnologia indispensável, portanto, enquanto se necessita de práticas efetivas capazes de operar benefícios no cotidiano desses usuários (CARVALHO et al., 2013). Até porque, nesse espaço, quando o indivíduo percebe a existência do outro, há a possibilidade de aplicar suas habilidades, suas competências e descobrir a alteridade, o que acaba por gerar o empoderamento.

Como já dissemos, nos encontros de TCI, são tecidas redes de apoio que despertam possibilidades de mudanças, visto que as pessoas da comunidade participam de uma mesma cultura e partilham entre si recursos de comunicação e laços de identidade, de maneira que apresentam afinidades em seus sofrimentos, o que favorece a busca por soluções (ANDRADE et al., 2010). A capacidade de superação das adversidades cotidianas permite que se construa um corpo de conhecimento e que sejam suscitadas habilidades e recursos que tornem os

participantes *experts* em seu problema. Isso lhes permite decidirem sobre as próprias vidas e se organizarem socialmente, bem como mobilizarem os subsídios necessários que garantam acessibilidade aos direitos básicos de uma vida digna (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

É neste âmbito que também definimos a TCI como uma prática social e emancipatória. Para Lazarte (2016), somos capazes de estabelecer essas conexões porque tanto o movimento de educação popular de Paulo Freire quanto a TCI têm por base os movimentos sociais, quer gerando-os, quer modificando a consciência do oprimido de maneira a fazê-lo caminhar no sentido de sua libertação prática — não teórica ou ideológica. Partindo dessa premissa, com a TCI, cada um de nós tem a chave de nossas próprias mudanças, e não há líderes nem partidos ou instituições que promovam a nossa liberdade. Isto porque esta acontecerá apenas quando assumirmos a responsabilidade e as consequências de termos decidido protagonizar o nosso próprio destino, de uma maneira autônoma.

Isto posto, cumpre destacar ademais que a TCI, em sua dimensão teórica, ancora-se em cinco pilares que são sua base de sustentação, a saber: o pensamento sistêmico; a teoria da comunicação; a pedagogia freiriana; a antropologia cultural, e a resiliência. Cada um desses pilares se articula como uma argamassa complexa, que fornece ao terapeuta o conhecimento necessário a ser usado na aplicação da técnica que materializa a terapia.

Vejamos, pois, algumas considerações sobre estes pilares.

2.2.1 O pensamento sistêmico

Para Barreto (2008), o pensamento sistêmico nos diz que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebermos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, de modo que as pessoas se encontram ligadas e relacionadas em uma esfera biopsicossocial. Para pensar a vida com prazer e buscar a solução para nossos problemas nas mais distintas esferas, precisamos estar conscientes de que fazemos parte desse todo. Só assim compreenderemos os mecanismos de autorregulação, proteção e crescimento dos sistemas sociais, reconhecendo nossa corresponsabilização nesse âmbito.

O autor citado caracteriza os sistemas tendo por base a teoria de Bertalanffy (1975), que foi quem primeiro abordou o tema e quem identificou no sistema algumas características básicas, quais sejam: 1) os sistemas são totalizantes ou globalizantes — ou seja, mesmo sendo composto de várias partes, um sistema funciona como um todo, com plena interdependência —; 2) o todo é mais que a soma das partes — o que define o sistema é, portanto, a relação das

partes com o todo e do todo com as partes —; 3) os membros de um sistema se organizam em torno de significados e das relações de interdependência — é no sistema que cada elemento se reconhece como pertencido.

Outras dessas características básicas que também poderíamos citar são: 4) o sistema é dotado de uma capacidade de autoproteção, autoequilíbrio, de desenvolvimento próprio e de autotransferência, pois é próprio dele lutar para manter sua organização e autonomia para se proteger das agressões externas, para sua autopreservação; 5) a causalidade circular — ao interpretar o sistema em um contexto de interrelações, observamos que, dado um problema, todos os envolvidos participam dele de forma ativa, e, portanto, não se pode atribuir sua existência apenas a um dos participantes; 7) finalidade — isto é, os elementos de um sistema interagem por um objetivo comum, em torno dos significados compartilhados.

Convém salientar ainda que todo sistema faz parte de uma realidade maior, definida como suprassistema, o qual é formado por unidades menores chamadas de subsistemas. Em um sistema familiar composto por pais e filhos, por exemplo, *pai* e *mãe* constituem um tipo de subsistema parental (GUSSO; LOPES, 2012). Nesse sentido, podemos destacar também a perspectiva de Watzlavick, Helmick-Beavin e Jackson (1967), que falam da família como o maior exemplo de um sistema estável, referindo que esta faz homeostase familiar sempre que necessário. Em famílias de pessoas em situação de sofrimento psíquico, por exemplo, seus membros demonstravam repercussões, como doenças psicossomáticas e depressão, quando o parente doente entrava em crise. Os autores argumentam que tais comportamentos ou reações constituem mecanismos homeostáticos que visam estabelecer o delicado equilíbrio do sistema perturbado.

Barreto (2008) também tece considerações sobre o contexto, no sentido de que, para compreensão do funcionamento do sistema, deve-se entender o conjunto das circunstâncias e os sistemas que estão ligados uns aos outros. Isso quer dizer que a abordagem sistêmica permite, de modo mais apropriado, ver, situar e pensar um problema, quando este se encontra relacionado a um contexto em que há interrelação entre os fazem parte de sua dinamicidade. Barreto e outros colaboradores (2011) destacam que, no pensamento sistêmico, o indivíduo é parte do problema e parte da solução. Em seu processo de resolução madura da situação, a pessoa deverá estar consciente da rede em que se vê inserida, compreendendo a relação de interdependência existente nas várias partes do todo.

Pode-se, então, dizer que a abordagem sistêmica é uma maneira de abordar, de ver, de situar, de pensar um problema em relação ao seu contexto, dentro do sistema. Ela permite, assim, que se visualize uma situação-problema de forma diferente da tradicional.

No tocante à TCI, a aplicação da abordagem sistêmica implica reconhecer que a vida de uma pessoa, seus valores, suas atitudes, suas maneiras de agir estão, todos, inseridos em um contexto que dá sentido, que dá significação, a essa mesma pessoa ou a alguma de suas atitudes ou comportamentos. Isso quer dizer que o julgamento *a priori* deve dar lugar ao aprendizado das coisas em um conjunto, em seu contexto, fora do qual elas não fazem sentido (BARRETO; LAZARTE, 2013).

É por isso que a intervenção acontece nas distintas redes que compõem o sistema de relações humanas, que incluem vizinhos, familiares, amigos, enfim, toda a coletividade que apoia essas pessoas mais vulneráveis, estejam ou não inseridas num contexto de crise. Assim, o terapeuta comunitário articula a dimensão biológica, social e política dos problemas e tudo isso acontece através de um processo de questionamentos integrantes da TCI (BARRETO, 2008). Esta forma de vislumbrar as coisas, por sua vez, envolve mudanças na percepção do terapeuta, uma vez que a TCI objetiva que cada um seja seu próprio terapeuta. Através dessa releitura de si, a pessoa aprende a se ver e a se compreender em conjunto, integradamente. É fundada nesse pensamento que surge, finalmente, o nome de terapia comunitária integrativa e sistêmica (BARRETO; LAZARTE, 2013).

Segundo Wagner, Wagner e Talbot (2004), fica evidente na abordagem sistêmica que, para manter-se o equilíbrio, as pessoas deverão desenvolver a habilidade de viver com seu melhor potencial, lidando com situações de estresse dentro das próprias capacidades de reação e, sobretudo, de adaptação. Isso porque, inseridos no sistema, a busca da homeostase pode gerar em todas situações de doença, de agressividade, tudo em decorrência da necessidade de manter o equilíbrio do agrupamento.

Na visão de Junqueira (2000), por seu turno, a abordagem sistêmica entende que os próprios objetos são redes de relações, derivados de redes maiores. Isso quer dizer, em suma, que as relações são fundamentais, e a percepção do mundo vivo como uma rede delas implica pensar nessas redes como o que caracteriza o pensamento sistêmico.

Fritjof Capra (1998) é outro que afirma que percebemos a realidade como uma rede de relações, interconectada por concepções e modelos, na qual nenhuma parte é fundamental. Os critérios do pensamento sistêmico, destarte, são interdependentes, ao passo que a natureza é vista como uma teia interconexa de relações, descrita, como já dito, por meio de uma rede de conceitos e modelos, cada um com igual importância. Nessa perspectiva, retira-se o foco do saber e valoriza-se o contexto em que a pessoa se encontra inserida, uma vez que é nessa interdependência de relações que se constroem os saberes.

As redes sociais, convém dizer, estão fortemente ligadas ao construto do apoio social, já que é por meio das redes que esse apoio é fornecido. O apoio social remete à ajuda mútua, que pode ser significativa ou não, dependendo do grau de integração da rede. Esse apoio pode ser considerado como uma estratégia do indivíduo para enfrentar as dificuldades decorrentes dos problemas de saúde e doença (CUSTÓDIO, 2010). A TCI, a esse respeito, fornece esse apoio social e, exercendo esse papel de ajuda, não pretende que seus participantes saiam com seus problemas resolvidos nem com todas as perguntas respondidas; pelo contrário, o que a terapia oferece é oportunidade para o questionamento, o crescimento e a transformação permanentes. Ou, dito de outra forma, seu segredo reside precisamente no estabelecimento de relações (BARRETO, 2008).

Leônidas, Crepaldi e Santos (2013) argumentam, ainda, que as redes que compõem o supressistema intermediariam as trocas efetivas entre um indivíduo e os integrantes de entidades coletivas. É por meio dessas trocas, afirmam, que os recursos disponíveis nos grupos são utilizados, proporcionando o encontro de soluções para os conflitos cotidianos e a satisfação das necessidades do indivíduo. Para construção dessas redes, por sua vez, as pessoas, uma vez inseridas em um grupo — como o da TCI —, começam a estabelecer relações a partir do compartilhamento de interesses, valores e propósitos comuns. Portanto, a TCI se classificaria como um grupo de apoio que ajuda as pessoas a lidarem com seus desafios cotidianos, de modo a construir redes sociais solidárias de promoção de vida, através da partilha de suas inquietações.

2.2.2 A antropologia Cultural

A rica cultura indígena nos deixou muitos legados e raízes profundas. Apesar de sermos um país colonizado por portugueses, carregamos conosco heranças culturais de nossos antepassados que foram escravizados e martirizados pelos colonizadores. O Brasil, antes de ser “descoberto”, já tinha sua cultura, suas línguas diversas, sua religião, seus mitos e rituais etc. Atualmente, sabemos que, embora tenhamos o português como língua oficial, o fato é que mais de 200 línguas indígenas são faladas em nosso imenso território nacional (BARRETO, 2008).

Quando reconhecemos que várias e variadas culturas coexistem no país e aprendemos a respeitá-las, descobrimos que essa diversidade cultural é importante para todos, que é uma fonte de riqueza singular de um povo e de uma nação. Se a cultura for observada como um valor, um recurso que deve ser reconhecido, mobilizado e articulado de forma complementar

com outros conhecimentos, poderemos perceber que isso nos permitirá somar e multiplicar nossos potenciais de crescimento e de resolução de nossos problemas sociais, assim como construir uma sociedade mais igualitária (BARRETO, LAZARTE, 2013).

A cura para nosso sofrimento cotidiano perpassa pelo resgate das raízes e dos valores culturais que despertam em nós o valor e o sentimento de pertença. Nesse sentido, devemos romper com a dominação e com a exclusão social que, não raro, impõem-nos uma identidade negativa ou baseada nos valores de uma outra cultura que não respeita a nossa. A construção de uma sociedade mais justa de modo algum passa ao largo desse reconhecimento e dessa valorização de nossa cultura heterogênea (BARRETO, 2008).

Isto posto, cumpre dizer que a antropologia cultural carrega consigo uma ótica do universo humano nessa esfera. Compreende-se através dela que toda cultura, todo indivíduo, tem direito à diferença, e que a cultura torna visível a identidade da pessoa, com todas as suas diferenças e qualidades. Visto por esse ângulo, o combate à diferença é, portanto, um ato de dominação e de empobrecimento da humanidade. A visão antropológica nos faz compreender que somos constituídos no seio social e que cada ser humano se torna quem é a partir dos condicionamentos recebidos desde o nascer (BARRETO, LAZARTE, 2013).

O conceito de cultura, nesse âmbito, é essencial para a antropologia, pois é nela que se estuda a condição humana. A cultura fundamenta a maneira como os antropólogos buscam entender e compreender o comportamento humano. Do ponto de vista prático, porém, cumpre lembrar que é impossível traçar uma linha que separe de forma incontroversa o que é cultura e o que é natureza, ainda que, tal como via Lévi-Strauss (1989) apud Martin (2009), aquilo que é universal no ser humano seja mais fácil de reconhecer, já que depende da ordem da natureza, porque, afinal, tudo que é constante em todos os homens sem dúvida escapa ao domínio dos costumes, das técnicas e das instituições através das quais os grupos humanos se diferenciam e se antagonizam.

Marconi e Presotto (2014), por sua vez, destacam ainda que a antropologia cultural estuda o homem como um ser cultural, capaz de produzir cultura. Por essa razão, investiga as culturas humanas no tempo e no espaço, suas origens e desenvolvimento, suas semelhanças e diferenças. É uma ciência que se volta, portanto, para o conhecimento do comportamento humano, adquirido por aprendizado, analisando-o nas suas mais variadas dimensões.

Dito isso, na abordagem antropológica trazida para o âmbito da terapia aqui discutida, convém destacar que é possível, portanto, que, no tratamento de pessoas em situação de sofrimento psíquico, a cultura deixe de ser uma mera auxiliar da psicopatologia, passando a contribuir no sentido de serem revelados e elaborados aspectos ainda desconhecidos pelos

profissionais de saúde, como nos padrões de comportamento e nas representações sociais que o adoecimento tem para as distintas populações (NAKAMURA; SANTOS, 2007). De fato, a antropologia cultural como eixo teórico da TCI chama a atenção para as diferentes culturas onde as pessoas estão inseridas, sendo um elemento de referência fundamental na identidade pessoal e grupal. É a partir dessa referência que os indivíduos podem se afirmar, aceitar-se e assumir sua identidade (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010).

É, enfim, reconhecendo-se a diversidade cultural do Brasil que se aprende a respeitá-la e se descobre que esta é a maior riqueza de um país e de um povo. Se a cultura for enquadrada como um valor, pode-se perceber que esse recurso permitirá que se aumente os potenciais de crescimento e resolução dos problemas sociais e maneira mais justa (BARRETO, LAZARTE, 2013). Nesse sentido, para Barreto (2008), a TCI parte do pressuposto de que o sofrimento humano advindo do macrocontexto socioeconômico e social macula a dignidade da pessoa e atinge sua cidadania, gerando extremos de patologia social e adoecimento. A sociedade onde estamos inseridos dispõem de distintos meios terapêuticos válidos e culturalmente relevantes, que reforçam e valorizam a trajetória de vida e a identidade de seus membros. Partindo dessa premissa, pode-se prevenir o adoecimento mental por meio das inúmeras formas de cura provenientes das diferentes realidades sociais e culturais presentes em um povo.

2.2.3 A teoria da Comunicação

Neste terceiro pilar, Barreto (2008) se ancora nos pressupostos já apresentados por Watzlawick, Helmick-Beavin e Jackson (1967), tomando as regras básicas da comunicação como um objeto de conhecimento que deve ser utilizado pelo terapeuta, quando este aplica a terapia. Quanto a estas regras, definem-se tal como segue:

Regra 1: Todo comportamento é uma forma de comunicação.

Regra 2: Toda comunicação apresenta-se através de dois componentes: a mensagem e a relação entre os interlocutores.

Regra 3: Toda comunicação depende da uma pontuação.

Regra 4: Toda comunicação tem duas formas de expressão: a comunicação verbal (a linguagem falada e escrita) e a comunicação não verbal (analógica e gestual).

Regra 5: A comunicação pode ser de dois tipos: simétrica (baseada em semelhanças) e complementar (baseada no que é diferente).

Sendo assim, a teoria da comunicação humana permite compreender que em toda ação humana, como um comportamento, por exemplo, são transmitidas mensagens. De fato, nesse sentido, mesmo quando a proposta é a de não nos comunicarmos, estamos dizendo algo.

Para o trio de autores supracitados, é através do nosso contato com o mundo que temos um conhecimento direto das coisas, é quando tomamos consciência de sua existência. Esse seria um conhecimento de primeira ordem. Ao lidar com essas coisas, experimentamos certas consequências, o que faz com que as mesmas tenham algum significado para nós, formando um conhecimento de segunda ordem. Quando, por fim, valemo-nos de diversas experiências e inferimos e abstraímos algumas regras consequentes em nosso estar no mundo, temos nestas as premissas de terceira ordem. A estas damos o nome de *paradigmas*.

Esmiuçando os fundamentos da comunicação vista como um objeto de conhecimento, Barreto (2008) conclui que, na regra 1, a comunicação feita por gestos e atitudes geralmente ocorre de forma inconsciente e não intencional. Para ele, através do silêncio, comunicamos mensagens sutis, o que permite uma ampla interpretação do outro. Todo sinal ou sintoma tem um valor de comunicação e sempre esconde algo importante que deveria ser externado através da fala. Já no tocante à regra 2, o autor afirma que o conteúdo ou mensagem é tudo aquilo que expressamos com palavras e gestos, é a informação que passamos a outras pessoas e que, não raro, é confirmada com nossos olhares, com uma entonação diferente de voz e diversas outras formas de expressão. Por fim, no que tange à regra 3, o autor sustenta que toda comunicação depende da pontuação. Para ele, na raiz do conflito há necessidade de as pessoas se acertarem na pontuação, mas, pelo contrário, instala-se a crise. Uma pessoa que era habituada a receber ordens, caso quebre este sentido algum dia, precisará acertar-se na pontuação com o seu semelhante.

Em se tratando da regra 4, por seu turno, Barreto (2008) salienta que, na comunicação entre as pessoas, o conteúdo é transmitido no formato de enunciado, de uma fala, enquanto os sentimentos que se envolvem na relação entre elas são sempre transmitidos de uma forma não verbal. Todas as vezes que o sentir se centra na comunicação, a linguagem falada é menos intensa e menos expressiva. Já a regra 5, segundo ele, chama a atenção para a comunicação, que pode ser simétrica ou complementar. A comunicação simétrica pode gerar conflitos, já que a rivalidade é crescente — em uma verdadeira escala simétrica, nenhuma parte se dá por satisfeita, e os conflitos recomeçam, com a rejeição de um ao outro. Quanto à comunicação complementar, por outro lado, cumpre dizer que se trata daquela mediante a qual os parceiros, apesar de terem papéis diferentes, procuram complementar o comportamento um do outro.

Tendo isso em mente, Barreto e outros colaboradores (2011) argumentam que tudo é comunicação, a partir do que exploram duas ideias centrais: 1) todo comportamento, cada ato verbal ou não, individual ou não, tem valor de comunicação, e 2) aprendemos na TCI a ser mais interrogativos que afirmativos, a querer compreender mais que julgar e discriminar. Para os autores, a consciência que se tem de si é resultante de uma relação de comunicação com o outro. Logo, é preciso entender que, por trás de toda comunicação, como dizem os autores, existe uma definição de si e que, nesse ato, a pessoa — enquanto consciência própria de si mesma — poderá ser confirmada, rejeitada ou denegada.

A teoria da comunicação, para Barreto (2008), constitui-se como elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. A comunicação é o que nos permite compreender que todo comportamento e ato verbal individual ou grupal tem valor de entendimento conforme múltiplas possibilidades e significados. Ou seja, todo e qualquer comportamento tem um valor de comunicação. Quando as pessoas falam, oferecem de si uma definição, um conceito, isto é, evidenciam a forma como se veem.

Nesse processo de comunicação, tanto o emissor quanto o receptor assumem lugar de importância, uma vez que a base da comunicação consiste em momentos relacionais e interacionais. O que também quer dizer que, no momento em que uma pessoa deixa de ter sentido, ou passa a ser ignorada por outra, sofre as consequências negativas para sua autoestima, para a noção de si, para seu modo de ser e de se comportar no mundo (BARRETO, 2008; BARRETO, LAZARTE, 2013).

Para Braga e colaboradores (2009), a comunicação é compreendida, ainda, como uma atividade educativa, já que é capaz de se adequar à disposição mental dos que se comunicam. Como as pessoas precisam estar se relacionando com o mundo, com as informações e com as notícias de forma constante, dispõem da comunicação como facilitadora da interação nesse sentido e da construção social. Por essa razão, a pragmática da comunicação se faz necessária na TCI, uma vez que é através dela que se estabelecem os contatos entre as pessoas e, como resultado, a formação dos vínculos. Por isso, é preciso se desenvolver uma comunicação em um contato face a face, isento de julgamentos de qualquer natureza. Na roda de TCI, o diálogo é constante e mediado pelo terapeuta, o qual se utiliza da comunicação a fim de orientar a realização da roda e o seu fazer, intervindo com dinâmicas, canções, perguntas, sempre tendo por objetivo ajudar o participante a elucidar suas possíveis inquietações, sendo a pedagogia da pergunta o foco condutor do diálogo.

Endossando o que foi dito acima, Moura e Lima (2014) definem a *roda* como um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as

mais variadas demandas das pessoas que dela participam, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e, também, no silêncio observador e reflexivo. Ao que Barreto e colaboradores (2011) acrescentam que, nas rodas de TCI, cada um é “doutor de sua vivência”; daí a importância, aliás, da regra de ouro de falar de si sempre na primeira pessoa. Hugon e Boyer (2011), por sua vez, complementam a noção afirmando que a prescrição do falar em primeira pessoa, já nas regras, conduz a referência às experiências da vida, de modo que leva todos a se lembrarem de suas próprias vivências, recordando o valor de cada uma.

2.2.4 A resiliência

Uma fonte imprescindível do conhecimento tem origem na própria história pessoal e familiar de cada pessoa. Assim, as crises, os sofrimentos e as vitórias de cada participante, quando expostas ao grupo, são utilizadas como subsídio para a criação gradual de consciência social, para que as pessoas de sua convivência descubram a origem dos sofrimentos humanos e das causas do adoecimento psíquico. É enfrentando as dificuldades que se produz um saber capaz de libertar aqueles que são oprimidos (BARRETO, 2008).

A *resiliência* é entendida, nesse sentido, como o ato de superar uma dor profunda e de torná-la em sabedoria e em força, a fim de lidar com inúmeras formas de sofrimento, transformando este em uma oportunidade de crescimento. É um termo originado da física e faz referência ao poder que determinados materiais têm de, quando expostos a algum tipo de agente estressor que os deforma, retomarem sua configuração original, depois que a força deformadora é eliminada ou afastada (BARRETO, 2008).

O autor citado entende que são inúmeros os caminhos que conduzem ao conhecimento e às competências. A estrada mais escolhida para a capacitação profissional continua sendo as escolas, as universidades, as academias, tidas como instituições detentoras do saber; contudo, outra e não menos importante forma do saber é a vivência pessoal, ao longo da vida, com suas dificuldades e adversidades. Esses obstáculos, traumas e carências superados transformam-se em sensibilidade e competência, o que nos leva a ações que reparam outros sofrimentos.

Nesse contexto, a resiliência é considerada a capacidade do sujeito, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, de lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela, alertando para a necessidade de se relativizar, em função do indivíduo e do contexto, o aspecto de superação de eventos potencialmente estressores (NORONHA; CARDOSO; MOARIS, 2009). Isso porque o enfrentamento das adversidades produz um saber que tem

permitido, principalmente aos oprimidos, a sobrevivência através dos tempos, o que evidencia um espírito criativo constituído historicamente através da interação do indivíduo com seu meio. Na TCI, não se procura diagnosticar problemas, nem os meios de compensá-los. A meta dessa abordagem é identificar e suscitar as forças e as capacidades dos indivíduos, bem como das famílias e das comunidades, para que, através desses recursos, possam encontrar as suas próprias soluções, superar as dificuldades e se empoderarem em face dos obstáculos que a vida lhes impõem (BARRETO, 2008).

A TCI constitui, dessa maneira, uma abordagem que facilita o resgate da autoestima e fortalece o poder resiliente e o empoderamento, pois se trata de um instrumento que tece redes de apoio social, permitindo a criação de vínculos e a formação de uma teia de relações, o que facilita as trocas de experiências, o resgate das habilidades e a superação das adversidades, baseada na formação de recursos socioemocionais (BARRETO; LAZARTE, 2013).

Carleto, Alves e Gontijo (2010), discorrendo também a esse respeito, argumentam que o empoderamento individual se dá na construção de estratégias visando à promoção da independência e da autoconfiança, por meio do fortalecimento da autoestima, da capacidade de adaptação ao contexto no qual a pessoa se insere e pelo desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e solidariedade, que se refletem na manifestação de comportamentos saudáveis e produtivos no aumento da percepção de bem-estar e autorrealização. Como a TCI se apoia nas competências das pessoas e nos saberes produzidos pela experiência, Barreto (2008) destaca que, através dessas experiências de vida partilhadas, os participantes se tornam caminhos de ajuda para si e para os demais, no que também produzem o saber popular.

2.2.5 A pedagogia de Paulo Freire

Embora Paulo Freire não tenha sido o primeiro a pensar em alfabetizar adultos por uma via distinta da que era tomada com relação às crianças, foi pioneiro na sistematização e experimentação de um método criado inteiramente para a educação de jovens e adultos não alfabetizados. Suas teorias visavam ensinar, por meio da educação, a emancipação dos que, até então, encontravam-se aprisionados pela impossibilidade da leitura, o que, além de ser revolucionário, permitia às minorias ocuparem um novo lugar social.

A TCI se aproxima do método de Freire, primeiramente, conforme Barreto (2008), ao estabelecer que nenhum educador deve assumir a prática de sua missão se não tiver por ela carinho, apreço, esmero e identificação. Caso não haja identificação, o trabalho é prejudicado. Barreto explica que a natureza do trabalho pedagógico é política, visto que envolve valores

acerca da cidadania, e o método freiriano é um chamado coletivo à humanidade para criar e recriar, fazer e refazer, através da ação e da reflexão. Segundo o autor citado, na TCI, essa pedagogia busca a constituição do indivíduo como sujeito de seu tempo e de seu espaço e como membro de uma totalidade da qual pode e deve ser voz ativa.

A TCI tem, de fato, uma característica pedagógica muito singular, pois nela o ato de ensinar não é somente uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador experiente, o qual detém o conhecimento. Ensinar é um exercício de diálogo, de troca, de reciprocidade, de modo que o educando aprende através de uma associação entre teoria e prática. O perfil do educador na perspectiva de Freire se aproxima daquele que se espera do terapeuta comunitário, uma vez que este último convida os participantes a fazerem, refazerem, agirem e refletirem (BARRETO, 2008).

É inegável que alguns aspectos da pedagogia freiriana se encontram incorporados na TCI, tais como a criticidade, a contextualização, a problematização, o caráter dialógico da construção do conhecimento e da realidade e a noção do opressor introjetado no oprimido, de modo a resultar na noção de que o processo educativo deve ser sempre dual, isto é, o educador também aprende o que ensina, ao passo que o educando por vezes também ensina ao educador (BARRETO, LAZARTE, 2013).

A autonomia presente na TCI e na referida pedagogia aponta para a ideia de que todas as pessoas têm igual potencial de transformação em suas vidas. Os sujeitos são dotados de uma força que os impulsiona para a descoberta, estimulando-os a serem responsáveis por adotarem posturas de pró-atividade e de gerenciamento de suas experiências (CARVALHO, 2013). Para Freire, aliás, uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é, de fato, propiciar as condições para que os educandos possam assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, que seja capaz de ter raiva por ser capaz de amar. Assumir-se, enfim, como sujeitos capazes de intervir no mundo, de comparar, de ajuizar, de decidir, de romper, de escolher, capazes de grandes ações. Para o educador, o ser humano é um ser inacabado, inconcluso, que está sempre se fazendo na relação com o mundo e com os outros. Estar ciente deste inacabamento possibilita ao indivíduo a educabilidade, permitindo-o ir além de si mesmo, como um ser relacional que se comunica pelo diálogo, uma exigência fundamental da existência humana (FREIRE, 2003; 2004).

Um ponto central na teoria freiriana, portanto, é esse: o de que ensinar não é apenas transferir conhecimentos, mas sim o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade. Como parte integrante dessa pedagogia, associam-se a teoria e a realidade, mostrando que, no ato de

aprender, é preciso ter um espaço de expressão dos problemas vivenciados nos mais variados contextos de vida, pois a história de vida também é fonte de saber e funciona como estímulo, tanto para os que ensinam quanto para os que aprendem (BARRETO, 2008). A pedagogia de Paulo Freire se revela, assim, uma forma de ver o mundo, de ler a realidade e a si mesmo, de agir significativamente em grupo e individualmente, a partir de valores e formas de perceber geradas num encontro mutante com a matriz sociocultural e histórica a que se pertence. Logo, o movimento de educação popular freiriano e a TCI agem de modo a transformar o oprimido, libertando-o e promovendo a recuperação da autoestima no âmbito pessoal e comunitário (BARRETO, LAZARTE, 2013).

2.3 A técnica da TCI: o passo a passo

No tocante ao desenvolvimento da TCI, por sua vez, cumpre dizer que ela se sustenta e se desenvolve em uma sequência de passos que são seguidos ao longo da operacionalização da mesma. Os passos em questão são: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização e o encerramento. Barreto criou um protocolo onde são explicitados cada um deles, com seus objetivos e finalidades. Abaixo, apresentaremos uma descrição de cada, de acordo com a visão do criador da TCI (BARRETO, 2008).

Primeiro passo: acolhimento. Consiste na ambiência do local, de modo a deixar os participantes à vontade, confortáveis e acomodados. O formato das acomodações é uma roda, para que todos possam ver e escutar quem está falando.

A TCI deve ser iniciada com uma música de conhecimento da comunidade, o que é feito com o objetivo de promover a integração do grupo, oferecer-lhe boas-vindas e acolher os participantes. Ao mesmo tempo, a música serve de instrumento para desinibir essas pessoas através do cantar e do dançar, de que todos possam participar, deixando o ambiente mais descontraído e alegre. Nesse momento, fica evidente a contribuição desse simples passo para promoção de alegria nessas pessoas.

Para um bom andamento da roda, algumas regras são adotadas, a saber: 1) ficar em silêncio enquanto o outro fala; 2) falar em primeira pessoa, portanto, da própria experiência, daquilo que se vivencia; 3) não aconselhar, fazer discursos e sermões, ou ainda julgar o outro. Sugere-se que, entre uma fala e outra, qualquer participante do grupo pode interromper e propor uma música, um provérbio na fábula ou até mesmo contar uma piada que esteja no contexto da situação, e ainda se enfatiza junto aos participantes o respeito a história de cada um, já que o lugar da TCI é um espaço de escuta e compreensão do sofrimento alheio.

Segundo passo: escolha do tema. Aqui, o terapeuta busca estimular o grupo a falar, ressaltando a importância da fala como um desabafo para dividir as preocupações. Algumas pessoas se sentem à vontade e abrem seu coração para anunciar o que sentem e o motivo da preocupação. Após ouvir alguns participantes, o terapeuta pergunta ao grupo quem é que se identifica com aquele sentimento e, após as pessoas se pronunciarem, propõe uma votação, deixando que o grupo escolha o tema que julgar mais importante para o momento.

Terceiro passo: contextualização. Esse é o momento em que o terapeuta pede para a pessoa que teve o problema escolhido para falar mais, de maneira a permitir ao grupo que compreenda o problema no seu contexto. Nesse ponto, o terapeuta inicia com perguntas, bem como autoriza os participantes a também apresentarem suas indagações, para compreender o sofrimento da pessoa que fala. As perguntas vão ajudando na reordenação das ideias e na possibilidade de identificar as conexões com outros sentimentos aflorados em semelhantes contextos. É importante, aqui, que o terapeuta saiba fazer perguntas o mais pertinentes para desafiar as certezas que temos, instalando dúvidas, pois estas, na verdade, servem para que possamos ver a situação sob outras perspectivas.

Quarto passo: problematização. Nesse passo, o mais importante é a partilha das vivências do grupo, ressaltando-se como foi o enfrentamento da situação ou a superação. É aqui que o terapeuta lança ao grupo uma pergunta-chave, a saber: *“quem é que já viveu uma situação parecida e como fez para resolvê-la?”*. Durante a resposta de algum participante à indagação, a pessoa que originalmente expôs seu problema fica em silêncio, mas está ativando a escuta ativa nesse momento. Com esta pergunta-chave, o terapeuta promove uma reflexão coletiva capaz de trazer à tona elementos fundamentais, que permitem a cada participante a revisão dos seus esquemas mentais, para reconstrução de uma nova visão sobre si e sobre o mundo.

Quinto passo: encerramento. Concretiza-se com rituais de agregação e de conotação positiva, e constitui um momento para reconhecer, valorizar e agradecer o esforço de cada um que está tentando superar as adversidades da vida, bem como sua coragem, determinação e sensibilidade. A conotação positiva permite que os indivíduos repensem o seu sofrimento de forma mais ampla, ultrapassando os efeitos imediatos da dor e da tristeza, para dar sentido mais profundo à crise e poder melhor identificar os recursos pessoais e, portanto, reforçar a autoestima.

Cada pessoa que participa da roda de TCI sai enriquecida, porque se confronta com outras visões de mundo. Por isso, é importante que haja uma atitude de escuta e respeito, devendo o terapeuta estar sempre atento às demandas dos participantes e observando se há

dispersão na roda. Também se faz imprescindível acrescentar que é parte da TCI tentar ver o que há de positivo em cada gesto ou atitude, pois, muitas vezes, os gestos indicam uma busca desesperada de encontrar soluções para o problema.

A explicação proposta por Barreto (2008), para o enfrentamento das adversidades, leva em consideração que o primeiro impacto diante de um acontecimento trágico gera o que chamamos de sensações, tais como: mal-estar, tontura, crises de choro, entre outras. Passado esse estágio do sofrimento, os questionamentos do terapeuta deverão ajudar a pessoa a sair desse estado de sensações, a fim de identificar emoções, como: medo, culpa, raiva etc. Nesse aspecto, o pensamento possibilita a tomada de consciência do real problema ou conflito, ao passo que a consciência nos permite realizar as mudanças necessárias.

Assim, para finalizarmos o presente tópico, destacamos o que afirmam Barreto e colaboradores (2011), quando escrevem que a TCI, esse potente dispositivo de cuidado, centra sua ação no sofrimento e não na patologia, permitindo a criação de espaços de partilha grupal das inquietações cotidianas. Nessa terapia, procura-se promover a saúde em espaços coletivos, pois se acredita que, com a partilha das experiências no grupo, podem desvelar-se as possíveis estratégias de superação dos sofrimentos, o que estimula a comunidade a buscar encontrar em si mesma as soluções para suas adversidades.

2.4 Autoestima e vínculos

Barreto (2008) define a autoestima como um estado de crença em si mesmo e na capacidade de superação dos obstáculos. Para ele, a autoestima é a chave que possibilita qualquer pessoa sair de situações conflituosas e/ou aparentemente sem solução. Ela é a chave da felicidade, pois encoraja os pensamentos e os sentimentos positivos. O autor se ancora na teoria de Branden (1999) para explicar a autoestima, já que, na visão deste, ela está ligada às operações mentais das pessoas e não às circunstâncias externas bem-sucedidas ou não. Isso implica que associar a autoestima de alguém a fatores externos é propiciar o não crescimento. Este segundo autor postula, em face disso, seis grandes pilares de sustentação à autoestima, quais sejam: 1) viver conscientemente, 2) a autoaceitação, 3) a autorresponsabilização, 4) a autoafirmação, 5) a intencionalidade, e 6) a integridade pessoal.

Tecendo comentários mais aprofundados sobre tais pilares, Branden (1999) afirma que *viver conscientemente* é ter a exata compreensão do ambiente e do mundo que nos circunda. Tendo essa consciência, responsabilizamo-nos pelos nossos atos e deixamos de nos vitimar, tornando-nos com isso mais fortes, com uma maior capacidade de resistência e superação das

adversidades. Já no tocante à *autoaceitação*, esta se revela outro fator importante, porque a capacidade de mudança requer buscar uma maior compreensão de si mesmo, tornando-se inviável se não a partir do reconhecimento das próprias limitações e fragilidades. O terceiro pilar, por sua vez — o da *autorresponsabilidade* —, diz respeito a sermos responsáveis por nossas escolhas, por nossos atos e pela maneira como nos relacionamos com os outros. Com esse senso, jamais culparemos os outros por nossos próprios erros, nem procuraremos álibis para justificar nossos deslizes, ao passo que, se erramos, temos a capacidade de pedir perdão e de assumir as falhas, corrigindo-as. A *autoafirmação*, por seu turno, refere-se à atitude de considerarmos importantes nossos pensamentos, sentimentos, ações e opiniões. Não devemos confundir isso com intransigência, no entanto, pois se trata de aceitar ser o que se é, com suas qualidades e defeitos, sem medo de julgamentos alheios. Em seguida, o quinto pilar citado é o da *intencionalidade*, remetendo à noção de que, se queremos vencer, precisamos estar atentos aos resultados de nossos atos. Não podemos perder de vista nossos objetivos e sonhos, nem nosso potencial, fazendo-se imprescindíveis, nesse sentido, a perseverança, a organização e a crença em si mesmo. A esse respeito, a autorreflexão é um fator importante para que as falhas sejam corrigidas a cada dia. Por fim, sexto pilar de Branden (1999) aponta para a *integridade pessoal*, no sentido de que devemos honrar nossos compromissos, sendo autênticos, e de que só devemos exigir do outro o que cobramos em nós mesmos, ou seja, é preciso ser justo com o outro. Isso implica que é fundamental que tenhamos uma vida dotada de valores, crenças e princípios morais, buscando ser coerentes com estes por quaisquer caminhos que decidamos seguir.

Ampliando as ideias de Branden (1999), Sbicigo, Bandeira e Dell’aglio (2010), bem como Felicissimo e colaboradores (2013), argumentam que a autoestima é como um conjunto de sentimentos e pensamentos que a pessoa tem sobre si, sobre sua competência e adequação ao meio, o qual se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. Nesse sentido, Felicissimo e demais autores do artigo supramencionado lembram que uma das principais consequências negativas do sofrimento psíquico é a diminuição da autoestima, diretamente ou indiretamente.

De maneira direta, essa redução se associa à percepção de ser negativamente avaliado em seu grupo social, o que tem impacto sobre a pessoa estigmatizada. Esse processo, porém, pode se dar de uma maneira mais sutil, indireta, uma vez que ser rotulado como pertencente a uma dada condição estigmatizada resulta em expectativas de discriminação e desvalorização. Isso equivale a dizer que, ao se perceberem como pertencentes a uma categoria socialmente desvalorizada, as pessoas podem antecipar a desvalorização e a discriminação, sem que estas

tenham de fato ocorrido, aumentando o sentimento de vergonha e levando-as a reverem suas conceituações a respeito de si mesmos.

Martin Ross (2013) é outro autor que trabalha com as situações de baixa autoestima como eixo de discussão em sua obra. A esse respeito, sustenta que uma situação de abandono pode gerar uma extrema dependência emocional em que a pessoa não se sente digna de valor. O fato de viver depreciando a si mesma e condenar-se a uma vida de infelicidade são, de fato, traços de baixa autoestima. Isso implica que problemas correlacionados à autoestima podem gerar medos extremos da sociedade que impedem soluções para os problemas cotidianos.

Para Barreto (2008), nesse sentido, a base da boa autoestima se subsidia nas relações intrafamiliares e se consolida por meio do estabelecimento de relações sociais saudáveis. Quando a educação se baseia no amor, no respeito, na valorização, na competência e bondade do indivíduo, fomenta-se um crescimento pessoal. Por outro lado, viver em recorrentes situações de humilhação, violência física e emocional faz com que a autoestima se atrofie, o que contribui para uma provável insatisfação e descontentamento com a vida.

Também nesse sentido, Felicissimo e colaboradores (2013) afirmam que a autoestima se forma com base em dois componentes: o *cognitivo*, que se refere aos pensamentos sobre determinado objeto, e o *afetivo*, que determina a atitude positiva ou negativa do indivíduo em relação ao objeto. A doença mental interfere nesses dois componentes, de modo que os sinais desse impacto podem ajudar a prever a adesão ao tratamento psicossocial. Até porque, na relação entre autoestima e ajustamento psicossocial, tem-se um importante indicador de saúde mental, de modo que a avaliação dessa característica vem sendo considerada uma ferramenta importante na identificação e na prevenção do sofrimento psíquico (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO; 2010).

Ademais, cumpre dizer que uma característica fundamental da autoestima é o aspecto valorativo, o que interfere diretamente na forma como o indivíduo traça suas metas, aceita a si mesmo, valoriza o outro e planeja seus projetos futuros de vida. Partindo-se dessa ideia, na desinstitucionalização como um vir a ser, a pessoa em situação de sofrimento psíquico, para assumir seu processo de melhora e reabilitação, precisa ter uma boa autoestima e confiança em si mesmo (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO; 2010; VENTURINI, 2010a). Assim, esses indivíduos descobrirão o valor da sua competência adquirida com a própria experiência, e a cura deverá se mostrar mais que uma tomada de consciência — ela deverá se revelar uma pesquisa fundada no exercício de um poder social que a pessoa reconhece e experimenta em seu cotidiano (VENTURINI, 2010a).

Nesse sentido, e visando ao reestabelecimento dessas pessoas no tocante à autoestima e ao resgate da autonomia, a TCI constitui uma importante ferramenta para o empoderamento de pessoas nos diversos contextos de vida. O que é consonante com a perspectiva sociológica que Santa-Bárbara (1999) apresenta, destacando que as ações grupais são muito importantes para elevação da autoestima, uma vez que conferem às pessoas um sentimento de utilidade e pertencimento. Durante as sessões grupais, é possível identificar nos participantes sentimentos de bem-estar, o poder da utilidade e a diminuição da apatia e da passividade. Para este autor, as associações e grupos formam estruturas sociais intermediárias que dão aos seus membros fortalecimento e participação em sua vida democrática.

Assim, podemos considerar que a autoestima é um fenômeno mais social e que sua construção e sua transformação estão diretamente associadas à qualidade das relações que as pessoas estabelecem no decorrer de suas vidas (FRANCO, 2009). A vinculação interpessoal, nesse sentido, também se torna uma ferramenta importante para a melhoria da autoestima, visto que estão todos, inegavelmente, interligados. *Vínculo*, nesse caso, significa união, como uma característica de ligação duradoura. Barreto (2008) define tais vínculos como sendo tudo o que conecta os homens entre si, e estes à terra, a suas crenças, a seus valores, ou seja, a tudo que lhes confere identidade, inclusão e pertencimento. Os vínculos se consolidam e atuam como promotores de vida em sociedade. São eles que protegem as pessoas contra quaisquer danos da vida em família e comunidade.

Numa compreensão mais ampliada de *vínculos*, Ferreira Filha e colaboradores (2009), por sua vez, destacam a importância de se considerar cada pessoa como tendo, na verdade, múltiplas origens ao longo de sua existência, na medida em que estabelece, em suas relações, novos vínculos originais — no sentido de que estes inscrevem na pessoa o que antes não fazia parte de sua personalidade, ou seja, eles a modificam, suplementam-na, fazem dela um outro sujeito não previsto em sua infância ou nos anos anteriores a essa nova experiência. Isso implica que a inserção em um grupo por si só já enseja a construção de vínculos, de forma que, por isso mesmo, configura-se como uma ferramenta terapêutica. Já a realização de seu potencial, por sua vez, constitui-se na medida em que as relações no interior do grupo em questão estimulem em seus participantes a constante produção de novos vínculos e pertencas — e, por conseguinte, a formulação de novos sujeitos.

Salientamos ainda que, do ponto de vista psicanalítico, Bion (1967) conceitua *vínculo* a partir das seguintes características: 1) são elos que unem duas ou mais pessoas; 2) tais elos são de natureza emocional; 3) eles são inatos, sendo sempre essenciais na vida de uma pessoa; 4) comportam-se como uma estrutura, em combinações variáveis; 5) permitem vários

significados; 6) comumente atingem níveis intra, inter e transpessoais; 7) um vínculo estável exige a condição de o sujeito poder pensar as experiências emocionais quando o outro estiver ausente; 8) os vínculos podem se transformar, e 9) devem ser compreendidos através do modelo da interrelação continente-conteúdo.

O citado autor elege três vínculos como fundamentais: o do *amor*, o do *ódio* e o do *conhecimento*. A estes vínculos apontados por Bion, Zimmerman (2010) decide acrescentar um quarto: o do *reconhecimento*. Este segundo autor sustenta que os quatro interagem entre si, de uma forma sadia ou patológica. A seu ver, o vínculo do reconhecimento se apresenta, por seu turno, de acordo com quatro características analíticas: 1) o *reconhecimento de si*, em que a pessoa volta a conhecer aquilo que já preexiste dentro de si, como a ideia já pré-formada que o bebê tem de que o seio materno amamenta e alimenta; 2) o *reconhecimento do outro* como alguém diferente, um ser dotado de valores, crenças e condutas próprias e distintas; 3) *ser reconhecido aos outros*, como expressão de gratidão, consideração ou reparação, o que está relacionado à maior ou menor capacidade nesse sentido; 4) *ser reconhecido pelos outros*, isto é, a ansiedade e expectativa concernente a ser visto, nomeado, amado, diferenciado pelos demais.

Outro estudioso também da vertente psicanalítica que teoriza acerca dos vínculos é o Bowlby (2001). Estes sustenta que os vínculos se caracterizam quanto à sua *especificidade*, visto que os criamos com pessoas de nossa preferência; quanto à *duração* e persistência do vínculo na maior parte da vida; quanto à *ontogenia*, referente ao desenvolvimento de vínculos nos primeiros meses do bebê; além de afirmar que os vínculos dependem do *envolvimento emocional*, visto que a renovação ou rompimento vincular redundam em relações intensas para as pessoas. Outras características seriam a *aprendizagem*, que possibilita as distinções do que seria estranho e familiar para a criança; a *organização*, que permeia a criação de vínculos partindo dos sistemas mais simples para os mais complexos; e a *função biológica*, na qual o vínculo teria apenas o valor de sobrevivência.

Barreto (2008), por sua vez, nomeia três tipos de vínculos. Há os *saudáveis*, que são os que conectam as pessoas de maneira positiva, deixando-as confiantes e felizes, e valorizam a identidade pessoal e cultural, consolidando a inclusão social e reforçando o sentimento de pertença ao grupo. Já os vínculos *frágeis* são os que deixam todos desconfortáveis, porque promovem uma relação cuja intensidade não é boa. Alguns exemplos de vínculos do tipo são: a insegurança no emprego, como o trabalho sem carteira assinada, ou um relacionamento instável. Esse tipo de vínculo evidencia uma relação fragilizada, tornada superficial, que faz com que, aos poucos, vá diminuindo a autoestima da pessoa. Por fim, há os vínculos de *risco*,

que são aqueles que pioram qualitativamente a vida das pessoas. Neste tipo, encontram-se, por exemplo, a separação em relação aos entes queridos, as intrigas e a ausência de diálogo. Essa vinculação prejudica a saúde dos que estão nesse contexto. Com relação aos vínculos frágeis, citados anteriormente, também são exemplos: o uso de drogas, a privação de suporte solidário quando se precisa da comunidade ante as dificuldades referentes à saúde, à busca de emprego ou em momentos de perdas (BARRETO, 2008).

Sabemos que, com a situação de sofrimento psíquico, geralmente se veem rupturas dos vínculos afetivos e sociais, e, para auxiliar na reconstrução dessa desvinculação, Ferreira Filha e colaboradores (2012) apontam a TCI como um instrumento apropriado, o qual favorece a mobilização social e a construção e o fortalecimento de vínculos solidários, no que promove ações de saúde e de prevenção de novas crises.

Isso significa que os objetivos de uma rede social e os objetivos da terapia comunitária se aproximam conceitualmente uma vez que essa terapia oportuniza um espaço para a reflexão, a troca de experiências e a busca de estratégias de enfrentamento para resoluções maduras dos problemas sociais, além de mobilizar pessoas, grupos e instituições para utilizarem recursos existentes na própria comunidade que habitam (BRASIL, 2006). Isso, por sua vez, condiz com o fato de que, com o advento da Reforma Psiquiátrica, as práticas no âmbito da saúde mental devem ser gradativamente modificadas, embora ainda observemos, no contexto atual, que muitas daquelas associadas à psiquiatria clássica continuam predominantes.

Em razão disso, o Ministério da Saúde estabelece que o que unifica a prática dos profissionais para o cuidado em saúde mental são o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com as pessoas em situação de sofrimento psíquico. Isso se deve ao entendimento de que tal aproximação com o usuário, seu território e a realidade em que está inserido pode auxiliar na constituição desse processo de cuidado que culmina em um fortalecimento de vínculo entre o trabalhador da área de saúde e o usuário (BRASIL, 2013).

2.5 A Política de Saúde Mental e a TCI

Para falarmos da política de saúde mental e de sua relação com a TCI, enxergamos a necessidade de contextualizar a conjuntura política e social em que o Brasil se encontrava antes e na qual se encontra atualmente, no que diz respeito ao acolhimento dessas práticas que trabalham com a singularidade no território. A esse respeito, Amarante (2008) destaca que a Reforma Psiquiátrica nunca visou unicamente a uma reforma dos serviços psiquiátricos, mas

sim a uma reforma dos modelos de assistência psiquiátrica. Assim, ela não deveria consistir unicamente em um processo de caráter administrativo, funcional, organizacional, mas em um processo social complexo, arraigado a várias dimensões. Estas, na visão do autor citado, são: a teórico-conceitual; a técnico-assistencial; a jurídico-política, e a sociocultural — e todas essas dimensões se retroalimentam e são interdependentes.

A dimensão teórico-conceitual da reforma possibilitou a reflexão acerca de conceitos importantes da psiquiatria, ancorada então em um contexto epistemológico de que a realidade era considerada um dado natural, passível de ser apreendida e revelada plenamente. Uma visão fundada na perspectiva de que a ciência significava a produção do saber positivo, neutro e autônomo. A reforma, no tocante a essa dimensão, trouxe a perspectiva de que os conceitos psiquiátricos devem ser avaliados como um modelo em transformação, sendo o processo uma consequência natural desta (AMARANTE, 2008).

Yasui (2010) acrescenta ainda que, para se conceituar a Reforma Psiquiátrica em uma dimensão epistemológica, foi preciso pensá-la como uma ação revolucionária. Por isso, ela constituiu uma ruptura em relação ao modelo hospitalocêntrico. Uma ruptura feita através do questionamento dos conceitos deste modelo, assim como de seus fundamentos e práticas pautadas em uma racionalidade científica agora reavaliada criticamente. É óbvio que isso implica a construção de um novo paradigma científico, ético e político.

Neste novo contexto, a ideia da “doença” — entre aspas — pode ser considerada uma atitude epistêmica que — sem negar a existência da doença de fato, mas sim considerando em sua totalidade o sujeito que a carrega — permitiu construir novas abordagens do fenômeno, tornando possíveis novos contatos empíricos com as experiências vividas pelos sujeitos em situação de sofrimento psíquico. É nesse sentido que se rompe, portanto, com o antigo modelo teórico-conceitual da psiquiatria, que, adotando o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade, terminou por objetivar e “coisificar” o sujeito (AMARANTE, 2008).

A dimensão técnico-assistencial, por sua vez, abarcou os serviços que deveriam ser entendidos como dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, lidando com as pessoas e não com as doenças, de modo que tais locais deveriam ser espaços de produção de subjetividade e sociabilidade. Nessa dimensão, existia uma forte ligação entre a teoria e a prática em que se propunha a construção de uma nova forma de se organizar os serviços, articulando-os com uma rede de cuidados e com o território, de forma a promover a geração de renda, a socialização, o apoio social, bem como a produção de vida (AMARANTE, 2008; YASUI, 2010).

Amarante (2008) cita ainda que a dimensão sociocultural é estratégica, uma vez que é criativa e reconhecida no âmbito nacional e internacional. Uma das principais características dessa dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de provocar o imaginário social e promover reflexões acerca da loucura, através da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos. Foi nesta dimensão que surgiu a luta antimanicomial, hoje celebrada anualmente no dia 18 de maio, bem como as diversas estratégias que promovem participação e reflexão social. Um aspecto fundamental da dimensão sociocultural é o engajamento social e político dos atores sociais envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica.

Já na dimensão jurídico-política, os direitos humanos assumem uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em situação de sofrimento psíquico. Tratam-se, afinal, de direitos básicos: ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura e a todos os recursos que a sociedade oferece (AMARANTE, 2008). A esse respeito, Yasui (2010) chama a atenção para o fato de que, nessa dimensão, destacou-se a trajetória dos protagonistas, que tomaram a iniciativa de se arriscar para a construção do “novo”. Muitos desses movimentos sociais eclodiram no final da década de 1970, nas periferias das grandes cidades, onde surgiram interesses comuns pautados em necessidades diárias de sobrevivência, e foram esses movimentos que se afirmaram como interlocutores no processo de reconstrução da cidadania aqui referido.

O dispositivo legal da Reforma Psiquiátrica, cumpre notar, faz parte dessa dimensão jurídico-política: a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Ela promove mudanças profundas na forma como, até então, tratava-se a loucura no Brasil. Esse dispositivo legal atua como protetor dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, regulamentando os tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória (ROCHA, 2010). O modelo de atenção e cuidado à pessoa em situação de sofrimento psíquico no Brasil, neste novo cenário, visa, sobretudo, à reinserção social do doente mental, através de práticas terapêuticas articuladas com a comunidade (família, redes de apoio no território e as instituições de sociedade civil), de modo a enfrentar, com os campos de sociabilidade agora presentes no cotidiano e no território dos assistidos, o sofrimento psíquico através da (re)construção de laços de sociabilidade (HESPANHA, 2010).

Esse modelo emergiu e legitimou-se na Reforma Psiquiátrica Brasileira, processo iniciado no final da década de 1970 e inspirado em diversas experiências exitosas na Europa e na América do Norte. Estas incluem, por exemplo, as mudanças no enfoque — em vez da *doença*, a *saúde mental* —, tal como proposto pela psiquiatria de setor na França e pela

psiquiatria comunitária norte-americana, e as mudanças paradigmáticas mais radicais, como a proposta pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia, na Itália. A citada psiquiatria de setor, por exemplo, implementada na França no início da década de 1960, constituiu-se em uma política consistente não apenas com os direitos dos pacientes, mas também com o entendimento de que o contexto social e cultural exerciam um papel concreto e fundamental no processo terapêutico. Essa foi, assim, uma primeira tentativa de territorialização na atenção às pessoas internadas, ainda que não tenha tido maiores repercussões práticas à época, devido aos problemas enfrentados na sua implementação no contexto tradicional francês, tal como destaca Amarante (2010a).

Na década de 1970 foi iniciado com o psiquiatra italiano Franco Basaglia, um processo de desinstitucionalização nos manicômios da Itália e este virou líder do já mencionado movimento denominado Psiquiatria Democrática Italiana. Este proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália e incentivava a desativação dos já existentes. Essa revolução acabou tendo desdobramentos consideráveis em um projeto nacional para a saúde mental, centrado na desinstitucionalização, que contou com a construção de um sistema de rede, no qual serviços substitutivos, tais como os Centros de Saúde Mental, as organizações comunitárias e as cooperativas de trabalho, possibilitaram um processo de transformação social que propunha, na prática, um novo lugar social para a loucura e para a pessoa acometida de sofrimento psíquico (MARTINS et al., 2013).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica inspirou-se nessas e noutras mudanças, a noção de assistência às pessoas em situação de sofrimento psíquico no país vem se transformando nas últimas décadas. A influência das experiências internacionais levou a novos modelos e práticas de transformação institucional, visando promover a saúde mental no território. Nesse sentido, o principal dispositivo de transformação da Reforma Psiquiátrica é o CAPS, que oferece atendimento à população moradora na área de abrangência em um modelo que dá prioridade à reabilitação e à reintegração psicossocial da pessoa em situação de sofrimento psíquico, mediante acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (TOMASI et al., 2010).

As unidades do CAPS têm como população-alvo uma clientela com transtornos cuja severidade justifica o cuidado intensivo; além disso, devem atuar no território, visando à integração com outras unidades de saúde e ao acolhimento dos usuários, em uma perspectiva intersetorial (NASCIMENTO; FAGUNDES; ROSÁRIO, 2012). O CAPS se apresenta, assim, como uma organização concebida para substituir as internações em hospitais psiquiátricos e,

por isso, seus serviços devem promover um tratamento voltado para reabilitação psicossocial dessas pessoas, preparando-as para vida (ALVES; SILVA; COSTA, 2012).

A esse respeito, uma potente ferramenta que prepara o usuário para a vida é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de condutas terapêuticas articuladas e elaboradas por uma equipe interdisciplinar, com o objetivo de restabelecer o usuário do CAPS (BRASIL, 2013; GRIGOLO et al., 2014). Segundo Grigolo e seus colaboradores (2014), o PTS deverá ser operacionalizado para responder às demandas objetivas e subjetivas dos usuários, com o foco no resgate de sua autonomia e corresponsabilização de seu processo de cuidado. Em sintonia com tais considerações, Bocardo e os demais coautores de seu trabalho (2011) afirmam que a construção do PTS é compreendida como uma estratégia a ser realizada com o envolvimento da pessoa em situação de sofrimento psíquico, de seus familiares e de sua rede social, em um processo contínuo, integrado, de ações voltadas à satisfação de necessidades e à produção de autonomia, protagonismo e inclusão social.

É nesse contexto e através de suas sucessivas avaliações que o PTS deverá preparar o usuário para a alta do CAPS, uma vez que essa estratégia de cuidado possibilita mudanças sustentáveis ao longo do tempo, reduzindo a dependência dessas pessoas com relação aos serviços de saúde mental, o que é feito por meio da articulação de recursos exteriores a eles, muitas vezes proporcionados pelas práticas inclusivas, através das intervenções psicossociais. Nesse sentido, para efetivação da Política de Saúde Mental no Brasil, cumpre dizer que se faz necessária a criação de uma rede articulada de saúde mental voltada para atenção da pessoa em situação de sofrimento psíquico em seu território, criando alternativas para inclusão social, proporcionadas pela intersetorialidade, tais como a criação de cooperativas, de Centros de Convivência e de organizações fundadas nos princípios da Economia Solidária. Também se faz necessária a articulação com a Atenção Básica, objetivando a continuação do cuidado no território (AMARANTE; TORRE, 2010).

Partindo dessa perspectiva, as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas voltadas ao estabelecimento de vínculos e acolhimento. Isto sempre visando aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde mental no próprio território (DUARTE, SILVEIRA, OLIVEIRA, 2014). Ao passo que a intersetorialidade no âmbito da saúde mental desponta como princípio que pode incluir movimentos sociais e estimular o controle social, criando novos dispositivos de financiamento, custeio e sustentabilidade de projetos sociais inclusivos (moradia, trabalho, renda, cultura, convivência, previdência, socialização, acessibilidade, locomoção e escolarização), tendo em vista o cumprimento da integralidade do cuidado, da

equidade da atenção e da desinstitucionalização em saúde mental (OLSCHOWSKY et al., 2014).

A Atenção Básica, por sua vez, é um dos principais canais para a articulação da rede de saúde mental, cumpre dizer, visto que utiliza o território, enquanto as intervenções em saúde devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Com relação a isso, vale destacar que trabalhar a saúde mental na Atenção Básica é desenvolver e construir, nos encontros cotidianos entre profissionais da área e usuários, novas ferramentas e estratégias para compartilhar e concretizar, juntos, o cuidado em saúde (BRASIL, 2013). Os desafios, porém, precisam ser enfrentados com base no fortalecimento de redes de apoio social e comunitário, na articulação com a Atenção Básica de saúde e na extensão das políticas aos familiares. Todos esses pontos compõem um importante mecanismo de sustentação dessa nova modalidade de cuidado em bases territoriais.

Convém lembrar, todavia, o alerta de Gomes (2013), ao apontar que o CAPS apresenta dificuldade de articulação com os serviços de saúde e para o trabalho em rede. Isso é resultado da deficiente acessibilidade dos usuários de saúde mental aos serviços extra-hospitalares, da carência de especialistas em saúde mental nos serviços ambulatoriais e da articulação ineficaz dos CAPS com os serviços da Atenção Básica. Nesse âmbito, vale dizer que o cuidado em saúde mental no território exige dos profissionais de saúde em geral ações que se pautem, sobretudo, na diretriz da integralidade, pois esta requer que sejam eminentemente centradas nos usuários, indo ainda além de suas demandas, atendendo suas necessidades e buscando concretizar seus projetos de vida (OLSCHOWSKY et al., 2013). Isso torna indispensável um olhar mais atento para a exclusão de que as pessoas em situação de sofrimento psíquico padecem. Afinal, tal situação gera consequências na produção de cuidados, já que esta tende a ser fragmentada, ocasionando uma fragilidade da rede, no que concerne à garantia do cuidado integral (BRASIL, 2013).

Em razão disso, a TCI surge então como uma possibilidade de cuidado integral e oferecido no território. Como destacam Ferreira Filha e colaboradores (2012), essa abordagem promove o empoderamento, o sentimento de cidadania e o fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos, além de mobilizar os recursos e as competências das famílias e das comunidades, e ser, ainda, uma tecnologia de baixo custo para se desenvolver no território. O Ministério da Saúde, ademais, aponta a TCI como uma prática de intervenção psicossocial avançada. Em sua cartilha, é enfatizado que acolher a pessoa em situação de sofrimento psíquico e o seu familiar, ofertando a possibilidade de apoio e inserindo-os em atividades grupais e coletivas

como a TCI pode ajudá-los a ressignificar o sofrimento. Afirma-se, ainda, que a terapia é uma prática de cidadania, uma vez que aposta na força da comunidade, na corresponsabilização e na competência dos seus participantes (BRASIL, 2013).

Isto posto, cumpre ressaltar mais uma vez que a TCI se propõe a ser um instrumento de aproximação e fortalecimento das relações humanas na construção de redes solidárias e de suporte social. Para tanto, toma por base o pressuposto de que as soluções dos problemas se encontram no coletivo, na comunidade e no compartilhamento de emoções que proporcionam a identificação com o outro, bem como o respeito para com as diferenças. É por isso que a TCI se configura como um importante dispositivo de cuidado em saúde mental, baseado na promoção, na prevenção e na cura do sofrimento, ao integrar diversos elementos culturais e sociais ativos da comunidade (TINTI; VOSGERAU, 2015).

Diz-se que, mesmo antes de um rio cair no oceano ele treme de medo. Olha para trás, para toda a jornada, os cumes, as montanhas, o longo caminho sinuoso através das florestas, através dos povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre.

Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. Você pode apenas ir em frente. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano.

E somente quando ele entra no oceano é que o medo desaparece. Porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas tornar-se oceano. Por um lado é desaparecimento e por outro lado é renascimento. Assim somos nós. Só podemos ir em frente e arriscar.

(O rio e o oceano- Osho)

O Caminho da Investigação



3. O CAMINHO DA INVESTIGAÇÃO

Antes de descrever todo o delineamento do estudo, cumpre apresentar e justificar a escolha do referencial metodológico que guiou a presente investigação. Assim, considero importante iniciar tecendo algumas considerações sobre o tipo do estudo, para, em seguida, falar da minha aproximação com o cenário da pesquisa e, enfim, explicitar quais foram os passos da pesquisa de campo, os instrumentos utilizados, o processo de análise do material e as considerações éticas levadas em conta.

3.1 Tipo de estudo

Quando mencionei, na introdução, as inquietações que motivaram a minha busca por respostas com relação às dificuldades enfrentadas pelos usuários e profissionais dos CAPS, no tocante ao processo de alta, e veio-me a ideia de usar a TCI como uma abordagem terapêutica potente, capaz de ajudar os usuários a enfrentarem os sentimentos de menos valia, bem como a fragilidade vincular, decidi que faria uma pesquisa-ação-intervenção. Como não encontrei na literatura nenhum estudo sobre a TCI que houvesse empregado esse método, oriundo da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção, e uma vez que o GEPSMEC/UFPB não havia ainda desenvolvido nenhuma pesquisa do tipo que pudesse ser reaplicada, tive de debruçar-me sobre leituras que me orientassem nessa direção.

A primeira fonte que busquei foram os escritos do Dr. Adalberto Barreto, criador da TCI. Neles, encontrei elementos com que pude confirmar a minha opção pelo método. Nesse sentido, convém destacar que, para Barreto (2008), a TCI tem seus fundamentos baseados no método da pesquisa-ação-participação (*Research Action Participation* – RAP), que se define como uma rejeição ao monopólio acadêmico sobre a produção do conhecimento, uma vez que é construída com os saberes da base, na base e para a base (ATELIER ..., 1997; BARRETO, 2009). Tendo isso em mente, busquei na literatura mais informações sobre a pesquisa-ação, a pesquisa participante e a pesquisa-intervenção, e encontrei nos estudos de Thiollent (2011); Rocha e Aguiar (2003), e Tripp (2005) alguns pontos relevantes, que compartilho aqui, a fim de justificar o paradigma adotado.

A pesquisa-ação surgiu no final da década de 1930, nos Estados Unidos, e o primeiro pesquisador a publicar informações sobre esta modalidade de pesquisa foi o psicólogo alemão Kurt Lewin, que fundamentava seus estudos em uma psicossociologia ativa ante as questões sociais. Outro pesquisador nesta área foi o sociólogo estadunidense John Collier, comissário do Departamento de Assuntos Indígenas dos Estados Unidos na Administração Roosevelt,

que utilizou a pesquisa-ação com a finalidade de melhorar as relações inter-raciais em nível comunitário, durante a Segunda Guerra Mundial (ROCHA; AGUIAR, 2003; TRIPP, 2005).

No Brasil, os estudos mais conhecidos como pesquisa-ação foram publicados por Thiollent (2011), no campo da sociologia, e, posteriormente, outros estudos foram realizados por Brandão (2008) no campo da educação popular. A pesquisa-ação é, às vezes, considerada como pesquisa-intervenção ou pesquisa participante. Na área de educação, é comum encontrar uma visão de pesquisa-ação que, fundada na teoria de Paulo Freire, associa-se a um projeto de caráter político-crítico, reivindicativo e marginal, no qual tanto o processo como os resultados da investigação constituem compromissos assumidos com os movimentos populares.

Alguns autores fazem distinção entre os termos pesquisa-ação, pesquisa-intervenção e pesquisa participante; outros, não. Segundo Rocha e Aguiar (2003), na literatura estrangeira, há uma grande preocupação entre os pesquisadores em diferenciar as pesquisas participativas (também chamadas de pesquisa-ação ou *Action Research*) e não participativas, e em elencar as distinções entre as metodologias da pesquisa participante, da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção. No Brasil, porém, os pesquisadores tentam conceituar tais diferenças, algumas vezes gerando dificuldades no tocante à sua compreensão.

Nesse sentido, Ardoino (1988), por exemplo, discute a pesquisa-ação como alternativa metodológica e epistemológica. O autor afirma que “a pesquisa-ação constitui-se em uma alternativa epistemológica e não somente metodológica, pois o que está em questão é uma visão de mundo” (ibid., p. 78). O que está implícito no método é a busca pela compreensão e não pela explicação do fenômeno. Já para Thiollent, trata-se de uma questão de terminologia, sendo toda pesquisa-ação, também, do tipo participativa, ainda que nem tudo que se chame de pesquisa participante seja uma pesquisa-ação. Para este autor:

A Pesquisa Participante é, em alguns casos, um tipo de pesquisa baseado numa metodologia de observação participante na qual os pesquisadores estabelecem relações comunicativas com pessoas ou grupos da situação investigada com o intuito de serem melhor aceitos (THIOLLENT, 2011, p. 21).

Barreto (2009), no entanto, sustenta que não há diferenças tão relevantes entre o que se chame pesquisa-ação, pesquisa-intervenção ou pesquisa participante. A pesquisa-ação, afirma o autor, é também participante. Nesse sentido, a pesquisa-ação-participação é vista como um método em que a sensibilidade e a qualidade da relação entre o pesquisador e a comunidade são tão importantes quanto as ferramentas técnicas utilizadas. Não se trata, pois, de somente mais um *know-how*, uma capacidade cognitiva adicional. É um método que se encontra além das competências técnicas necessárias, já que o pesquisador assume uma postura humanizada através da paciência e do respeito ao outro, levando os participantes à alteridade (ATELIER

..., 1997). Além disso, cumpre destacar, por fim, que Gajardo (1999) entende que a pesquisa participante supõe uma troca intersubjetiva entre todos os que nela tomam parte, incluindo o pesquisador, assim como uma mudança definida a partir de um consenso e uma proposta de se buscarem soluções, tendo-se em conta a experiência do grupo e sempre à luz do conhecimento científico.

A implementação dessa modalidade de pesquisa possibilitou o desenvolvimento de procedimentos que se converteram em práticas. No nosso caso específico, as realizações das rodas de TCI foram a ação/intervenção prática da pesquisadora, a qual também atuou como terapeuta comunitária, tendo formação reconhecida para tal. Vale salientar que, assim como Ardoino (1987), citado por Paulon (2005), entendemos a intervenção não como uma ação de intromissão violenta, mas, como sugere aquele autor, um *interventio*, entendido como um “vir entre”; isto é, uma ação que busca promover uma transformação entre uma realidade objetiva conhecida antes e depois da ação.

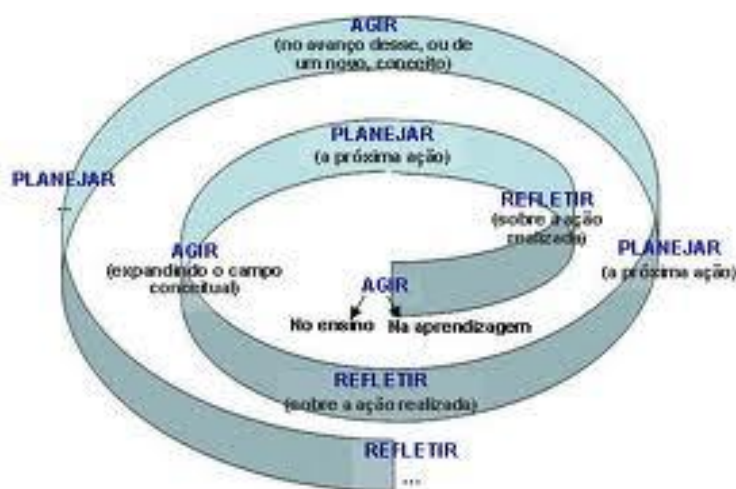
Isto posto, esclarecemos que, na presente pesquisa, a ação/intervenção realizada foi a TCI, desenvolvida com a finalidade de promover mudanças em uma realidade microssocial, vivenciada pelos usuários do CAPS. A TCI tem uma técnica denominada passo a passo, que já foi descrita no referencial teórico e que orienta o terapeuta na condução da roda. Nesta, um dos objetivos do terapeuta é estimular a fala dos participantes, a fim de que relatem situações vivenciadas no cotidiano, as quais lhes provoquem sofrimento, sendo também nesse espaço e momento que se abre a possibilidade para que sejam compartilhadas experiências nas quais houve enfrentamento para superar tais situações. Ali, cumpre ao terapeuta manter-se atento, também, à escuta de si, de modo que ressignifique conceitos, ideias e valores, mas, sobretudo, que aprenda com as experiências do grupo.

A esse respeito, convém lembrar que, como opera “no plano dos acontecimentos, a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela”, tal como esclarece Paulon (2005, p. 21). Compreendo, portanto, que, em meu envolvimento com a pesquisa, não foram só os sujeitos participantes que passaram por uma transformação. Enquanto pessoa, terapeuta e pesquisadora, também eu me transformei.

Ainda com relação à pesquisa-ação, no entanto, é preciso lembrar que uma de suas características é ser *auto-avaliativa*: as modificações introduzidas na prática são comumente avaliadas no decorrer do processo de intervenção, ao passo que o *feedback* adquirido com o monitoramento da prática é traduzido em mudanças de direção e redefinições, de acordo com a necessidade. Além disso, é uma pesquisa de caráter *cíclico*, uma vez que as fases finais são

utilizadas como maneira de aprimoramento dos resultados obtidos nas fases anteriores (ENGEL, 2000). Por essa razão, após a realização de cada roda de TCI, buscou-se avaliar tanto a forma como esta fora conduzida, considerando-se o passo a passo da TCI, como também as falas dos participantes por meio da conotação positiva (Barreto, 2008). Essas avaliações realimentavam o planejamento da roda seguinte. A figura abaixo ilustra o processo pelo qual o pesquisador atua no cenário:

Figura 01: Processo de atuação do pesquisador



Fonte: internet através do buscador Google, 2015.

É importante destacar que a TCI foi operacionalizada através de uma prática que não se definiu como uma intervenção psicoterapêutica, mas, sim, como um ato terapêutico de grupo, passível de ser realizado com qualquer número de participantes de quaisquer níveis socioeconômicos. É uma prática de intervenção simples, mas não simplista, de maneira que requer capacitação. A TCI deve ser sempre dirigida por terapeutas comunitários devidamente qualificados, exigindo preparo e formação de 240 horas/aula, incluindo momentos vivenciais, intervisões, bem como atividades práticas realizadas com grupos na comunidade de destino do terapeuta.

3.2 A aproximação com o cenário de pesquisa

Trabalhei por dois anos e cinco meses em um CAPS próximo à minha cidade natal, e foi lá que pude testar empiricamente muitos dos pressupostos aqui levantados. O CAPS, para mim, foi um grande observatório, laboratório, bem como um lugar onde aperfeiçoei minhas práticas e tornei-me mais sensível e paciente com os que sofrem psiquicamente. Há vários

anos, desenvolvo projetos de pesquisa e extensão universitária com usuários de CAPS e me revigoro recorrentemente, a cada resultado, a cada nova linha escrita com o que se obtém com essas descobertas.

Minha caminhada pelos serviços de saúde mental de Campina Grande (PB) tampouco é recente, visto que, ao me tornar docente da disciplina de Saúde Mental, tanto na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) quanto na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), fui aos poucos conhecendo os campos de estágio. Além disso, tive a oportunidade de levar meus alunos de graduação a quase todos os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade. Isso me possibilitou ir conhecendo e desvendando as singularidades de cada serviço. Tornei-me próxima de alguns usuários, familiares e profissionais, e, desse modo, criaram-se vínculos que não se dissiparam com o tempo.

Dito isto, é importante destacar a esta altura, especificamente no que se refere à Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande – PB, que esta se distribui em Distritos Sanitários, tal como esclarece o quadro abaixo:

Quadro 1: Distribuição dos Serviços de Saúde Mental de Campina Grande – PB, por Distritos Sanitários

Distrito Sanitário	Serviços de Saúde Mental
Distrito Sanitário I	CAPSad III CAPSad III infanto-juvenil Centro de Intervenção Precoce – “CAPSinho” Centro de Convivência Cultura e Artes; Três Serviços Residenciais Terapêuticos Femininos e dois masculinos;
Distrito Sanitário II	CAPS I – Distrito de São José da Mata CAPS III Reviver; CAPS I “Viva Gente”
Distrito Sanitário III	Não há dispositivos de Saúde Mental
Distrito Sanitário IV	CAPS I – Distrito de Galante CAPS II - Novos Tempos Emergência Psiquiátrica
Distrito Sanitário V	Um Serviço Residencial Terapêutico Masculino
Distrito Sanitário VI	Não há dispositivos de Saúde Mental

Fonte: Secretaria de Saúde de Campina Grande, 2015.

Diante desse cenário, mesmo tendo uma visão ampliada da RAPS do município, antes de tudo, eu precisava conhecer cada serviço minuciosamente, a fim de enfim eleger aquele

que oferecia as condições adequadas ao desenvolvimento da pesquisa de campo. Por isso, desde a elaboração do projeto, antes mesmo de sua qualificação, passei a frequentar os CAPS que atendiam exclusivamente a demanda associável ao meu estudo. Os serviços visitados então foram: CAPS II, CAPS III, CAPS Galante e CAPS São José da Mata. Nessas ocasiões, pude conversar com os coordenadores de cada serviço a respeito da possibilidade de desenvolvimento da pesquisa e da demanda de usuários não intensiva e em processo de alta, bem como falei de minha inserção no campo e da aplicabilidade da pesquisa naquele serviço em particular. Todos se mostraram receptivos e acolhedores, e estavam muito interessados em que eu levasse o projeto para seu serviço.

Diante dessas facilidades, terminei por escolher como cenário o Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Novos Tempos, por ter um maior número de usuários não intensivos em planejamento para alta. Com efeito, o CAPS II Novos Tempos, além do fato de contar com diversos usuários na modalidade não intensiva, tem ainda atividades terapêuticas e agenda voltada só para esta clientela em particular. Como este era um dos critérios de elegibilidade do serviço, teve um peso determinante na escolha.

Os dias agendados para essas pessoas no CAPS e para as oficinas a eles destinadas se concentravam nas segundas e terças-feiras de cada semana. As quartas, quintas e sextas-feiras eram reservadas para usuários na modalidade semi-intensiva e intensiva. A esse respeito, cabe ressaltar, no entanto, que havia alguns usuários intensivos nas segundas e terças-feiras, pelo fato de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) determinar que, para o seu reestabelecimento, precisavam comparecer ao serviço todos os dias da semana. Isso acontecia com usuários que estavam saindo de uma crise ou passando por alguma e que, por isso, necessitavam de um olhar mais atencioso e cuidados intensivos por parte da equipe do CAPS. Destaque-se, a esse respeito, que, de acordo com informações obtidas no banco de dados do CAPS, o serviço em questão possui atualmente 769 usuários cadastrados e atende pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes, contando com uma equipe especializada de 25 profissionais de nível superior e médio, os quais realizam cerca de 45 atendimentos diários, no horário das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira.²

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa-ação foram considerados sujeitos participantes ativos. Dela tomaram parte pessoas do sexo feminino e masculino, que, no momento da pesquisa de

² Informações obtidas no CAPS II Novos Tempos no dia 7 de Junho de 2016, com a técnica administrativa responsável pelo setor burocrático do serviço.

campo, eram usuárias do CAPS. A sua escolha obedeceu aos seguintes critérios: 1) estar em tratamento na modalidade não intensiva; 2) estar sendo preparado para a alta do serviço; 3) apresentar baixa autoestima ou tendência a baixa autoestima; 4) ter o desejo de receber apoio para superar as dificuldades enfrentadas no processo de alta; 5) participar de, no mínimo, seis rodas de TCI. Serviram como critérios de exclusão: a pouca frequência nas rodas de TCI (1 a 5) e/ou a ocorrência de recaídas no período de coleta, impedindo a participação nas rodas.

A priori, foram indicados pelos profissionais do serviço 19 usuários que atendiam aos dois primeiros critérios. Após a aplicação do questionário de autoestima, restaram 12 usuários que tinham baixa autoestima ou tendência a ela, atendendo aos critérios 3 e 4. Contudo, no decorrer das rodas, houve um dos participantes que não atingiu o 5º critério, ficando a amostra com apenas 11 participantes ao final. Além disso, cumpre salientar que, por razões éticas, adotamos pseudônimos para os nossos participantes, escolhendo nomes próprios da cultura nordestina, de modo a resgatar, através dessa singela homenagem ao povo nordestino, alguns nomes muito utilizados em nossa região, quais sejam: Severino; Josefa; Creuza; José; João; Maria; Joana; Benedita; Amélia; Margarida e Conceição.

Segue abaixo o quadro com os escores de autoestima dos participantes e o número de rodas que frequentaram no serviço.

Quadro2 – Dados sobre os escores de autoestima obtidos no pré-teste e o quantitativo de rodas que frequentaram.

Datas/Nomes	Escore de Autoestima	Número de rodas que participaram
Severino	49 (Tend. a baixa)	7
Josefa	25 (Baixa)	10
Creuza	41 (Tend. a baixa)	10
José	32 (Tend. a baixa)	10
João	21 (Baixa)	9
Maria	20 (Baixa)	11
Joana	39 (Tend. a baixa)	6
Benedita	34 (Tend. a baixa)	11
Amélia	37 (Tend. a baixa)	6
Margarida	46 (Tend. a baixa)	11
Conceição	25 (Tend. a baixa)	6

Fonte: Consolidado de autoestima do pré-teste, 2015.

3.4 Instrumentos utilizados

Nesta pesquisa foram utilizados *dois* instrumentos: um questionário de Avaliação de Autoestima (Anexo I) e o questionário de Avaliação de Vínculos (Anexo II), ambos criados por Barreto (2008).

O primeiro — o questionário de Avaliação da Autoestima — consiste de 20 questões que avaliam pontos como consciência, autoaceitação, autorresponsabilidade, autoafirmação, intencionalidade e integridade pessoal. As respostas são pontuadas, e a pontuação classifica o nível de autoestima como baixa autoestima, tendência à baixa autoestima, tendência à boa autoestima e boa autoestima.

O questionário de Avaliação de Vínculos, por sua vez, analisa 28 tipos de vínculos, a saber: 1) Vínculo Familiar — para verificar se a pessoa convive com algum familiar e qual a qualidade do relacionamento —; 2) Vínculo Conjugal — para verificar se a pessoa atualmente vive um relacionamento afetivo e como lida com o conflito, caso haja —; 3) Vínculo Filial — para verificar se tem filhos(as) e qual a qualidade do relacionamento —; 4) Vínculo de Moradia — para verificar se tem moradia e qual é o tipo da habitação —; 5) Vínculo Comunitário — para verificar o seu conhecimento dos recursos da comunidade e do nível de inserção em seu contexto —; 6) Vínculo com a Leitura — para verificar o uso da leitura como um possível recurso de inserção —; 7) Vínculo com a Escrita — para verificar a utilização da escrita como um possível recurso de inserção —; 8) Vínculo Profissional — para verificar se houve capacitação e, se sim, se esta trouxe benefícios —; 9) Vínculo Econômico — para verificar a disponibilidade de recursos financeiros/ou de salário afetivo —; 10) Vínculo Religioso — para verificar o envolvimento com um grupo religioso de apoio —; 11) Vínculo de Saúde Física — para verificar a saúde e a consciência de estar saudável —; 12) Vínculo de Saúde Psíquica — para verificar o uso de remédio controlado —; 13) Vínculo de Apoio Social 1 — para verificar a acessibilidade ao serviço de saúde —; 14) Vínculo de Apoio Social 2 — para verificar a qualidade do acolhimento e o nível de confiança no atendimento de saúde —; 15) Vínculo de Apoio Social 3 — para verificar se o(a) participante pode contar com ajuda de alguém —; 16) Vínculo de Amizade — para verificar se a pessoa dispõe de um círculo de amizade e sente-se acolhida nele —; 17) Vínculo de Documentação — para verificar se a pessoa possui documentos —; 18) Vínculo de Cidadania — para verificar se a pessoa exerce sua cidadania —; 19) Vínculo de Segurança — para verificar o nível de consciência de participação na própria segurança —; 20) Vínculo de Lazer — para verificar se a pessoa participa de algum lazer e qual o motivo —; 21) Vínculo Alimentar — para verificar se a pessoa tem recursos para se alimentar e se está satisfeita com os alimentos que

ingere —; 22) Vínculo Ecológico — para verificar se existe preocupação e consciência ecológica —; 23) Vínculo Tecnológico 1 — para verificar se a pessoa faz uso do aparelho telefônico e reconhece o seu valor —; 24) Vínculo Tecnológico 2 — para verificar se a pessoa faz uso de caixa eletrônico e reconhece o seu valor —; 25) Vínculo de Solidariedade — para verificar o nível de participação e sensibilidade para com os que estão precisando de apoio —; 26) Vínculo Social — para verificar se a pessoa dispõe de algum grupo de apoio social —; 27) Vínculo de Dependência — para verificar se a pessoa possui algum vício —; 28) Vínculo Espiritual — para verificar se a pessoa possui crença em algo transcendental.

Esses questionários foram aplicados antes e depois da intervenção, visando atender o proposto no objetivo 1, qual seja: avaliar a autoestima dos usuários e a situação vincular de cada um. Isso ocorreu antes e depois das rodas de TCI.

3.5 Técnicas de produção do material empírico

Optamos por tomar como material empírico: 1) os vídeos sobre as rodas de TCI; 2) as anotações oriundas do caderno de campo, e 3) as entrevistas. Priorizamos os acontecimentos que se desenrolaram durante a realização das rodas de TCI, devido à riqueza do fenômeno, bem como diante da necessidade de atender os objetivos A, B e C previamente delineados. Assim, as rodas foram filmadas e posteriormente transcritas para formar o *corpus* de análise.

A TCI, enquanto técnica de intervenção, apresenta um protocolo específico com cinco passos: 1) acolhimento; 2) escolha do tema; 3) contextualização; 4) problematização, e 5) encerramento. Esse protocolo (ANEXO III) orienta o terapeuta na condução da roda. A TCI toma como matéria prima uma situação problema para o aprofundamento; por isso, tem uma base técnica e outra teórica. A técnica consiste na sequência utilizada com especificidades em cada passo, para conduzir a pessoa à tomada de consciência de seu envolvimento na situação problema. A teórica, por sua vez, consiste no arcabouço de conhecimentos que o terapeuta utiliza e que foram adquiridos no processo de formação e em sua prática constante com a TCI.

O caderno de campo foi essencial para o registro de informações que complementaram as observações da pesquisadora em relação aos comportamentos dos usuários participantes da pesquisa. Nele, descrevemos de maneira detalhada o desempenho e desenvolvimento de cada usuário participante da pesquisa em forma de pequenas narrativas. Convém destacar que o caderno ficou restritamente sobre minha guarda, não tendo outras pessoas acesso a ele.

Também foi utilizada a entrevista semidirigida, não apenas como meio de aprofundar o conhecimento sobre os participantes da pesquisa, mas também a fim de tentar compreender alguns comportamentos no que diz respeito à sua baixa autoestima. Uma vez que, nas rodas,

nem todos os participantes falavam de suas inquietações ou de seus sonhos e desejos, e diante da necessidade de confirmar ou não a tese apresentada, senti que, na entrevista, seria possível ir mais além, a fim de conhecer o efeito da TCI na vida daqueles usuários.

3.6 Fases da pesquisa de campo

Após falarmos sobre o paradigma da pesquisa, o cenário, a seleção dos participantes e os instrumentos e técnicas utilizadas, acreditamos ser fundamental descrever cada uma das etapas estabelecidas pela pesquisadora para realizar a pesquisa de campo. Entendemos que esse desenho pode servir para que outros pesquisadores que, igualmente, tenham interesse na pesquisa-ação-intervenção com a TCI possam conhecê-lo e reaplicá-lo em contextos afins. E, de início, convém salientar que, antes mesmo da seleção dos participantes, fez-se necessário capacitar uma equipe de estudantes de graduação que auxiliaria na aplicação dos instrumentos e na realização das rodas, bem como na transcrição do material produzido nestas. Apenas esse período durou cerca de dezesseis semanas (4 meses).

Isto posto, descreveremos abaixo algumas fases ou etapas de todo o processo:

1ª etapa: Preparação da equipe

Até a qualificação do projeto de tese, realizada na sala do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGenf-UFPB) no dia 20 de março de 2015, iniciei algumas estratégias para subsidiar a pesquisa. Estava então ciente de que, sozinha, não conseguiria filmar, fotografar e decorar o ambiente, acolher os usuários, realizar as rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e aplicar os instrumentos de autoestima e vínculos. Assim, comecei a pensar em quem me poderia auxiliar nesses pormenores, a fim de que tudo corresse bem na pesquisa. No mês anterior à qualificação, na faculdade onde lecionava (isto é, a Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM-PB), abriu-se um edital para Projetos de Extensão, e inscrevi um projeto para a realização de rodas de TCI no Centro de Atenção Psicossocial de Campina Grande (CAPS II – Novos Tempos) com os usuários do serviço e obtive êxito com a sua aprovação. Então, fiz uma pequena seleção e escolhi cinco alunos do curso de Bacharelado em Enfermagem da FCM para participarem do projeto.

Eu sabia que os alunos selecionados nada sabiam sobre o projeto de pesquisa e que, por mais que eu já lhes tivesse falado sobre a TCI nos componentes curriculares que leciono, precisavam aprofundar muito seus conhecimentos no tocante ao modo de conduzir a terapia. Como estava ciente de que precisaria deles para a aplicação dos instrumentos de autoestima e

vínculos, percebi que precisavam se inteirar do que seria realizado e, sobretudo, deveriam conhecer todo o passo a passo do projeto, para tudo transcorrer bem e os registros em áudio e imagem também serem bem-sucedidos.

Assim sendo, dei-lhes um pequeno curso introdutório, explicando o passo a passo do que seria feito na pesquisa. Nossos encontros se realizavam semanalmente numa sala de aula da FCM, sendo que, antes do projeto de tese ser aprovado no comitê de ética, nossa rotina foi apenas de estudo. Nossa primeira aula foi sobre Terapia Comunitária, quando estudamos os primeiro e segundo capítulos do livro de Adalberto Barreto. A cada semana discutíamos um novo capítulo do livro de TCI, e isso se fazia necessário para que os alunos entendessem a importância dessa ferramenta de cuidado leve e do quanto ela era potente. Posteriormente, dei aulas explicando o que era pesquisa-ação. Expliquei então o passo a passo metodológico, não só da TCI, mas da tese propriamente dita.

A cada aula evoluíamos um pouquinho, de modo que, nos últimos encontros, abordei a aplicação dos instrumentos de autoestima e de vínculo, bem como o cuidado que deveriam ter com o uso prático desses instrumentos. Em nosso último encontro, antes de irmos a campo, fizemos uma roda de TCI e delimitamos as atribuições de cada um nas etapas do projeto. Um deles ficou responsável pelas dinâmicas, outro pela decoração e lembrancinhas/lembretes ao final da roda, outra ficou responsável pelas gravações e edições dos vídeos — lembrando que os vídeos editados e gravados em DVD não ficariam de posse dela; todos esses registros estão arquivados e sob minha total responsabilidade e guarda. Outra aluna ficou responsável pela gravação de áudio e as respectivas transcrições, também não ficando com nenhum material, o qual se encontra igualmente sob minha responsabilidade.

Os alunos sabiam que participariam da aplicação dos instrumentos de autoestima e vínculo. A mim, cumpre também dizer, couberam a leitura e a assinatura dos TCLE com os usuários, o desenvolvimento das 12 rodas de TCI como terapeuta comunitária semanalmente, as anotações em caderno de campo e a aplicação das entrevistas semidirigidas. Estas, aliás, ocorreriam depois da realização das 12 rodas, com hora e locais previamente marcados e escolhidos pelos usuários.

A aprovação no comitê de ética para o desenvolvimento do projeto de tese saiu em 21 de maio de 2015. Porém, até essa data, mantivemo-nos focados no estudo, respeitando todos os critérios éticos. A esse respeito, convém enfatizar que nos foi de grande valia esse tempo de imersão nas leituras, discussões e planejamentos. Nesse ínterim, houve visitas ao CAPS e elaboração de planejamentos, ainda que a execução das etapas da pesquisa só tenham sido realizadas após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-CCS/UFPB).

2ª Etapa– Inserção no campo

A inserção no campo propriamente dita teve início logo após a aprovação do projeto pelo CEP. Voltei ao serviço escolhido para o cenário da pesquisa e iniciei a aproximação, no que houve uma boa acolhida por parte da direção, que demonstrou interesse e cooperação para a execução do projeto. Então, começamos uma agenda para dar início à operacionalização da pesquisa e vivenciamos as fases descritas a seguir:

a) Fase preparatória: aproximação e negociação (1ª e 2ª semanas)

Na primeira semana do mês de junho, foram feitas duas reuniões. A primeira, com a coordenadora do serviço, para falar sobre o projeto, os objetivos e as finalidades, bem como para agendar as datas prováveis para início trabalho de campo. A reunião ocorreu no dia 3 de junho de 2015, na sala da coordenação.

A segunda reunião foi com os profissionais do serviço. Todos foram convidados por mim e pela coordenadora para se fazerem presentes no dia 19 de junho de 2015 em uma sala de acolhimento do CAPS, às 10h da manhã. Na ocasião, levei *data show* e preparei em *Power Point* alguns *slides* para apresentar resumidamente o projeto de tese e falar sobre a TCI e o delineamento do estudo no campo. Também foi apresentado e lido juntamente com todos os profissionais presentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado para usuários e para familiares. Apresentamos os instrumentos de autoestima e vínculos de Barreto (2008) e, por fim, lemos o parecer de aprovação do CEP-CCS/UFPB.

Após este encontro, houve um recesso junino no serviço, e as atividades só foram retomadas no final de junho. Nesse período, algumas profissionais ficaram na incumbência de convidar os usuários não intensivos para participarem da pesquisa, embora eu também tenha estado no CAPS em dias nos quais os usuários não intensivos frequentavam o serviço (dias 29 e 30 de junho desse mesmo ano), por achar importante falar pessoalmente com os usuários e reforçar o convite. Tive a impressão de ter sido, de fato, uma decisão acertada, visto que senti então o comprometimento deles em participar do projeto.

Nos dias 06 e 07 de julho, reuni-me com os usuários das segundas e das terças-feiras, explicando-lhes as etapas do projeto. Também conversei com eles sobre qual seria o melhor dia para que pudessem participar de nossas rodas de TCI. Os usuários que faziam tratamento às segundas-feiras mostraram-se resistentes em comparecer ao CAPS noutro dia, ao passo que os das terças-feiras foram muito flexíveis quanto a isso. De minha parte, considerei difícil pedir a um usuário não intensivo, que vai ao CAPS apenas um dia por semana ou só de 15 em

15 dias, para comparecer em mais um dia. Assim, contei com a ajuda dos profissionais que concordaram em mudar o dia de vinda ao CAPS, no projeto terapêutico deles, para aquele em que ocorreria a TCI.

Embora eu lhes tenha sugerido outros dias — preferiria realizar as rodas nas quintas ou sextas-feiras à tarde —, o que foi escolhido pelos usuários do CAPS, por votação, foi a segunda-feira à tarde. Nas segundas e terças-feiras, eu dava aulas o dia todo na UFCG, mas sabia que, diante da decisão, seria preciso encontrar uma solução. Como a tese era minha prioridade, a negociação com os alunos da UFCG me parecia mais coerente do que tentar novamente renegociar com os usuários do CAPS, de modo que não hesitei em manter o dia escolhido — até porque era eu que tinha que me adequar a eles, não o contrário.

b) Fase de comprometimento (3ª semana)

No dia 13 de julho, eu estava bastante ansiosa, perguntando-me se todos os usuários que se comprometeram estar naquela segunda-feira viriam mesmo. Para minha surpresa, não só vieram, como ainda chamaram outras pessoas que não haviam estado presentes naquele primeiro encontro. Assim, o resultado de nossa primeira reunião de coleta de dados foram incríveis 20 usuários não intensivos, o que, na visão dos profissionais do CAPS, tinha sido um grande feito. Nesse dia, fiz uma dinâmica de acolhimento, leitura e assinatura do TCLE para todos, bem como apliquei, juntamente com os estudantes da graduação de enfermagem, os instrumentos de autoestima e vínculos. Na ocasião, 19 dos 20 usuários presentes aceitaram responder os instrumentos e firmaram comigo o compromisso de comparecer às 12 rodas de TCI que iriam ser realizadas semanalmente.

c) Fase de Intervenção (4ª a 16ª semana)

A priori, estimamos que seria necessário realizar um mínimo de 12 rodas no serviço. Buscamos na literatura alguma pesquisa que indicasse o número mais adequado a se realizar numa pesquisa com a TCI, com objetivo de avaliar o seu efeito; porém, nada encontramos. Vimos pesquisas com a TCI, todavia, onde os autores consideraram que não é a quantidade de vezes que determina as mudanças de comportamento de seus participantes, mas o tempo que cada um leva para compreender o propósito da terapia e o que ela propõe para cada um de seus participantes. Quando se compreende que a fala sobre as inquietações vividas e a escuta da partilha das experiências dos outros podem favorecer a diminuição da dor e do sofrimento próprios, começa o efeito terapêutico da TCI.

Barreto (2008) não menciona o quantitativo de rodas de terapias de que uma pessoa pode participar para obter um efeito desejável. Para ele, pode ser uma ou mais do que isso. O importante na TCI é a recuperação da autoestima e o fortalecimento dos vínculos; por isso, as rodas de TCI são abertas e inclusivas. Não se pode obrigar uma pessoa a participar das rodas para se obter um resultado x ou y. Isso varia de pessoa para pessoa, e cada uma aprende a reconhecer suas necessidades e a determinar a medida daquilo de que precisa.

Em face dessas considerações, estabelecemos, para fins desta pesquisa, que 12 rodas — uma por semana, em dias fixos — estimando ser suficientes para avaliar tais efeitos. Como a TCI é uma ferramenta inclusiva, estimamos que começaríamos com os 19 usuários da modalidade não intensiva, incluindo aí os 11 selecionados no pré-teste, como sujeitos ativos da pesquisa. A roda de TCI se caracteriza como um grupo aberto, o que significa que mais pessoas podiam participar, embora meus sujeitos já estivessem escolhidos. Convém salientar, no entanto, que eu deveria agora estimulá-los a participarem de, no mínimo, 6 rodas, para que continuassem na pesquisa.

Ao longo da realização dessas 12 rodas, houve uma alternância notadamente positiva no número de participantes, o que pode ser compreendido como decorrente do entusiasmo ante a primeira sessão, que geralmente provoca curiosidades e desperta motivações para o novo. Além disso, cumpre destacar que, sendo a TCI uma ferramenta de inclusão, o que se pôde verificar é que, ali, a pessoa normalmente se sentia contemplada, e o sentimento de pertencimento era ativado, visto que, na roda, sempre há lugar para todos: ninguém fica em pé ou fora do círculo, todos podem falar, mas fala apenas quem quer. As regras estabelecidas tendem a criar um clima de segurança, fazendo a pessoa se sentir acolhida pelas dinâmicas, pelas músicas e pelo clima respeitoso dentro da roda durante toda a terapia.

No quadro abaixo, mostramos o número de participantes em cada roda realizada.

Quadro 3 – números de rodas realizadas e de participantes

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Participantes da roda	13	13	20	21	13	21	15	15	19	20	24	19
Participantes da pesquisa	8	7	9	7	7	10	7	9	6	8	8	8
Total	22	21	29	28	20	30	22	24	25	28	32	27

Fonte: Imagens gravadas das rodas de TCI, 2015.

A descrição sobre cada roda de TCI será apresentada na sessão seguinte deste relatório de tese, pois faz parte dos resultados e discussão. Contudo, para melhor compreensão do processo de intervenção, oferecemos algumas informações que consideramos úteis para o conhecimento dos procedimentos que adotamos, tendo em vista a imprevisibilidade que pode ocorrer com este tipo de pesquisa.

Iniciamos a primeira roda já com um bom número de participantes, haja vista ter sido um dia chuvoso. A cada roda, iam chegando mais pessoas, e percebemos que a notícia foi se espalhando entre os usuários, levando a um número crescente de participantes. Alguns dos usuários trouxeram até familiares para participar da roda, de tão interessante que achavam a experiência. Quanto a isso, convém destacar que todos ali podiam participar, sendo usuário intensivo, semi-intensivo ou não intensivo, sendo convidado ou familiar.

O resultado foi que a salinha onde fazíamos a roda acabou ficando pequena, de forma que tivemos que ocupar um pátio do CAPS para comportar essa quantidade de pessoas. Devo ressaltar aqui que, por questões éticas e devido à vinculação de som e imagem dessas pessoas, também pedimos que todos os que estavam participando pela primeira vez da roda de TCI, mesmo não sendo os sujeitos pesquisados, assinassem o TCLE.

Algumas rodas não aconteceram no dia planejado, uma vez que houve alguns feriados que caíram exatamente nas segundas-feiras. Nesses casos, nós a agendamos para outro dia na semana, geralmente a terça-feira seguinte ao feriado. Obviamente, tivemos o cuidado de ligar para cada usuário, lembrando a mudança de dia e de data dessas rodas que não aconteceram no dia acordado.

Todas as rodas fluíram bem, e finalizamos, como planejado, no dia 5 de outubro de 2015, uma segunda-feira à tarde, como de costume. Na ocasião, percebi que muitos estavam tristes com a despedida. Ficou no ar a pergunta coletiva: “Vocês voltam quando?” O que se compreende, visto que a Terapia Comunitária Integrativa tem essa característica vincular. Ela é de fato um recurso comunitário que agrupa e cultiva amizades a todo tempo. Nessa última roda de TCI, foi marcada uma reunião com os usuários participantes da pesquisa, para reaplicação dos instrumentos de Autoestima e de Vínculos (Anexos I e II) — reunião essa que aconteceu um mês depois do encerramento das rodas.

Durante toda essa fase, utilizaram-se as etapas da Pesquisa-ação-intervenção tal como mostra a figura a seguir:

Figura 02: Etapas da Pesquisa-ação-intervenção



Fonte: internet através do buscador Google, 2015.

d) Fase de avaliação (20ª semana)

Voltamos a nos encontrar com os usuários do CAPS depois de um mês, no dia 9 de novembro de 2015. Finalizamos com uma roda temática sobre alta e projeto de felicidade e uma pequena confraternização. Ainda nesse dia, após essa confraternização, subdividimos as pessoas que faziam parte dos critérios de inclusão em grupos, e os questionários de autoestima e vínculos foram reaplicados com os participantes do estudo. Convém salientar que estes instrumentos foram aplicados pelos estudantes de enfermagem devidamente capacitados para a tarefa. O intuito, nesse sentido, foi evitar viés na pesquisa e possibilitar que os usuários ficassem à vontade para responder as perguntas livremente, com imparcialidade. Tivemos o cuidado de reaplicar os instrumentos apenas após confraternização, como dito, para que os demais participantes que não foram convidados a respondê-los não se sentissem incomodados e/ou excluídos. Essa reaplicação dos questionários tinha por objetivo avaliar as mudanças ocorridas na autoestima dessas pessoas e no planejamento de suas vidas, após todo o período de realização das rodas de TCI.

Reaplicados os instrumentos, agendamos a realização de entrevistas semiestruturadas, possibilitando captar dos entrevistados, através de seus depoimentos, alguns dos resultados proporcionados pelas rodas de TCI, mas, principalmente, buscando identificar o momento chave para a sua transformação. As perguntas feitas se encontram no Apêndice I, e o dia e o local da entrevista foram escolhidos pelos participantes. Todos optaram por sua realização no próprio CAPS, onde as fizemos numa salinha de acolhimento em dias distintos — com cada usuário participante no respectivo dia em que normalmente já compareceria para suas oficinas de hábito.

3.7 Análise dos instrumentos e do material empírico

A primeira análise feita foi a dos questionários de autoestima e vínculos. Os questionários de autoestima respondidos pelos usuários foram avaliados através da soma de seus escores. A letra A vale 4 pontos; a letra B vale 2; a C vale 1, e a D vale 0. Quando se obtém o resultado, pode-se, então, classificar o nível de autoestima da pessoa. Os resultados de 20 a 30 pontos apontam para uma baixa autoestima; de 31 a 50, denotam uma tendência à baixa autoestima; de 51 a 65, compreendem uma tendência à boa autoestima, e de 66 a 80 pontos significam que a pessoa tem boa autoestima.

Para contabilizar a quantidade de vínculos dessas pessoas analisadas, dispostos no instrumento de Avaliação de Vínculos, somamos todos os **Sim** respondidos pelo participante nas questões (1.1; 2.1; 3.1; 4.1...28.1); as respostas negativas, ou seja, todos os **Não**, foram utilizadas como informações preciosas para identificar os pontos críticos da desvinculação/ausência vincular. Para sabermos a qualidade dos vínculos existentes contabilizados nas questões (de 1.1 a 28.1), baseamo-nos nas seguintes respostas:

1. Vínculo saudável: Letra A (A.1, A.2, A.3, A.4... A.28);
2. Vínculo frágil: Letra B (B.1, B.2, B.3, B.4... B.28);
3. Vínculo de Risco: Letra C (C.1, C.2, C.3, C.4... C.28).

Para sabermos, por sua vez, a porcentagem da quantidade e/ou da qualidade dos vínculos construídos pelo participante, utilizamos a regra de três simples. No tocante à parte qualitativa, multiplicamos o número de vínculos apontados pelo participante, contabilizados nas questões de 1.1 a 28.1, por 100 (cem); em seguida, dividimos por 28 (vinte e oito), que era a quantidade máxima de vínculos. Nesse sentido, ainda para a análise da parte qualitativa, multiplicamos a quantidade de vínculos saudáveis apresentados pelo participante — isto é, as alternativas de A.1 a A.28 das questões de 1.1 a 28.1 — por 100 (cem); então, dividimos pela quantidade de vínculos apresentados pelo participante. O mesmo procedimento foi repetido com os vínculos frágeis e os vínculos de risco. Utilizamos uma demonstração gráfica para melhor visualização dos resultados obtidos no pré- e no pós-teste de autoestima e vínculos, confeccionados no *Excel 2010* e no *CorelDraw Graphics Suite x6*, respectivamente.

O instrumento de Avaliação da Autoestima também foi analisado estatisticamente através do software *Statistical Package for the Social Sciences 22.0* (SPSS), no qual os dados coletados foram submetidos à análise estatística descritiva. O objetivo foi o de comparar os escores de autoestima antes e após as rodas de TCI. Para isso, foi utilizada como medida de tendência central o somatório. Ao passo que, para verificar a associação entre a presença

(frequência semanal) dos usuários na roda de TCI e o escore de autoestima no pós-teste, utilizou-se a correlação de Pearson.

No tocante a organização das imagens, Bauer e Gaskel (2002), propõem que um código de tempo deva ser inserido, proporcionando que os segundos, horas e minutos sejam registrados automaticamente, e, como pesquisadora, além do código de tempo, decidi pela criação de um sistema de anotações, a fim de deixar claros os dias, as horas, a quantidade de pessoas e o passo a passo das rodas TCI, possibilitando uma análise sistemática de cada dia e de cada etapa da TCI. Também foi possível através da observação das imagens, desenhar as 12 rodas e dar visibilidade às suas disposições para uma melhor descrição. Convém salientar que para elaboração dos desenhos tomamos por referência o ponto cardinal sul e utilizamos os programas *CorelDraw Graphics Suite x6* e *Sketchbook 8.1*.

Para o tratamento do material empírico oriundo dos áudios e vídeos gravados nas rodas de TCI, utilizamos a análise categorial temática com base nas premissas da Bardin (2009). Através dessa técnica, buscou-se alcançar indicadores que permitissem a indução de informações relativas às condições de produção e recepção de mensagens. A esse respeito, cumpre dizer, ademais, que utilizamos uma técnica sistemática e objetiva de descrição do conteúdo destas mensagens (BARDIN, 2009).

Das rodas de TCI e das entrevistas, vieram à tona três categorias temáticas, a saber: Categoria I: A TCI numa perspectiva emancipatória: as tessituras de redes na TCI rumo ao empoderamento; Categoria II: Terapia Comunitária Integrativa: espaço de escuta, palavra e vínculo, e Categoria III: Planejando o futuro com suas possibilidades e impossibilidades.

Além disso, ressaltamos que, segundo Bauer e Gaskel (2002, p. 19), a pesquisa que utiliza a geração de dados por registros audiovisuais geralmente têm seus dados analisados através da análise de conteúdo, e seus interesses no campo do conhecimento são destinados à emancipação e empoderamento das pessoas pesquisadas. A análise de conteúdo, lembremos, trabalha tradicionalmente com materiais textuais escritos, mas procedimentos semelhantes podem ser aplicados a imagens ou sons. Para os autores supracitados, a questão não é que exista um caminho para captar todas essas nuances a fim de produzir uma representação mais fiel, mas sim, antes que alguma informação seja perdida, que se possibilite o acréscimo de outras informações, oferecendo mais elementos ao processo de análise.

Segundo Bardin (2009), existem alguns critérios para a análise categorial temática, os quais seguem a ordem: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na fase inicial, a chamada pré-análise, o material empírico foi organizado, compondo o *corpus*

documental da pesquisa, composto pelas falas oriundas da transcrição absoluta das rodas de TCI.

No caso do presente estudo, o contato inicial com o *corpus* documental se deu através de uma leitura flutuante, fase em que organizamos essas falas. No momento da exploração do material, codificamos o que havíamos obtido empiricamente, promovendo uma escolha das unidades de registro. Para Bardin (2009), a unidade de registro significa uma unidade que é codificada, podendo ser um tema, uma palavra ou uma frase. Na presente pesquisa, a unidade de registro foi o tema emergido nas rodas de TCI, bem como todo o conteúdo que também surgiu em órbita deste. Na fase de interpretação do material empírico, por sua vez, este foi discutido à luz do aporte teórico necessário, que procurou subsidiar as análises dando sentido à interpretação.

Ainda no que se refere ao material empírico, para a análise da entrevista semidirigida que fizemos ao final da pesquisa, baseamo-nos nos pressupostos de Turato (2003), que se fundamenta na tríade fenômeno-significado-interpretação. O fenômeno, como aí definido, é representado na consciência do sujeito a partir das próprias experiências, observações e imaginações. O significado é o querer-dizer em relação à pessoa deste fenômeno, sua visão e entendimento psicológicos e socioculturais. Já a interpretação, por fim, refere-se ao discutido, ao compreendido pelo pesquisador a partir do significado atribuído pela pessoa.

3.8 Considerações éticas

Esse projeto foi submetido a todos os rigores éticos que preconizam a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos. O desenvolvimento da pesquisa e a realização das rodas de TCI aconteceram apenas depois da aprovação e da emissão do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB). A aprovação aconteceu por unanimidade na 4ª reunião realizada no dia 21 de maio de 2015, com CAEE: 44866015.0.0000.5188 (ANEXO IV).

Considerando que os participantes do estudo enquadram-se num “grupo vulnerável”, segundo o inciso II cap. 25 da Resolução 466/12 do CNS, que versa sobre a “vulnerabilidade como um estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida”, explicitou-se que a inclusão dessas pessoas no estudo deveu-se ao fato de que a alta do CAPS só poder ser implementada com usuários em sofrimento psíquico cadastrados no serviço e de que as informações desejadas

não podem ser obtidas através de sujeito com plena autonomia. Essa investigação trouxe benefícios diretos aos participantes, mas foi garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida em alguns casos. Os resultados geraram conhecimentos relevantes no tocante às necessidades de saúde peculiares de tais usuários.

Outro ponto a destacar é que, no que diz respeito a indivíduos incompetentes do ponto de vista legal, o consentimento informado foi assinado pelo tutor ou outra pessoa devidamente autorizada (Apêndice III). Nestes casos, os participantes tutelados receberam as informações da pesquisa em linguagem adequada à sua compreensão, e o consentimento de cada indivíduo foi obtido na medida de sua capacidade, bem como foi respeitada a sua recusa em participar. Convém salientar, ainda, que o grau de risco associado à intervenção foi baixo — sobretudo, considerando-se a importância do conhecimento gerado, bem como os benefícios terapêuticos vantajosos aos frequentadores das rodas de TCI. Por sua vez, quanto aos participantes sem interdição judicial, assinaram eles próprios o TCLE, constatado no Apêndice II.

Finalmente, destacamos que a devolutiva dos resultados foi marcada para depois da defesa da tese no endereço do serviço pesquisado, onde se reunirão usuários, profissionais e familiares, para partilha de experiências e discussão sobre os resultados e o impacto que o estudo tivera no empoderamento dos usuários com perspectiva de alta no CAPS.

[...]Pois havia num fundo de mar uma colônia de ostras, muitas ostras. Eram ostras felizes. Sabia-se que eram ostra felizes porque de dentro de suas conchas saía uma delicada melodia, música aquática, como se fosse um canto gregoriano, todas cantando a mesma música. Com uma exceção: de uma ostra solitária que fazia um solo solitário.

Diferente da alegre música aquática, ela cantava um canto muito triste. As ostra felizes riam dela e diziam: “Ela não sai da sua depressão...” Não era depressão. Era dor. Pois um grão de areia havia entrado dentro da sua carne e doía, doía, doía. E ela não tinha jeito de se livrar dele, do grão de areia. Mas era possível livrar-se da dor. O seu corpo sabia que, para se livrar da dor que o grão de areia lhe provocava, em virtude de suas aspereza, arestas e pontas, bastava envolvê-lo com uma substância lisa, brilhante e redonda. Assim, enquanto cantava seu canto triste, o seu corpo fazia o seu trabalho – por causa da dor que o grão de areia lhe causava.

Pérolas são produtos da dor. As pérolas são feridas curadas. Na parte interna da concha é encontrada uma substância lustrosa chamada NÁCAR. Quando um grão de areia a penetra, as células do NÁCAR começam a trabalhar e cobrem o grão de areia com camadas e mais camadas, para proteger o corpo indefeso da ostra. Como resultado, uma linda pérola vai se formando. Uma ostra que não foi ferida, de algum modo, não produz pérolas, pois a pérola é uma ferida cicatrizada[...]

(Ostra feliz não faz pérola-Rubem Alves)

Análise e Discussão



4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

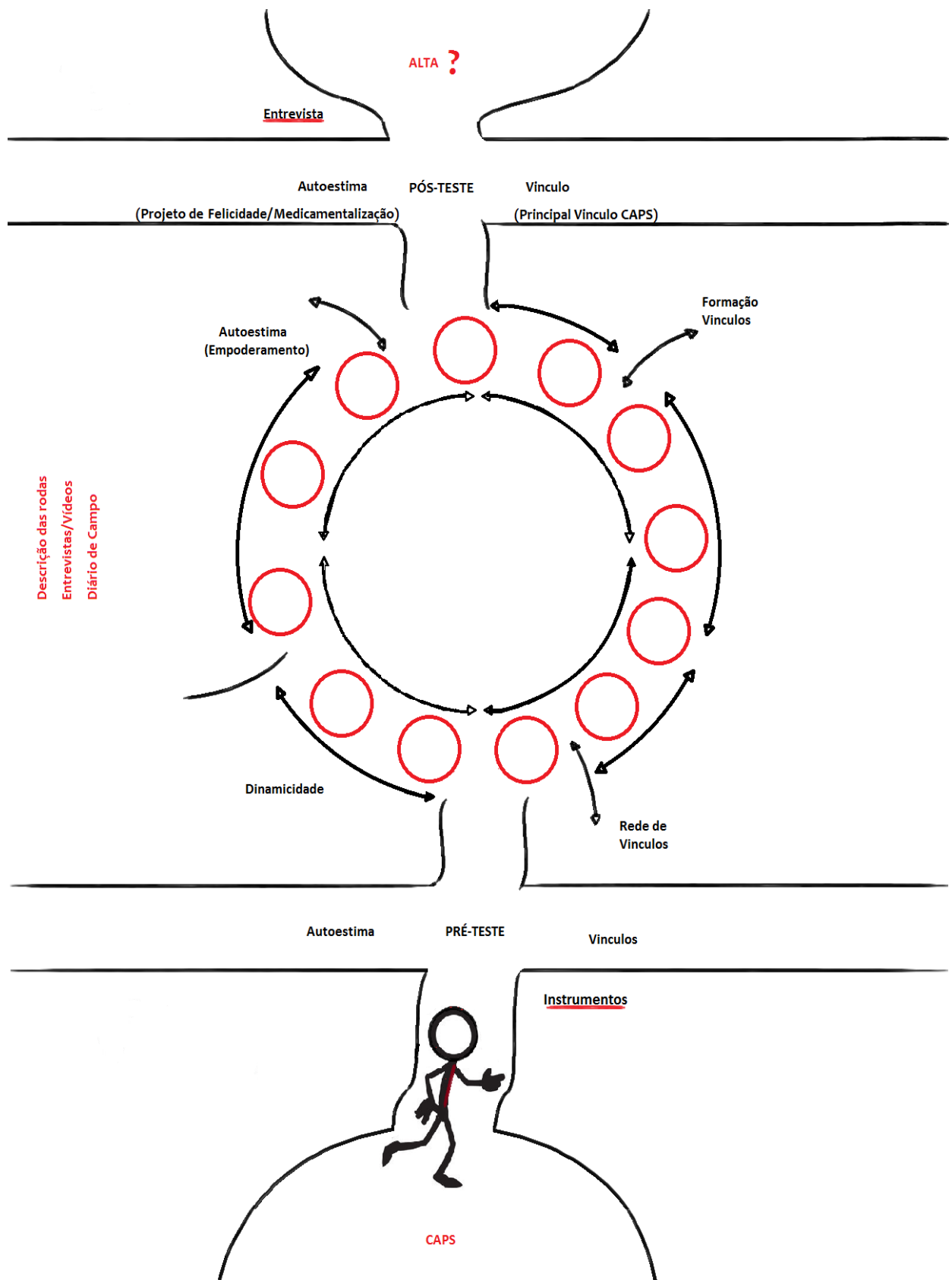
No presente capítulo, apresentaremos os resultados e discussões concernentes à avaliação das escalas de autoestima e de vínculo, tal como propostas por Barreto (2008), bem como as discussões das categorias-temáticas que eclodiram do *corpus documental* proveniente das transcrições das rodas de terapia comunitária integrativa (TCI), das entrevistas semidirigidas e das imagens gravadas. Sobre isso, cumpre informar, antes de tudo, que o plano de análise construído seguiu as etapas do caminho traçado para a pesquisa de campo.

Assim, em um primeiro momento, apresentamos o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa e analisamos os resultados dos instrumentos de autoestima e vínculos que foram aplicados antes da realização das rodas. Na sequência, apresentamos as descrições das rodas, nomeando-as tematicamente conforme as situações-problemas identificadas. A seguir, analisamos os principais temas abordados nas rodas, destacando alguns recortes de falas dos sujeitos participantes da pesquisa. Feito isto, passamos aos resultados das entrevistas, e, por fim, apresentamos uma análise comparativa do pré-teste e pós-teste, com relação à autoestima e aos vínculos.

Ressaltamos, ademais, que traçar o perfil sociodemográfico dos participantes é importante, uma vez que trabalharemos com pessoas com baixa autoestima nos mais variados contextos de exclusão social. Faz-se relevante, também, considerar o tempo de permanência desses participantes no serviço — já que promover o empoderamento para a alta torna-se desafiador para pessoas inseridas em um contexto de longos períodos de tratamento.

A figura a seguir ilustra tanto o caminho percorrido para a produção do material empírico, quanto o de sua análise.

Figura 03: Plano de análise



Fonte: Própria autora

4.1 Perfil sócio demográfico dos participantes do estudo

Elencamos a seguir variáveis como: sexo, idade, estado civil, filiação, profissão, religião e tempo de tratamento no CAPS. Esses dados são relevantes para uma melhor compreensão dos participantes na análise do material empírico.

Tabela 01: perfil sócio demográfico dos participantes do estudo

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Número de Filhos	Profissão	Religião	Tempo de Tratamento no CAPS
1. Severino	M	47	Divorciado	2	Pedreiro	Católico	5 anos
2. Josefa	F	51	Solteira	0	Do lar	Católica	3 anos
3. Creuza	F	36	Casada	1	Do lar	Evangélica	11 anos
4. José	M	56	Casado	1	Gari	Católico	2 anos
5. João	M	34	Casado	1	Padeiro	Evangélico	1 ano
6. Maria	F	52	Solteira	0	Do lar	Católica	2 anos
7. Joana	F	52	Solteira	4	Do lar	Evangélica	10 anos
8. Benedita	F	56	Casada	1	Cuidadora	Católica	2 anos
9. Amélia	F	27	Casada	2	Do lar	Evangélica	3 anos
10. Margarida	F	43	Casada	4	Do lar	Evangélica	3 anos
11. Conceição	F	55	Casada	2	Comerciante	Católica	3 anos

Fonte: Dados de identificação dos participantes, 2015.

No que se refere à idade, podemos observar que nenhum de nossos participantes é idoso; porém, têm idade delicada para reinserção no mercado de trabalho, estando seis deles já acima dos cinquenta anos. Sete são casados, ou seja, encontram-se vinculados maritalmente. Quanto às profissões, os participantes que as elencaram fora do domicílio, na verdade, já não as exercem atualmente. No que concerne à religião, observamos a clara predominância do cristianismo, representado por duas de suas correntes de maior expressão no país: católicos (6) e evangélicos (5). Dentre esses dados, contudo, um que tem especial relevância neste estudo é o alarmante tempo de permanência no CAPS de três participantes:

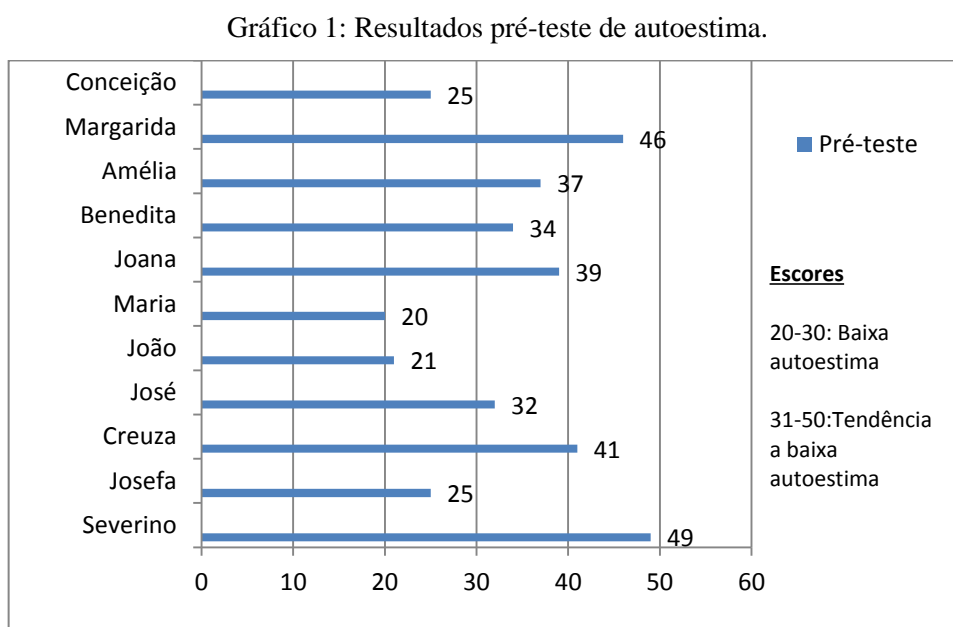
acima de 5 anos. É um dado preocupante, porque provoca reflexões acerca dos desafios a serem transpostos rumo ao empoderamento e a alta dessas pessoas com longos períodos de tratamento.

Tendo esses dados em mente — em especial, o último —, daremos início, agora, à apresentação e à discussão dos resultados da avaliação da autoestima e dos vínculos de cada um dos participantes identificados no perfil sócio demográfico.

4.2 Resultados da avaliação da autoestima e vínculos no pré-teste: a baixa autoestima e a fragilidade vincular

Os resultados da aplicação do instrumento de autoestima mostraram que os sujeitos/participantes da pesquisa apresentavam baixa autoestima ou tendência a esta. Composto por 20 perguntas e quatro alternativas de respostas, o citado instrumento de avaliação foi compreendido sem dificuldade pelos sujeitos do estudo, pois era claro, conciso e coeso.

No gráfico abaixo, vemos os resultados do pré-teste de autoestima aplicado para cada participante do estudo:



Fonte: Consolidados dos instrumentos de autoestima pré-teste, 2015.

Através do gráfico, é possível visualizar uma variação nos resultados, os quais apontaram 4 sujeitos/participantes com baixa de autoestima (20 -30) e 7 com tendência à

baixa autoestima (31-50). Como o instrumento de autoestima avalia 6 componentes — quais sejam: autoaceitação, autorresponsabilidade, autoafirmação, intencionalidade, integridade pessoal e viver conscientemente —, encontramos fragilidades em todos eles.

Os 4 sujeitos/participantes com baixa autoestima apontados pelo pré-teste não se consideravam pessoas legais, tampouco se viam como respeitadas pelos outros, além de não assumirem responsabilidade por seus atos, não se considerarem autênticos, não conseguirem pedir ajuda quando estavam com problemas e não se sentirem preparados para iniciar um trabalho ou uma atividade nova em suas vidas. Esses resultados nos mostravam, portanto, que o caminho pela frente seria desafiador, de maneira que, enquanto terapeuta e pesquisadora, senti que teria de me envolver plenamente com todo o meu potencial a fim de mudar esse quadro. Era necessário elevar a autoestima dos participantes, para que, no final, pudessem obter um melhor escore, sinalizando uma saída dessa situação de desencantamento que tomava conta de suas vidas, deixando-os a mercê do destino. Afinal, naquele momento, eles se mostravam pessoas sem vontade e com pouca autonomia.

Estudo como o de López, García e Dresch (2006), mostra a correlação existente entre a baixa autoestima e o sofrimento psíquico. Esses autores apontam o estresse, as doenças físicas e os péssimos hábitos de saúde como fatores diretamente correlacionados com a baixa autoestima. No caso específico de pessoas em situação de sofrimento psíquico, Oliveira e colaboradores (2012) ressaltam o fato de que as consequências estigmatizadoras para os que adoecem psiquicamente são muito sérias e causam inúmeros danos à autoestima e à qualidade de vida.

Nos resultados do instrumento de autoestima, também encontramos respostas que apontavam para sentimentos de menos valia e nulidade. Com efeito, ao serem questionados se eram capazes de expressar e assumir seus desejos, pensamentos e opiniões, os 11 sujeitos/participantes responderam que *não*. Townsend (2014), a esse respeito, enfatiza que uma característica básica para um indivíduo ter boa autoestima é a significância, pois ela se eleva quando a pessoa se sente amada, respeitada e cuidada por outras pessoas significativas. A autora afirma, ainda, que a quantidade de manifestações de menos valia que o indivíduo exhibe — como se sentir incompetente, indigno de ser amado, inseguro e sem valor — é influenciada pelo grau de baixa autoestima que ele experimenta.

Oliveira e Azevedo (2014), por sua vez, destacam que o sofrimento psíquico pode fazer emergir sentimentos de raiva, tristeza, desencorajamento e nulidade, de modo a acarretar uma baixa autoestima, o que tem como consequência a diminuição do investimento por parte da própria pessoa no seu processo de recuperação.

Tendo isso em mente, no pré-teste aplicado foi necessário avaliar os vínculos, pois Barreto (2008) considera ser de extrema importância identificar, já de início, se a pessoa que está em uma TCI vivencia uma situação de sofrimento psíquico e como se encontram seus vínculos familiares, afetivos e sócio culturais. Para o autor, sem dúvida é importante fazer uma avaliação quantitativa dos vínculos; no entanto, mais importante ainda é a avaliação qualitativa; sobretudo, quando a TCI é desenvolvida com pessoas em situação de exclusão social. Isto porque o terapeuta terá a possibilidade de visualizar a necessidade de que ações complementares à TCI sejam desenvolvidas para promover a inclusão social dessas pessoas. Além do mais, permite que o terapeuta tenha um olhar mais atento em relação àqueles participantes que necessitam restabelecer a identidade e o sentimento de pertença.

É importante lembrar aqui que o vínculo é o elo que liga o sujeito biológico à cultura e, portanto, ao social. A necessidade que tem o homem de relacionar-se com outros seres da mesma cultura, ou de uma cultura diversa, leva-o à busca de vínculos. Os vínculos afetivos e culturais criam o sentido de pertencimento, e é este que aumenta o grau de significância da pessoa perante o seu grupo social. Portanto, inferimos que manter vínculos saudáveis nas relações sociais pode aumentar a autoestima e diminuir o sofrimento psíquico.

Dito isso, cumpre salientar que, na avaliação dos resultados, observamos que, em muitos aspectos, os participantes nem sequer estavam vinculados, como mostra a breve análise quantitativa a seguir:

Tabela 02: Avaliação quantitativa geral de vínculos no pré-teste.

Vínculos	Pré-teste
Alternativa A (Ausência Vincular/desvinculação)	29,9%
Alternativa B (Vínculos existentes/vinculação)	70,1%

Fonte: Consolidados dos instrumentos de vínculos no pré-teste, 2015.

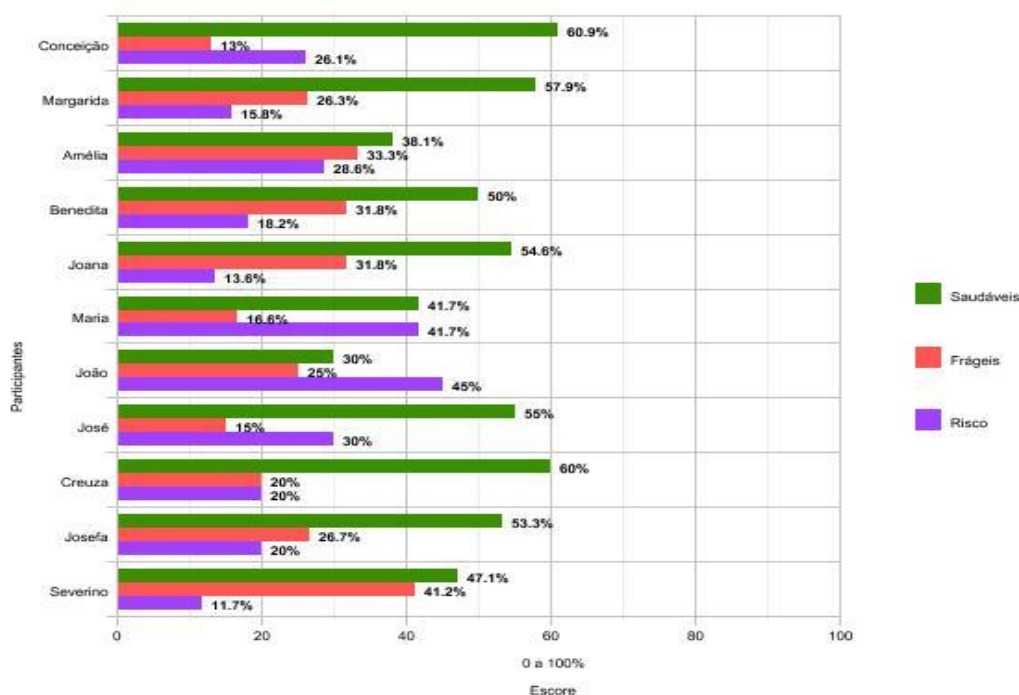
Convém ressaltar que, na tabela 02, transformamos a quantidade de vínculos em porcentagem para uma melhor visualização e entendimento. A tabela confere dados importantes no que diz respeito à vinculação e à desvinculação dessas pessoas, e, quanto a isso, cumpre destacar que, mesmo com vinculações frágeis e de risco — tal como veremos em outro gráfico mais adiante, no qual se mede a qualidade desses vínculos existentes —,

podemos perceber que essas pessoas se encontram vinculadas em muitos aspectos. Por outro lado, é preciso também salientar que vínculos como o profissional, econômico, de saúde física, de apoio social 1, de amizade e tecnológico foram os que mais apontaram no sentido de uma desvinculação. Ademais, três participantes também confirmaram ausência vincular para leitura e escrita, o que expõe, sobretudo, uma fragilidade de base, como a pobreza intelectual, bem como dificuldades oriundas da própria situação de sofrimento psíquico, como o problema de empregabilidade e o de apoio social. Fatores como estes acabam resultando em uma nada desprezível exclusão social dessas pessoas.

Nesse sentido, cumpre ressaltar o exposto por Santos e Hammerschmidt (2012), ao lembraram que o ser humano, com seu sentimento de incompletude, tende a buscar o conhecimento como uma possibilidade para superar os próprios limites, reconhecendo sua interdependência e se fortalecendo pelas relações, interações e associações com seus pares e com os recursos da natureza. Todavia, com a presença do sofrimento psíquico, essa procura geralmente esbarra em fatores como o preconceito social, o estigma e a medicamentação, causando prejuízos nessas interações sociais.

Quanto a isso, para um melhor entendimento e visualização do caso específico aqui abordado, demonstramos no gráfico abaixo os vínculos saudáveis, frágeis e de risco, referentes a cada participante do estudo:

Gráfico 2: Avaliação qualitativa de vínculos do pré-teste.



Fonte: Consolidados dos instrumentos de vínculos no pré-teste, 2015.

O gráfico traz uma demonstração geral da qualidade dos vínculos no pré-teste. O que estes evidenciaram, no que se refere a essas pessoas, foi uma carência de vinculação saudável em muitos aspectos. É importante destacar, aliás, que foram nada menos que 28 variáveis de vínculos analisadas, tomando por base o modelo de Barreto (2008), cujo instrumento, em uma organização e percepção ímpar, tem início com a avaliação dos vínculos familiar, conjugal, filial, de moradia e comunitário. Ou seja, em uma percepção sistêmica, a família é colocada nesse bloco inicial de perguntas como a primeira grande força motriz da investigação. Nesse sentido, especificamente quanto ao nosso caso em tela, o que nos entusiasmou nesse primeiro momento foi o fato de que justamente esses cinco aspectos iniciais tenham sido apontados pela maioria dos participantes como uma vinculação saudável.

Vale dizer que encontramos respostas para essa organização do instrumento de avaliação elaborado por Barreto na perspectiva de Townsend (2002). A autora sustenta que a família pode ser entendida como um sistema constituído por diversos subsistemas, tais como, por exemplo, o subsistema conjugal, o subsistema pai-filho e os subsistemas irmãos. Cada um desses, por sua vez, divide-se ainda em subsistemas de indivíduos. O subsistema familiar, nesse modelo, convém ressaltar, revela-se também parte de um suprassistema maior, como a vizinhança ou a comunidade. Essa perspectiva justifica a organização e a priorização que Barreto propõe em seu instrumento de vínculo, no qual este tece a vinculação de micro para macro, de subsistema para suprassistema.

No contexto dos participantes do estudo, no qual se pode observar que a situação de sofrimento psíquico fragiliza consideravelmente os vínculos em ambos os sistemas, Amarante e colaboradores (2012) destacam que a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica propõe que se desenvolvam estratégias e dispositivos de cuidado capazes de promoverem a transformação do lugar social da “loucura”. Ressaltemos que isso é algo que muda também as próprias relações entre o tecido social e as pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Salles e Barros (2013), por sua vez, voltando-se para a necessidade de inclusão social dessas pessoas, complementam que as redes sociais exercem um importante papel nesse sentido. Em seu estudo, as autoras demonstram que a possibilidade de ter amigos e conviver com os outros ajuda essas pessoas a resgatarem sua autonomia. Isso porque um dos aspectos que define inclusão social para usuários em saúde mental é, de fato, o sentimento de pertença a uma rede social, ou seja, poder contar com a ajuda de outros e, ao mesmo tempo, ser necessário aos outros.

Isto posto, consideramos que a avaliação dos vínculos dentro da classificação proposta — como saudáveis, frágeis e de risco — nos permitiu uma maior compreensão das situações que os sujeitos/participantes enfrentavam no contexto das relações com a família, o trabalho e a comunidade. Tal avaliação nos ajudou a pensar a próxima etapa da pesquisa, isto é, o planejamento das rodas de TCI. Ao passo que o desafio inicial que encontramos com os resultados deste pré-teste foi simplesmente o de procurar (re)ligar essas pontes e tecer vinculação através da TCI.

Esclarecidos todos os pontos acima, passaremos agora à descrição das rodas, conforme estabelecido no plano de análise.

4.3 Descrições das rodas: o crescimento pessoal dos participantes e as mudanças observadas no grupo

Apresentaremos na presente seção as descrições das rodas de TCI, avaliando a movimentação, a comunicação e as redes que foram tecidas pelos participantes. Para uma melhor visualização, as doze rodas foram transformadas em imagens. Assim, é relevante notar, de início, que, na roda de TCI, a disposição dos participantes no espaço físico é circular. Barreto (2008) explica que, com essa configuração, os participantes podem se ver e ter um contato mais próximo, olhando nos olhos do outro para sentir a emoção que emana das falas carregadas de sofrimento. A roda também favorece a contenção grupal e permite que os vínculos afetivos entre os participantes possam se estabelecer.

A característica circular, de fato, assegura aos participantes uma comunicação horizontal, sem níveis hierárquicos. Na TCI, um olhar para a coletividade se revela terapêutico, na medida em que pessoas distintas partilham experiências semelhantes. Esse é um fator que contribui consideravelmente para que os participantes encontrem superação nos desafios pessoais, possibilitando a elaboração de distintas estratégias de enfrentamentos, vendo e sentindo o que o outro está expressando. Essa atitude reforça o apoio mútuo, através da demonstração de carinho e empatia (SANTOS et al., 2014).

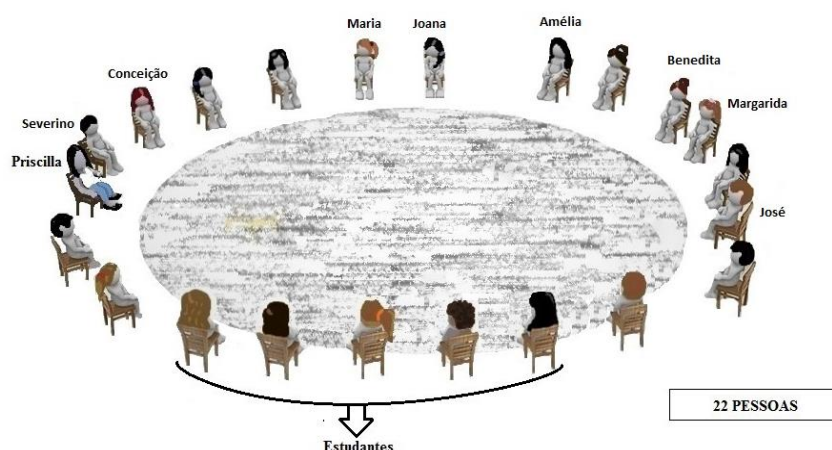
A roda de TCI é realizada com base no protocolo criado por Barreto (2008), o qual tem uma sequência de 5 passos, que já foram explicitados anteriormente. Obviamente, é impossível descrever todos os atos ocorridos nas rodas de TCI, abarcando a totalidade do processo. O que faremos a seguir, portanto, é uma descrição sumária da roda que obedece à sequência dos passos, de modo a ressaltar as falas e comportamentos dos sujeitos/participantes investigados; em especial, o que chamou a nossa atenção, levando-se em

conta o objeto da presente investigação. Quanto a isso, aliás, esclarecemos que serão elencados aspectos como a interação, as relações dos participantes entre si e a dinamicidade desse grupo, visando à melhoria da autoestima e da rede de vínculos constituída por eles na roda.

1ª Roda. Tema: Convivência com familiar dependente de drogas

A primeira roda de TCI aconteceu em uma pequena salinha do CAPS escolhido para o estudo. Todos se sentaram nas cadeiras dispostas em círculo, tal como se vê na ilustração abaixo (Figura 04). Os usuários se sentaram bem próximos uns dos outros e se dispuseram aleatoriamente. Prontamente percebi que não havia afinidades: alguns se tratavam como desconhecidos e se distraíam pouco. Os usuários se olhavam de “canto de olho”, desconfiados e tímidos.

Figura 04: Representação da primeira roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

Nesse primeiro encontro, estávamos presentes precisamente: eu, 8 participantes do estudo, 5 estudantes do curso de enfermagem e 8 usuários do serviço.

Dei início ao primeiro passo — o *acolhimento* —, cantando uma música da própria TCI (Anexo 5.1). Então, falei um pouco acerca da TCI, antes de comentar sobre suas regras. Lembro que, ao falar das regras, alguns mudaram suas feições, abrindo mais os olhos com ar de preocupação. Quanto a isso, convém salientar que, no CAPS, o fazer silêncio foi a regra mais desafiadora, uma vez que o comportamento impulsivo era característica de vários participantes, além de apresentarem uma grande demanda de fala. Nesse primeiro momento,

também comemoramos os aniversariantes da semana e as conquistas que tinham a celebrar em sua vida.

Propus então uma dinâmica intitulada de: “Faça assim” (Anexo 5.2), e todos, sem exceção, participaram, riram e se divertiram. Naquele momento, os participantes faziam um movimento, e os outros o repetiam; além disso, deveriam chamar um dos colegas que a não tivesse participado para o meio do círculo, o que trazia comicidade e leveza à dinâmica.

No momento da *escolha do tema*, foi observado um fato que se repetiu ao longo de várias rodas. Na hora da votação, depois de alguns participantes terem falado sobre suas inquietações, informei a regra de que cada um só poderia votar uma única vez, naquela situação com que mais se identificasse, ou seja, a que mais se parecesse com sua própria história de vida. O curioso foi que, mesmo com a regra colocada, muitos dos usuários votaram mais de uma vez. Esse fenômeno nos chamou atenção: seria, por acaso, o primeiro traço de empoderamento dessas pessoas? Afinal, repeti várias vezes a regra da votação, ao passo que burlar regras no CAPS era algo, digamos, nada comum, para não dizer inédito. Todavia, na roda, essas pessoas o conseguiram — timidamente, é verdade, mas o conseguiram! A nosso ver, esse acontecimento não se deveu à falta de compreensão, já que a regra foi devidamente reforçada, de modo que eles simplesmente insistiram, apesar disso, em votar em mais de um tema proposto.

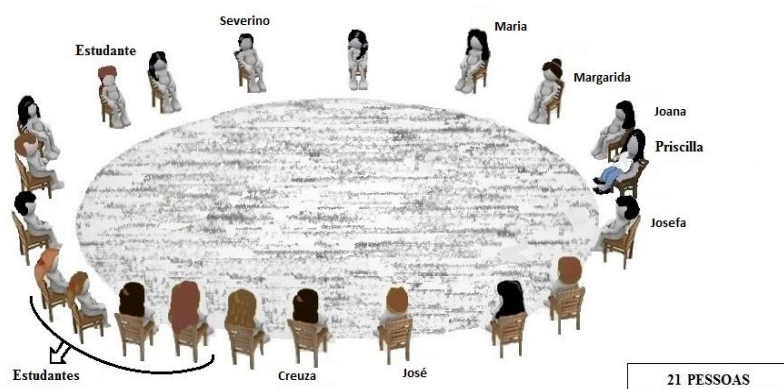
O tema enfim escolhido foi sobre a convivência com algum familiar dependente de drogas. A participante que o expôs chegou a chorar enquanto falava, e todos ficaram visivelmente comovidos, alguns ao ponto de chorarem também. Dentre todos os que falaram na ocasião, ela foi a que visivelmente demonstrou maior fragilidade, e, a partir de seu relato, logo se viu um clima de empatia no grupo. Todos se solidarizaram com sua dor, de modo que seu problema foi o mais votado, com dez votos. Assim, no passo seguinte — o da *contextualização* —, a participante falou de sua angústia e insegurança ante a situação de vulnerabilidade em que a drogadição colocava seu sobrinho. Seu temor era de que ele acabasse perdendo a vida, enredado em tal contexto. Mais tarde, na etapa da *problematização*, foi a vez de algumas pessoas que passaram por semelhante situação falarem e destacarem suas estratégias particulares de enfrentamento. Nisso apontaram: a procura por um tratamento especializado; o diálogo franco e aberto; a procura de ocupação e trabalho; a busca de ajuda na religião e em Deus. O consenso, ao fim, foi de que essa primeira roda havia sido intensa e emocionante.

A esse respeito, cumpre destacar um fato ocorrido justamente ao final da roda, durante o *encerramento*, realizado com o ritual de agregação. Uma participante então expressou o

quanto a terapia havia sido importante para ela, chegando a afirmar que, com essa vivência, todos ali tinham voltado a ser cuidados. Nesse momento, houve aplausos a essa usuária e uma comoção coletiva. Como no início, cantamos uma música da própria TCI na conotação positiva (Anexo 5.3), quando houve comoção e solidariedade, enquanto cada um partilhou o que estava levando da roda, e alguns evidenciaram o exemplo do outro como uma força para si.

2ª Roda. Tema: Solidão/ Rejeição

Figura 05: Representação da segunda roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A segunda roda de TCI também aconteceu na salinha de oficinas do CAPS, e a ela compareceram mais pessoas do que na primeira roda. Era um dia de sol, o clima estava agradável, e os participantes já mais entrosados.

Especificamente, presentes na ocasião, estávamos: eu, 7 participantes do estudo, 5 estudantes do curso de enfermagem e 8 usuários do serviço.

No *acolhimento*, as regras já começavam a ser timidamente lembradas. Quando perguntei quem ali se lembrava de alguma regra da TCI, um participante logo citou a referente a fazer silêncio quando outro estivesse falando. Ainda assim, essa foi a única regra lembrada, enquanto os demais ficaram calados, esperando atentamente que fossem de novo mencionadas as outras regras de que já não se lembravam.

Cumprе destacar, ainda, que jamais eram esquecidas as comemorações de cada semana, principalmente os aniversários dos usuários e os de pessoas importantes para eles. Isso trouxe mais alegria às rodas, mais felicidade e vida, enquanto todos se sentiam

valorizados por terem sido lembrados, comemorando, todos juntos, datas e momentos tão significativos.

Com relação à dinâmica inicial realizada, esta contou com o uso de balões e foi conduzida pelos estudantes de enfermagem. A atividade permitiu uma reflexão sobre o trabalho em conjunto, visto que o intuito da brincadeira era que o grupo não deixasse as bolas de assopro cair no chão, cada um ficando atento enquanto os demais jogassem. Os participantes gostaram da dinâmica e a elogiaram bastante, enfatizando que, se não fosse a ajuda de um ao outro, todas as bolas teriam caído no chão. Então, uma estudante explicou o objetivo da dinâmica, dizendo que assim era nossa vida — que, muitas vezes, precisamos da ajuda do outro para não cairmos —, e enfatizando como são importantes, nesse sentido, os amigos, a família e todas aquelas pessoas que compõem nossa rede de apoio na comunidade. Todos a aplaudiram, e alguns complementaram sua fala, dizendo que, sem ajuda, ninguém iria a lugar algum.

Na *escolha do tema* dessa roda, o mais votado, com 9 votos, foi a solidão, rejeição e indiferença. Na *contextualização*, antes da usuária começar a falar, expliquei ao grupo que quem quisesse poderia fazer perguntas, contar piadas ou cantar alguma música que tivesse a ver com o que ela estava falando. Ao iniciar sua fala a participante contou que, após o adoecimento psíquico, cerca de dez anos antes, sua sogra a separou dos filhos, fazendo-a se sentir muito sozinha. Os filhos, por sua vez, raramente iam visitá-la, de modo que se sentia também rejeitada por eles e pela própria família. Essa fala repercutiu em várias pessoas da roda.

A essa altura, cumpre dizer que, já na segunda roda, pudemos perceber alguns traços de diminuição da passividade. Alguns saíram de uma posição passiva (como nas oficinas terapêuticas) para a ocupação de uma situação de autonomia, já não esperando que eu fizesse as perguntas, dirigindo, eles mesmos, as perguntas à usuária, a quem alguns se dirigiram, indagando-lhe coisas como: “Você tem netos?”, “Você procura alguém para conversar e se distrair?”, “O que faz nas horas vagas?” Observamos então que as perguntas não foram diretivas nem aconselhadas; na verdade, eles a estavam estimulando a encontrar uma solução viável para si mesma, já que se sentia solitária e abandonada pela família.

Contudo, o mais interessante desta roda ainda estava por acontecer. Isto é, ainda que não fosse permitido dar conselhos, durante a *problematização* um dos usuários não se conteve, e o conselho saiu. Mas este não foi só para a participante; foi para todos na roda, na hora da problematização, quando o mote foi lançado. De pronto, disse ele que, por mais que uma situação fosse difícil, as pessoas que ali estavam não deveriam perder as esperanças. A

simples oportunidade de estar na TCI, afirmou então, já era para ele um presente, uma chance de crescimento pessoal.

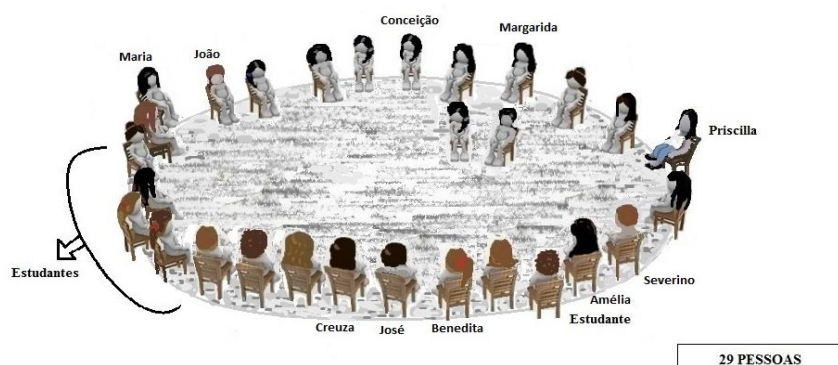
Houve uma comoção coletiva com a colocação desse participante. Afinal, se ele aconselhou (descumprindo, assim, as regras), o fato é que também criou estratégias de enfrentamento com aquela fala. Depois disso, muitos outros pediram a oportunidade de se manifestar, e outra fala acabou também chamando a atenção de todos na roda. Uma participante, em uma importante contribuição, enalteceu o amor próprio, afirmando que, quando voltou a se amar, passou a viver novamente. Tivemos, então, a oportunidade ver a autovalorização como estratégia de enfrentamento. Muitos dos demais balançaram a cabeça positivamente ao ouvirem aquela fala. Algumas outras pessoas que passaram por situação semelhante àquela da participante que teve o tema escolhido também falaram e apontaram suas estratégias de enfrentamento, tais como: visitar amigos; sair de casa; ir para academia; vir para o CAPS.

Nessa segunda roda, em que houve conselho dado, descumprindo-se uma regrinha da TCI, percebi traços de empoderamento na fala, principalmente no que diz respeito ao amor próprio. Os participantes tinham entendido o sentido da roda, a dinamicidade da ajuda mútua e a complementariedade das ideias, num sistema de autoajuda.

No *encerramento*, cantamos, como já havíamos feito e faríamos outras vezes, a música da TCI “Estou balançando mas não vou cair, mas não vou cair...” (Anexo 5.3). Depois dela, pedíamos para que os participantes dissessem o que estavam levando da roda. Naquele dia, afirmaram levar: coisas boas, capacidade de renascimento, alegria, felicidade, fé, sabedoria. Também cantamos, na ocasião, uma música do Lulu Santos, a saber: “Como uma onda no mar” (Anexo 5.4). Dela, extraímos a reflexão de que os problemas da vida passam e se resolvem, como no vai vem das ondas.

3ª Roda. Tema: Incapacidade/ desgosto/ Desrespeito

Figura 06: Representação da terceira roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A terceira roda aconteceu em um dia de clima agradável e contou com um número maior de participantes. Nesse dia, percebemos que a salinha do CAPS estava ficando pequena para a quantidade de pessoas; daí, a disposição na roda tal como visto na Figura 03, com duas pessoas mais à frente. Em razão dessa situação, ficou decidido então que a roda seguinte seria realizada no pátio externo do CAPS, onde poderíamos acolher um número ainda maior de participantes, se fosse o caso. De qualquer modo, cumpre dizer que, na terceira roda de TCI, estávamos presentes: eu, 9 participantes do estudo, 5 estudantes do curso de enfermagem, 13 usuários do serviço e um familiar.

A terceira roda foi muito animada. No *acolhimento*, iniciamos com a música própria da TCI (Anexo 5.1). No momento da partilha das regras e também de apontarmos os aniversariantes do mês, a regra do silêncio e da proibição dos conselhos foi lembrada ativamente. Todos demonstravam recordar que não podiam aconselhar durante a roda, embora nem sempre essa regra tenha sido respeitada por eles.

Na dinâmica, por sua vez, foi utilizada uma boneca de pano, com intuito de que os participantes sentissem que o que faziam a outro poderia gerar consequências para si mesmos. Assim, pedimos que beijassem a boneca onde quisessem no corpo dela. Em seguida, orientamos que beijassem o colega ao lado na mesma parte do corpo em que haviam beijado a boneca. O riso foi coletivo, já que alguns tiveram então de beijar os pés, o olho, a orelha, o nariz, os cabelos etc., do colega ao lado. Por fim, todos os usuários partilharam como se sentiram ao reproduzir esse ato. Trabalhamos, com essa dinâmica, a reciprocidade emocional e a empatia.

Convém destacar que, como todos tinham uma demanda de fala muito grande, após uma breve apresentação da TCI, os usuários já iniciavam fala na *escolha do tema*, e muitos levantavam as mãos ao mesmo tempo. Por outro lado, também percebi que essa ansiedade para falar foi diminuindo gradativamente nas rodas seguintes, à medida que os participantes foram se habituando a esperar atentamente o outro concluir a sua fala, para só então se colocarem. Contudo, como estamos descrevendo a terceira roda, isso ainda era novidade para eles, e a demanda reprimida de fala ainda era muito grande. Notei que tinha de me desdobrar para dar vez a todos, levando em conta a importante participação de todo o grupo.

O tema escolhido por votação nesse dia, com 14 votos, foi sobre incapacidade. A esse respeito, cabe uma ressalva aqui de que houve outros problemas que chegaram a receber 7, 10 e 12 votos. Isso porque, mais uma vez, mesmo sabendo que só podiam votar uma vez, houve subversão das regras e consequentemente do sistema.

Retomando a temática eleita, a participante, na etapa de *contextualização*, falou que se sentia incapaz, pois não conseguia ajudar o irmão que morava no sítio. Ele bebia, brigava com a esposa, e esta o expulsava de casa. Isso deixava a irmã muito angustiada. Outra questão colocada por ela, também nesse sentido, foi a autopunição por não poder fazer mais pelo irmão. Revelou ainda sentir certo desgosto por sua nora, que a chama de mentirosa e não quer que ela opine na criação do neto. Um desgosto que também foi demonstrado com relação ao próprio filho, visto como não lhe sendo grato por tudo que ela já havia feito por ele. A participante destacou que sentia que, desse modo, havia sido desrespeitada como mãe e como mulher. Outro ponto que convém destacar é que, na problematização, muitos comentaram situações bem parecidas e apontaram estratégias de superação como: a autovalorização e a procura de refúgio em Deus e na Bíblia.

No *encerramento*, cantamos a música balançando na terapia (Anexo 5.3) e, ao finalizamos, os usuários, quase que em uma fala coletiva, pediram para que fosse mudado o horário de realização das rodas. Eles preferiam que fosse realizada no primeiro horário, das 14h às 15h — até então, elas vinham acontecendo das 15h às 16h30. Levei prontamente a demanda à coordenação do CAPS, e convém destacar como um fato interessante nesse momento que, ao decidir fazê-lo, alguns usuários se levantaram e me acompanharam, em uma tentativa de dar mais força ao pedido e demonstrar representação do grupo.

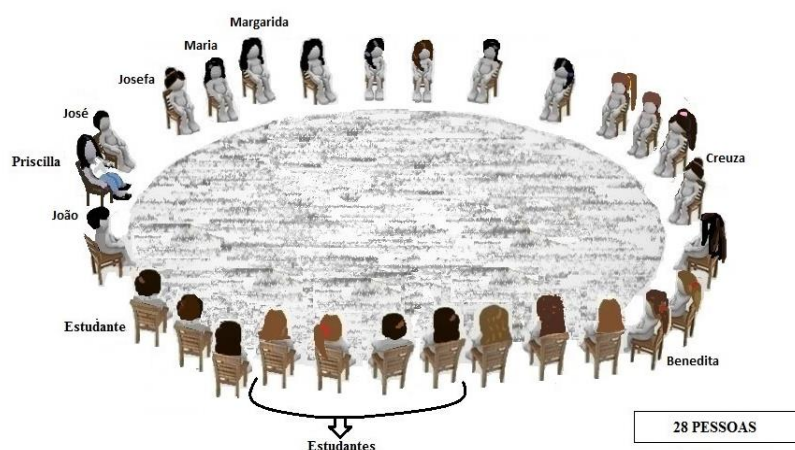
A demanda foi acolhida pela coordenação e também pela técnica de referência que realizava as oficinas no primeiro horário. Esta o cedeu para a realização da TCI e reencaminhou todos os usuários que frequentavam ali, então, sua oficina de artesanato, pois entendeu que a terapia, ante as repercussões positivas verbalizadas pelos usuários, mostrava-

se uma excelente estratégia de cuidado. Por isso, a técnica não pensou duas vezes em aceitar a mudança de horário de uma oficina que já acontecia havia anos, só para atender as demandas desses usuários que dela participavam.

Esse foi um ato importante de empoderamento dessas pessoas, assim como uma mudança de cultura, de hábitos e de horários estabelecidos por regras já impostas no CAPS fazia muito. O grupo sabia que estava se fortalecendo e agora já dava pequenos sinais disto.

4ª. Roda. Tema: Preconceito

Figura 07: Representação da quarta roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A quarta roda de TCI aconteceu em um pátio ao ar livre do CAPS, também a pedido dos participantes. A salinha de oficinas havia ficado pequena, pois precisávamos de espaço para acolher mais pessoas. Eu sempre chegava uns 15 minutos antes, a fim de ajeitar o espaço, juntamente com os estudantes. Em razão disso, a antiga salinha estava decorada com cartazes de boas-vindas, mas isso já não importava mais a essa altura. O interesse agora era na roda e nas pessoas que dela participavam.

Nesse dia, algo que não havia observado nos dias anteriores, alguns participantes foram ajudar na formação da roda, levando cadeiras e chamando os demais. Lá de dentro, podíamos ouvir algumas pessoas ao lado de fora dizendo: “Vamos pessoal, a terapia hoje é lá no pátio, não é mais na salinha não”. Notamos, nessa oportunidade, a repercussão mobilizadora dos participantes: eles já se formavam em grupo sem que fosse preciso chamá-los, já nos ajudavam sem precisarmos pedir e já cumprimentavam uns aos outros sem necessidade de dinâmica alguma. Isso, para não mencionar que os cumprimentos agora já

ultrapassavam as formalidades de um olhar, de uma sobrancelha levantada, de um aperto de mão. Muitos, de fato, foram se vinculando roda após roda. Interessante foi que alguns abraços, mesmo que dados apenas em mim, e por respeito, já foram aparecendo de forma mais espontânea.

Estávamos presentes neste dia: eu, 7 participantes do estudo, 5 estudantes do curso de enfermagem e 14 usuários do serviço.

No *acolhimento*, novamente falamos das regras, e a do silêncio foi lembrada por eles. Nesse momento, também celebramos as conquistas da semana e os aniversários dos participantes da roda e/ou o de pessoas queridas por eles. Já a dinâmica realizada dessa vez foi a do pirulito, através da qual os alunos estimularam o trabalho em grupo e a solidariedade. Os participantes tinham de achar um meio de chupar o pirulito com o braço estendido. Uma das usuárias, após um tempo, descobriu que isso só seria possível se ajudasse o colega ao lado nessa missão. Depois desse achado, todos ajudaram uns aos outros e saborearam o pirulito. A discussão da dinâmica foi importante, pois, nesse dia, o que se expôs foi a indispensável questão da ajuda mútua e solidária para enfrentarmos as situações cotidianas.

Percebemos que a roda realizada na área externa do CAPS proporcionava um ambiente mais fresco e de mais contato com o meio ambiente; porém, também notamos que os participantes ficaram um pouco dispersos. Eles mesmos, no entanto, foram se ajustando, começando por perceber que teriam que falar um pouco mais alto para que os demais pudessem ouvi-los. Ainda assim, como as informações visuais eram muitas, às vezes, a distração inevitavelmente acontecia. Considerei isso positivo, no entanto, pois, com a distração, alguns conversavam com o colega ao lado, o que contribuía para tornar mais forte o vínculo entre eles.

Na *escolha do tema*, foi eleito um ponto polêmico: o preconceito. O depoimento em questão causou comoção nos demais colegas e foi escolhido com 17 votos. Muitos dos participantes desse dia tinham uma história para contar, e, ainda na escolha do tema, outras histórias de conteúdo similar foram evocadas. Houve choro, cantorias e comoção. O preconceito definitivamente fazia parte da história de vida de cada um ali. Como dito, houve mais três histórias de preconceito colocadas para a escolha do tema: uma sobre violência da polícia perpetrada contra o participante e outras duas sobre violência física e psicológica praticadas contra eles pela própria família.

Na *contextualização*, a história exposta naquele dia foi a de um jovem padeiro demitido de onde trabalhava, depois que o patrão descobriu que ele fazia tratamento no CAPS. Na *problematização*, muitos partilharam situações dolorosas de preconceito e

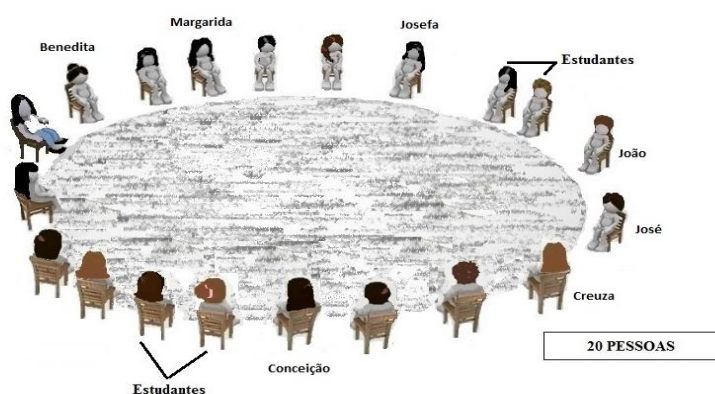
apontaram suas estratégias de enfrentamento. Uma fez menção a assédio moral em seu ambiente de trabalho, outra dentro de casa, outra na firma onde trabalhava, outra em seu salão de beleza, outra dentro do ônibus. Foram situações muito debatidas e partilhadas, e as estratégias de enfrentamento utilizadas envolveram: o diálogo; o apoio da família; a procura por tratamento médico e medicamentoso; a igreja, e a fé em Deus.

Nesse dia, a roda teve um ar de catarse muito grande. Percebi que quanto mais íamos avançando em nossos encontros, mais eles se sentiam à vontade para partilhar problemas mais complexos e dolorosos. Íamos gradativamente adentrando, com maior profundidade, uma zona dolorosa e difícil de ser trabalhada: o sentimento.

O *encerramento* dessa roda foi inusitado, pois, no ritual de agregação, um dos participantes desejou, como forma de apoio e sinal de empatia para com o ex-padeiro que teve seu tema eleito, que a padaria onde ele trabalhava pegasse fogo, o que causou uma risada coletiva. Todos sem exceção riram da piada, mas, para não estimular nem propagar violência, teci mais alguns comentários sobre o tema em foco, evitando dar continuidade a atitudes e expressões similares. A TCI terminou, assim, com um abraço coletivo e a música “Balançando na Terapia” (Anexo 5.3).

5ª Roda. Tema: Indiferença

Figura 08: Representação da quinta roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A quinta roda teve algumas particularidades: aconteceu em dia atípico e depois de alguns contratempos e inconvenientes. Era uma quarta-feira, precisamente, 19 de agosto de 2015. A data do encontro foi mudada devido a uma dedetização no CAPS, feita no final de semana anterior, a qual não foi informada previamente nem a mim nem aos usuários do

serviço. A data antes agendada era a segunda-feira, 17 de agosto, mas uma das técnicas de referência do serviço entrou em contato apenas dois dias antes, via mensagem de WhatsApp, para informar sobre o não funcionamento do CAPS naquela segunda-feira e sobre o fato de que a reabertura seria apenas na terça-feira.

Ao ficar ciente disso, liguei imediatamente para cada usuário, remarcando a roda de TCI para a terça-feira à tarde, e todos entenderam e se comprometeram a ir. Porém, já na terça, pela manhã, a mesma técnica me informou, através da mesma rede social, que o CAPS também não poderia funcionar naquele dia, por causa do odor do veneno ainda intenso, ficando a reabertura adiada para a quarta-feira. Isso me obrigou a ligar novamente para cada usuário que participava das rodas a fim de remarcar, outra vez, o encontro — agora para a quarta-feira à tarde. No entanto, nesse meio-tempo, fui avisada de que o CAPS também estaria fechado na quarta-feira e só reabriria na quinta-feira!

Foi nesse momento que comecei a planejar uma estratégia para acolher aquelas pessoas, pois decidi que não ligaria de novo, desmarcando mais uma vez a roda. Temi que tal situação poderia resultar em uma quebra vincular e uma incredulidade por parte dos usuários, com relação ao compromisso que havíamos firmado para a roda acontecer semanalmente. Falei, então, com a coordenadora do serviço, a quem pedi autorização para realizar a roda de TCI no pátio externo do CAPS, acompanhada pelo zelador do local e pelos estudantes de enfermagem. Assim, tendo sido atendida minha solicitação, a roda de TCI pôde ser realizada no referido pátio, com todos aqueles que haviam firmado o compromisso de ir. Quando os participantes chegaram ao CAPS e viram que, embora o serviço não estivesse funcionando naquele dia, a roda aconteceria normalmente, todos se sentiram acolhidos, importantes e cuidados.

A essa quinta e atípica roda, comparecemos: eu, 7 participantes do estudo, 4 estudantes do curso de enfermagem, 7 usuários do serviço e um familiar.

No *acolhimento*, como de costume, celebramos os aniversariantes da semana e suas conquistas, e recordamos as quatro regrinhas da TCI. A regra do silêncio mais uma vez foi espontaneamente lembrada. A dinâmica que fizemos nessa data, por seu turno, tinha a ver com a percepção das qualidades no outro. Nela, pedimos que listassem três qualidades do colega ao lado e que justificassem suas observações. Estávamos cientes de que vários participantes tinham baixa autoestima ou tendência a esta, de modo que o objetivo da dinâmica era que percebessem que tinham qualidades que, muitas vezes, não enxergavam, devido à própria situação de sofrimento psíquico e por seus sentimentos de menos valia e de inferioridade. Como resultado, tiveram o *ego* enfatizado, e alguns, no fim, exibiram um

semblante de felicidade e uma maior percepção do outro, no que diz respeito às suas qualidades.

Na *escolha do tema*, a situação-problema eleita com oito votos foi a indiferença. E, na *contextualização*, a participante cujo tema foi escolhido desabafou sobre como era difícil sua relação com o marido, que a tratava com indiferença sempre que com ela se chateava. O sentimento dela era de angústia, e tinha a percepção de que aquela situação desgastava seu casamento. Nesse dia, havia um usuário novo na roda, o qual, mesmo ciente de que não deveria dar conselhos, após ter sido devidamente informado sobre as regras, aconselhou a participante em questão. Disse-lhe que estava valorizando demais o companheiro e que ela, pelo visto, vinha trabalhando sozinha para que o relacionamento desse certo.

De nosso ponto de vista, o que percebíamos era que os participantes que estavam a mais tempo na roda tendiam mais a respeitar as regras impostas, as quais procuravam seguir. Por isso mesmo, os conselhos, a essa altura, já eram vistos com estranhamento por parte de alguns. Quem participava da TCI pela primeira vez, contudo, normalmente não se furtava a aconselhar. Por outro lado, vale também dizer que, harmonicamente, eles mesmos iam trabalhando seus comportamentos, de modo a promover a homeostase do grupo, acolhendo as diferenças e divergências.

A participante que teve seu tema eleito rebateu o conselho dado, dizendo que era uma mulher de atitude e que já tinha até colocado o marido para fora de casa, mas, por ser ele um homem “bom”, ela o havia aceitado de volta. Ademais, buscava outra saída para não acabar o casamento. Nesse momento, o participante novato percebeu que seus conselhos não seriam bem-vindos e silenciou-se.

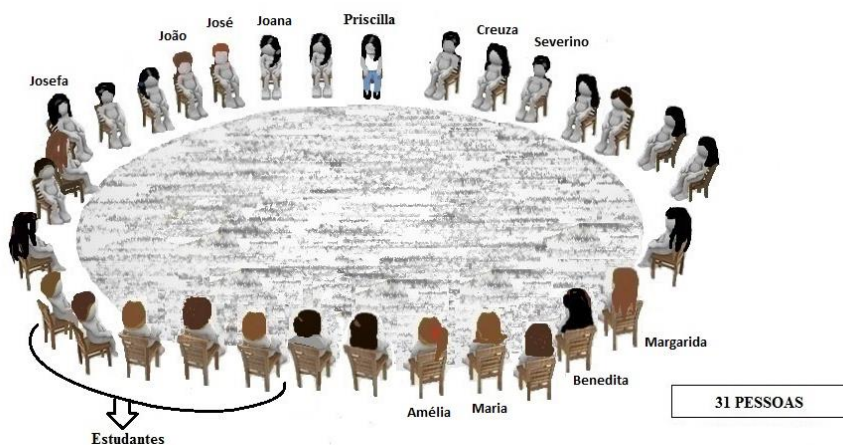
A roda fluíu com várias *problematizações*, em face das quais foram citadas importantes estratégias de enfrentamento à situação da indiferença. Muitas destas, na verdade, compreendiam vivências similares no que dizia respeito a intrigas, desrespeito de familiares e violência psicológica. Muitos elencaram estratégias de enfrentamento como o apoio da família, a fé em Deus, a procura por ajuda e o tratamento, enquanto um dos participantes cogitou, inclusive, a hipótese do divórcio como possível estratégia de superação para seu sofrimento.

O *encerramento*, por sua vez, conduziu a uma reflexão sobre a autovalorização, o perdão e o amor a si e ao próximo. Foi finalizada a roda com uma música de conteúdo religioso, escolhida e cantada pela participante que teve seu tema eleito. Um trecho da letra me chamou atenção, pois dizia: “Passa os céus e passa a terra, tudo vai passar, mas o que Deus te prometeu ele cumprirá” (Anexo 5.5). Através dessa música, a referida participante

também criou as próprias estratégias de enfrentamento, cantando que tudo passaria, apoiando-se em sua fé em Deus.

6ª Roda. Tema: Preconceito

Figura 09: Representação da sexta roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

As rodas aconteciam sempre seguindo o protocolo proposto por Barreto. Assim, no *acolhimento*, sempre dávamos boas-vindas e celebrávamos a vida dos aniversariantes do mês, bem como suas conquistas. Além disso, explicávamos rapidamente os objetivos da TCI e suas regrinhas, e finalizávamos com a dinâmica realizada com o grupo.

Muitos já recordavam algumas regras, mas sem dúvidas as mais lembradas eram a de fazer silêncio quando outro estivesse falando e a da proibição de conselhos. Estas foram, sem dúvida, as que mais os marcaram ao longo das rodas, porque causaram estranhamento a princípio; posteriormente, subversão, e, finalmente, respeito. Depois da sexta roda, raramente algum participante tentou aconselhar outro.

Dito isso, salientemos que, nessa roda, estávamos presentes: eu, 10 participantes do estudo, 5 estudantes do curso de enfermagem e 15 usuários do serviço.

A dinâmica então realizada foi a caixa com o fundo de espelho. Os estudantes perguntaram o que cada pessoa, ao abrir a caixa, achava daquela imagem avistada lá dentro. Muitas das respostas sinalizaram para nós a persistência, ainda, de baixa autoestima, tais como, por exemplo: “Acho essa pessoa aí mal desenhada”; “Eu a acho um pouco triste”; “Eu a acho feia”, ou “Ela não tem qualidades”. Em todo caso, de um total de 25 (vinte e cinco) participantes — excluídos eu e os estudantes —, essas foram as únicas respostas negativas, mostrando-se todas as outras, ainda que timidamente, qualitativas e positivas. Dentre estas,

ouvimos definições como: “simpática”, “feliz”, “inteligente”, “bacana”, “um lorde”, “bonita”, “de bem com a vida”, “boa”, “elegante”, alguém “que procura viver bem”, “que não faz mal a ninguém”, e “contente”. Alguns desses predicados se repetiram, embora não os tenhamos listado aqui mais de uma vez.

Através dessa dinâmica, trabalhamos a autoestima, o autorreconhecimento, a autovalorização e o empoderamento. Muitos que, antes, viam-se cabisbaixos e tristes, agora se enxergavam como pessoas felizes, inteligentes, mais bonitas, bacanas e com uma visão mais aberta de mundo. Assim, pudemos observar, a partir dessa simples dinâmica, que a forma de enxergarem a si mesmos e de se verem no mundo ia mudando aos poucos, passo a passo. Já se via uma diferença em relação ao que haviam apontado no instrumento de autoestima quase dois meses antes.

O *tema escolhido* na roda, mais uma vez, foi o preconceito, eleito com 13 votos. Era uma demanda reprimida em muitos deles e que precisava ser trabalhada com certa urgência. Em quase todas as rodas, alguns dos temas convergiam para essa temática. O interessante, nesse dia, é que houve três pessoas que falaram de preconceito, e cada uma delas obteve 13 votos. É claro que isso significa que a regra do voto único não foi respeitada em nenhuma das rodas. Contudo, minha leitura disso foi sempre positiva: a de que, no voto, esses participantes se empoderavam, justificavam suas escolhas, e isso os fazia se sentir importantes no cenário de escolha. Fizemos então uma nova votação para decidirmos entre as três pré-escolhidas, e, destas, a que expunha aspectos mais delicados foi a eleita em definitivo.

Na *problematização*, o participante em questão relatou uma situação de agressão gratuita que sofreu de um motorista de ônibus. Ao entrar no veículo, com destino ao estádio “Amigão”, o usuário disse que o motorista o chamou, em voz alta, de “doido do CAPS”. O participante reagiu indagando: “Por que você está dizendo isso?” Ao que o motorista respondeu: “Porque vejo você todo dia descendo no CAPS”. Isso causou um desconforto imediato, da perspectiva do usuário, para quem as outras pessoas no ônibus também exibiram reações preconceituosas em relação a ele. Ao relatar sua experiência, o usuário reclamou ainda de que a prefeitura deveria disponibilizar advogados para as pessoas que sofrem este tipo de violência.

Na *contextualização*, muitos usuários se manifestaram, em uma clara tentativa de trabalharem suas demandas e mostrarem suas estratégias de enfrentamento. Uma participante falou do preconceito no âmbito familiar, outra do praticado por pessoas de sua igreja, outra do vivenciado na própria comunidade, e outros dois mencionaram o preconceito sentido no âmbito do próprio CAPS. Relataram o fato de que nem sequer ao médico tinham mais

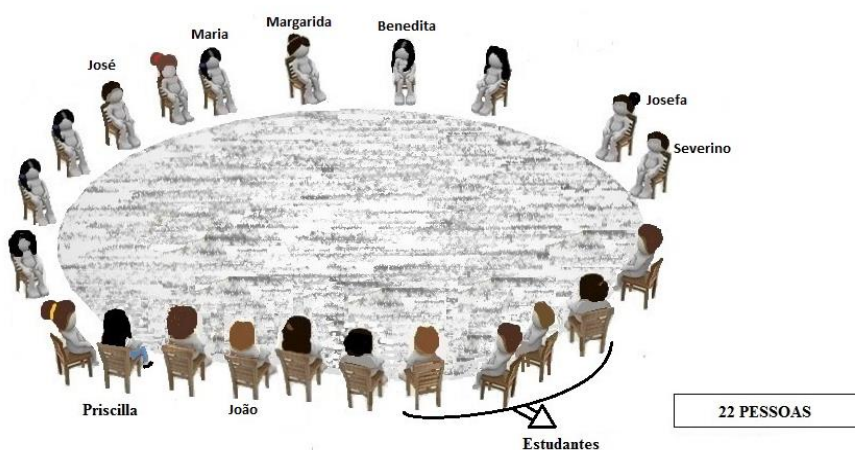
autonomia para vir sozinhos, após a descoberta da doença. Outros reclamaram, ainda, da cidadania perdida com a doença mental, como o não poder mais tirar carteira de habilitação e dirigir, não poder mais viajar para o exterior sozinho, e, até para ir ao supermercado, ser exigida a companhia de um parente. Um dos participantes falou a respeito do estigma e da marca deixada pelo sofrimento psíquico, destacando que o estigma da loucura é como uma tatuagem que não sai mais.

Depois da fala deste usuário, houve ainda muitas outras, expondo situações de preconceito vivenciadas. No entanto, o que nos chamou a atenção foram as estratégias de enfrentamento. Dentre as mencionadas, destacamos: a procura pela família e pela igreja, não se importar mais com as ofensas, o diálogo, não guardar mágoas nem rancor, e buscar ocupar a mente com coisas produtivas.

No ritual de agregação, por sua vez, foi cantada a oração de São Francisco (Anexo 5.6), sugerida por uma participante. A música se encaixou perfeitamente no tema, uma vez que evocou de todos um sentimento de empatia e compaixão pela humanidade. Trechos importantes foram cantados com muita força e vontade. De meu ponto de vista, confesso que, a cada roda, aprendia uma lição de vida com aquelas pessoas.

7ª Roda. Tema: Perda de identidade com a doença mental

Figura 10: Representação da sétima roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A sétima roda aconteceu em um dia chuvoso. E, quanto a isso, cumpre destacar que a frequência nas rodas era sazonal: se o clima era agradável, compareciam mais pessoas; se estava ruim, vinham poucas. Ou seja, o clima era mais um fator a ser levado em conta por

nós. E, já que este não favorecia a realização da roda no pátio externo, optamos por uma área interna: a salinha de oficinas do CAPS.

Estávamos presentes na ocasião: eu, 7 participantes do estudo, 4 estudantes do curso de enfermagem e 9 usuários do serviço e um familiar.

No *acolhimento*, seguindo o costume, demos as boas-vindas, celebramos os aniversários e as regrinhas da TCI foram faladas. Os participantes se lembraram das regras do silêncio e da proibição de conselhos. A dinâmica de integração realizada nesse dia, por sua vez, foi a dinâmica dos pares, com a qual procuramos trabalhar os vínculos. Nela, pedimos para cada um tirar de um saco plástico uma frase. Em seguida, deviam procurar, entre as frases tiradas pelos demais participantes, aquela que complementava a sua. Por exemplo, no papelzinho tirado por um usuário, lia-se: “Eu sou um jardim sem flores”. Após a pessoa ler sua frase, deveria se manifestar o colega que houvesse tirado aquela que a complementava: “Eu sou as flores do seu jardim” (vide Anexo 5.7). Isso era feito sucessivamente, com as demais frases e pessoas, e sempre que se identificava o respectivo par, os dois deveriam se dar um caloroso abraço. Essa dinâmica serviu para mostrar que cada um podia encontrar apoio, ajuda mútua e empatia em qualquer um dos demais participantes. Desenvolveu-se também uma noção de complementaridade. Por fim, a atividade serviu para aproximar os que ainda pudessem estar distantes e permitiu o desenvolvimento de simpatias e empatias de uns para com os outros. Depois dela, o passo a passo da TCI foi seguido normalmente.

O *tema eleito*, com 12 votos, foi sobre a perda da identidade após o sofrimento psíquico (depressão pós-parto). A participante *contextualizou* que não conseguia mais fazer as coisas que fazia antes, ficando apática, hipoativa e sonolenta, negligenciando até os cuidados com o bebê. Tudo aconteceu após o aparecimento da doença e o início da medicamentação. Ela disse “não ser mais a pessoa que era antes”, algo que a estava deixando muito fragilizada e triste.

Assim, na *problematização*, muitos dos participantes que viveram uma situação similar falaram. Alguns relataram olhar para si e se verem como pessoas inúteis, sem disposição e apáticas. As estratégias de enfrentamento formuladas pelos participantes estavam todas associadas à fé em Deus e à religião. Não por acaso, ao final da roda, sugeriram cantar uma música gospel, que considerei oportuna para o momento (Anexo 5.8). Cumpre notar que, a cada roda, eu os percebia mais resilientes, apoiando-se e se ajudando com palavras, abraços e atitudes.

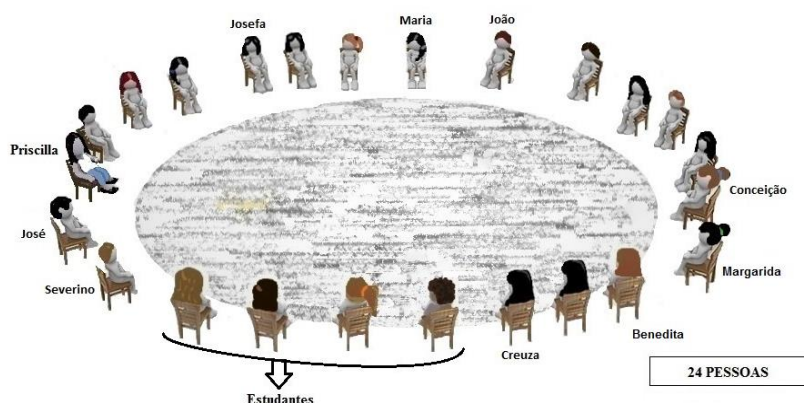
No *encerramento*, os participantes afirmaram estar levando consigo: esperança, amor, felicidade, coragem, saúde, confiança, fé em dias melhores. Alguns, a essa altura, já passavam

mais algum tempo conosco, mesmo depois de a maioria ter se dispersado. Ficavam conversando uns com os outros, e pudemos perceber que a vinculação entre os usuários aumentava a cada roda, o que era evidenciado por um sorriso, por um gesto indicativo de preocupação, uma palavra amiga. Alguns participantes vinham também pedir encaminhamentos a mim, depois da TCI. Vinham com perguntas como: “Onde posso procurar um serviço para isso ou para aquilo?” E todas essas pequenas coisas nos iam fortalecendo enquanto grupo.

Barreto (2008) afirma que depois da roda é que começa a formação de redes solidárias, e, por essa razão, enquanto terapeuta, eu não me colocava como um sujeito desvinculado da rede de saúde. Nesse sentido, mostraram-se valiosos os conhecimentos que eu tinha da rede de saúde do território, pois, com eles, pude ajudar esses usuários, fazendo os devidos encaminhamentos.

8ª Roda. Tema: Solidão/ abandono

Figura 11: Representação da oitava roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A oitava roda aconteceu em uma nova sala dentro do CAPS: um cômodo mais arejado, localizado na entrada do serviço. Devido ao calor que estava fazendo nesse dia, os próprios usuários, em uma atitude interessante, sugeriram que ficássemos ali. Eles, por iniciativa própria, já se organizavam enquanto grupo e se mobilizavam em prol do bem comum. Um deles até mesmo saiu atrás de um ventilador, antes de a roda começar, no intento de deixar o local ainda mais ventilado, e logo voltou com o ventilador da sala da psicóloga, procurou uma tomada e o instalou.

Nesse dia, estávamos presentes: eu, 9 participantes do estudo, 4 estudantes do curso de enfermagem e 8 usuários do serviço, um familiar e uma visitante.

O *acolhimento* da TCI foi realizado como de praxe. Alguns já se lembravam de mais algumas regras que nas outras rodas: além das regras da proibição dos conselhos e do silêncio, a de falar em primeira pessoa também foi lembrada. Após celebrarmos os aniversários e conquistas da semana, passamos então à dinâmica. A que foi realizada nesse dia foi a da “boneca de lata” (Anexo 5.9). Foi uma atividade muito divertida que os mobilizou e arrancou sorrisos de muitos. Todos participaram ativamente e aprenderam a cantar com atenção a música que fazia parte da dinâmica. No fim, uma das participantes se mostrou descontente porque havia acabado a brincadeira, de modo que continuou a cantar a música. Então, formamos mais um ciclo, e, ao final, ela arrancou sorrisos de todos ao dizer: “Coitada da boneca!”.

O *tema eleito* nesse dia, com 14 votos, foi a solidão e o abandono. A participante contou, na fase de *contextualização*, que seu irmão havia comprado uma casa no sítio e estava se mudando para lá. Ela não gostava de sítio, preferia ficar na casa onde morava, na cidade, mas, se optasse por não ir viver com o irmão, ficaria muito só em casa. A participante relatou ainda uma situação delicada: sendo católica, vivia sob pressão da cunhada, que era evangélica, para que passasse a seguir a religião desta. Deixou claro, todavia, que a cunhada era uma pessoa muito boa, cujo único defeito era querer forçá-la a ser uma coisa que a participante não queria ser. Essa situação agravava seu sentimento de solidão, pois, em sua casa, ficava só, com o irmão, havia os pontos negativos citados.

Depois do desabafo, abrimos para o grupo *problematizar*. Houve então algumas situações polêmicas que um e outro partilharam que mexeram com os demais. Um dos participantes admitiu que também vivia em situação de abandono e solidão dentro da própria casa. Revelou que se sentia abandonado pela família e que, quando se irritava, chegava até a agredir fisicamente a esposa. Segundo alegou, esta não ligava para ele, não cuidava dele, nem sequer demonstrava preocupação, sendo indiferente a toda sua situação de sofrimento. Além disso, também a descreveu como agressora, no tocante à violência psicológica.

O relato causou inquietação em muitas pessoas na roda. Uma das participantes chegou até a indagar-lhe: “Quando bate na sua mulher, você se sente aliviado? Você se sente arrependido?” Não percebi recriminação, tampouco julgamento, nas perguntas da participante, mas ela queria entender aquilo, como todos no grupo também o queriam, compreender o porquê das agressões.

O usuário então tentou se justificar, dizendo que sua esposa era muito atrevida, que ela não o compreendia e que, sempre que podia, fazia provocações com relação à sua condição de doença. Disse, até, ter sido por causa dela que havia ficado naquela situação de sofrimento psíquico, insistindo em que ela não lhe dava atenção e em que era desleixada como esposa.

Enquanto expressava suas frustrações e mágoas, o que mais inquietou o grupo foi o fato de o participante não demonstrar nenhum arrependimento pela violência física praticada contra a esposa. Muitos ficaram chocados, e a polêmica continuou na roda, com outros questionamentos feitos pelos participantes, como, por exemplo, sobre se ele não tinha receio de denúncia à polícia ou da possibilidade de prisão, o que o participante continuou rebatendo, dizendo que a esposa já o havia denunciado, mas que a solidão e o abandono que ele vivia era pior.

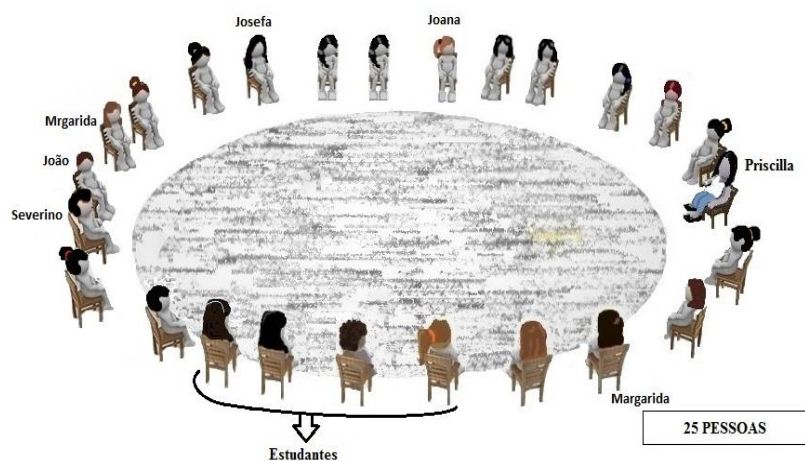
Após essas colocações, todos se compadeceram da situação dele e não falaram nem perguntaram mais nada. O silêncio reinou. Compreendi ali o silêncio da reflexão: muitos ficaram de cabeça baixa, pensativos, introspectivos. Foi uma reação conjunta tão significativa que tive que lançar de novo o mote, para continuarmos a problematização.

Uma participante levantou a mão e pôs-se a falar da solidão que sofria depois do adoecimento. Durante seu relato, começou a chorar, levando muitos dos ouvintes a chorarem também. Então, resolvemos cantar uma música cuja letra fazia alusão ao seu sofrimento: “Encosta tua cabecinha no meu ombro e chora” (Anexo 5.10). As estratégias e enfrentamento criadas pela participante foram a do perdão e do apegar-se a Deus para não se sentir solitária. Após sua fala, o choro continuou coletivamente.

No *encerramento*, os participantes disseram que estavam levando consigo dessa roda: esperança, fé, amor, paz, alívio, superação, força, confiança. O usuário que relatou a violência contra a esposa disse que estava se sentindo aliviado, que tinha saído de casa um pouco abatido, mas estava voltando agora se sentindo bem melhor. De fato, cumpre destacar que, ao final de quase todas as rodas, ouvíamos depoimentos semelhantes a esse, mas, no caso específico desse participante, devido à densidade de seu problema e à compreensão de sua angústia por todos, pudemos perceber nitidamente um aspecto mais aliviado em seu semblante e em sua fala.

9ª Roda. Tema: Morte de Ente querido/ Luto

Figura 12: Representação da nona roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

Quando o número de pessoas era grande, o pátio externo do CAPS era, como já informado anteriormente, uma melhor opção de espaço para nós. Uma quantidade maior que vinte cinco pessoas já tornava inadequada a utilização da sala de costume. Com a ajuda dos próprios participantes, organizávamos então, no referido pátio, a disposição das cadeiras, de modo que todos pudessem ser acolhidos na roda.

À nona roda, comparecemos: eu, 6 participantes do estudo, 4 estudantes do curso de enfermagem, 13 usuários do serviço e um familiar.

O encontro desse dia, vale dizer, assim como os demais, foi muito interativo e participativo. No *acolhimento*, novamente celebramos os aniversários e comemorações da semana e repetimos as regras da TCI. Três delas foram lembradas espontaneamente: a da proibição dos conselhos, a de falar em primeira pessoa e a do silêncio. A dinâmica, por sua vez, teve como intuito trabalhar novamente os vínculos com os participantes. A atividade proposta então foi a do caracol humano. Os usuários, depois de girar e andar como um caracol, precisavam tentar se desenrolar, sem soltar os braços. O objetivo era mobilizar o grupo no sentido de uma meta comum: voltar ao círculo de origem, sem se soltar. Todos entenderam o sentido da dinâmica — que trabalhava a união, o trabalho em equipe e os vínculos no grupo — e, assim, ajudaram-se uns aos outros. No fim, comentaram que, não fosse a ajuda do colega, não teriam conseguido se desenrolar.

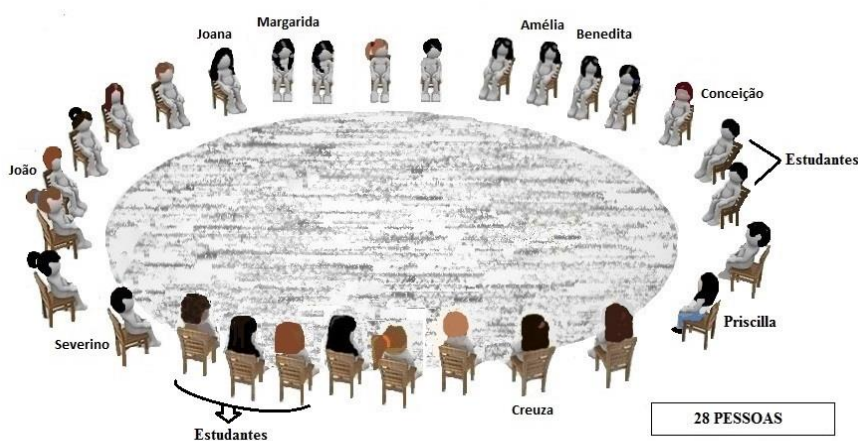
O tema escolhido, com 14 votos, foi a perda de um ente querido — ou, mais precisamente, o luto. O interessante foi que, nesse mesmo dia, muitos dos outros temas também haviam aludido ao mesmo conteúdo. Os participantes davam a impressão de seguir uma linha interessante de pensamento e sensibilidade, de maneira que as rodas pareciam catarses coletivas. Em um senso de companheirismo sem fim, muitos votavam mais de uma vez, mesmo a regra sendo dita e repetida diversas vezes em um mesmo dia. Essa regra de votar apenas uma vez, reiteramos, não foi obedecida em nenhuma das rodas de TCI. A necessidade de ajuda mútua continuava, e compreendi que votar nos colegas mais de uma vez demonstrava empatia e compaixão pela dor do outro. Havia também nisso uma ressignificação, enquanto cidadãos que perderam sua cidadania para a situação de sofrimento psíquico, a qual ia sendo retomada gradativamente com a TCI.

Na *contextualização*, a participante relatou que havia perdido a mãe fazia menos de dois meses e que ainda estava sendo difícil tocar a vida sem ela. De fato, não lhe foi possível conter o choro nem no momento da escolha do tema nem em seguida, na fase da contextualização. Muitos na roda, comovidos, também choraram. Um participante chegou a deixar seu lugar para ir abraçar a usuária desolada. A participante que estava ao lado dela também lhe ofereceu o ombro amigo.

Já a *problematização* se inclinou para a mesma temática, após lançado o mote. Muitos falaram sobre suas estratégias de enfrentamento do luto, tais como: o tempo, o apoio de amigos e colegas de trabalho, o apoio de pessoas de sua igreja, da família e da religião. E, então, no *encerramento*, todos se abraçaram e cantaram a música da TCI (Anexo 5.3). Dessa roda, disseram estar levando: força, fé, superação, amor, felicidade, amizade e paz.

10ª Roda. Tema: Ressentimento e mágoa

Figura 13: Representação da décima roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A décima roda também foi realizada no pátio externo do CAPS, em virtude da presença de 28 participantes. Dessa vez, comparecemos: eu, 8 participantes do estudo, 5 estudantes do curso de enfermagem, 12 usuários do serviço e dois familiares.

No *acolhimento*, primeiramente, o de praxe: comemoramos os aniversários e exaltamos as conquistas da semana, e refrisamos as regras da TCI. Novamente, três delas foram lembradas de forma espontânea: a da proibição de conselhos, a de falar em primeira pessoa e a do silêncio. A dinâmica de integração realizada foi a da folha de papel amassado. Nela, demos uma folha de papel a cada participante e pedimos para que a amassassem. Depois, pedimos para que desamassassem a folha e a deixassem como era antes. Perguntamos, então, se era possível fazer isso, deixar a folha intacta tal qual estava de início. Prontamente, os usuários responderam que *não*. Então, questionamos por que a folha não ficaria mais da mesma forma, e eles disseram que era porque tinha sido amassada e não havia como desamassá-la, fazendo-a voltar ao que era. Destacamos que também assim eram as nossas relações de amizade, conjugais e familiares: que, se não as regássemos e prezássemos, se não cuidássemos delas, elas se desfariam ou não voltariam mais a ser como eram.

Os usuários prontamente concordaram, destacando que, de fato, é preciso ter cuidado com o que se diz, para não magoar as pessoas, porque muitas coisas, quando ditas, sempre deixam um amassadinho naquela amizade ou naquele relacionamento, seja conjugal ou familiar. Ficou claro que entendiam o quanto essas pessoas são importantes para nos mantermos bem. Pudemos constatar, assim, que a dinâmica foi bem-sucedida em seu propósito de trabalhar outra vez os vínculos e a teia de relações estabelecidas que se podem enfraquecer em decorrência de eventuais brigas, desarmonias ou mágoas.

Cumprir dizer que, nessa décima roda, as quatro regras da TCI foram lembradas sem minha ajuda. Os participantes já se mostravam adaptados e empoderados para falar e se lembravam, sozinhos, de todo o passo a passo.

Na *escolha do tema*, com 18 votos, foi escolhido falar sobre o ressentimento e a mágoa. Na *contextualização*, o participante em questão relatou aos demais a experiência dolorosa de quando estava internado em um hospital psiquiátrico da cidade. Esse tema mexeu com os outros participantes, porque vários também traziam em seu histórico a experiência de internação. Por isso, assim como era com o usuário cujo tema havia sido escolhido, os “fantasmas” de tais lembranças ainda incomodavam e chocavam muitos que estavam ali, nesse dia, despertando ressentimento e tristeza. Ele nos contou sobre a internação involuntária a que havia sido submetido e de como havia sido obrigado a ir para o hospital levado pela polícia, além de ter sido mandado direto para uma cela de isolamento ao chegar lá. Isso havia

causado nele grande indignação. Disse que, na cela, as paredes eram meladas de fezes e delas exalava um mau cheiro horrível. Para ele, uma experiência de filme de terror, destacou. Revelou ainda que, quando tinha sede, não lhe davam água — a qual, aliás, ele bebia em um banheiro —, e que dormia nas grades de uma cama sem colchão. O usuário considerava aquela situação uma calamidade. Além disso, falou do excesso de medicamentos administrados e de como se sentia “dopado” quando internado.

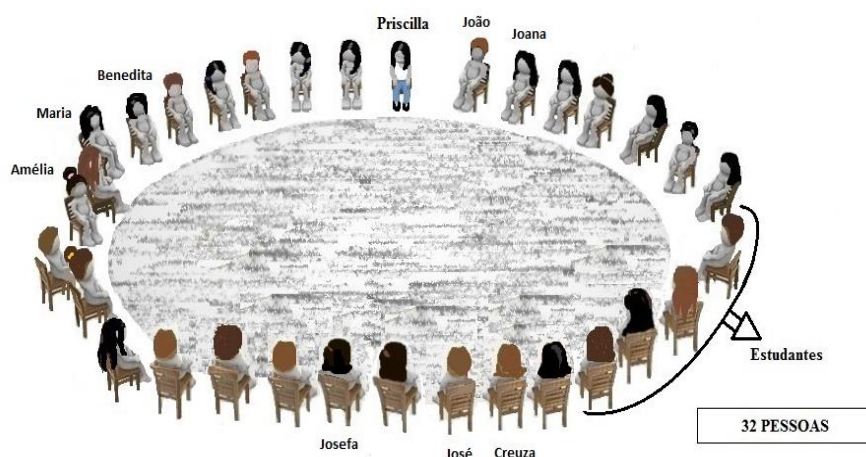
Na *problematização*, muitos falaram de situações semelhantes à do participante: que também viviam dopadas e dormiam em colchões sujos de fezes. Uma participante, por sua vez, relatou que sua crise havia acontecido após matarem sua mãe a facadas em um assalto. Disse que, apesar de encontrar forças na família, ainda não havia superado o episódio, acontecido havia três anos. A usuária chorou, e todos cantaram uma música, sensibilizados pelo seu sofrimento, a saber, a canção “Tocando em frente” (Anexo 5.11), de Almir Sater. Alguns participantes também choraram ante o relato dela.

Outro participante disse que tomou “choque na cabeça” e que dormia no chão. Disse que não havia montado nenhuma estratégia de superação, pois a mágoa de tanto sofrimento ainda estava guardada em seu coração. Outra usuária, por sua vez, também apresentou uma história marcante de sofrimento, em que partilhou com os demais a experiência de ter sido colocada jovem em um manicômio, perdendo essa fase tão importante da vida, em dez longos anos de internação. Admitiu que também não havia conseguido superar aquele sofrimento e, então, começou a chorar, diante do que o grupo começou a cantar outra música, compadecendo-se de seu sofrimento. Dessa vez, o coro se fez com a canção: “Encosta tua cabecinha no meu ombro e chora” (Anexo 5.10). Como estratégia de superação, alguns apontaram o apoio da família e a fé em Deus, embora, como ressaltado, dois dos participantes não houvessem superado ainda a situação: um afirmando ainda guardar grande mágoa, a outra dizendo que até hoje, ao rememorar sua experiência, chora.

A roda *encerrou* com o desabafo dessa última usuária, e, no ritual de agregação, todos já muito emocionados cantaram a música da TCI (Anexo 5.3). Levaram consigo desse dia: aprendizado, esperança, amor, autovalorização, paz, equilíbrio, perseverança, vitória e força de vontade. Uma participante puxou, então, uma oração coletiva na qual expressou: “Que Deus tenha misericórdia de todo mundo, para que um dia a gente fique sem nem um tipo de doença”. Todos se abraçaram em círculo e bateram palmas.

11ª Roda. Tema: Incapacidade de fazer as coisas que fazia antes da doença

Figura 14: Representação da décima primeira roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A décima primeira roda aconteceu em uma sala do CAPS que não era aquela onde já havíamos nos reunido em outras semanas. Como era um dia nublado, pensamos (nós: os participantes e os profissionais) como poderíamos comportar 32 pessoas em um local dentro do serviço. Assim, para o acontecimento da roda, tivemos de interditar uma das salas principais de acesso, de modo que a passagem para pessoas que não estavam na TCI teve de ser feita então pelo lado externo do CAPS.

Estávamos presentes então: eu, 8 participantes do estudo, 5 estudantes do curso de enfermagem, 14 usuários do serviço e 4 visitantes.

Todos os participantes se acomodaram bem, enquanto alguns se mobilizaram para conseguir ventiladores para a sala, bem como mais cadeiras para quem porventura ainda pudesse aparecer. Sentíamos que a TCI já tinha se tornado habitual, importante e, sobretudo, mobilizadora no serviço. Não só os participantes se empenhavam em achar um bom local para a sua realização; víamos o mesmo também em alguns profissionais e até em familiares. Todo serviço havia se adaptado, reforçando nossa importância.

No *acolhimento*, após as comemorações de costume, recapitulamos as regras da TCI, duas das quais foram lembradas espontaneamente: a da proibição de conselhos e a do silêncio. A dinâmica de integração realizada foi a do vaso novo e renovado (Anexo 5.12). Fizemos essa brincadeira com todos os participantes desse dia, os quais foram para o meio da roda e, enquanto cantavam “Maria vai ter que entrar na olaria dos anjos / Ela desce como o vaso velho e rachado / Ela sobe como um vaso novo e renova”, tinham de ilustrar os versos,

abaixando-se e então se erguendo. Após dinâmica, sondamos como se sentiram e o que haviam entendido daquela brincadeira.

A metáfora — sobre Maria descendo como vaso velho e rachado e subindo como vaso novo e renovado — serviu para inspirar reflexões a respeito de como, diante das adversidades da vida, dos contratempos, das crises que muitos tiveram, por maiores que houvessem sido essas dificuldades, eles haviam tido a capacidade de se reerguer, tornando-se pessoas renovadas. Desse modo, a dinâmica visou trabalhar nos usuários a resiliência, a autoestima e o empoderamento.

A essa altura, notamos que eles estavam meio mexidos; afinal de contas, sabiam que aconteceriam apenas doze rodas, conforme proposto desde o início, de forma que alguns já começavam a perguntar: “Priscilla, essa já é a penúltima roda? Nossa, não tem como ficar tendo toda semana não?” Ao passo que outros questionavam: “É mesmo verdade que você vai nos deixar?” Diante disso, eu adiava as despedidas, não enfatizava as indagações e respondia sempre com a verdade, mas de uma forma muito branda e cautelosa. Estava ciente de que estava lidando com pessoas também psicóticas e o que eu jamais desejaria para elas era uma crise situacional. Ainda assim, era conspícuo o sentimento coletivo de descontentamento pelo final de nosso ciclo de TCI no CAPS.

Percebi que os abraços entre os participantes ficaram mais constantes e o quanto se alegravam em nos ter também por perto. A TCI tinha uma estratégia extraordinária de acolhimento, mas me surpreendi mesmo foi com o acolhimento por parte deles, dos participantes, dos principais protagonistas daquele processo. Recebi bilhetes, abraços, beijos e lembranças que nunca esperava receber. O carinho e vínculo que eles já tinham por nós (pelos estudantes e por mim) era imenso. Assim, a dor da despedida, que se aproximava, já começava a ser sentida por muitos, e não havia como evitar que falassem do assunto.

Ainda assim, conseguimos dar prosseguimento à roda, e o *tema escolhido*, com 14 votos, foi a incapacidade de se fazer coisas que, antes da doença, eram feitas. Na *contextualização*, uma participante que tinha fibromialgia relatou o quanto a sua vida havia ficado difícil, depois do aparecimento da doença psicossomática associada à depressão. Relatou a angústia que era depender das outras pessoas para tudo, não poder mais fazer muitas coisas que fazia antes e se sentir pior a cada dia. Ao partilhar sua experiência, a participante chorou duas vezes e, em ambos os momentos, foi abraçada por pessoas diferentes do grupo, o que sinalizava melhoria da vinculação. Eu percebia que, por parte dos participantes, havia uma empatia muito grande sempre que alguém do grupo caía em prantos,

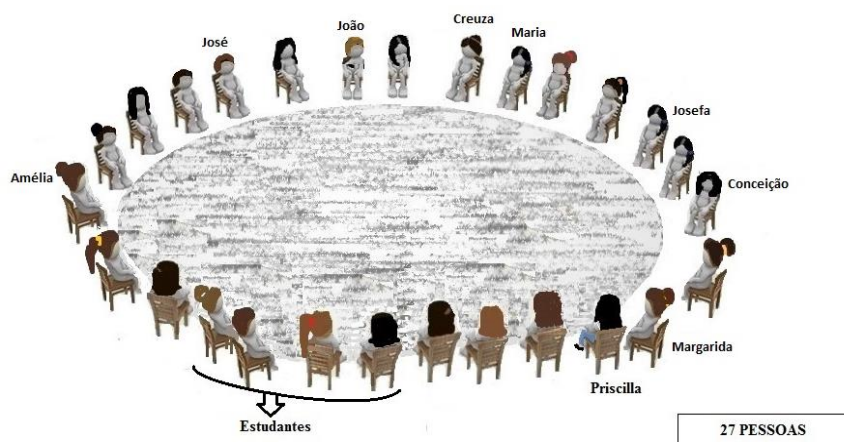
quando alguns acabavam chorando também. Essa atitude decerto os tirava de uma situação de passividade, colocando-os em uma condição de compaixão pelo outro.

Na *problematização*, alguns falaram de situações semelhantes, principalmente de doença e da superação desses momentos de dificuldade. Nesse dia, as estratégias de enfrentamento demonstraram muita força e resiliência. A fé em Deus, o apoio da família e de amigos da igreja, a crença em si e a retomada da rotina anterior à crise foram meios para a retomada do protagonismo de suas vidas após o adoecimento mental.

Ao ouvir as estratégias dos outros, a participante cujo tema havia sido escolhido chorou novamente. No *encerramento*, falou: “Eu sei que um dia eu vou me levantar”. Palavras inspiradas no que as outras pessoas passaram para ela nesse dia. O grupo levou dessa roda: força de vontade, esperança, amor, experiência, aprendizado, superação e paz. Todos cantaram a música da TCI no ritual de agregação (Anexo 5.3).

12ª Roda. Tema: Convivência com familiar dependente de drogas

Figura 15: Representação da décima segunda roda de TCI



Fonte: Imagens das gravações das rodas, 2015.

A décima segunda (e última) roda foi realizada na mesma sala usada na semana anterior. Muitas pessoas compareceram, nesse que foi um dia de emoções ainda mais fortes. O *acolhimento* seguiu o modelo de praxe e, ao fim, todas as regras da TCI foram lembradas pelos participantes, o que nos deixou muito felizes.

Estávamos presentes então: eu, 8 participantes do estudo, 4 estudantes do curso de enfermagem e 12 usuários do serviço que não haviam feito parte da amostra, além de 2 familiares.

Ainda na fase de *acolhimento*, a dinâmica de integração realizada foi a do pião (Anexo 5.13). Todos abriram uma roda e, batendo palmas, cada um ia ao centro, chamado pela pessoa eleita, que já estava no meio da roda. Enquanto isso, cantávamos a música falando o nome da pessoa convidada. O intuito da brincadeira era trabalhar o lúdico e os vínculos, pois cada participante teria de chamar para o meio do círculo uma pessoa que considerasse querida. A esse respeito, cumpre salientar que a brincadeira foi muito interativa e participativa.

O *tema escolhido*, com dez votos, foi mais uma vez sobre a convivência com o familiar dependente de drogas — coincidentemente, o tema escolhido na primeira roda. A roda girou, assim, encerrando o ciclo com uma volta ao primeiro problema abordado. A dinâmica do pião também, nesse sentido, simbolizou o giro perfeito que o grupo deu. Nada inesperado, todavia, visto que as demandas trabalhadas obviamente não estavam exauridas. De modo que a roda se revelou um sistema que havia se retroalimentado, retornando ao ponto de partida, embora, dessa vez, poderíamos dizer, com “pessoas” diferentes, com visões de mundo distintas.

Na *contextualização*, a participante eleita colocou sua inquietação acerca de seu sobrinho que era usuário de drogas e como estava difícil a convivência com ele. Contou das recaídas do rapaz, de sua rejeição em procurar ajuda e da vida sofrida levada pela irmã dela (a mãe do jovem). Falou de seu sentimento de impotência diante da situação, em que tentava ajudar, mas não conseguia, ficando sempre angustiada e preocupada.

Ao passarmos para a fase da *problematização*, muitos relataram semelhantes situações, mas com estratégias de enfrentamento bem mais elaboradas, como: a procura de ajuda em serviços especializados ou com outros membros da família, a fé em Deus e a tentativa de buscar forças dentro de si (resiliência).

No *encerramento*, depois da música da TCI (Anexo 5.3), muitos falaram o que estavam levando daquela roda, por exemplo: fé, esperança, felicidade, paz, confiança, amor, alegria, emoção, crescimento e garra. Duas participantes chamaram atenção com seus depoimentos, nesse momento. A primeira disse: “Eu levo o amor de vocês todos, a compreensão, a paciência de escutar a gente; tudo isso é amor que eu vou levando, transbordando”. A outra disse: “Eu vou levando o amor. O amor que a senhora sente pelo seu sobrinho. Vou orar por ele, para que venha sair dessa, certo?”.

Assim, finalizamos as doze rodas com três elevados sentimentos exacerbados: a gratidão, a compaixão e o amor, sendo este último o maior e mais significativo de todos.

Isto posto, podemos passar então a uma análise categorial temática, visando dialogar com a literatura para evidenciar a recuperação da autonomia e a emancipação dessas pessoas, bem como a vinculação que a TCI promoveu em suas vidas.

4.4 Categoria I. A TCI numa perspectiva emancipatória: as tessituras de redes na TCI rumo ao empoderamento

Esta extensa categoria possibilitou analisar os temas principais e secundários que emergiram nas rodas de TCI, a partir das situações-problemas relatadas, bem como evidenciar as mudanças de comportamento observadas no contexto das rodas de TCI. Devido à riqueza e à grande quantidade de material empírico oriundo das filmagens das 12 rodas, optamos por apresentar uma discussão das situações-problemas vivenciadas e das mudanças ocorridas em cada participante. Portanto, destacamos que cada recorte de falas apresentadas aqui tem um contexto específico que não pode deixar de ser considerado.

Como já foi visto anteriormente, os temas das rodas abordaram situações de: 1) difícil convivência com familiares dependentes químicos; 2) solidão, rejeição, e abandono por parte de familiares e amigos; 3) conflitos familiares; 4) dificuldade de inserção no mercado de trabalho e em atividades sociais, resultando em um sentimento de incapacidade; 5) perda de identidade em razão da situação de sofrimento psíquico; 6) a discriminação e o preconceito em relação à pessoa com sofrimento psíquico; 7) a morte de um ente querido, e 8) a crise e a medicamentação.

Assim, já no tocante à *difícil convivência com familiares dependentes químicos*, eis como um dos participantes expôs a situação que vivenciava:

Meu pai, quando bebe, gosta muito de arengar [...], eu fico muito nervoso... Dá vontade de quebrar os troços dentro de casa! [...] Ele maltrata minha mãe com palavras, dói meu coração! (Severino)³

Severino raramente se colocava nas rodas. Era introspectivo, tímido e pouco falante, mas, quando essa temática foi eleita para discussão, ele não conseguiu se conter. Seu discurso se mostrou cheio de sentimento e preocupação com relação à mãe. Além disso, reiterou o

³ As transcrições no presente texto respeitam as formas da variedade coloquial do português brasileiro, tal como expressa pelos falantes, mantendo-se nelas os desvios em relação às regras da gramática normativa da língua. Em suas linhas, optamos por dispensar o uso da tradicional expressão latina “*sic*” para assinalar os pontos em que tais desvios acontecem — visto que, aqui, isso seria irrelevante e não justificado.

quanto essa situação era sofrida para ele próprio: o fato de ficar nervoso e querer quebrar tudo dentro de casa, o que o colocava novamente na iminência de uma nova crise, dessa vez, situacional, diante do estresse com as palavras do pai, ao beber e maltratar a esposa (mãe de Severino). Ao enfatizar que aquelas palavras duras doíam em seu coração, o participante demonstrou um sentimento de compaixão pela mãe, pelo que ela sofria.

No caso específico de Severino, via-se que vivia em um clima de estresse recorrente, em virtude das habituais bebedeiras do pai e de seus efeitos no comportamento deste. A esse respeito, Paz e Colossi (2013) salientam que fatores estressores são geralmente exaustivos e impactam a família em sua capacidade de adaptação, produzindo o aparecimento de sintomas. No mesmo sentido, o estudo de Varella e colaboradores (2014) indica que a convivência com um dependente químico no seio familiar se revela um fator que redundam em desentendimentos, frustrações, desintegrações familiares e situações de violência, originando, ainda no ambiente doméstico, inúmeras outras condições fomentadoras de práticas de risco.

A situação exposta ilustra como, na TCI, há a possibilidade de os participantes falarem dessas feridas que deixam neles marcas profundas. Nas rodas, é possível que uma experiência ruim, até mesmo traumática, converta-se em outra, enriquecedora. Não por acaso, já destacava Barreto (2008) a possibilidade de a carência se transformar em competência.

Para Costa (2015), ao conviver com o dependente químico, a família passa a se inserir em uma situação de vulnerabilidade, sujeitando-se à violência social imposta pela conotação moral negativa que a dependência química impõe, como promotora de estigma e de exclusão social. As relações intrafamiliares tendem a ficar, assim, marcadas pelas violências física e psicológica, o que, por sua vez, desperta nos familiares uma ambiguidade de sentimentos: de um lado, o cansaço, a exaustão, que influenciam na desistência ante as frustrações; de outro lado, a compaixão, a fé e confiança na recuperação do dependente, como aponta o seguinte depoimento:

Eu tenho um irmão no sítio, e é uma pessoa que bebe e é muito sofrido. Aí, ele chegou lá em casa, pois ele mora só, depois que minha mãe morreu. [...] Eu coloquei na minha cabeça que era pra eu ter ido em casa ter pego um cobertor e ter dado a ele. Eu saí de lá, voltei com aquilo na cabeça, tomei o remédio, não consegui dormir. Me deu vontade de me levantar de madrugada e ir levar o cobertor pra ele. (Benedita)

Ao contar sua situação na roda de TCI, Benedita chorou. Sentia-se culpada por não ter conseguido ajudar o irmão naquele dia ao qual se referia, por não ter levado para ele um cobertor melhor. Seu desejo era protegê-lo, era tirá-lo daquela situação de sofrimento, mas acabou se descobrindo impotente diante desse desafio.

Seu relato remete ao que diz Barreto (2008) sobre o sistema familiar, ao destacar que todo problema nessa esfera é encarado por seus membros como algo que afeta cada um em nível pessoal, como no caso de uma doença que precisa ser tratada. Mas o fato é que, quando ninguém se compromete com sua resolução, os que são mais afetados por essa situação ficam perdidos em sua solidão. O problema de muitas famílias, nesse sentido, estaria no fato de se prenderem à dependência de coisas externas ao espaço em que convivem, com cada indivíduo mais focado em seus interesses particulares. Assim, acabam não aprendendo (nem ensinando) o caminho da autonomia, do crescimento conquistado pelo exercício da reciprocidade. Nessas famílias, já não mais haveria, portanto, espaço para o prazer e para a alegria, já que a alegria de um passa a ser vista como a tristeza do outro, de modo a sufocar os momentos de prazer — o que produz entre essas pessoas muitos sentimentos de frustração e pouca autonomia.

De fato, entendida como um sistema, a família possui a capacidade de autoproteção, autoequilíbrio e desenvolvimento próprio, buscando autopreservação (Barreto, 2008). Mas a dinâmica familiar na convivência com um dependente químico — ou com um membro que apresente quaisquer outros vícios — se desestrutura repentinamente. A família, que outrora exercia as funções de conservação, cooperação e coesão, agora se desregula, enquanto busca a homeostase através do cuidado daquele que a adoece e desconfigura.

Tal situação reaparece no relato de Joana:

Me preocupo com meu menino, que bebe. E a mulher dele não gosta. Aí, de vez em quando, eles se desentendem. (Joana)

Apesar disso, nesse caso, assim como em muitos outros, mesmo diante de todas as adversidades, a família se mantém em um curioso equilíbrio, no qual os laços afetivos se mostram aparentemente estáveis. As mudanças no ciclo de vida familiar e a presença dos agentes estressores deveriam, em tese, modificar estes vínculos; porém, pelo contrário, eles permanecem inalterados, mantendo a homeostase do sistema familiar.

Nesse sentido, convém aludir, ainda, à Teoria Sistêmica explanada por Capra (1983), a qual entende que as relações humanas se estabelecem a partir dos diversos sistemas em que as pessoas estão inseridas. Para o autor, as relações se interligam e se integram, sem isolar os fenômenos de seu contexto. A família, nesse sentido, com sua natureza dinâmica, esforça-se para encontrar soluções flexíveis e adaptáveis às inúmeras dificuldades contingentes.

A fala de Benedita ressalta essa tentativa de adaptação aos problemas cotidianos:

Eu me enfiei dentro de um grupo de oração, na reunião carismática, e fez 15 anos, ontem, que eu encontrei refúgio na Palavra. Eu não sabia nem abrir uma Bíblia. Rezava um terço sem a fé que eu tenho hoje. Não devemos arrastar a nossa cruz, não, que fica mais pesada. Devemos abraçar ela. (Benedita)

A busca de conforto através da religião, expressada por Benedita na roda de TCI, foi posta como um caminho para a superação dos conflitos advindos do convívio com o parente que fazia uso de substâncias psicoativas. A esse respeito, Murakami e colaboradores (2012) dizem que o refúgio concedido pelas instituições religiosas e a possibilidade de inserção do usuário em uma rede de relações sociais são muito válidos no contexto da saúde mental, uma vez que a pessoa em situação de sofrimento psíquico é normalmente excluída das relações sociais, em decorrência do adoecimento, ficando seus laços sociais, não raro, reduzidos ao CAPS.

Entretanto, a religião não foi a única alternativa utilizada pelos participantes a fim de enfrentarem as adversidades cotidianas. As palavras de Creuza, durante o ritual de agregação, ressaltaram também a sua capacidade de resiliência e o entendimento de sua situação por um novo prisma, estabelecendo uma reflexão ante seu problema e o dos outros.

Muitas vezes, olhamos para os nossos problemas e não percebemos que existem pessoas com problemas maiores que o nosso. Então, eu levo uma reflexão que, quando a gente parar pra pensar em nós, vamos parar pra pensar que existe pessoas que estão piores do que eu e estão vencendo. (Creuza)

Ou seja, após avaliar o problema do outro de maneira questionadora e crítica, a participante percebeu que ficou mais forte, minimizando a complexidade de seus problemas. Isso remete a Barreto (2008), para quem a ação conjunta e participativa torna a comunidade mais unida e fortalecida.

No mesmo sentido, Ferreira Filha e colaboradoras (2013) afirmam que a capacidade de superação dos participantes na roda de TCI lhes permite suscitar suas habilidades e recursos, tornando-as *experts* nessas situações-problema. Isso lhes confere o poder de decisão sobre suas próprias vidas, mobilizando os recursos necessários para garantir o acesso aos direitos básicos de uma vida digna. No caso de Creuza, essa estratégia de enfrentamento também possibilitou uma melhoria gradativa de sua autoestima e, o mais importante, fê-la tornar-se autorreflexiva e autovalorativa no tocante à própria vida.

Em seu turno, no que se refere ao tema *abandono e solidão*, pudemos observar que muitos participantes sentiam na pele essa dor. Quanto a isso, cumpre lembrar o que afirma Barreto (2008), ao enfatizar que se sentir desvalorizado e abandonado pelo outro pode resultar em baixa autoestima, perda da crença nos próprios valores e na capacidade de ser gente e, como tal, de ser contribuinte nas transformações sociais.

A fala de Josefa na roda foi reveladora desse sentimento:

Eu estou me sentindo muito solitária [...]. Eu não tenho com quem conversar, e não tenho vontade de sair de casa. [...] É que meu irmão comprou uma casa no sítio e está pensando em me levar para ir morar lá, porque a esposa dele é evangélica, gosta

de sítio, mas eu não gosto. [...] Minha tia não quer ficar comigo, ela têm medo de mim. (Josefa)

A solidão e o abandono demonstrados por Josefa são comuns na vida da pessoa em situação de sofrimento psíquico. Para Ross (2013), sentir-se abandonado gera na pessoa uma extrema dependência emocional e sentimento de autodepreciação. Josefa se sente só e infeliz, como se vê, e este fato de condenar-se a uma vida de infelicidade está intimamente ligado à baixa autoestima.

Quanto a isso, Barreto (2008), além de ressaltar que a autoestima é fundamental nas relações intrafamiliares, sustenta que esta se consolida através do estabelecimento de relações sociais saudáveis, o que não acontecia no caso de Josefa. Ela se sentia preterida pelo irmão, que resolveu mudar-se da casa onde moravam, deixando-a lá sozinha, e resistia a acompanhá-lo por não gostar de sítio — para onde o irmão se mudaria — e também não querer deixar de ser católica, o que sentia ser uma imposição da cunhada. Dois fatores que a faziam pressentir que a mudança seria, para ela, portanto, um martírio.

A experiência de vida de Josefa indica duas fragilidades. Uma delas é a inexistência de outros laços vinculares, familiares e comunitários para sanar essa solidão — laços desfeitos pela situação de sofrimento psíquico, já que a tia, que seria uma opção de companhia, teria medo de Josefa, conforme esta alegava. A outra situação é a baixa autoestima da participante (escore de 25), que se mostra condizente com as decisões tomadas para sua vida. Isso, aliás, corrobora o que sustentam Portugal, Nogueira e Hespanha (2014), isto é, que os laços ativos, em especial fora do parentesco restrito, ficam significativamente reduzidos nas redes sociais das pessoas que se encontram em situação de sofrimento psíquico. Ao passo que, em regra, a relação com amigos, colegas e vizinhos, por sua vez, é ainda mais marcada pelo abandono. O que significa que essas redes se fecham, e a pessoa fica isolada.

Há ainda outras fragilidades detectáveis na fala dessa participante, como a opressão e a violência psicológica que a família exerce sobre ela. Os parentes a sufocaram de tal maneira que exerciam controle sobre sua vida mesmo estando ausentes, promovendo a permanência da solidão, já que inexistia qualquer relação dialógica. Convém, aqui, lembrar o que diz Lazarte (2015b), ao destacar que a noção do opressor introjetada no oprimido promove um obstáculo à liberdade.

No caso da referida participante, fica clara a relação de poder exercida pela família, apontando para o domínio, para decisões pré-estabelecidas e já tomadas, uma vez que, com a mudança de domicílio a se realizar, advinha também a imposição ou a pressão para que ela mudasse de religião, tornasse-se evangélica, como a cunhada. Além disso, como ficou claro,

se Josefa quisesse ficar na casa na cidade, em companhia de outro familiar, essa alternativa tampouco seria possível, devido à indiferença da família diante de sua situação.

Esse tipo de experiência é relatado no estudo de Kebbe e colaboradores (2014). Neste, os autores constataram que os cuidados oferecidos ao ente em situação de sofrimento psíquico são geralmente incumbência de uma única pessoa no grupo familiar. Uma relação que, em regra, estabelece-se sem dar a esse cuidador a opção de dividir suas tarefas com os demais membros da família. Algo que ocorre devido à resistência do próprio grupo familiar, advinda da desinformação e da inabilidade em lidar com pessoas nessa situação, o que geralmente culmina em rejeição e abandono.

Ainda sobre Josefa, outro ponto a se observar, no tocante à sua baixa autoestima, é a demonstração da pouca habilidade em resolver o problema apontado, sentindo-se insatisfeita com a vida. O que condiz com a afirmação de Schultheisz e Aprile (2015) de que a autoestima está relacionada com o quanto a pessoa se encontra satisfeita ou insatisfeita em relação às situações vividas, pois, quando seus sentimentos são positivos em relação a si, geralmente a pessoa se sente confiante, competente e possuidora de valor pessoal. No mesmo sentido, Townsend (2014) sustenta que, ao se valorizar positivamente, a pessoa é capaz de adaptar-se às demandas associadas às crises situacionais e maturacionais que ocorrem. Por outro lado, em face das mudanças no ambiente e no contexto, se há baixa autoestima, a capacidade de adaptação a elas fica comprometida.

Devido à sua baixa autoestima, Josefa se percebia como incompetente, indigna de ser amada, insegura e sem valor, visto que o nível de autoestima de cada um interfere em sua percepção do que lhe acontece ou acontece à sua volta. Ao mesmo tempo, o contexto que incapacita, em regra, também exclui. Mas Barreto (2008) chama a atenção, também, para as explicações que são dadas sobre esse tipo de situação, pois estas normalmente insinuem que a gênese do sofrimento está sempre no outro. Diante de tal perspectiva, a pessoa se torna vítima de seus próprios sentimentos e simplesmente não percebe a possibilidade que tem de crescer, a partir de uma compreensão ampliada de sua própria contribuição para essa situação.

Cumprе destacar, ainda, que o contexto familiar também foi apontado nas rodas — tanto por Josefa quanto por outros participantes, como veremos — como sendo um catalisador do adoecimento psíquico. Os *conflitos familiares* apareceram diversas vezes apenas como um tema secundário nas rodas, mas que chamou nossa atenção porque revelavam uma fragilidade vincular importante desses participantes. A família que deles cuidava, às vezes, também era aquela que os havia desestruturado, seja através do abandono, das críticas, das ofensas verbais ou da indiferença.

Em todas essas situações, o sistema entrou em desequilíbrio, não raro, provocando crises nos participantes. No tocante às provocações, geralmente perpetradas por familiares, Barreto (2008) enfatiza que esse tipo de atitude deixa sempre uma dúvida quanto a se aquela pessoa é amada ou odiada, o que faz com que quem sofre tais agressões psicológicas fique emocionalmente instável e abalado, como vemos na fala de Creuza:

Meu esposo é uma pessoa muito boa, mas quando ele se chateia comigo por conta de alguma coisa, ele passa quatro, cinco dias sem falar comigo dentro de casa. Ele me ignora mesmo [...]. Me sinto triste por essas coisas, porque eu não queria que isso acontecesse. (Creuza).

Os relatos de indiferença e incompreensão são frequentes nas histórias de vida desses participantes e repercutem na baixa autoestima. Nesse sentido, é importante lembrar algumas informações pertinentes sobre Creuza. Ela é casada, tem um filho e perdeu um outro ainda bebê. Acreditava que a causa de seu sofrimento psíquico tinha sido a morte do filho e a da mãe, ocorridas quase à mesma época.

Creuza conseguiu auxílio-doença e, atualmente, vive com o marido, amparada por este dinheiro. O marido não trabalhava, mas segundo ela, era do tipo que faz tudo em casa, um bom marido. Apesar disso, em seu relato, na quinta roda de TCI, disse que seus primeiros anos de casamento haviam sido maravilhosos, mas que o marido então começou a mudar de comportamento. Passou a apresentar frequentes alterações de humor e, por pouca coisa, tendia a puni-la, deixando de falar com ela por vários dias. Segundo Creuza, sua angústia advinha, sobretudo, dessa falta de diálogo com o marido dentro de casa.

Naquela roda, a situação apresentada por ela havia sido a mais votada. No momento da contextualização, Creuza falou um pouco do início de seu drama, de seu casamento, da sua insatisfação com a indiferença do marido e de como isso estava desgastando sua relação. Ela se sentiu bem aliviada depois de trazer um pouco de seu sofrimento.

Posteriormente, na problematização houve algumas pessoas que também colocaram situações semelhantes, como, por exemplo, João:

Minha esposa não arruma minhas coisas, não faz comida pra mim. Quem arruma a casa sou eu. Quando chamo ela pra conversar, ela diz: “O que você vai falar eu já sei decorado de frente pra trás.”[...]Minha esposa só me acompanha quando é pra ir tirar dinheiro no banco, que eu sou encostado pelo INSS [...] Eu me sinto abandonado pela minha família e pela minha mulher. (João)

Nessa situação, João mostrou uma fragilidade de vínculos conjugais (seu escore no pré-teste foi de 30% de vínculos saudáveis; 25% saudáveis e 45% de risco, além de um escore de 21 para autoestima). Sentia que a esposa e a família não lhe davam a atenção que gostaria de receber. Nessa relação conjugal, o auxílio-doença se tornou a única ponte de proximidade/

interesse da cônjuge. A esse respeito, Kramer e Faria (2007) destacam que é na relação com o outro que o indivíduo se constitui, reconhece-se e satisfaz ou não seus desejos, de maneira que a relação com o outro abarca as interações afetivas importantes para a estabilidade de uma pessoa, já que, ao conviverem e interagirem, as pessoas se vinculam entre si.

A vinculação com o outro, no entanto, acontece   luz da consideração e da tolerância. O fato é que nessa relação podem se verificar, também, formas deficientes e indiferentes desse modo de ser e cuidar, que podem evoluir para a total desconsideração ou negligência e intolerância (OLIVEIRA; LUNARDI; SILVA, 2005). Na verdade, a experiência relatada por João apontava para uma situação que Barreto (2008) denomina “rede de risco”. Nesta, as fraturas dos vínculos sociais contribuem para uma baixa qualidade de vida e um desrespeito mútuo, como no caso dele, tornando a pessoa vulnerável psicológica e socialmente.

Ainda com relação à mesma temática, outra participante revelou que vivenciava uma situação semelhante com o seu companheiro, o que havia culminado em indiferença, intrigas e em traição, como aponta o depoimento a seguir:

Eu e meu marido passávamos meses e meses intrigados, de eu olhar pra tr s e dizer que não amava mais ele. Porque tudo que eu fazia, ele ficava intrigado. E ele não dava o braço a torcer. Eu quem ia procurar. Chegou a um ponto também da traição.
(Benedita)

A traição e a indiferença fazem parte da dinâmica que induz a violência psicológica doméstica e também contempla esse contexto de fragilidade vincular. Esse tipo de violência produziu em Bendita um sentimento de arrependimento, de perda e de não reconhecimento do amor ao companheiro. Não por acaso, seus escores de vínculo no pré-teste também indicavam uma considerável fragilidade de vínculos (50% saudáveis, 31,8% frágeis e 18,2% de risco).

Um estudo de Barreto, Dimenstein e Leite (2012) demonstrou que a discriminação, a indiferença, os maus tratos e a humilhação perpetrados pelos maridos contra as mulheres em situação de sofrimento psíquico podem fomentar a fragilidade das relações, bem como a tristeza, a insegurança, os sentimentos e os pensamentos persecutórios, e o rebaixamento de autoestima, piorando a situação destes e desencadeando novas crises. Porém, na própria roda de TCI, alguns dos participantes elaboraram estratégias de enfrentamento para essas situações cotidianas, a exemplo de Benedita, Creuza e João, tal como veremos mais à frente. Essas mudanças de comportamento e empoderamento, tais como a tomada de decisão e a atitude de se posicionarem diante das situações de opressão, abandonando uma postura de passividade, foram surgindo no decorrer das 12 rodas, nas quais pudemos acompanhá-las gradativamente.

Nessas situações, cumpre igualmente dizer, os familiares também se veem impotentes, por vezes est ticos, diante de todas as mudanças impostas pelo estado de sofrimento psíquico.

É comum então o sentimento de culpa dos parentes e a impotência para ajudar o doente de maneira adequada. Benedita, por exemplo, relatou na roda que o marido, que não se comovia com sua situação, agora a ajudava e compreendia, e até se culpava pelo mal-estar provocado por sua traição.

Ele hoje mudou 100%, porque deixou de beber, deixou a traição. Hoje, ele vive pra mim [...]. Eu cheguei pra ele e pedi uma decisão, disse a ele e pedi a Deus. Se Deus me uniu a ele até o resto da minha vida, que Deus mandasse ele pra mim sem traição e sem a bebedeira. Hoje, nós somos um casal. Pra onde ele vai, eu vou. Quando ele chega em casa, me cumprimenta; quando vai sair, ele vai lá dá um cheiro em mim, sai e vai embora. E ele sabe e hoje ele diz que a minha doença o culpado foi ele. Hoje, ele é outra pessoa. (Benedita).

A participante enfatizou nas rodas que o vínculo conjugal foi se reestabelecendo, na medida em que o marido passou a compreendê-la após o diálogo, mudando suas atitudes para com ela e aceitando a sua situação. Ela referiu que seu diálogo com o marido também foi melhorando e que a TCI ajudou muito para que essas pontes fossem refeitas. Para ela, a TCI havia melhorado tanto a convivência com o companheiro, em casa, quanto a sua capacidade de pedir ajuda ao outro.

No primeiro momento de avaliação de autoestima com a aplicação do instrumento (Anexo 1), Benedita revelou que sentia dificuldade em pedir ajuda (questão 18 – D); porém, à medida que as rodas foram acontecendo, esse seu comportamento foi mudando. Acerca disso, Hugon e Boyer (2013) destacam que superar a dificuldade de pedir ao outro “*Me ajude a te ajudar*” pode refazer os laços familiares de forma bastante concreta. Também a esse respeito, Schlösser (2014) argumenta que a identificação das situações de estresse e dos modos de enfrentamento de adversidades oriundas das relações conjugais é um fator que permite aos casais caminharem em busca da resolução de seus problemas. Tal comportamento é entendido como uma forma de adaptação/ajustamento psicossocial do indivíduo em meio às dificuldades geradas por meio de exigências do cotidiano, devido às limitações e potencialidades pessoais para lidar com a situação.

Contudo, outro detalhe que chama atenção na fala de Benedita é a culpabilização do outro pela sua situação de sofrimento psíquico. Narvarini e Hirdes (2008) alertam quanto à necessidade de cautela para que a ideia de que a responsabilização de outrem pela situação de sofrimento psíquico de alguém não seja alimentada nas relações intrafamiliares. De fato, não é incomum que se aponte como o “porquê” do adoecimento da pessoa algum comportamento visto como inadequado, como um erro, da parte de outros com que aquela se relaciona. Nesse caso, o familiar/cuidador, em uma busca incessante da estabilidade do ente querido que sofre,

procura tais explicações e sentidos como uma forma de amenizar sua dor, a fim de deixá-lo mais confortável.

Por outro lado, em uma perspectiva sistêmica, no caso específico de Benedita e seu marido, mesmo com a situação de culpabilização, verificou-se o esforço para se estabilizar e reestabelecer os vínculos. Isso porque o marido reconheceu que “supostamente” falhou e, por isso, decidiu tentar reparar o dano, de fato assumindo para si a culpa, um gesto que acabou restabelecendo a estabilidade na relação dos dois. O resultado se mostrou consonante com a posição de Narvarini e Hirdes (2008) ao afirmarem que, quando as famílias estabelecem (ou reestabelecem) o equilíbrio emocional, a boa interação entre os seus integrantes redonda na diminuição do sofrimento psíquico do doente. No entanto, é essencial que o(s) familiar(es) aprenda(m) não apenas a tolerar o familiar que sofre, mas também que o ajude(m) a olhar para além de sua dor, levando em conta suas experiências de vida, para que haja um crescimento individual e coletivo, independentemente dos sentimentos de opressão.

Nesse sentido, Lazarte (2015) afirma que, para que a pessoa possa se libertar do que a oprime, deverá se perceber como corresponsável na criação das circunstâncias em que vive e luta. Assim, o que padece de sofrimento psíquico descobre recursos próprios e coletivos para a emancipação em face ao que o oprime, já não mais se vitimando.

Podemos perceber algumas dessas características na fala de Creuza:

Antes, eu ia abraçar ele, ia beijar ele, ia dizer: Meu amor, o que é que está acontecendo? Porque você está assim comigo, só por causa de uma besteira? Deixe dessas coisas! Hoje, não estou indo mais, estou deixando passar a raiva dele, o desgosto que ele sentiu por mim, por besteira. Aí, eu estou deixando que ele venha até a mim. (Creuza)

Na fala de Creuza, observamos que ela começou a trabalhar a ansiedade e a culpa. Sua atitude mostra um posicionamento maduro. Podemos dizer que ela está aprendendo a viver com mais consciência, fortalecendo sua autoestima. É o que se vê, por exemplo, toda vez que mostra um poder reflexivo sobre aquela situação-problema. Quanto a isso, Branden e Gouveia (1995) afirmam que, quando se tem um autoconceito forte, positivo, em qualquer área, e se consegue mantê-lo, independentemente da própria competência e da aprovação dos outros, a autoestima se fortalece. A culpa por nossas ações, por outro lado, geralmente, subverte a boa autoestima.

É por isso, aliás, que a TCI que se fundamenta na teoria de Freire (2004), uma vez que enfatiza a importância do poder emancipatório que o falar tem na vida dos participantes, bem como a capacidade de libertação em face do que oprime a pessoa, obtida mediante esse falar em primeira pessoa. No CAPS, pudemos perceber que, a cada roda, os participantes passaram

a se manifestar mais e com melhor qualidade. Suas emoções foram expressadas e ouvidas. Com a TCI, eles passaram a ter voz e vez. Nas rodas, de fato, foi possível observar que os sujeitos/participantes com baixa ou tendência a baixa auto estima foram se empoderando e, à medida que compartilhavam os seus sofrimentos e estratégias de superação, mais resiliência desenvolviam, por se lembrarem de que nem sempre foram derrotados.

As indagações feitas por mim e pelos demais participantes lhes permitiram tomar consciência de seus problemas, visto que, nesses momentos, ressaltávamos as estratégias que estavam utilizando para enfrentar as situações de conflito, valorizando a capacidade deles de encontrarem saída para os próprios problemas. Podemos mesmo dizer, quanto a isso, que os participantes foram ganhando a noção de grupalidade, a qual se revelou um horizonte e os fez gerir seus processos de vida. Sobre essa constatação, aliás, estudos mostram que a experiência de grupo remete os participantes ao plano comum, no qual o grupo emerge como sujeito, de modo a resgatar a subjetividade de seus participantes (BRASIL, 2015).

Com base no pensamento de Paulo Freire, sustentamos que a TCI se revela mais um movimento social capaz de transformar a consciência daquele que se vê oprimido, levando-o rumo à sua libertação. A via principal dessa ação é a recuperação da autoestima de pessoas e comunidades. Em outras palavras, a melhora gradativa da autoestima tem um efeito libertador nessas pessoas, em relação aos estereótipos e aos preconceitos, internalizados principalmente pela doença mental, que as fazem se repudiar e desconhecer a si próprias, devido à introjeção da visão do opressor (BARRETO; LAZARTE, 2013). Quanto a isso, a pedagogia freiriana ensina àqueles que a vivenciam o exercício do diálogo, da troca e da reciprocidade, bem como prioriza a reflexão e a transformação da realidade social, favorecendo a resolução de vários problemas de uma maneira que teve, claro está, notada influência na abordagem adotada na TCI (ROCHA; FERREIRA FILHA; DIAS, 2013).

Nesse sentido, com relação à busca de soluções através de mudanças que melhorem a qualidade das relações, João expôs na roda sua percepção de que a ruptura matrimonial seria uma atitude libertadora para ele. Em suas palavras:

Eu estou tomando uma decisão. Eu estou pensando — já que ela não tem acordo —, colocar ela pro lado dela e eu pro meu. (João)

Ao partilhar na roda esses pensamentos, essa possibilidade de ruptura, João o fez com muita emoção e convicção. Em quase todas as rodas, apresentava o seu problema conjugal e, toda vez que falava, suas linguagens verbal e não verbal mudavam, sua voz ficava trêmula, sua face ficava enraivecida e seu olhar ficava mais acentuado e aberto. Essa situação o vinha desestruturando aos poucos. Sua esposa conseguia desestabilizá-lo, conforme os seus relatos.

Montou, então, sua estratégia de enfrentamento ao longo das rodas, depois de ouvir os relatos de outros participantes. Contudo, cumpre destacar que esse ato o colocaria em uma situação de fragilidade e de ruptura vincular, ainda que fosse a fim de abandonar uma situação de passividade.

O que percebemos era que seus objetivos iam ficando aparentes em sua mudança de atitude, mas, para que houvesse uma genuína transformação, seria necessária uma tomada de consciência por parte dele, o que de fato aconteceu. Para João, seu problema estava claro. Agora, ele finalmente tomava um posicionamento diante de sua vida passiva, conduzida a contragosto, em virtude de sua baixa autoestima (escore de 21) e de seu sofrimento psíquico. Nesse sentido, convém destacar dois pilares da autoestima que notadamente se fortaleceram em João. O primeiro diz respeito ao autoconceito, já que, através de uma visão mais profunda voltada para si mesmo, começou a pensar em uma tomada de decisão. O segundo se refere ao uso adequado de sua consciência, que deixou de ser algo automático, tornando-se um legítimo ato de escolha (BRANDEN; GOUVEIA, 1995; BARRETO, 2008).

Infelizmente, na situação em que João se encontrava, houve um desgaste nas relações intrafamiliares. Isso ocorre geralmente devido à sobrecarga e à inabilidade do familiar para o cuidado da pessoa em situação de sofrimento psíquico. Esse fenômeno nada raro desencadeia uma fragilidade vincular que desgasta e, por vezes, dissolve as relações conjugais.

Sá e colaboradoras (2012), no entanto, alertam para o quanto é arriscada a decisão pela separação matrimonial, já que, mais tarde, costuma aflorar o sentimento de solidão em razão da perda da relação e do convívio com os filhos, quando existem. Para as autoras, o divórcio representa uma grande cisão do ciclo da família, o que implica uma reorganização de regras do funcionamento familiar e o desenvolvimento de novas capacidades de adaptação dos papéis pelos quais cada membro é responsável.

Seguindo adiante, cumpre agora discutir outro tema colocado nas rodas de TCI pelos participantes: a *perda da identidade*. Algo evidenciado, por exemplo, através de falas como a que segue:

Eu era um funcionário excelente. Quando eles me chamavam e precisavam de mim, eu estava lá! Quando terminava meu horário, eu estava lá. Pegava de uma hora da tarde até o outro dia. Um certo dia, quando cheguei em casa, eles me ligaram. Eles descobriram que eu vinha pra cá [referindo-se ao CAPS]. [...] Aí, eles falaram que eu era uma ameaça pro trabalho e que eu não podia mais trabalhar lá. (João)

O participante sentia a necessidade de contar essa história a todos, em uma tentativa de mostrar o quanto havia sido injustiçado e, também, que não era louco. Buscava ressignificar seu sofrimento a cada dia e justificar o desarranjo que a vida havia trazido em tão pouco

tempo: cerca de um ano e meio. A primeira vez que se manifestou foi na quarta roda de TCI, quando partilhou essa história, falando dessa situação de perda de identidade, assim como do *preconceito* (que discutiremos mais adiante).

Ao se pronunciar na roda, provocou uma comoção imediata nos participantes, e seu problema foi o mais votado nesse dia. Muitos se identificaram com sua experiência, pois tinham vivido situações muito parecidas. Como já dizia a máxima citada no livro de Barreto (2008): “Só reconheço no outro aquilo que tenho em mim”. Assim como outras participantes que também se manifestaram nesse dia, João destacou o cenário do adoecimento e as suas consequências devastadoras na vida em sociedade, dentre as quais a perda da identidade e de seu lugar social.

A esse respeito, aliás, cabe salientar que a fragilidade vincular de João aumentou quando perdeu o emprego e, conseqüentemente, seu lugar social de trabalhador. Sobre isso, Santos (2009) ressaltava uma questão de gênero que condiz com o que o participante vivenciou: a situação de sofrimento psíquico masculina tende a resultar em uma ruptura abrupta de sua trajetória de vida, denotando, não raro, a exclusão do espaço público, sobretudo do ambiente de trabalho. Pessoas em tal situação tendem, então, a confinar-se, de modo que se estabelece uma rotina marcada pela ociosidade, resultando em fracasso social. Isso geralmente passa a ser uma condição não tolerada pela família ou pela sociedade. Nela, perde-se a identidade de trabalhador, e, com isso, os homens tendem a enfrentar dificuldades maiores de reinserção social.

Cabe, aqui, todavia, uma crítica ao estudo de Santos (2009), uma vez que as mulheres em situação de sofrimento psíquico, ao perderem o seu lugar social, também esfacelam suas relações e agredem sua identidade social e cultural (SARAIVA, 2015). Entretanto, a sociedade colocou o homem como figura precípua da vida pública e principal mantenedor da família, e, em uma situação como essa, a referida fragilidade se evidenciaria, cumpre notar, ressaltando-se o fato de que ele — o homem — estaria, então, perdendo a função de mantenedor e chefe da família, o que alude a uma ferida à sua masculinidade, de acordo com papéis de gênero culturalmente construídos.

Voltando, contudo, ao caso de João, convém notar que este remontou sua história na roda de TCI em uma tentativa de reencontro com sua identidade profissional. Assim, segundo afirmava, havia sido um funcionário excelente e dedicado; porém, agora, era visto como uma ameaça para aqueles com que trabalhava, acabando, por conta disso, sem ter mais o que fazer da vida. Lopes e colaboradores (2012), a esse respeito, destacam que um importante elemento que atua na desconstrução da identidade social, no caso da pessoa em situação de sofrimento

psíquico, é a presença do estigma, caracterizado por um conjunto de crenças, pensamentos, atitudes e comportamentos negativos, que influenciam o público em geral e até a própria pessoa, inspirando uma atitude de receio, rejeição e discriminação.

O que, por seu turno, condiz com o que sustentam Nascimento e colaboradores (2013), sobre a identidade ser o que nos torna pessoas únicas no mundo, ao passo que o convívio com o meio a constrói. A identidade é algo que permite que sejamos socialmente incluídos ou excluídos, sendo a sua construção — afetada por elementos e fatores que contribuem em sua configuração — um processo que não tem fim. Ou seja, a forma de compreender a identidade social influencia diretamente na saúde das pessoas, quer no tocante à autoestima, quer no reconhecimento social, ou ainda na formação de estigmas ou na exclusão social. Influencia, enfim, nos modos de viver de forma saudável e plena em sociedade.

Muitos dos usuários do CAPS, quando passavam por uma situação similar à de João, internalizaram o estigma, agindo como se o fenômeno fosse real e legítimo, acreditando que eram incapazes de contribuir para a sociedade, como vemos, por exemplo, nas seguintes falas:

A gente se olha e se vê uma coisa inútil, que nunca mais vai voltar ao que era. A gente não fica mais boa, não. Nem pra falar com médico podemos vir sozinhos [...]. Eu não tenho mais capacidade de estudar. (Maria)

A gente se sente um nada. Chega uma pessoa e diz: “Vai fazer isso! Vai fazer aquilo!”. Minha irmã mesmo diz que eu não tenho doença, e eu fico triste, porque só quem sabe sou eu. É matar a gente aos pouquinhos. Só quem sabe é quem sente. (Benedita)

No tocante às falas de Maria e Benedita, percebemos que ambas haviam perdido a confiança em si, vendo-se como pessoas inúteis, que já não acreditavam em sua capacidade de estudar e trabalhar, depois da situação de sofrimento psíquico. Quanto a isso, as rodas de TCI serviram como um espaço de desabafo e catarse coletiva. Porém, cumpre destacar que o que notamos, segundo os relatos dos participantes, além de uma sociedade excludente, foi que a família também os fazia perder a crença em si mesmos.

Barreto (2008) tece alguns comentários sobre esse fenômeno, que denomina Síndrome da Pobreza Psíquica, resultante da perda de confiança em si, de modo que a pessoa acaba se sentindo fracassada e se desvaloriza, vendo-se como dependente de outras pessoas para poder seguir com a própria vida. Assim, mesmo que apareça uma chance de essa pessoa se reinserir no mercado de trabalho ou de volta aos estudos, por exemplo, ela, inconscientemente, sofre com inseguranças e dúvidas acerca de suas capacidades. Acima, podemos ver isso claramente evidenciado na fala de Maria.

Outro fato comum, mencionado por Benedita, foi a descrença e indiferença do familiar com relação ao sofrimento psíquico da pessoa, fazendo com que esta se sinta desamparada por

aqueles que esperava que fossem suas referências de cuidado e amor. Essa é a situação de desamparo, destacada por Macêdo (2012) como uma experiência intensa de estar à mercê do outro, a quem se supervaloriza na relação. Uma relação de domínio em que a pessoa não só se sente ameaçada pela possibilidade da falta do outro, mas também se vê desprotegida e despreparada, sob recorrentes constrangimentos, ridicularização e indiferença à sua dor. Ao que Nascimento (2015) complementa, afirmando que essas pessoas se sentem culpadas pelo próprio fracasso social. Ou seja, os vitimados pela dinâmica da segregação são marcados pela vergonha, sendo evitados socialmente e marginalizados, devido ao seu estado de adoecimento e à consequente presunção de sua inutilidade.

Assim, instaura-se uma crise de identidade nessas pessoas, uma vez que não mais se reconhecem em si mesmas e se veem desconectadas do mundo à sua volta. Nessa situação, surge um mal-estar definido por sentimentos de vacuidade, tristeza, exclusão ou, até mesmo, de melancolia. Sintomas esses, todos, associados à depressão e à perda da autonomia pessoal (CARVALHO et al., 2013).

Quanto a isso, porém, há autores que se opõem a essa perspectiva. Moshen e Costa (2014), por exemplo, sustentam que o desamparo e a exclusão social, na verdade, poderiam ensejar a necessidade de uma lição moral (uma fabulação) por meio da narrativa. Ou seja, nessa situação, não seria impossível vislumbrar uma oportunidade para o sujeito criar e recriar estratégias para superação de seu problema; pelo contrário, na verdade.

A TCI, nesse sentido, funcionou para essas pessoas como espaço de construção de narrativas, de novos sentidos de vida, uma vez que foi através da fala que elas foram elaborando situações que ganharam a dimensão não só de solução, mas de *esperança* — uma das palavras mais mencionadas na conotação positiva das rodas. Os participantes, ao ouvirem a narrativa uns dos outros e ao elaborarem as próprias, dialogaram intimamente com a própria história.

Como afirmam Holzman, Silva e Pinto (2015), as perguntas geradas pelo próprio grupo aprofundam a reflexão e possibilitam a internalização, a mudança nos modelos mentais e a saída de uma posição alienada para uma posição reflexiva com relação a si mesmo. Assim, por exemplo, Benedita, no momento da problematização da roda, falou das estratégias que havia criado para lidar com a situação de perda do lugar social, enquanto Amélia apontou a TCI como algo bom, intenso e importante em sua vida.

Eu procuro força em algum lugar. Eu faço minhas coisas em casa, eu lavo minha roupa, me levanto cedo, seis e mais. Isso aí tudo eu faço [...]. Também procuro força em Deus, porque é a única pessoa que entende a gente. (Benedita)

Com a terapia, fui vendo que minha coragem foi aumentando. Comecei a lavar uma colher, os pratos, dar um banho na minha filha. (Amélia)

O retorno às atividades cotidianas, como destacado em ambas as falas, estabeleceu-se como uma estratégia para a superação do sentimento de inutilidade dessas duas participantes.

Quanto a isso, é interessante notar o que destaca Santos (2009), ao comentar que, não raro, o matrimônio antecede a situação de sofrimento psíquico das mulheres que pertencem a uma geração mais velha e às camadas populares com baixa escolaridade. Nesse caso, porém, a convivência com a situação de sofrimento psíquico não as incapacita para o desempenho das prescrições tradicionais de gênero, como, por exemplo, as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos e o marido. Porém, reestabelecer essa função doméstica não se configura como um fator constituinte de uma reabilitação e inclusão social. Para essa conquista, faz-se necessária uma tessitura de redes de apoio e sociais que ressignifiquem espaços não apenas dentro de casa, mas nos mais variados ambientes comunitários. A terapia, assim, fortaleceu essas participantes ao buscarem de reestabelecer vínculos fora do ambiente domiciliar, o que teve início no CAPS. Não por acaso, ao final de sua fala, Benedita enalteceu a roda de TCI, por proporcionar exatamente esse espaço de escuta e partilha de suas inquietações:

Essa roda foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida, porque a gente não tem com quem conversar. (Benedita)

A TCI, na vida de Benedita, adentrou essa perspectiva de cuidado-escuta, ao se revelar um espaço de acolhimento respeitoso, dando voz àqueles participantes que se consideravam “invisíveis”, sem oportunidade de fala para manifestar seus sentimentos e emoções, livres de críticas e julgamentos. Além do mais, como a fragilidade vincular dentro de casa também não permitia que ela se fortalecesse, visto que não tinha com quem conversar, a TCI tornou isso possível.

Santos e colaboradores (2014a) afirmam que a TCI constitui, assim, uma estratégia de cuidado que promove vinculação. Para tanto, atua como promotora de encontros — pessoais e comunitário —, com o objetivo de valorizar as histórias de vida dos participantes, de forma que estabelece um resgate da identidade, uma restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção dos problemas, assim como a possibilidade de resolução destes, a partir de competências locais.

Mais uma estratégia interessante foi mencionada por outra participante, dessa vez em outra roda, ao falar da perda de seu lugar social:

Minha situação não mudou nada, mas eu estou contente, pois eu não estou nem ligando mais. (Creuza)

Na fala de Creuza, ficou claro que a mudança aconteceu de dentro para fora, em seu estado de espírito. Com suas palavras, compreendemos que a TCI melhorou sua capacidade de resiliência, de superação diante das adversidades cotidianas. Sua autoestima também foi melhorada mediante esse processo, uma vez que reconheceu que o problema era externo a ela. Se sua situação não havia mudado, o jeito de encará-la sim, e muito. Este foi, portanto, um ato valorativo, uma autoaceitação, a partir do momento em que se viu como uma pessoa que tem valor próprio, dotada de atitudes e capacidades, sendo capaz de enfrentar as adversidades com sabedoria e resiliência (BARRETO, 2008).

Barreto (2008), porém, alerta que essas posturas são respostas às agressões da vida e que se deve tomar cuidado para não sejam apenas a reação de sair de um lugar desconfortável e para se colocar, então, em outro que pode ser ainda mais desconfortável. É preciso ir mais além. Todo problema gera e traz, dentro de si, uma solução própria. Mas, no caso de Creuza, não percebemos isso, pois houve nela um ato de transformação, no que saiu do fatalismo e se colocou em uma posição de esforço para a mudança. É nesse sentido, aliás, que o sofrimento é a matéria-prima com que trabalha a TCI, aquilo que buscamos remodelar e transformar em crescimento.

Acerca disso, Lopes e colaboradores (2012) afirmam que a terapia funciona, portanto, como um espaço para a construção da singularidade, pois valoriza, de modo compreensivo, a dimensão subjetiva dessas pessoas, sem pré-julgamentos. Com isso, cria oportunidades para que ressignifiquem sua experiência de sofrimento, mediante o reconhecimento das narrativas sobre suas histórias de vida. Uma perspectiva que Anastácio e Furtado (2012) complementam, afirmando que, para que haja uma genuína reabilitação, é preciso que nos serviços de saúde mental sejam estabelecidas práticas voltadas para a desinstitucionalização, a emancipação e o resgate da cidadania dessas pessoas. Faz-se necessário que haja, desse modo, uma melhoria no funcionamento desses serviços na comunidade, de forma que passem a promover o efetivo resgate da autoestima e da autonomia.

Isto posto, salientemos um outro tema que merece a nossa atenção, citado como tema principal em duas rodas: o *preconceito*. Isto é, uma vez que a reabilitação, a inclusão social e a recuperação da autonomia caminham juntas e exercem um papel emancipador na vida de pessoas em sofrimento psíquico, sendo que, não raro, na tentativa de retomada de suas vidas, elas esbarram no preconceito social, este foi mais uma situação-problema muito debatida nas rodas. Sobre isso, vejamos as falas abaixo:

Eu tenho uma colega da minha igreja e sempre vou lá conversar com ela. Quando eu chego, os vizinhos dela ficam me zombando, dizendo que eu sou uma louca, que ela não converse comigo. (Creuza)

Eu fui pegar o ônibus pra ir no amigão. Aí, o motorista falou, não sei por quê: “Esse cara é o doido do CAPS!” Aí, falaram que eu estava perturbando dentro do ônibus. Eu falei: É mentira! Eu não estou perturbando! (José)

Nas duas falas, encontramos preconceito explícito, estigma e muita incompreensão social. Na verdade, nos dias que em que surgiram os temas que permeavam o preconceito, nas rodas de TCI, muitas foram as falas e desabafos a esse respeito. Foi quando os participantes mais se manifestaram. Até o temperamento deles mudou: em geral, ficaram mais agitados, inquietos e logorreicos. Foram os dias em que mais tivemos dificuldade para fazer cortes e dar oportunidade para que todos os participantes que quisessem falar pudessem fazê-lo. Muitos tinham histórias similares para contar.

Ser chamado/taxado de “doido” era algo que se refletia na história de vida de muitos. A vivência do sofrimento psíquico que todos ali passavam era não apenas uma situação de abandono e exclusão, mas também de estigma e preconceito. Eles não podiam calar-se diante de tamanha injustiça, e a roda lhes deu a oportunidade para, enfim, desabafarem e exporem sua revolta. Uma indignação justificada; sobretudo, quando se sabe que o preconceito cria um ciclo vicioso de exclusão social e discriminação, tornando-se uma considerável barreira para a qualidade de vida dessas pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Com relação às sequelas do estigma no contexto da saúde mental, Oliveira e Azevedo (2014) enfatizam que o desemprego, a autoestima diminuída, a falta de habitação própria e o fraco suporte social são alguns dos mais relevantes obstáculos ao processo de reabilitação e inclusão social. Além disso, o autoestigma — que é o preconceito para consigo mesmo — promove desagregação do sistema familiar e reduz o fluxo normal das interações sociais pelo desejo de manter em segredo a condição de se encontrar acometido de uma severa patologia mental.

Outra situação interessante acontecido nessa roda, vale dizer, foi que, no momento da votação, mesmo avisados que só era permitido votar uma vez, nos dias em que as temáticas de preconceito apareceram, a votação foi quase unânime para cada um dos casos apresentados. Houve empates, que obrigaram a realização de novas votações sobre o tema, mas o recado estava dado: como se identificavam com cada situação de preconceito ali colocada, votavam de novo no colega como forma de apoio, de revolta, de catarse e de empoderamento.

A esse respeito, Barreto e Lazarte (2013) afirmam que os estereótipos e preconceitos marcam um caminho conflitivo em que a identidade se debate para sobreviver. Isso porque, na relação interpessoal, a pessoa muitas vezes se depara com padrões e valores distintos e até antagônicos aos seus, o que pode conduzi-la à negação da própria identidade ou ao reforço

desta. Nesse último caso, prevalece a resiliência, a afirmação de si e de seus próprios valores; caso contrário, a pessoa adentra uma situação delicada de autodepreciação e desencontro de si mesmo, o que pode ser ainda mais nocivo em se tratando de pessoas com sofrimento psíquico.

Além disso, devemos lembrar que a situação de segregação e exclusão sociais em que o preconceito coloca o doente constitui um fenômeno geralmente justificado pelo *status* de periculosidade atribuído a essa pessoa. Podemos ver isso na fala de José, por exemplo, em sua experiência de entrar no ônibus e ouvir o motorista avisar os passageiros, de forma antiética e hostil, que aquele ali era “o doido do CAPS”. Tais situações de preconceito, associadas à humilhação e depreciação, cumpre ressaltar, foram frequentemente expostas pelos usuários, nas rodas de TCI. Já faziam parte do cotidiano dessas pessoas, nos mais diversos ambientes comunitários, como a vizinhança, as igrejas, os transportes coletivos, os ambientes de trabalho e dentro de suas próprias casas, no seio familiar.

Lidar com essas situações torna-se desafiador, pois mexe com a autoestima daquelas pessoas que sofrem a agressão psicológica, impondo-lhes uma condição de menos valia frente às demais pessoas da comunidade em geral. E, como salientam Felicissimo e colaboradoras (2013), a diminuição da autoestima afeta essas pessoas de forma direta ou indireta. Quando veem que pertencem a uma categoria socialmente estigmatizada, introjetam a desvalorização e a discriminação, realçando o sentimento de vergonha, o que as leva a reverem o conceito que têm de si mesmos.

Para João, a maior das violências foi a sofrida no ambiente de trabalho, perpetrada por seus ex-patrões. Em seu relato, na roda de TCI, falou do fato com muita indignação, o tempo todo exibindo uma expressão de sofrimento e tristeza. Depois da descoberta de que ele estaria em tratamento CAPS, João foi sumariamente demitido, sem direito de defesa e de adentrar no estabelecimento onde havia trabalhado por longos anos.

Até hoje eu sou humilhando por eles [referindo-se aos ex patrões]. Eles não me ajudam em nada [...]. Depois que descobriram que me trato no CAPS, eles me chamam de doido e não me deixaram nem entrar na padaria. Me colocaram da calçada pra fora. (João)

De acordo com o participante, até o momento da descoberta de que fazia tratamento psiquiátrico, ele era tratado como um sujeito “normal”, sem distinção alguma. A esse respeito, Sá e Oliveira (2013) destacam que uma das interfaces em que se verifica maior depreciação decorrente do preconceito são as relações de trabalho, pois nestas há uma ideia pré-formada de incapacidade e periculosidade da pessoa em situação de sofrimento psíquico. Uma ideia, não raro, social e culturalmente fomentada.

Estigmatizado, João se viu vítima de uma violência, vivenciando, inclusive, a violação a seu direito fundamental de ir e vir, bem como a negação de seu direito de defesa e proteção. Eis, de fato, como age o preconceito no meio social, sem muito alarde, sempre se apoiando no silêncio e na inércia popular diante de sua ocorrência. Como destaca Leal (2013), todavia, a violência engloba tudo que diz respeito à liberdade do outro. Na maioria das vezes, a pessoa sofre violência por parte de outrem — do que o preconceito é somente *um* exemplo —; em outras situações, torna-se seu próprio algoz — tal como ocorre no autoestigma. Ser vítima de uma violência, nesse sentido, significa que o exercício do livre arbítrio sobre a própria vida se encontra, de alguma forma, prejudicado ou impedido, inclusive no sentido de poder prestar esclarecimentos, de poder sentir, de pensar e expressar o que pensa, e, sobretudo, no que diz respeito à liberdade de agir.

Convém, enfim, destacar sobre o assunto que Oliveira e Azevedo (2014) lembram que a identificação de que a pessoa se encontra em tratamento psiquiátrico tende a estigmatizar a sua existência, tornando-a reconhecida por uma nova condição identitária. Nesse caso, o indivíduo passa a ser considerado alguém com várias limitações físicas e, principalmente, intelectuais, podendo, por isso, causar prejuízos de ordem econômica e social nos ambientes em que estão inseridos.

Em todo caso, houve ainda outros momentos nas rodas de TCI que nos remeteram ao tema do preconceito, como, por exemplo, na fala de Benedita. Em seu relato, destacou-se uma certa cobrança social por um desejável estado de bom humor, em conformidade com o qual uma expressão de tristeza ou raiva no seio familiar se torna um semblante inaceitável.

Às vezes, meu marido diz: “E essa cara de braba?” Eu digo: Deixe eu quieta! Me desligo e fico fora do ar. [E diz ainda, nesses momentos:] Não me pergunte por quê. Vocês não me entendem. Então, me deixem só. (Benedita)

O marido de Benedita se comportava como um agente provocador dentro do próprio seio familiar. O relato dela, aliás, remeteu-nos a uma discussão sobre o fato de ser mulher e estar em situação de sofrimento psíquico dentro do lar. As agressões psicológicas por parte do esposo eram diárias, em “doses homeopáticas”. Para Martins e Lima (2014), a sociedade exige um autocontrole de nossas emoções, bem como uma constante preservação do estado de felicidade. Em muitos casos, as manifestações de sofrimento acontecem de maneira sutil, de forma solitária e escondida, pois a expectativa — não raro, sentida como uma imposição — é de que sejamos forte e que superemos rapidamente toda e qualquer situação de instabilidade emocional.

Nascimento (2015), por sua vez, sustenta que as pessoas que sofrem essas situações de humilhação, desrespeito e vergonha, tendem a se resignar diante delas, o que leva a uma baixa de sua autoestima, ao aceitar as agressões. Não é coincidência, pois, que a caminhada de uma pessoa estigmatizada geralmente a conduza à sujeição, enquanto se vê forçada a lidar com uma série de dificuldades que englobam todas as suas ações em seu meio. Isso pode levá-la à fragmentação do próprio *eu* e deixá-la inclinada à vergonha, à culpa e ao silêncio. Silêncio este evidenciado na fala de Benedita, aliás.

No tocante a esse contexto, a TCI se mostrou um dispositivo de cuidado apropriado para essas pessoas que não se sentiam cuidadas dentro de casa ou na própria comunidade. Isso porque, a cada roda, se é verdade que novas histórias carregadas de sofrimento emergiam, estratégias para essas mesmas situações também eram apresentadas, de forma reflexiva, por parte dos participantes. No que diz respeito ao tema do preconceito, aliás, algumas estratégias de enfrentamento emanaram já na etapa da problematização, como no caso de Creuza:

Mas eu não sou uma louca, não, digo a eles. E ainda falo [para a vizinha]: Tem nada não, mulher! Entrega nas mãos de Deus! E nem ligo. Entrego na mão de Deus, e pronto. Não estou nem aí com essas pessoas que dizem isso de mim. (Creuza)

A terapia comunitária constituiu, para essas pessoas, um espaço de ajuda mútua, pois os que vivenciavam situações de preconceito se mostravam mais fortalecidos a cada encontro. Como dito anteriormente, a situação de descaso ou abandono descrita acima foi ressaltada em mais de uma roda, uma vez que se revelou uma experiência bastante recorrente e comum para os participantes, apesar de forte e dolorosa. Creuza disse à vizinha, em alto e bom som, que não era louca e, com sua postura, restabeleceu respeito na comunidade onde vivia e na roda de TCI. O fortalecimento de sua fé e sua indiferença às ofensas gratuitas que recebia mostravam o restabelecimento da sua autoestima, roda após roda.

A terapia, no contexto supracitado, atuou como elo preventivo para o aparecimento de novas crises, oriundas de cofatores externos. As rodas possibilitaram à citada usuária uma compreensão de si mesma que culminou em uma produção subjetiva, através da qual passou a se considerar responsável por si própria e por suas decisões e escolhas, não se deixando abalar por situações de preconceito. Ou seja, o que percebemos aqui é, sem dúvida, um traço de melhoria da autoestima. Houve uma melhora no autoconceito de Creuza, no que passou a não se ver como louca e a exigir respeito dos demais (BARRETO, 2008).

Quanto à TCI, Nascimento (2015) destaca, ainda, que as redes sociais tecidas com essa abordagem podem vir a ocupar um lugar fundamental na transformação cultural e na mudança dentro das relações sociais, na comunidade, no que diz respeito às diferenças. Isto é, as redes

sociais fomentariam a construção de um novo lugar social para as pessoas com sofrimento psíquico. Assim, Creuza, com sua atitude, simplesmente busca reconquistar seu lugar social de cidadã, resistindo ao preconceito gratuito dos vizinhos de sua amiga, sobre o que falava no trecho destacado anteriormente.

A TCI, assim, reposicionou a participante em uma condição de reestabelecimento de pontes por meio de uma relação dialógica. Holzman, Silva e Pinto (2015), aliás, já haviam destacado que a abordagem sistêmica permite encontrar soluções para tais contextos, uma vez que aceita a multiplicidade de causas e efeitos, bem como confere aos sistemas a capacidade de se autoavaliarem e de se auto-organizarem. Assim, o que a terapia proporcionou a Creuza foi uma percepção melhor de si, como alguém imerso em um conjunto de relações familiares e sociais, cujos valores e crenças comuns tendem a ser abraçados.

Isso, por sua vez, chama a atenção para o fato de que toda comunidade é heterogênea por natureza — afinal, seus membros apresentam particularidades e interesses próprios que os diferem uns dos outros, apesar das circunstâncias que os mantêm próximos, coexistindo em um espaço comum. Por isso mesmo, como ressalta Barreto (2008), para que a comunidade se estabeleça e reestabeleça, é necessário que haja interação entre seus membros, de forma que exista um fluxo de relações entre as pessoas, ensejando recorrentes atos de reciprocidade entre elas. Essa seria uma solução viável para superação do preconceito.

Ainda no tocante ao estabelecimento de estratégias para a superação do preconceito, José, aliás, na fase da conotação positiva da roda, evidenciou o estabelecimento de um vínculo de empatia com relação ao colega de terapia. Sensibilizado diante do problema relatado por João (ao falar a respeito do preconceito e da discriminação que havia sofrido na padaria onde trabalhava), José se pôs no lugar do colega, de modo que, não se contendo, disse:

Eu desejo que a padaria pegue fogo! (José)

Com essa frase breve, clara e tensa, percebemos que o problema vivenciado pelo outro o havia tocado profundamente, de maneira que o recado dado naquele momento foi o de que partilhava do sofrimento e da indignação do colega. Nessa roda, aliás, vimos o quanto José era querido e como sua opinião tendia a ser acolhida pelos demais. Ele era uma pessoa que sabia se socializar, sabia tirar o peso das situações e transformá-lo em um clima ameno, até mesmo fazendo os outros rirem, depois de ouvirem um relato sofrido.

A roda sobre o tema do preconceito foi intensa e emotiva, com muitas lágrimas e com trechos de vida traumáticos e tristes. Diante disso, José, em sua fala sobre o relato de João, quis mostrar sua capacidade empática de uma forma irreverente. O fato imediatamente me remeteu ao que havia dito, certa vez, o Professor Dr. Adalberto Barreto, quando, ainda na

formação de TCI, em dezembro de 2011, em Beberibe (CE), chamou a nossa atenção para a necessidade de observar o processamento das emoções, compreendendo suas etapas para a formulação das estratégias de enfrentamento das adversidades.

Como ressaltado pelo professor, as emoções começam a ser trabalhadas a partir do cérebro reptiliano, que é instintivo, responsável por reações vitais de sobrevivência, tais como a fuga e os sinais fisiológicos. Dessa estrutura ainda primitiva, a emoção passa para o sistema límbico — responsável pelas emoções, como a alegria, a tristeza, a raiva —, e, finalmente, chega ao neocórtex — responsável pelo pensamento analítico racional, criativo e espiritual. É por isso que, nas rodas de TCI, podemos cantar uma música, na hora que a tristeza domina o ambiente, ou talvez contemos uma piada sobre um tema de sofrimento, porque o fato é que, assim, criamos uma oportunidade para que a pessoa saia daqueles estágios primitivos (onde predominam a raiva, a indignação e a tristeza) e passe a analisar a própria situação de modo racional e crítico-reflexivo.

O gracejo de José no final da roda de TCI proporcionou a João o acesso ao neocórtex, visto que este riu bastante e, em seguida, ficou introspectivo. O grupo também demonstrou uma reação idêntica: a risada coletiva, seguida de um silêncio absoluto e absorto. Nesse dia, a roda terminou com um abraço coletivo e muitas conversas após sua finalização. Observamos, nessas pequenas atitudes, que os vínculos entre os participantes foram se fortalecendo. Eles passaram a se preocupar uns com os outros, a interessar-se pelos problemas do companheiro de roda, e, o mais interessante, desenvolveram, dali em diante, o hábito de perguntar se o outro estava bem, a cada novo encontro. Outro detalhe percebido foi o aumento da vontade de ajudarem-se mutuamente e de quererem contribuir para a solução dos problemas do outro.

Segundo Rodrigues e Pinheiro (2013), todo esse envolvimento está relacionado com o sentimento de pertencimento e inclusão em um espaço onde não cabem julgamentos. Porém, cumpre ressaltar, há outras pedras no caminho de quem faz tratamento nos serviços de saúde mental, pois o fato é que muitos vivem na inconstância e no receio de novas crises e recaídas. O sofrimento psíquico é imprevisível, a estabilidade é, por vezes, utópica, e os usuários se dão conta de que conviver com essa situação é o eterno ensaio de um número de equilíbrio, em que há quedas recorrentes, das quais a pessoa se ergue, começando tudo outra vez, em um grande esforço para manter-se bem, mesmo com as adversidades que essa situação as traz.

No que concerne à perda do direito de ir e vir — e imbricado também na temática do preconceito —, a participante Maria, por sua vez, relatou na roda que não lhe havia sido dado sequer o direito de ver a mãe, com doença terminal no hospital, sendo impedida sua visita por parte de médicos e familiares. Isso, é claro, trouxe-lhe consequências na elaboração da morte

da mãe — ainda ignorada por Maria —, em razão da castração de seu direito de sentir e viver o luto, e de elaborar *a morte de um ente querido*. Tal atitude constitui um tipo de violência que exclui e torna invisíveis as pessoas em situação de sofrimento psíquico, que é uma prática corriqueira, cumpre salientar. Por causa dela, estes indivíduos se veem obrigados a encarar a perda da autonomia e do direito de refazer as próprias escolhas em vida.

Eu fico esperando minha mãe chegar, e minha mãe não chega. Ainda fui para o hospital. Visitei, e o médico não deixou eu entrar mais lá não. [...] Ele me disse que minha mãe viajou, e eu estou esperando ela chegar. Eu acho que ela está no hospital ainda, e eles não querem dizer a mim. (Maria)

Assim foi relatada a situação vivida por Maria, o que de pronto me inquietou, levando-me a procurar respostas, depois de encerrada a roda. Foi quando a técnica de referência da usuária me contou que a mãe dela já havia morrido, mas a família ainda não lhe havia contado nada. Justificou que a família tinha “medo” de falar e de que isso desencadeasse uma nova crise. Acharam melhor, portanto, “esconder” uma situação dessa magnitude. Devido a essa atitude de preconceito e de indiferença à sua dor e preocupação com a saúde da mãe, Maria nunca havia podido elaborar a morte dela, não tendo sequer certeza quanto se a mãe ainda estava no hospital. Em sua fala, aliás, pudemos perceber confusão e alterações importantes em sua sensopercepção, como, por exemplo, quando disse:

Vez por outra, vejo [ouço] ela me chamando. (Maria)

Diante disso, cabe indagar: seria mesmo terapêutico/benéfico ocultar tais informações de Maria? Será que o desconhecimento do ocorrido não a teria deixado ainda mais confusa? Em resposta a essas inquietações, procuramos, no final da roda, refazer o caminho de Maria. O problema foi que, no próprio CAPS, a técnica, ao falar sobre o assunto, contou-me esses detalhes em voz baixa, demonstrando receio de Maria a ouvisse e descobrisse aquele segredo. Ou seja, havia uma patente inabilidade dos próprios profissionais em lidar com a situação, a qual jamais havia sido trabalhada com a usuária em uma terapia.

A elaboração do luto, todavia, é imprescindível, pois, como a define Langaro (2015), consiste na aceitação da modificação do mundo externo intimamente conectada à perda e na consequente alteração do mundo interno, com a reorganização da vida e das relações. Nesse sentido, vivenciar os sentimentos envolvidos no processo de luto é essencial — e, como tal, indispensável — para a reorganização interna.

Em uma tentativa de elaboração interna, Maria colocou essa situação da mãe em duas rodas de TCI diferentes, e notamos então que, na última vez que falou dela, já conseguiu se remeter à mãe como morta, em uma roda cujo tema foi justamente a perda de entes queridos. Na ocasião, ainda que de forma confusa, Maria já demonstrava estar aceitando a ideia de que

a mãe havia falecido. Ela tentava, roda a roda, remontar o quebra-cabeça de sua vida através da narrativa. Mas já compreendia a dimensão da perda, da finitude, através dos relatos dos demais, só não era capaz ainda de entender como e em que lugar elas haviam se concretizado.

A esse respeito, Andrade e colaboradores (2013) argumentam que atenção destinada às pessoas que sofrem as consequências dos processos de exclusão social deve rejeitar a noção de que as diferenças supostamente impostas pela sociedade e normalmente incorporadas por meio do estigma e da rejeição constituam, de fato, barreiras contra a inclusão social, a qual é essencial à vida e à reabilitação dessas pessoas. Maria só precisava viver o luto, ainda que isso resultasse em uma nova crise para ela. De fato, não a incluir nesse processo só produziu nela instabilidade. No fim, nossa percepção é a de que a resolução dessa dúvida pode, até mesmo, ser a chave ou um caminho para o reestabelecimento de Maria.

Em consonância com a perspectiva de Portugal, Nogueira e Hespanha (2014) acerca da situação exposta, entendemos que a família, no caso em tela, apresenta um duplo impacto na integração social de Maria. Afinal, se, por um lado, tenta prover recursos que deveriam potencializar sua autonomia, por outro, retroalimenta a dependência dela em relação à família e restringe essa mesma autonomia. Em seu trabalho, os autores citados denominam *família restrita* esse tipo em que seus integrantes exercem influência direta nas escolhas, decisões e comportamentos uns dos outros.

Além da difícil situação de Maria, no entanto, devemos destacar também as estratégias apresentadas por outros participantes, a fim de lidarem com essa experiência de perda de um ente querido. João, por exemplo, declarou:

Eu perdi meu pai faz tempo e me recuperei. Primeiro, com meus amigos me ajudando, e, depois, meus colegas de trabalho. Mas foi muito difícil. Eu era muito apegado a ele. (João)

João mostrou que precisou de apoio e compreensão para o enfrentamento de uma perda tão significativa, mas, apesar de ter sido difícil, houve superação. Convém notar, porém, que, mais uma vez, o participante demonstra fragilidade vincular com a família. Na roda, perguntei-lhe sobre o apoio dos parentes, e ele reiterou que recebeu ajuda apenas dos amigos e dos colegas de trabalho.

Barreto (2008) afirma que, quando as pessoas não encontram apoio na família, podem ficar entregues à própria sorte e perdidas, em solidão. Além disso, cabe lembrar que, antes de perder o emprego, havia na vida de João pessoas que o apoiavam, no mundo externo ao ambiente familiar, mas, como já foi ressaltado alhures, a perda do emprego fez com que isso

mudasse, trouxe uma nova situação que o fez se sentir abandonado, em virtude da fragilidade vincular em sua própria família.

João, conforme sua fala deixa bem claro, procurou apoio em sua rede social. Portugal, Nogueira e Hespanha (2014) chamam esse tipo de laços de *passivos*, pois constituem suportes invisíveis, caracterizados por pessoas com que podemos contar quando necessário (amigos, a família extensa, os colegas). Os *laços ativos*, por outro lado, seriam justamente aqueles que se estabelecem dentro do parentesco restrito. Para os autores, quando inserida em um contexto de exclusão social, a pessoa restringe muito essa rede de apoio.

Assim, mesmo com as rodas de TCI e uma tessitura de novas redes de apoio, ocorreu de algumas pessoas adentrarem no que chamamos de *crise*. Essa temática foi amplamente debatida pelos participantes, de modo que, mesmo não sendo o tema escolhido das rodas, foi um dos grandes desafios verbalizados e enfrentados pelos usuários. Josefa, por exemplo, entrou em uma crise durante as doze rodas, o que mostrou que as alterações externas podem desestabilizar qualquer participante, mesmo estando eles buscando prevenir o aparecimento de novas crises com a terapia.

As falas sobre crise surgiram em rodas cujos temas eram: solidão e rejeição, perda de identidade e incapacidade. E relatos como os de Josefa indicam que a família costuma ser um dos principais agentes nesse processo de ruptura:

A esposa do meu irmão é evangélica. Gosta de sítio, mas eu não gosto[...]. A minha casa é perto da igreja que eu vou sempre, pois eu gosto muito de ir, mas eles são evangélicos, e ela não entende a minha situação. Ela quer que eu seja evangélica também, e ninguém pode obrigar a tirar o outro de uma religião à força, sem eu querer. [...] Eu me sinto mal, porque ela não pode fazer isso. (Josefa, roda 8.)

Me deu essa crise, que eu não gosto de pegar em dinheiro e eu não sei como controlar isso [...]. É porque eu tenho medo. As pessoas diziam que pediam ao diabo para ficar rico, aí todo dinheiro que ele recebia faltava um valor. E aquele dinheiro não tinha mais valor nem para comprar comida nem nada. Ele tentava se afastar do inimigo, mas não conseguia. Aí, ele queria voltar a ser uma pessoa normal e não conseguia. Fiquei com medo dessa história, e eu não pego mais no dinheiro. (Josefa, roda 11.)

Contextualizando e descrevendo a situação de Josefa, através de dados registrados via caderno de campo, temos o seguinte: apresentava um aspecto sofrido e era geralmente gentil; embora fosse uma mulher de meia idade, aparentava já estar entrando na terceira idade — era um pouco descuidada de aparência —; ria pouco e era muito calma, e também tinha uma pequena dificuldade de dicção, de modo que falava cortando a voz. Contou-me que nunca casou nem quis ter filhos, e afirmou que sua mãe, no leito de morte, pediu para que ela nunca casasse. Morava com o irmão e a cunhada em uma casa herdada, que era dela e do irmão. Sua

casa era bem próxima à igreja católica que frequentava, onde era muito ativa nas pastorais e movimentos.

Josefa não era muito de se expressar em público, mas, na TCI, manifestou-se algumas vezes. A primeira foi na segunda roda, sobre a qual já discorremos, quando se falou de solidão e abandono. Mas foi na oitava roda de TCI, depois que várias pessoas já tinham falado, que ela se pronunciou mais uma vez. Sua inquietação não era apenas a solidão. Sua dor se devia à condição imposta — a de que teria de mudar de religião — que adviria com sua mudança para o sítio, para ir viver com o irmão. Esse fato, para ela, era inadmissível, por ser uma mudança radical em que todos os seus laços sociais e religiosos seriam cortados. Seriam muitas podas para uma pessoa só.

Trazer essa demanda novamente para a roda demonstrava o quanto ela a incomodava. Josefa havia sido oprimida tantas vezes: impedida de casar, impedida de morar só (pela sua condição de sofrimento psíquico) e, agora, impedida de ser católica, já que sua mudança para o sítio do irmão e da cunhada estava condicionada a que se tornasse evangélica. Juntos, esses fatores geraram em Josefa uma instabilidade emocional, um fenômeno que Goffman (2005) denomina *identidade social deteriorada*, resultante de estereótipos negativos que marcam tais pessoas como incapazes, diferentes, nulas, passivas e, em casos extremos, perigosas. Esses atos influenciam de forma negativa suas relações interpessoais, fazendo com que os outros, geralmente familiares, tomem decisões sobre qualquer situação de suas vidas.

Nas rodas de TCI seguintes, Josefa estava diferente. Ficava calada, introspectiva, com um olhar perdido. Sua linguagem corporal indicava que não estava nada bem. Quanto a isso, cabe ressaltar o que dizem Watzlawick, Helmick-Beavin e Jackson (1967), ao afirmarem que todo comportamento é uma forma de comunicação. Com efeito, compreendemos que, no comportamento de Josefa, estavam sendo transmitidas mensagens importantes, de modo que, infelizmente, no dia da décima roda, recebemos a notícia de que ela havia entrado em crise.

Na décima primeira roda (pós-crise), por sua vez, o discurso de Josefa começava a ganhar nexos. Mas, embora estivesse ainda se reestabelecendo da crise, apresentava agora um delírio religioso muito intenso, como se viu, mais acima, na transcrição de sua fala. Dizia se sentir angustiada em administrar o próprio dinheiro, o qual, afirmava então, amaldiçoava as pessoas. Josefa até mesmo associava o diabo ao dinheiro, em seu discurso delirante. Ainda assim, ela levou esperança daquela roda: esperança em dias melhores.

Analisando o caso de Josefa, percebemos que esta entrou em uma crise situacional e dela saiu, ainda nas doze semanas de roda. Isso nos leva a inferir que as condições externas podem interferir no processo saúde-adoecimento dessas pessoas, o que ressalta a relevância

desses eventos ou fatores, já que, mesmo medicados e inseridos em intervenções psicossociais avançadas como a TCI, o meio que vivem pode prejudicar sua situação e a melhoria/evolução de seu quadro. Andrade (2010), todavia, enfatiza que a TCI, ao trabalhar perdas e crises, valoriza as competências de seus participantes, e que a crise, nesse caso, pode propiciar o desenvolvimento de redes solidárias e o resgate da identidade pessoal, o que promove um reforço da identidade cultural da comunidade.

Um fato observado nessa usuária, em particular, foi que, com a TCI, Josefa conseguiu elevar seu escore de autoestima de 25 para 29. Porém, a qualidade de seus vínculos reduziu. Ela foi a única participante a reduzir o escore de vínculos saudáveis de 53,2% para 52,6% e a elevar os vínculos de risco de 20% para 31,6%. Esse achado foi inusitado, uma vez que, para a maioria dos participantes, houve aumento de vínculos saudáveis e redução dos vínculos de risco. Ela aumentou esses últimos, principalmente, no primeiro agrupamento de perguntas que engloba o sistema familiar, o que indica que, com a sua crise, o que restou fragilizado não foram seus vínculos comunitários, mas seus vínculos familiares.

Barreto (2008) sustenta que é de extrema relevância identificar, quantificar e qualificar esses vínculos, principalmente quando essas pessoas estão vivenciando uma situação de crise e sofrimento psíquico. Seu argumento é o de que avaliar a situação vincular e procurar sanear, reforçar e, sobretudo, desenvolver ações complementares no tecido social constituem ações que ajudam a promover a inclusão social dessa pessoa. Daí, a existência do pré-teste e pós-teste, antes e depois da intervenção.

Para o Ministério da Saúde, por sua vez, inserir as pessoas em situação de sofrimento psíquico em intervenções psicossociais grupais é uma das importantes estratégias da Política de Humanização, pois engloba o coletivo em um contínuo processo de transformação, o qual tece uma rede de conexões que favorecem a produção de saúde e subjetividade. Logo, estar inserido em um grupo, como o de TCI, possibilita que os participantes entrem em contato com as multiplicidades que alteram os processos de subjetivação — e é nessa função que se enquadra o grupo, enquanto dispositivo psicossocial, na saúde mental (BRASIL, 2015).

Ainda no tocante as crises, outros participantes que falaram desse problema nas rodas de TCI destacaram que outros detalhes, sobretudo a ausência das medicações, constituíam fatores preditivos para sua desestabilização psíquica, tal como vemos, por exemplo, na fala abaixo:

Quando eu fui pra casa da outra irmã, eu esqueci do medicamento. Aí, só porque eu esqueci, um dia me deu crise. Aí, eu quero dizer assim: é uma coisa que a pessoa não pode parar, né? Eu mesma não posso parar, porque, se eu parar apenas uma noite, já me dá crise. (Creuza)

As crises parecem ser cíclicas e constantes na vida das pessoas que se tratam nos serviços de saúde mental. Para elas, a medicação que previne, acalma e auxilia no sono pode ser algoz, quando falta, levando ao aparecimento de novas rupturas. A esse respeito, Bezerra e colaboradores (2014) ressaltam que o sofrimento psíquico carrega consigo o fenômeno da medicamentação, e uma das formas implícitas de expressão de subjetividade é a procura pelas “milagrosas” receitas de medicação controlada.

Entendemos a medicamentação como um fator cultural que induz a procura por remédios quando não nos sentimos bem. Porém, com isso, a população se entorpece diante dos próprios problemas sociais e psicológicos, enquanto vai se tornando psicologicamente dependente dessa aparente solução momentânea: o medicamento psicotrópico. Esse processo de inadequação e recaídas é marcado por situações de sofrimento que, com frequência, só é percebido pelo desencadeamento de sintomas físicos e corporais, que se caracterizam pelo estresse constante, a intolerância, a ansiedade elevada e sinais de angústia crescente. Isso leva as pessoas a procurarem a certeza de alívio para seu sofrimento na psiquiatria, nos serviços de saúde mental e nas medicações (FERREIRA FILHA et al., 2009).

O fenômeno da medicamentação, a propósito, também foi amplamente debatido e lembrado nas rodas de TCI, principalmente por João. Ele falou nada menos que *seis vezes*, em seis dias diferentes, a esse respeito. Era uma demanda que não cessava e não tinha perspectiva de ser resolvida. Isto posto, vejamos a evolução de sua inquietude em cada roda:

Eu não estou dormindo mesmo com a medicação! (João, roda 6, escolha do tema.)

O problema é que eu estou muito esquecido, muito ansioso também. Eu estou tomando o mesmo remédio duas, três vezes no dia [...] e não consigo dormir. [...] No outro dia, não consigo dormir novamente. Fico estressado, querendo bater na minha esposa, querendo quebrar as coisas dentro de casa. (João, roda 7, escolha do tema.)

Nenhum remédio para dormir tá fazendo efeito. Ontem eu tomei três vezes o Clonazepam. Irritado, chego até a bater na minha mulher. Eu [estou] do mesmo jeito. Não estou conseguindo dormir. Tomo, aí me deito e fico rolando pra lá e pra cá. E me levanto, tomo outros. Não sei como não já me deu um negócio, porque os remédios não estão servindo. Mas eu vou falar pra médica! (João, roda 8, problematização.)

Eu queria falar sobre o meu remédio, que não está fazendo mais efeito [...]. Estou angustiado demais. (João, roda 9, escolha do tema.)

É que o meu remédio, o Clonazepam, acabou. Eu estou sem [...]. A consulta só é dia 2 do mês que vem! [...] Estou agoniado, mas eu falei com ela [enfermeira do CAPS], e ela disse que só com a prescrição médica [...]. Ela não dá, não, sem receita! (João, roda 10, escolha do tema.)

Faz uma semana que eu não durmo [...]. Eu não consigo dormir. Fico agoniado. Não estou comendo direito. Eu estava tomando três para poder dormir, aí não deu tempo de chegar o dia do meu retorno, porque eu já tomei demais. (João, roda 11, escolha do tema.)

Como se vê, a primeira vez que João falou sobre medicação que tomava — e de como ela não estava fazendo o devido efeito — foi na sexta roda de TCI. Nesse dia, ele fez uma colocação breve e não expôs seus sentimentos em relação à situação. Contudo, na sétima roda, voltou a falar sobre o efeito da medicação e de como estava se sentindo esquecido, ansioso e irritado, principalmente com a esposa, dentro de casa. Uma observação pertinente aqui é a de que a maioria das colocações desse participante foi na escolha do tema, indicando a urgência da demanda que, mesmo não sendo a mais votada, deixou claro que aquele participante estava sofrendo e precisava de ajuda.

Atualmente, o fenômeno de medicalização do sofrimento recebeu a denominação de *medicamentalização*. Segundo Amarante (2007), a medicamentalização é consequência de outro fenômeno mais amplo: a medicalização social. Já Bezerra e colaboradores (2014), por sua vez, salientam que este fenômeno é mais evidente no campo da saúde mental, visto que há uma indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão relacionados situações sociais e econômicas. Esse fenômeno é observado, aliás, na maioria dos serviços de saúde mental, onde predomina uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários e pouca utilização de tecnologias leves e leve-duras.

No caso de João, justamente a conjunção de problemas de ambos os tipos — social (preconceito, abandono) e econômico (perda do emprego) — constituíam motivos para que se entorpecesse diante do sofrimento. A essa altura, já havia entrado em um círculo vicioso de medicalização do sofrimento, o que vinha lhe trazendo instabilidade em seu lar. O participante expressou na roda, ainda, um fato grave: o de que, quando estressado, chegava a querer bater na esposa e a quebrar coisas dentro de casa. João reiterou, ainda na oitava roda, que, quando agitado e ansioso, não era raro que batesse na mulher. Nesse momento, após uma inquietação coletiva na roda, foi lançada uma pergunta por parte de uma participante:

Você se arrepende, depois que bate na esposa? (Maria)

Ao que ele respondeu:

Não! Ela é muito atrevida. Ela sabe do meu problema. Ela sabe o que eu tenho — que eu tomo remédio — e não está nem aí pra mim. Não sei nem se não foi através dela mesmo que eu fiquei assim. Se foi [por] trabalhar muito, de uma hora da tarde até o outro dia, na padaria. Ou [se] juntou uma coisa com a outra. [Tenho] raiva dela porque ela não quer fazer nada dentro de casa. [...] Quando eu falo, ela vem com agressividade. Aí eu, como estou sem paciência, bato na hora mesmo. Eu não sinto nenhum arrependimento, não. (João, roda 8, problematização.)

Depois dessa resposta, uma inquietação ainda maior surgiu entre os participantes da roda, e, mais uma vez, um deles — mais precisamente, José — lançou outra pergunta:

Tu não tem medo dela prestar queixa de tu, não, aos policiais, e te pegarem e te prenderem? (José)

Ao que João prontamente respondeu:

Ela já me denunciou! [...] Eu me sinto abandonado pela minha família e pela minha mulher. (João)

Vimos aqui, portanto, um caso de violência (in)justificado pela alegada indiferença e agressividade da companheira e por sua suposta “culpa” pelo adoecimento dele. Mais uma vez, reiteramos o que normalmente advém dessa culpabilização do outro pela própria situação de sofrimento psíquico. De acordo com Silva e colaboradores (2015), uma consequência de se culpar um membro da família é que isso pode agravar a dinâmica familiar, em decorrência dos eventuais conflitos correlacionados às agressões verbais, à sobrecarga, ao pessimismo e ao isolamento social que surgem na convivência com aquele que está adoecido psiquicamente.

A situação exposta por João foi comunicada à assistente social do CAPS, como forma de auxiliá-lo e orientá-lo, tanto no que diz respeito às leis que protegem a mulher quanto no tocante à sua conduta posterior com relação à sua esposa. Compreendi que um caso daquela magnitude não poderia ficar sem encaminhamento algum. Acerca dessa atitude, aliás, Bezerra e colaboradores (2014) afirmam que, no processo relacional entre usuários e profissionais do CAPS, também se destaca a corresponsabilização. Esta é determinada a partir do acolhimento às demandas dos usuários e do vínculo estabelecido entre o serviço e o usuário. No caso de João, era preciso trabalhar essas demandas, uma vez que contribuíam para sua instabilidade emocional.

Nesse dia, depois da roda de TCI, também foi feito um encaminhamento à enfermeira do CAPS, com intuito de reavaliar a situação dele e encaminhá-lo imediatamente para uma consulta com o psiquiatra. A resposta que a profissional nos deu foi que a consulta já estava marcada para início do mês seguinte e que ele, como paciente, teria de aguardar o tempo certo para o atendimento. Evidencia-se aí, também, o controle médico sobre o sofrimento de João: ele teria de aguardar até o dia da consulta para conseguir as receitas. A medicamentação é um fenômeno que se estabelece justamente em razão do controle médico sobre a vida das pessoas. Para tanto, a prescrição e o uso de medicamentos são tidos como única terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana entendidas como sofrimento psíquico. Como são extremamente dependentes, essas pessoas podem até entrar em crise devido à falta dessas medicações. De fato, vimos que a situação de João, nesse sentido, foi se tornando mais angustiante a cada roda. Graças à TCI, no entanto, ele pôde ao menos trabalhar essa demanda reprimida.

Com efeito, Barreto (2008) afirma que a terapia é um instrumento transformador do sofrimento e das dores da alma. A partilha da experiência sofrida possibilita, coletivamente, trazer a clareza para os sentimentos atribulados e luz para a caminhada solitária. Enquanto se fala da dor, reconstrói-se a vida. Uma crise, se bem aproveitada, pode levar à transformação, ao crescimento da pessoa, do grupo e da comunidade.

Ainda sobre as crises, porém, devemos destacar outros condicionantes psicossociais e ambientais que também mostraram fatores preditivos para o seu desenvolvimento. Conforme esclarece Barreto (2008), a crise acontece quando algum modelo de interação se exaure — seja ele afetivo, familiar, econômico, político ou religioso —, em função de algum contexto sempre em mudança. Ou seja, a crise indica que um modelo interativo se esgotou e precisa ser reconstruído. Na fala de uma das participantes, a exaustão se revela quando o companheiro lhe dirige provocações gratuitas, mesmo estando ciente de que isso a chateia e desestabiliza, vejamos a fala de Benedita:

Eu estava em casa conversando, e estavam conversando sobre religião. Meu marido falou mal sobre os padres, e aquilo me magoou. Eu fiquei muito chateada. Ontem mesmo, deu vontade de abrir a porta, sair correndo de casa e me jogar na frente de um carro [...]. Na hora, me deu vontade de tirar o cinto e me jogar pra fora do carro [...]. Hoje em dia, eu acho a gente sempre muito sensível, porque qualquer palavra magoa a gente. (Benedita)

Sabemos que a crise psicótica tem variantes que a distinguem da crise neurótica. Na crise psicótica, o indivíduo rompe com a realidade e adentra um quadro no qual as funções mentais de juízo, sensopercepção, memória, raciocínio, linguagem, dentre outras, ficam prejudicadas (DALGALARRONDO, 2008). Assim, diante de uma crise, os familiares dessa pessoa devem colaborar no tratamento e na prevenção de novos episódios, promovendo um ambiente domiciliar calmo, acolhedor e, acima de tudo, harmonioso. Contudo, é importante ressaltar que, nos CAPS, ainda há uma fragilidade de suporte às famílias dessas pessoas. Não podemos esperar que esses familiares sejam copartícipes desse processo, se nesses serviços ainda não se oferecem as devidas informações que subsidiem tais atitudes. Vale ressaltar, ademais, o que afirmam Narvarini e Hirdes (2008), ou seja, que trabalhar com a família é uma árdua tarefa, já que demanda uma análise profunda do contexto socioeconômico e cultural em que as pessoas estejam inseridas, avaliando suas representações diante da sociedade, com base em sua realidade, e procurando desvendá-la no entendimento em família, a fim de que o conhecimento se funda à prática, superando os limites e possibilidades que fragilizam o êxito da reabilitação psicossocial.

Além disso, lembremos que, como já foi dito, fatores externos e contingentes na vida das pessoas com sofrimento psíquico sempre existirão, alguns dos quais poderão desencadear

crises, havendo ou não o auxílio da TCI. Isto é, as rodas não adentram a vida das pessoas como salvaguarda garantida, visto que não se pode, por meio delas, resolver os problemas cotidianos dos participantes ou mesmo as situações que despertam descontentamento perante a vida ou as crises situacionais, como as que já mencionamos na presente tese. Ainda assim, como ressaltam Ferreira Filha e colaboradoras (2009), a TCI é importante, pois estabelece a ponte para que redes solidárias se constituam, fortalecendo a autoestima das pessoas, das famílias e das comunidades, e é esse o âmbito em que a mudança decorre. Logo, o que se oferece a essas pessoas não é a garantia de não terem novas crises, mas sim a oportunidade de conhecerem e conceberem novas formas de enfrentá-las dali por diante.

A TCI desponta, então, como uma experiência ímpar para essas pessoas, uma vez que, nela, todos têm igual oportunidade de reconhecer seus saberes adquiridos com a experiência de vida, ao passo que a terapia também contribui para seu bem-estar, seu autoconhecimento e sua autoestima. Por isso, a TCI se pauta em cinco pilares que demonstram que ela encara os fatos a partir de uma perspectiva complexa, na qual há respeito à diversidade e intenção de resgate e valorização dos saberes adquiridos, visando fomentar a capacidade de superação dos obstáculos de vida (LACERDA et al., 2012).

Nesse sentido, Leal (2013) sustenta que, mesmo em situações mais graves, como as de crise, é possível controlar e reduzir os sintomas e, por meio de medidas de reabilitação, assim como desenvolver capacidades e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. A TCI, então, torna-se uma possibilidade de se trabalhar com elas, mesmo na crise, pois reconstrói e tece uma rede de afinidades e apoio social verdadeiro — elementos estes que são os principais mecanismos promotores reconstrução vincular. A TCI também é um meio e uma interface que reaproxima as pessoas, a família e a comunidade de forma gradativa, proporcionando sutis mudanças em seus comportamentos, tal como vemos nas falas a seguir:

Meu esposo que faz o almoço, faz a faxina dentro de casa, a comida do menino, e eu fico lá, deitada. [É como se tivesse] um negócio me prendendo na cama. É um negocio tão ruim. Só sei que primeiramente agradeço muito a Deus, depois a meu esposo. Ele me ajuda muito. (Creuza)

Meu marido hoje é outro. Pelo contrário, ele me dá muita força. Quando ele vê que eu estou na crise, ele fica calado. Quando ele vê que eu estou muito calada, ele fica na dele. (Benedita)

Depois das rodas de TCI, a família começou a aparecer não apenas como alusão, nas estratégias de enfrentamento — alguns de seus integrantes também passaram a comparecer, de fato, às rodas. Em alguns casos, pudemos até ouvir, em conversas informais no momento pós-roda, a respeito de sua repercussão e da proporção que a terapia vinha tomando na vida daquelas pessoas. Algumas destas passaram a conversar mais com os familiares acerca dos

benefícios da terapia. Quanto a isso, cumpre destacar, por fim, que compareceram às rodas familiares de Creuza, José e Conceição, além de parentes de outros participantes que não fizeram parte da amostra.

Segundo Leal (2013), o envolvimento da família em qualquer atividade de cuidado que envolva a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de sofrimento psíquico é um fator primordial reconhecido no sucesso do tratamento. Nas rodas, como pudemos observar, o familiar servia de ponto de apoio para eles. Por isso, podemos dizer que o envolvimento desses parentes foi positivo. Alguns, na verdade, compareceram motivados pela curiosidade, só para conhecer a dinâmica da roda, de tanto que o familiar doente havia comentado em casa.

Um exemplo disso foi a esposa de José, que compareceu a três rodas, acompanhando o marido, depois de ter vindo à primeira delas por estar curiosa quanto à terapia. Percebemos que esses familiares, aliás, não inibiam as falas de seus entes queridos, os quais se mostravam felizes com a presença deles. No entanto, os familiares pouco falavam; basicamente, apenas observaram, ouviam e confirmavam as histórias que seus familiares/participantes contavam. Era interessante que, quando um participante se expressava, olhava para o membro da família, como que à espera de um gesto de apoio e confirmação ante a inquietação verbalizada. Ao que o parente, via de regra, balançava a cabeça positivamente, de acordo.

O Ministério da Saúde (2015) destaca que a TCI se mostra muito eficaz em cuidar das famílias, já que, ao acolher o familiar na roda e ofertar-lhe uma possibilidade de apoio ao inseri-lo em atividades coletivas, torna possível ajudar todos a lidarem com o sofrimento de seu ente querido e trabalharem também as próprias demandas e inquietações. Isso acontece porque a TCI normalmente trabalha os problemas cotidianos de forma horizontal e circular, corresponsabilizando os participantes e familiares no processo terapêutico.

Neste estudo, as rodas foram planejadas para trabalhar com os usuários não intensivos; entretanto, como esses encontros no CAPS foram inclusivos, também contamos, várias vezes, com usuários intensivos e semi-intensivos, além da presença de familiares, de amigos dos usuários e de profissionais do serviço. Isso significa que a roda foi refeita a cada dia, enquanto atuava como canal promotor de ajuda e reabilitação psicossocial dessas pessoas, juntamente à comunidade e à família. Além disso, se é verdade que não podíamos esperar que pessoas excluídas socialmente tivessem uma boa autoestima e uma forte vinculação afetiva, o fato é que a TCI permitiu que elas criassem laços afetivos, de amizades e também se sentissem mais incluídas, simplesmente por pertencerem a um grupo em que os integrantes tinham algo em comum: situações de sofrimento.

Observamos que as ressonâncias no grupo foram capazes de suscitar indagações sobre comportamentos e atitudes próprias, antes vistas como inadequadas, e, a partir das histórias contadas e das estratégias de enfrentamento adotadas e partilhadas, promoveram mudanças de comportamento que levaram os sujeitos/participantes a novas reflexões. Reflexões estas que enriqueceram suas vidas, podendo ser um degrau a mais para o seu empoderamento. Na TCI, vale ainda dizer, as pessoas se tornaram corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios presentes em suas vidas. Nela, pôde-se transformar o sofrimento em crescimento, a carência em competência, o que é sempre uma forma empoderamento dos participantes da roda (BARRETO, 2008).

Convém salientar, por fim, que as falas revelaram sentimentos relacionados à baixa autoestima, os quais parecem fazer parte de um repertório da vida das pessoas em situação de exclusão social. Logo, pensar em alta ou em projetos de vida para após a alta seria mesmo muito difícil para eles, pois suas falas, além de revelarem situações problemáticas vividas no dia a dia, também mostram a fragilidade dos vínculos humanos em contextos desagregadores.

Isto posto, discorreremos a seguir, em mais uma categoria, as repercussões da TCI na vida dessas pessoas. No que diz respeito ao reestabelecimento dos vínculos e à recuperação da autonomia, convém destacar, o material empírico utilizado são as entrevistas feitas logo após o término das rodas.

4.5 Categoria II – Terapia Comunitária Integrativa: espaço de escuta, palavra e vínculo

A terapia comunitária integrativa (TCI) no CAPS, por si só, já constitui uma aliada para a prática humanizada e horizontalizada em saúde mental. Com efeito, por meio das mudanças paradigmáticas da Reforma Psiquiátrica, houve uma forte tendência à superação de modelos de atenção que se centram na doença, na assistência curativa e medicamentosa, em favor de outras ações que caminham em direção à saúde, às práticas preventivas e à busca de qualidade de vida. Assim, falar na situação de sofrimento psíquico também implica falar em prevenção, o que abrange a intervenção psicossocial avançada da TCI como uma estratégia para evitar novas crises.

Quanto a isso, Carvalho e colaboradores (2013) complementam que TCI configura um contexto de interação, um espaço onde a subjetividade e a opinião de cada participante são respeitadas. As falas pronunciadas nas rodas dão vez e voz às pessoas que ali partilham suas experiências, representando uma ação política, única e transformadora. Nas falas abaixo, por exemplo, observamos como foi esse processo para os participantes.

A terapia comunitária foi boa porque o que a gente chega de preocupações a gente conta né? E aí vai aliviando por dentro aquela mágoa que [deixa] a pessoa, triste, angustiada. A gente vai conversando, e vai saindo da gente, e a gente vai se sentindo melhor. (Creuza)

Depois da terapia, eu estou bem mais calmo do que eu era antes. Na terapia, eu me senti à vontade para desabafar o que eu estava sentindo. Me senti livre para falar. Pois em nem todo canto a gente tem acesso para falar o que a gente tá passando. E quem olha para mim hoje me acha melhor. Eu me senti bem à vontade para expressar todos os meus sentimentos. (João)

Eu acho assim: que a melhor coisa que aconteceu na minha vida foi a terapia comunitária. Porque, para mim, ali eu estava me libertando de tudo o que eu passei. (Benedita)

Eu me senti muito bem quando a terapia comunitária chegou aqui no CAPS, porque eu ficava mais aliviada quando participava. Mas acho que agora está ficando ruim de novo, porque parou a terapia. (Margarida)

Alguns dos participantes definiram a TCI como um espaço de libertação de suas angústias, mágoas e problemas cotidianos. Outros disseram ter sido a primeira experiência verdadeira de fala-escuta dentro do CAPS. Nesse sentido, Hugon e Boyer (2013) afirmam em seu estudo que esse dispositivo de garantia de fala sem conselhos, sem julgamento algum, sem interpretação, em silêncio e sem interrupção dá ao participante o direito de tomar o seu lugar e sua palavra. A expressão em primeira pessoa, *eu*, também impõe seriedade ao discurso, levando a pessoa a expressar aqueles seus sentimentos e emoções que precisavam ser exteriorizados.

O interessante nesses recortes de falas foi que, na maioria delas, os participantes referiram-se a si mesmos na primeira pessoa do singular; contudo, ainda com seu sentimento de pertencimento de grupo, alguns também se colocaram com “a gente”. Esse simbolismo da fala aponta para o empoderamento, indicando um sentimento valorativo de reconhecimento de seu lugar social e de reestabelecimento da subjetividade. Isso quer dizer que, através da elaboração da fala, a pessoa tem poder e controle sobre si mesma, de maneira positiva. O que condiz com a afirmação de Vasconcelos (2008), de que, com o empoderamento, a pessoa aumenta a autonomia pessoal e coletiva; principalmente, em se tratando daquelas que foram submetidas a relações de opressão, discriminação e dominação social.

Assim, de maneira peculiar, a TCI auxilia essas pessoas a recuperarem a confiança em si mesmas, por meio desse processo. Ante as situações evidenciadas nas falas, a narrativa foi utilizada na TCI como forma de ressignificação e *libertação/alívio* do sofrimento, dando a oportunidade de expressar-se a quem precisava desse espaço, permitindo trabalhar questões que, em alguns casos, nunca haviam sequer sido ouvidas. E, como destaca Savoia (2011), a estrutura narrativa contribui para a integração das sensações e emoções dispersas que advêm

das experiências negativas e traumáticas, conduzindo a pessoa rumo à superação, como vemos, a seguir, nas falas de José e Amélia.

Aqui, no CAPS, nunca teve uma atividade dessas que colocava a gente pra falar. A primeira vez foi com vocês. E eu me sentia ótimo quando vinha. Eu acho que hoje eu estou melhor. (José)

Eu gostei muito da terapia comunitária porque foi um espaço para todo mundo falar um pouquinho do que estava acontecendo. Eu não tenho muito com quem conversar em casa. Converso pouco com meu esposo. E a gente vê, né?, que não é só a gente que tem problemas. Tem gente que tem problemas muito piores que o nosso. Aqui, no CAPS, eu nunca tinha participado de um espaço assim. (Amélia)

Então, para Amélia, a TCI, além de representar um espaço de fala e escuta, também possibilitou que se sensibilizasse com os problemas dos outros, desenvolvendo sua empatia. O reconhecimento desse poderoso espaço terapêutico apareceu nas falas de José e Amélia, ao dizerem que nunca haviam participado de algo do tipo e que, agora, sentiam-se melhores, depois da experiência vivenciada. Isso se dá porque, no processo de compartilhamento de suas experiências cotidianas por meio da roda, os participantes falam de situações que geralmente foram vividas socialmente, e, à medida que partilham esses momentos, evidenciam-se valores e crenças que servem de referência para cada um relativizar a própria situação e contexto, o que permite a ressignificação (SANTOS et al., 2014).

Melo e colaboradores (2013) argumentam que a narrativa referente a experiências de pessoas em situação de sofrimento psíquico pode proporcionar-lhes um conhecimento interior que, quando articulado com sua realidade externa, melhora sua qualidade de vida, bem como sua relação com mundo. A narrativa atua, portanto, no plano individual, organizando suas vidas em episódios significativos, e no plano cultural, articulando e compartilhando crenças e valores humanos, colocando a história do narrador em uma relação dialógica com outras histórias e com o contexto sociocultural que lhes confere sentido.

É por isso que, na TCI, estimula-se o falar em primeira pessoa, em seu próprio nome, pois essa atitude promove o incentivo para que se resumam seus pensamentos, ao se proporem temas ou ao se garantir o acolhimento sem julgamento. Todos esses elementos promovem um exercício pleno da fala e da cidadania, afastando o receio de juízos alheios negativos. Esse é o sentido da estrutura narrativa. Ademais, convém salientar que muitos encontram nos grupos de TCI outra visão, uma libertação dos velhos sofrimentos, o que decorre dos aspectos que a terapia tem em comum com a pedagogia da autonomia de Paulo Freire (HUGON; BOYER, 2013), visto que esta constitui um pilar fundamental da TCI, no que propõe que é escutando o outro que aprendemos a falar com ele.

Não por acaso, observamos em várias falas que os participantes também definiram a TCI como uma experiência de aprendizado:

Eu aprendi muita coisa diferente na terapia comunitária. Eu gostei das conversas, quando as pessoas falavam de suas experiências [...]. Tinha hora que o problema do outro parecia com o meu, mas eu ficava calado só ouvindo. (Severino)

Como disse Severino, claramente, o problema do outro às vezes se parecia com o seu, mas ele não o interrompia; ficava ouvindo, em silêncio, o seu relato. A disposição para ouvir o outro é um importante elo para o aprendizado. Segundo Freire (2004), no processo de fala e escuta, a disciplina do silêncio deve ser assumida para que a relação dialógica aconteça. Pois o primeiro sinal de que a pessoa sabe escutar é a demonstração de autocontrole ante a fala do outro. Aqueles que têm algo a dizer precisam estar cientes de que não são os únicos com algo importante a relatar, a partilhar.

A metodologia da TCI atua, destarte, como promotora dessa partilha de vivências e do exercício do reconhecimento tácito, sempre no objetivo de levar as pessoas a resolverem os próprios problemas. Os participantes, ao ouvirem uma narrativa, conversam intimamente com a própria história. As perguntas geradas pelo grupo aprofundam essa reflexão e possibilitam a internalização, a mudança nos modelos mentais e a saída de uma posição alienada para uma posição reflexiva acerca de si (HOLZMAN; SILVA; PINTO, 2015). Nesse contexto, como lembra Leal (2013), a capacidade de escutar o que o outro tem a dizer atua como processo educativo e de apoio, voltado para a reestruturação da pessoa, enfatizando o seu envolvimento consigo mesma. Isso acontece porque, através da fala do outro, aqueles que escutam podem ressignificar ali na roda os próprios contextos de sofrimento e de vida.

Em algumas outras falas, encontramos como, na visão dos próprios participantes, a TCI havia sido importante para a abertura desse canal de aprendizagem:

Eu aprendi muita coisa na terapia. Eu aprendi que a gente que tem um problema, pensa que aquele problema é maior que o de todo mundo; mas quando a gente começa a escutar um e outro, a gente vai vendo que o nosso problema é tão pequeno. Então, eu aprendi a valorizar mais minha vida. (Creuza)

Eu aprendi que, independente da situação que a gente esteja passando, a gente tem que se amar e respeitar o próximo. Eu aprendi muito também com vocês. Eu peguei mais experiência e tenho um carinho muito especial por você e seus alunos. (João)

Eu achei boa a terapia comunitária, pois a gente aprendeu a se dar bem com as pessoas. (Joana)

Esses depoimentos constituem dados valiosos no presente estudo, uma vez que neles fica evidenciada a potência do saber popular e da pedagogia freiriana como uma das bases para prática terapêutica comunitária. Afinal, esta mostrou ser uma potente ferramenta que

tornou possível o ensino e a aprendizagem, no exercício do diálogo, da troca, da empatia e da reciprocidade.

Nas rodas, essas pessoas se comportaram de forma respeitosa, empática e constituíram vínculos que, antes, não existiam. Passaram a perguntar uns aos outros como estavam, ao final da roda, e a se preocupar com a situação dos demais. Quando alguns faltavam, na próxima roda a que compareciam eram indagados sobre o que havia acontecido, o porquê da ausência do colega. Por isso mesmo, João foi feliz em sua fala, já que representou através dela o que pudemos observar ao longo das doze rodas. Com a TCI, eles aprenderam a se socializar, a gostar uns dos outros, a se respeitar e a se preocupar uns com os outros.

Barreto (2008), a propósito, afirma que a aprendizagem se efetiva apenas quando o educando — no caso, aqui, os participantes — relacionam o que aprenderam à sua realidade, seja esta individual, familiar ou comunitária. Na terapia, é cuidando do outro que se cuida de si mesmo. Não se faz terapia para a comunidade e sim *com* a comunidade.

Quando observamos as falas de Severino e Creuza, vemos que ambos aprenderam a ouvir o outro, com o que aprenderam com a experiência do outro. Segundo Barreto (2008), no exercício de ouvirmos e sermos ouvidos, na TCI, as histórias alheias nos reenviam à nossa própria história, e é em face disso que começamos a relativizar nossas dificuldades. Como Creuza destaca, ao escutar o problema do outro, deu-se conta do quão pequeno era o seu próprio, passando, assim, a dar outro dimensionamento a seus problemas, encarando-os com mais maturidade. A TCI é isso: ao falar de si, ensina-se; ao ouvir o outro, aprende-se.

Nesse processo, a pessoa reconhece no outro características que também são suas. E, além dessa identificação e da comoção com o problema alheio, com essa nova postura ocorre a autovalorização e o aprendizado. O que evoca as palavras de Freire (2003, p. 26) ao afirmar: “Os oprimidos hão de ser o exemplo para si mesmos, na luta por sua redenção”. De fato, ao enxergarem seu no problema do outro, essas pessoas passam a ter a oportunidade de fazer uma profunda reflexão, através da conscientização de si e do poder que têm sobre as próprias vidas.

Sem dúvida alguma, a TCI tem essa característica do respeito à fala e ao silêncio de cada um, ao longo de suas etapas, o que configura uma relação dialógica. Várias vezes nas rodas, pudemos notar o respeito ao outro, quando este estava falando. Se a terapia se mostrou eficaz em promover mudanças de atitudes e enriquecimento pessoal entre os participantes, isso condiz com a noção de Freire (2004) de que a experiência do respeito e da tolerância são alicerces fundamentais para aprendizagem e para a conquista da autonomia. Até porque só quem faz o exercício da escuta paciente *fala com a pessoa*, mesmo que, em certos momentos,

precise *falar a ela*. O que remete ainda a outro detalhe importante nessa leitura: no processo de fala e escuta, é de extrema relevância considerar o silêncio no espaço da comunicação.

Mas ouvir sinceramente o outro é um ato e uma atitude que exigem qualidades que nem sempre são simples e facilmente notadas. Na TCI, o desenvolvimento dessas qualidades, todavia, tende a ser estimulado na própria relação dialógica firmada entre os participantes, sempre se buscando estabelecer uma legítima comunicação. O que ganha um especial relevo, quando consideramos que, como diz Freire (2004), ao escutarmos atentamente o outro, nós nos tornamos disponíveis permanentemente aos olhos dessa pessoa, o que promove uma abertura à fala em que os gestos e diferenças são considerados com humildade e tolerância.

Para Barreto (2008), no campo da ciência, cada disciplina atinge sua maturidade e consolida sua identidade quando aceita seus limites e também tem a humilde concepção de aceitar desconhecer. A rigidez de nossa educação fundada em disciplinas por vezes pautadas em uma visão filosófica mais positivista e cientificista dificulta a interdisciplinaridade e o cuidado transcultural. Na TCI, porém, é possível que esses dois últimos pontos aconteçam, enquanto se instalam dúvidas, em vez de certezas, e se fomenta a humildade para a abertura de novas formas de pensar, rompendo-se, ao mesmo tempo, estereótipos de outros modos de pensar e agir.

Nesse sentido, na fala abaixo, podemos observar a importância da TCI na vida Josefa — cuja experiência reflete a de outros colegas seus —, como tendo representado um divisor de águas, uma mudança de vida, um rompimento em relação ao antigo, dando-lhe uma chance para o novo, através do autoconhecimento:

O que mudou na minha vida depois da terapia comunitária foi que antes eu não tinha coragem de estudar e agora estou [com coragem]. Eu não sei o que vai acontecer. Pode ser que eu não passe. Mas estou com vontade de tentar [...]. Eu fiz até o segundo ano do segundo grau, e quero voltar para concluir. Eu também quero fazer um curso de pintura. (Josefa)

Josefa fez referências a transformações em seu comportamento e em seu meio social. Antes, acomodada no lugar social de doente, não passava por sua cabeça a possibilidade da tentativa de se reinserir nos ambientes comunitários como escola e cursos técnicos. Depois da vivência da TCI, houve o encorajamento para a tentativa, mesmo não sabendo se dará certo. Isso é consonante com o que dizem Rodrigues e Pinheiro (2013), isto é, que, ao resgatar sua autonomia, percebe-se no indivíduo uma melhora em sua capacidade de se sentir influente nos processos que determinam sua vida, em especial o saber e o poder. Algo que, sem dúvida, proporciona a retomada de seus laços sociais e iniciativas pessoais.

Carvalho e colaboradoras (2013), por sua vez, acrescentam que, com a TCI, acontece a desalienação, devido ao regresso dessas pessoas para si mesmas. Esse fenômeno corrobora os pressupostos da teoria emancipatória de Paulo Freire, a qual devolve às pessoas o seu lugar social, resgatando sua autonomia e autoestima. De acordo com as autoras inicialmente citadas, a desalienação acontece com a convivência com o outro e no reconhecimento de que este pode cooperar com sua recuperação, pois, através dessa relação, o sujeito vai se reconhecendo como um semelhante-diferente, e esse movimento vai resgatando sua identidade individual e grupal gradativamente.

Na próxima fala a destacarmos — dessa vez, de Benedita —, observamos um grande aumento da confiança em si e a sua retomada no que diz respeito à fala, bem como a mudança de atitude na vida, o que indica um empoderamento pessoal ímpar. Eis o que diz Benedita:

A experiência da terapia comunitária, pra mim, foi ótima. Eu que não tenho com quem desabafar — principalmente aquela traição que eu contei na roda —, hoje eu esqueci mais, porque eu botei pra fora. Eu vivia em função daquela mulher [...]. E, depois da terapia que eu conversei, que eu me abri, hoje eu penso muito pouco nela, e vai chegar um momento que eu não vou pensar mais nela. [...] Eu vivia em função dela, e é como você disse: é como tomar do seu próprio veneno. Eu pensava que eu estava fazendo um mal para ela, mas estava fazendo mal a mim mesma. (Benedita)

Seus problemas, em face de suas experiências, haviam se tornado críticos; sobretudo, por causa de sua fragilidade vincular intrafamiliar e comunitária. Os anos e anos de opressão por parte da família e da comunidade que a cercavam haviam deixado marcas profundas. Assim, o ato emancipatório de falar e de ser ouvida/compreendida, e a mudança de atitude através da roda de TCI, tornaram-na mais empoderada e feliz.

Freire (2003), aliás, destaca que a pedagogia do oprimido trata-se da precisamente da pedagogia dos homens que se empenham na luta por sua libertação. Para este autor, nenhuma pedagogia realmente libertadora pode ficar distante dos oprimidos, ou seja, pode fazer deles seres que desacreditem de si. Nesse sentido, se o sistema opressor é antidialógico, cumpre compreender que é através do diálogo que entendemos o outro e respeitamos sua cultura e que não há possibilidade de libertação fora da tolerância e do respeito para com os demais. Isso quer dizer que, ao promover a união entre os oprimidos, nós os tornamos mais fortes, aptos à transformação, ao passo que, realizando uma síntese cultural, também podemos promover mudanças no campo social.

A esse respeito, ao dizer que havia conseguido superar a mágoa de uma traição, Benedita de fato se libertou. Nisso, a TCI, mais uma vez, atuou como estratégia libertadora, fazendo-a diluir essa mágoa através da elaboração narrativa. Isso ficou claro com a citação de um provérbio ao final da sua fala, ressignificando seu sofrimento. Trata-se de uma frase muito

utilizada na TCI, geralmente citada após algum depoimento que evidencie a mágoa, a saber: “Guardar mágoa é como quem toma veneno e espera que o inimigo morra”. É citado por Barreto (2008, p. 125).

No dia da roda em que esta situação veio ao nosso conhecimento, como tema, o ditado foi mencionado, ao que Benedita o ouviu, calou-se, elaborou seu sentido e ressignificou o seu próprio sofrimento. Ela parou de nutrir mágoas e deu liberdade à pessoa que a havia feito sofrer para que seguisse seu caminho, sem ressentimentos. Com isso, também deu a si mesma a possibilidade de se libertar de emoções que a paralisavam, sufocavam-na e tornavam sua vida sofrida e cheia de amarguras. Barreto (2008), aliás, enfatiza que o perdão nos permite libertarmo-nos do sofrimento e das doenças psicossomáticas.

Na TCI, há uma dimensão sagrada que permite a ressignificação do sofrimento dessas pessoas e de suas vidas. O processo terapêutico possibilita que elas deixem essa angústia sem sentido para construírem algo novo. De fato, comumente se constata vários testemunhos de pessoas que chegaram à terapia com um drama pessoal aparentemente insolúvel — como no próprio caso de Benedita — e que saíram com um novo horizonte. Isso promoveu maior autoconfiança e ofereceu esperança para essas pessoas. Isso quer dizer que a TCI trouxe um processo de transformação, de transmutação do ser, no qual cada indivíduo ressignificou seu sofrimento conforme uma nova leitura de seus elementos dolorosos (GIFFONI; SANTOS, 2011). Quanto a isso, outra fala importante que remete a esse processo de ressignificação foi a de Margarida:

Eu acho que minha vida mudou depois da terapia, me deu mais ânimo. Pois eu não estava com coragem para nada. Eu me senti mais animada depois de ouvir as pessoas com todos aqueles problemas e percebi que o problema delas era bem maior que o meu. Eu sentia vontade e prazer de vir para a terapia comunitária. A terapia me deu uma levantada! (Margarida)

A TCI, como externado na fala acima, promoveu mudanças na qualidade de vida dessa participante. Ela, que outrora era desanimada, introvertida e pouco comunicativa, agora havia encontrado, na roda, uma possibilidade de exercício de suas fragilidades. Essa atitude a levou a um empoderamento pessoal. As autoras Giffoni e Santos (2011) afirmam que as pessoas que frequentam as rodas de TCI costumam construir vínculos ao mesmo tempo em que fortalecem as próprias potencialidades, em um processo que culmina no empoderamento do participante. O que, aliás, constitui o eixo principal do ideário que sustenta o projeto de promoção à saúde.

A noção de empoderamento no campo da saúde mental, na direção emancipatória, tem por base os ideais que nortearam vários movimentos e organizações, dentre os quais alguns movimentos populares como as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) — comunidades

inclusivistas ligadas principalmente à Igreja Católica, nas quais o clero, os agentes pastorais e os demais participantes encontram-se engajados, de algum modo, em esforços para despertar a consciência política e social das pessoas no sentido da promoção da justiça social —, que foram, por sua vez, inspiradas pela *teologia da libertação* — segundo a qual deve haver uma relação necessária entre a teologia e os contextos socioeconômicos, em uma perspectiva que corrobora a “opção pelos pobres” e pelos oprimidos —, bem como pela educação popular de Paulo Freire (VASCONCELOS, 2013).

Isto posto, cumpre dizer que o empoderamento no contexto da saúde mental consiste, portanto, em uma nova produção de cuidados destinada àqueles que estavam “condenados” ao silêncio e à incapacidade. O que significa que se trata de uma forma de militância política cujo objetivo é a busca pela autonomia, pela intensificação dos potenciais de vida e pela possibilidade de decisão. Quanto a isso, aliás, é importante salientarmos também o *potencial terapêutico* do empoderamento e da participação política, o qual se manifesta na participação dessas pessoas em associações, rodas de conversa ou grupos de TCI, onde geralmente há o intento de fomentar a desalienação e estimular a subjetividade e o exercício da cidadania (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Quanto a isso, cabe destacar que, para Ferreira Filha, Lazarte e Barreto (2015), na TCI existe respeito ao protagonismo e à participação, porque se dá valor à singularidade das pessoas e a horizontalidade do diálogo, uma vez que, nela, todos têm direito à vez e à voz. Como não há hierarquia e tampouco se cultiva a crença na existência de donos do saber, todos, sem exceção, podem aprender com as histórias contadas e as soluções encontradas por cada participante. Em virtude disso, nas falas transcritas abaixo, podem se ver alguns traços de reestabelecimento dos vínculos saudáveis e do empoderamento pessoal. São depoimentos a respeito do antes e do depois da TCI, nos quais se destacam, ainda, o aparecimento de laços, empatias, simpatias e amizades:

Antes, eu participava somente das oficinas. Eu acho as oficinas daqui umas besteirinhas [risos]. Pelo menos elas entretêm as pessoas. Eu acho essas oficinas coisa de criança. Eles dão umas coisas pra pintar, pra fazer. Com a terapia, eu conheci muita gente, conheci todo mundo. Ela me ajudou a conhecer melhor as pessoas. Hoje, depois da terapia, me sinto feliz [...]. Estou conversando com você aqui. Eu estou feliz da vida e dou glórias a Deus. (Severino)

Antes da terapia, eu não me sentia com um espaço para desabafar. Aqui, no CAPS, não tem. Eu sinto falta, de um espaço para a gente colocar pra fora aquilo que sente. Eu não tenho em casa, eu não tenho amigos, eu não tenho ninguém. A terapia foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida. (Benedita)

A minha vida antes da terapia era mais ou menos. Eu não gostava muito das oficinas, não, pois eram de desenhar e pintar. Eu não gosto dessas coisas. Mas a

terapia melhorou minha autoestima 100%, e, mesmo estando já há algum tempo aqui no CAPS, eu não tinha muito contato com as pessoas. (Amélia)

As falas acima evidenciam o quanto essas pessoas se haviam vinculado umas as outras através das rodas de TCI. Para elas, até então, o CAPS era um local de tratamento, mas não um espaço em que se promovesse a ressocialização, mesmo com a existência do acolhimento, das oficinas terapêuticas e outras intervenções psicossociais. Ou seja, essas atividades no serviço não havia possibilitado que os vínculos saudáveis fossem criados e evidenciados pelos usuários. O que se vê nos testemunhos de Severino, Benedita e Amélia, aliás, é o mesmo viés de crítica ao CAPS: de que já se tratavam no serviço havia anos e ainda não conheciam sequer as pessoas que faziam tratamento junto com elas.

Isso nos faz questionar em qual perspectiva esses trabalhos vinham sendo realizados, uma vez que não promoviam ressocialização e tampouco reabilitação psicossocial. Cumpre ressaltar, porém, que esse *feedback* talvez não tenha sido igualmente passado aos profissionais do serviço, tornando-se de seu conhecimento. Isto é, já que os usuários não costumavam assumir o protagonismo do tratamento, sua condução, na maior parte do tempo, era passiva. Obviamente, esse fato se contrapõe aos ideais de formulação do PTS, pelos quais os usuários devem ter voz ativa na construção de suas realidades, com enfoque em suas singularidades, dentro do serviço e fora dele.

É certo que existem políticas que encampam todas essas ações. Temos orientações e protocolos ministeriais sobre Acolhimento, Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular, as quais, indubitavelmente, sugerem ações que conduzem a uma evolução mais assertiva no tratamento não apenas da demanda de saúde mental, mas das demandas de todo território. Tudo isso, porém, esbarra no *querer fazer* e no *saber fazer* de cada um desses profissionais que exercem suas atribuições nos serviços de saúde mental.

A esse respeito, alguns achados preocupantes, provenientes de um estudo realizado por Silva (2012), revelam que algumas oficinas realizadas nos CAPS funcionam como meros dispositivos massificados e repetitivos e que o Projeto Terapêutico Singular não estava sendo seguido de acordo com as reais necessidades e particularidades, resultando na não reavaliação dos usuários a que se referiam para o recebimento de alta. Por outro lado, um estudo de Farias e colaboradores (2015) ressalta que os profissionais que operacionalizavam algumas oficinas terapêuticas avaliadas justificaram essa assistência negligenciada, dizendo que as fragilidades encontradas nesses dispositivos de saúde mental acontecem em decorrência do desgaste físico e psíquico desses profissionais, dificultando o desenvolvimento do processo de trabalho, no qual todos deveriam se ajudar mutuamente e se compreenderem.

O que fica evidente, em todo caso, é a existência de preocupantes dissonâncias entre o modelo engessado do CAPS, com oficinas pouco resolutivas, e as constantes transformações emergentes da Reforma Psiquiátrica. Um problema que só se agrava diante dessa situação de pressão no ambiente de trabalho, de falta de colaboração da equipe e de acúmulo de funções que cada profissional acaba tendo de exercer nesses serviços de saúde mental, o que, é claro, só poderia resultar em um não acompanhamento ideal dos usuários.

No tocante à nossa própria experiência, após a imersão por vários meses no CAPS II, onde foi realizada a presente pesquisa, observamos que havia apenas duas profissionais que realizavam as oficinas terapêuticas. Estas tinham a formação de técnicas de enfermagem e exerciam a função de cuidadoras/oficineiras. Pudemos testemunhar a força de vontade dessas profissionais no que se refere às iniciativas para a realização das oficinas, principalmente as de artesanato e geração de renda; porém, a fragilidade observada foi a pouca colaboração e inclusão dos demais profissionais da equipe multidisciplinar nas atividades desenvolvidas.

Soubemos, no decorrer da pesquisa, que a equipe profissional do CAPS havia sido reduzida a uma “equipe mínima”. Isso se devia aos cortes de despesas da prefeitura, cuja justificativa era a crise recentemente enfrentada no país. Além disso, havia outro desestímulo a esses profissionais: a redução salarial, que culminou em uma reorganização do serviço, para que, mesmo com poucos profissionais, as atividades não deixassem de acontecer. Acrescenta-se o fato de que, embora muitos usuários houvessem relatado que recebiam acompanhamento psicológico, o qual os auxiliava em seu tratamento, uma das psicólogas foi demitida, o que acarretou uma redução no número de atendimentos, deixando descobertos muitos dos usuários que faziam acompanhamento individual.

Um outro ponto importante a ser observado nos testemunhos de Severino, Benedita e Amélia é o fato de que a imposição de atividades a essas pessoas que não resignifiquem seu sofrimento e que não trabalhem com sua subjetividade só confere ao CAPS uma característica de serviço encapsulado e institucionalizado. Rotelli (2008) discorre acerca dessa questão, enfatizando que, nos ambientes institucionalizados, as pessoas são apenas corpos inertes, não fazem parte de um corpo social. Além disso, argumenta que a reconquista dos espaços de construção do corpo social é responsabilidade dos serviços comunitários e de base territorial.

Sendo assim, um bom questionamento a nos fazermos quanto à qualidade dos serviços em que estamos imersos é: “o serviço procura transformar o meu corpo em um corpo inerte ou tenta recolocar o meu corpo dentro de um corpo social?” (ROTELLI, 2008, p. 42). Fiz a mim mesma essa pergunta, durante todo processo de imersão e de realização da pesquisa. Perguntava-me em que medida o CAPS estudado estava dando oportunidade para que aqueles

usuários saíssem de sua condição de passividade e voltassem a assumir o protagonismo de suas vidas? As oficinas estavam trazendo melhorias de quê, exatamente, e para quê?

Severino, Benedita e Amélia afirmaram que, além de um dispositivo massificado, a oficina era infantilizada, o que reduzia o potencial criativo e subjetivo deles. Corroborando com esse pensamento, Cruz e Fernandes (2012) afirmam que, ao tratar a pessoa em situação de sofrimento psíquico como criança ou uma pessoa infantilizada, as oficinas acabam atuando como forma de entretenimento e não como espaço terapêutico, o que, na verdade, as mantém ligadas a um antigo modelo de uma vertente de trabalho da terapia ocupacional que se centra na psiquiatria clássica.

Também sobre isso, Mangia e Nicacio (2001) sustentam que, não raro, essas oficinas não funcionam como espaços terapêuticos, na medida em que conservam a lógica de controle, sujeição e exclusão. Assim, o objetivo das atividades passa a ser somente o de entretenimento, mantendo esses usuários alienados em sua condição de doentes. Para não mencionar que, ainda que as oficinas garantam um espaço para que os usuários falem, isso, por si só, não é o bastante. Para os autores citados, é preciso que se dê destino específico a cada uma dessas falas que expõem as problemáticas singulares de cada pessoa. E esse planejamento pode e deve ser feito, através da operacionalização efetiva do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o que, infelizmente, é algo em que ainda tem havido muitas falhas nos serviços de saúde mental (CRUZ; FERNANDES, 2012).

O PTS, a propósito, tal como enfatizam Grigolo e colaboradores (2015), propõe-se a operacionalizar os cuidados nos serviços de saúde mental, envolvendo a produção da relação clínica entre usuário, família e serviço. O seu planejamento decorre geralmente de reuniões interdisciplinares, em que cada usuário deve ser entendido como sujeito único, e as propostas de seu tratamento devem ser vistas como estratégias singulares e não coletivas/massificadas, como vimos acima. Logo, dar voz ativa e escutar atentamente o que o usuário tem a dizer, seja através da TCI ou de qualquer outra tecnologia leve de cuidado, promove a singularidade.

O que isso representa, portanto, é um olhar para a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, que, segundo Amarante (2008), preocupa-se em dar voz ativa a essas pessoas que, por tanto tempo, foram esquecidas socialmente. Para isso, no entanto, faz-se necessário mudar mentalidades, atitudes e relações sociais. O problema é que, ao se operacionalizar as oficinas apenas na dimensão clínica, o que se verifica é que se está dando voz sem escuta a essas pessoas, tal como observado nas falas acima.

Souza, Couto e Freitas (2010) concordam com a perspectiva de Amarante, afirmando que falar de reinserção social implica falar do protagonismo do usuário, e, indubitavelmente, é

esse um dos grandes desafios da luta antimanicomial. Ademais, Rotelli (2008), em sua ampla discussão sobre o tema, sustenta que a Reforma Psiquiátrica requer não apenas uma mudança na assistência prática, administrativa, funcional ou organizacional; é necessário que ela se baseie na desinstitucionalização, promovendo-se transformações nas relações de poder entre os usuários e as instituições, ou seja, através de um processo que atue mediando outro lugar social para o sofrimento humano, a diferença e a diversidade.

A esse respeito, convém observar que Benedita chamou a atenção para a ausência de protagonismo seu nas oficinas oferecidas pelo CAPS onde se realizou a pesquisa:

Antes das rodas de terapia comunitária, eu só participava das oficinas. Mas, pra mim, elas não influem em nada. Não vou dizer que essa oficina de uma hora e meia influi em alguma coisa, porque não influi em nada. Porque é uma coisa que você chega calada e sai calada. Você ali, calada, com a cabeça baixa, só vai fazendo as coisas. Eu sei que tem muita gente que precisa dessa terapia, mas tem gente que precisa é conversar, desabafar e botar pra fora. (Benedita)

Para ela, apenas desenvolver uma atividade qualquer, na qual se entra *mudo e sai calado*, não resolve, e seu discurso deixa claro que isso se deve ao fato de que a pessoa, nesse caso, seria apenas colocada em uma situação passiva, automática e sem nenhuma perspectiva de transformação. Por outro lado, ressalta Benedita, a escuta atenta proporcionada pela TCI, pela primeira vez em anos de tratamento, fez com que ela saísse de sua zona de (des)conforto no CAPS.

Quanto a isso, vale dizer, não é novidade alguma que a escuta seja tida como uma das ferramentas essenciais para a superação do paradigma psiquiátrico, o qual é tradicionalmente caracterizado pela indiferença com relação à fala das pessoas em situação de sofrimento psíquico. Porém, o fato é que, segundo Cruz e Fernandes (2012), geralmente não se sabe bem o que fazer com aquilo que se escuta, assim como tampouco se define com clareza a distinção entre escutar o sujeito e meramente dar voz ao paciente, tal como se o faria com relação às minorias marginalizadas da sociedade. O caso, no entanto, é que falar e ser ouvido constitui um direito do cidadão, o que faz da defesa da fala de uma pessoa acometida de um sofrimento psíquico uma condição indispensável para a conquista da cidadania.

Nesse sentido, a TCI foi um caminho para a superação do paradigma psiquiátrico, já que promoveu um espaço de escuta onde se valoriza o dito e o não dito, sem desqualificação e subestimação da importância do que foi colocado pelos participantes. A terapia também os ajuda a formar vínculos tanto afetivos quanto sociais, pois os que participam da roda deixam de se sentir estranhos. Segundo Ferreira Filha, Lazarte e Barreto (2015), isso acontece, pois os participantes desenvolvem um sentimento de pertencimento ao grupo e seguem reconstruindo

suas identidades por semelhança com as histórias de vida de quem está ao seu lado, aquele que, até então, não era senão um desconhecido.

Muitos participantes só agora haviam tido a oportunidade de saber os nomes de alguns colegas que, já havia anos, sentavam-se ao seu lado, nas oficinas. E não só isso. Descobriam também, agora, que aquelas pessoas também sofriam e se alegravam, e tinham expectativas e interesses. Com essa experiência, foram desenvolvendo empatia, comovendo-se com a dor do outro, que, não raro, espelhava a sua própria. A TCI começou a ressignificar, dessa maneira, os sofrimentos daqueles que participavam das rodas. Algo que fica explícito nas falas abaixo:

Eu achava bom ouvir aquelas pessoas falando de seus problemas, pois eu não estava sabendo de nada sobre elas. Eu desabafei algumas coisas também. (José)

Porque, assim, lá em casa, sou eu e mais dois. Aí, eles saem de casa para andar, e eu fico sozinha. E, na terapia, eu aproveitei pra conversar e pra brincar. Foi uma diversão para mim! Com a terapia, eu me sinto melhor. Tu não via, não, como eu era? Calada, sem falar nada. E, na terapia, eu falava, dançava, abraçava, beijava. (Maria)

Eu não tinha muito contato com as pessoas. Eu não sabia dos problemas das pessoas, das situações que elas passavam. Eu conhecia as pessoas, mas não conversava com elas. E, hoje, isso já acontece. Eu estou mais amiga das pessoas. (Amélia)

Uma característica importante na fala de José foi o interesse em ouvir o que o outro tinha a dizer. O fato de, até então, não saber nada sobre aqueles que falavam demonstrava a fragilidade vincular dentro do próprio CAPS. Ouvir o outro lhe conferia, pois, um sentimento de pertencimento e de domínio ambiental. Barreto (2008) ressalta que esse silêncio não pode ser confundido com a ausência de fala, pois se trata de um silêncio ativo. Para o autor, quando escutamos o outro, interpelamos a nós mesmo a refletir, a analisar e a querer compreender, e tomamos consciência de que tudo é passível de mudanças.

Quando Amélia diz que conhecia os usuários do CAPS, mas não conversava com eles e que, agora, isso já acontecia, inclusive ficando mais amiga deles, denota o quão importante havia sido, então, esse dispositivo de cuidado no CAPS, para a construção de vínculos e redes solidárias. Algo que evidencia a perspectiva de Lazarte (2015), de que a TCI repõe, revitaliza e refaz a sociabilidade normal, inata e genuína dos participantes.

Na fala de Maria, por sua vez, fica explicitado o fato de que, com a terapia, aproveitou para conversar, brincar, dançar e abraçar, melhorando seu estado geral de humor. Isso ressalta o caráter terapêutico da TCI, que tornou possível, por meio do lúdico e da descontração, a reconquista do sentimento de bem-estar e felicidade. É como destaca Silva (2012): o fato de que, como se baseiam na escuta, no respeito às manifestações dos participantes, no lúdico que promove o riso e o bem-estar por meio de brincadeiras, músicas e manifestações culturais, as

rodas de TCI oferecem sustentação ao grupo, amparando, fortificando e defendendo a unidade comum.

Com relação a isso, Barreto e Lazarte (2013) afirmam que uma prática social se revela libertadora quando se mostra profundamente conectada com as origens, com as manifestações culturais, com a história de vida da pessoa. Caso contrário, tornam-se práticas mecânicas, sem sentimento, meramente técnicas e que desqualificam o saber particular dessa pessoa. Algo bem diferente do que ocorre na TCI, na qual o participante é colocado diante de si mesmo, de um espelho que lhe mostra a sua criança interior, que primeiramente o ensinou, seu primeiro guia pelo terreno por vezes acidentado das experiências da vida. Na TCI, ninguém precisa abrir mão de si mesmo, sendo forçado a aceitar as verdades advindas da visão de mundo de outrem. Eis uma perspectiva humanística e horizontal do ser humano.

Sobre esta, aliás, Fuentes (2011) sustenta que encarar a pessoa por esse prisma implica a necessidade de uma atuação profissional nos serviços de saúde mental que vise promover ações voltadas para o cuidado, a escuta e o fortalecimento de vínculos. Pois a construção de redes de solidariedade só acontece quando a pessoa é reconhecida na em relação com outro. Portanto, deve-se garantir o respeito e a liberdade, para que capacidade individual de decisão seja um canal para promoção da autonomia e do empoderamento de cada um, bem como para sua proteção e cuidado na comunidade.

A experiência das rodas de TCI no CAPS foi evidenciada como exitosa por parte dos participantes precisamente por tê-los colocado em uma posição de autonomia, de resgate de sua cidadania perdida, de resgate de seus valores culturais e de desalienação. As queixas sobre a passividade nas atividades do serviço e sobre o lugar social de pouca autonomia que, em seus testemunhos, indicaram ocupar, por si só, já constituem um achado positivo, já que a criticidade nessas pessoas era baixa, devido à sua baixa autoestima. De modo que encaramos com entusiasmo e satisfação esse reestabelecimento da capacidade de julgar, de se revoltar e de sair da posição de passividade.

Lazarte (2015) tece alguns comentários acerca dessa temática em um de seus ensaios sociológicos, dizendo que o processo de desalienação, na TCI, traz a pessoa novamente para si, independentemente dos papéis sociais que poderiam aprisioná-la “do lado de fora” dessa autopercepção, prisioneira da vida que levava. Com relação a isso, nesta tese, vimos vários relatos de participantes que afirmavam que, com a TCI, haviam conseguido se libertar de problemas que os oprimiam; que, antes, agiam de uma forma passiva, mas, agora, não mais; que já não se submetiam mais à violência e à opressão; enfim, seus relatos confirmavam que a

terapia os havia tirado desse lugar social de pouca autonomia, de modo que já começavam a caminhar rumo ao empoderamento.

As redes de apoio foram valiosas nessa caminhada, aliás. Nas rodas, os participantes perceberam que não estavam sós, de maneira que, com esse resgate de vínculos e tessitura das redes, começaram então a se apoiar. E a formação dessas redes de apoio social, como lembra Silva (2012), depende muito da experiência da partilha, comum nas rodas, uma vez que, ao serem apoiadas continuamente enquanto falam de seus problemas, essas pessoas desenvolvem em si mesmas — e fazem desenvolverem-se no grupo — a confiança e a solidariedade. Esses vínculos assim formados se revelam importantes para que se empoderem, buscando superar os desafios cotidianos que surgirem.

Complementando a ideia acima, Lazarte (2015) diz que as redes sociais recompõem o poder das pessoas e da comunidade, a partir do reencontro com os próprios valores, a própria história e os objetivos que dão sentido à existência individual e social. Isso significa que, na TCI, a concepção de cuidado estimula a sua reciprocidade e circularidade, bem como aguça novas perspectivas. Nela, aquele que é cuidado pode virar, subsequentemente, um cuidador. Obviamente, isso quer dizer que formas inovadoras de sociabilidade implicam o desafio de cuidar de si sem deixar de cuidar do outro e do mundo, acolhendo as singularidades de cada um, sem desconsiderar suas contradições e conflitos que se revelam inescapáveis nas relações sociais (GODOY et al., 2012).

Com essas mudanças, as pessoas começam a se sentir impelidas a sair de seu lugar de (des)conforto. Mas, para tanto, fazem-se necessários coragem, autogestão, autonomia, notável melhora da autoestima e uma rede fortalecida, para que seus projetos tenham possibilidade de serem, de fato, concretizados. O planejamento da alta e os projetos de felicidade de cada uma dessas pessoas, como veremos a seguir, estão intimamente ligados ao aumento da autoestima e à recuperação de uma rede de apoio real, que dê subsídios para que aqueles que sonham em deixar os serviços de saúde mental e seguir sua caminhada não se sintam desamparados.

Isto posto, damos início agora à discussão de mais uma categoria temática, que aponta os planos e os gargalos que essas pessoas enfrentam quando consideram a questão da alta dos CAPS.

4.6 Categoria III: Planejando o futuro com suas possibilidades e impossibilidades

Fazer planos para o futuro constitui um bom indicativo de recuperação da autonomia, da autoconfiança e do cuidado de si. Muitos dos usuários do CAPS participantes da pesquisa haviam passado anos a fio sem possibilidade de construção de sua subjetividade, em uma perspectiva alienada do cuidado. Isso, é claro, não contribuiu em nada para que avançassem no sentido da conquista da alta. A TCI, por outro lado, abriu-lhes uma nova porta, nesse sentido, pelo simples fato de que, tal como destacam Carvalho, Dias, Miranda e Ferreira Filha (2013), a terapia encoraja seus participantes a refletirem sobre seu verdadeiro “eu”, de modo a ressignificarem seus sofrimentos, potencializando o resgate da cidadania e da autonomia. E, em se tratando particularmente de indivíduos situação de sofrimento psíquico, a TCI trabalha também a conscientização para o tratamento. Nesse sentido, as pessoas têm a possibilidade de refletir sobre suas vidas, propiciando mudanças em seus cotidianos.

Não surpreende, portanto, que, no caso dos participantes desta pesquisa, a promoção de uma de uma estratégia de cuidado libertadora e emancipatória como a TCI os tenha feito sair da alienação, levando-os a reformularem planos, sonhos e projetos de felicidade, tal como vemos nas falas abaixo:

Eu queria assim: ficar boa! (Creuza)

Eu queria ficar bom. (José)

Meu plano para o futuro é ficar bom, pois eu nunca imaginei que eu fosse estar numa vida dessas hoje. Se você me visse há um ano e meio atrás, eu era outra pessoa [...]. Felicidade para mim é isso: é não pensar em problemas e não depender de remédios para viver. (João)

Como planos para o futuro, eu queria ficar boa, para trabalhar. Antigamente, eu trabalhava em casa de família. (Joana)

Para essas pessoas, há muita vontade e verdade nesses projetos de futuro/felicidade, mesmo que ainda não estejam realizados. Eles evidenciam sua vontade de voltar a viver sem a condição de sofrimento psíquico. Três participantes foram explícitos quanto ao desejo comum de “ficar bom”. Uma afirmativa que certamente tem relevância. Esse *ficar bom* aponta para vários significados postos aqui: não depender mais das medicações; voltar a trabalhar e/ou estudar; voltar a morar e/ou conviver com familiares; sentir-se bem e/ou viver em paz.

Ayres (2007) define *projeto de felicidade* como aquilo que nos move e nos identifica como pessoas que coexistem no mundo. É o que nos confere singularidade, valores, vivências que dão algum sentido não absoluto a nossas vidas. Para esse autor, a realidade não está toda

contida nesse planejamento que fazemos — que constitui apenas uma possível expressão dela —; porém, há uma verdade ali, que necessita de reconhecimento, ação e compartilhamento.

Um dos detalhes mais interessantes nas falas, todavia, é que tudo que se planejou era exatamente o que o sofrimento psíquico havia ceifado da vida dessas pessoas. Ou seja, elas apenas queriam de volta algo que já havia sido delas um dia. Trata-se, pois, de uma catarse coletiva de desejo de restituição, objetivando fazer planos para reconquistar algo perdido ou roubado e que torna a situação dessas pessoas algo ainda mais angustiante para elas.

Nas rodas de TCI da pesquisa a que se refere a presente tese, os participantes fizeram um retorno a si mesmos, o que os tornou mais fortes, empoderados e desalienados. Esse foi um processo que se pautou, em parte, na pedagogia emancipatória de Paulo Freire, como já salientamos, na medida em que se procurou devolver aos participantes o seu lugar social, de modo a reestabelecer a sua autonomia e a sua autoestima (CARVALHO; DIAS; MIRANDA; FERREIRA FILHA, 2013; FERREIRA FILHA; AZEVEDO; GUIMARÃES; SILVA, 2013).

Outro ponto a se destacar nesses relatos é o fato de algumas pessoas também terem expressado planos de retomarem os estudos. A educação, afinal, constitui uma ferramenta de libertação e emancipação, que emerge como via para que essas pessoas se coloquem em uma posição em que se sintam capazes de fazer planos quanto ao futuro, visando à concretização de seus sonhos, tal como vemos nas duas falas a seguir:

Meus planos para o futuro é voltar a estudar. Eu fiz até o segundo ano do segundo grau e eu quero voltar pra concluir. O resto eu deixo nas mãos de Deus. (Josefa)

Sei que, no momento, não estou com paciência para estar estudando. Mas eu queria voltar a estudar. [...] Eu tenho um sonho de ser enfermeira, mas eu queria iniciar pelo curso técnico. Eu já terminei o ensino médio, fiz o ENEM, mas não passei. (Benedita)

Um caminho para a emancipação do CAPS, sem dúvida alguma, é a retomada dos estudos. A educação é uma prática de liberdade e desalienação, como ressalta Freire (2004). E, de fato, é inegável o sentimento de utilidade social, ou seja, a sensação de estar crescendo intelectualmente com o estudo, de modo a, posteriormente, contribuir para o próprio sustento, algo que constitui um importante mecanismo para alcançar a autonomia e o empoderamento, em especial no caso dessas pessoas, mas não só no caso delas. Afinal, como Freire também diz, toda educação exige a consciência de nosso inacabamento enquanto seres humanos. Ou seja, para o teórico da educação, esta é sempre um processo de construção.

O que nos faz pensar no fato de que, como salienta Barreto (2008), nas rodas de TCI, os participantes descobrem que tem problemas, mas que estes também têm soluções. E é a partir da troca de experiências, justamente, que soem emergir diversas alternativas para a

superação das dificuldades. Gradativamente, as pessoas vão descobrindo que a superação dos problemas não tende a partir tão somente de um participante, mas do grupo como um todo, da coletividade, das experiências vivenciadas nessa relação de uns com os outros.

A usuária Benedita destacou, ainda, como fator que integra seu projeto de felicidade, o restabelecimento dos laços familiares:

Eu tenho um irmão que é intrigado de mim, então meus planos para o futuro seria voltar a falar com ele. (Benedita)

Segundo Jorge e colaboradores (2012), as ligações familiares próximas, geralmente as nucleares, reestabelecem o equilíbrio mental das pessoas. Nesse sentido, as relações sociais são terapêuticas e reconstitutivas, e atuam revertendo situações de sofrimento ocasionadas pelas contingências da vida contemporânea. Os vínculos de Benedita com relação ao irmão, porém, na situação por ela descrita, são considerados de risco, porque, de acordo com Barreto (2008), vínculos assim pioram qualitativamente a vida das pessoas: quando há separação entre entes queridos, quando há intrigas e ausência de diálogo. Essa vinculação prejudica a saúde física e psíquica dos que estão envolvidos na relação.

Um fato interessante que notamos na fala de Benedita, todavia, foi que ela não estava indiferente, mas o irmão sim. Consultando o caderno de campo, confirmamos que ela nos havia contado que fazia anos que o irmão era “intrigado” dela. Benedita havia se envolvido em uma situação de conflito entre seu irmão e sua cunhada, e, depois disso, os dois pararam de se falar. Várias foram às tentativas de reconciliação da parte dela, porém todas frustradas. Ainda assim, um aspecto positivo percebido em sua fala foi o de que não havia desistido do irmão nem do sistema familiar.

Por outro lado, há que se salientar que essa não desistência pode se revelar, também, um caminho perigoso e nebuloso. Isso porque pessoas como Benedita o estabelecem como objetivo de vida: isso se torna a solução para os problemas familiares. De acordo com Barreto (2008), não nada é incomum, entre essas pessoas, que sacrifiquem seus sonhos, seus ideais e destinem uma grande carga de energia para tentar corrigir essa fragilidade vincular familiar. Nisso, porém, absorvem os afetos negativos que acometem o sistema familiar e podem se fragilizar ainda mais. Como Bowlby (2001) alerta, no entanto, a vinculação muito depende do envolvimento emocional dispensado para que as relações sejam renovadas e refeitas.

Continuando, porém, com os caminhos apontados pelos participantes para a superação das dificuldades e para a emancipação do CAPS, um outro citado foi o retorno ao trabalho:

Eu planejo, depois da alta, voltar ao trabalho e tentar ser o que eu era antes. Voltar a ser feliz e alegre. Voltar a fazer, mesmo que momentaneamente, alguém feliz, promover alegria ao meu redor. (João)

Eu queria voltar a trabalhar, pra dar as coisas aos meus filhos. Eu vejo eles pedindo e eu não tenho para dar. Eu me sinto mal, pois não consigo trabalhar. [...] Então, para mim, viver bem é ter saúde pra eu voltar a trabalhar. (Margarida)

De fato, se incluir socialmente, sobretudo através do trabalho, constitui um grande desafio para as pessoas em processo de alta de um CAPS. Ainda assim, como indica a fala dos próprios participantes, há uma compreensão de que, se certamente é preciso e importante que voltem a trabalhar, para isso, faz-se necessário restituir sua saúde à “normalidade”. Tal observação, aliás, remete-nos à crítica de Dalgarrondo (2008) em relação à definição mesma de *normalidade*; principalmente, em sua acepção como “bem-estar”. Para o autor, tal conceito é tão utópico, vasto e impreciso, que poucas pessoas em nossa sociedade se encaixariam na categoria de *saudáveis*. Consonante com seu posicionamento estão Leão e Barros (2011), para os quais há um grande equívoco em considerar a total restituição da normalidade como uma condição *sine qua non* para que as pessoas em situação de sofrimento psíquico possam voltar a ser incluídas socialmente. Isso significa que, sobretudo para aqueles que trabalham com os usuários de CAPS, um aspecto para o qual se deve atentar é justamente a construção de novas possibilidades de relação da sociedade com as diferenças e com as distintas condições a que imprecisamente se alude como “loucura”.

Em todo caso, o que observamos nas falas desses participantes das rodas de TCI é que eles ainda não apresentam argumentos convincentes de que, apesar de suas diferenças e de sua situação de sofrimento, já se consideram aptas a retomar suas vidas, colocando no horizonte a restituição da normalidade, como meio de alcançar a inclusão social. Saraceno (1999), a esse respeito, assevera que, para que haja uma verdadeira reabilitação psicossocial, essas pessoas precisam reconstruir sua cidadania, restituindo sua rede social, familiar e de trabalho. Porém, essa construção só se mostra possível com a ajuda dos profissionais do CAPS e da família, que devem atuar emprestando o seu poder de contrato e negociando novas trocas sociais para essas pessoas.

Amorim e Dimenstein (2009) apontam no mesmo sentido do autor acima, afirmando que uma desinstitucionalização do CAPS perpassa pelo questionamento e pela construção de projetos de vidas independentes desses serviços. Porém, isso exige dos profissionais o esforço de cuidar sem desassistir, criar fluxos de encaminhamento e promover a criação de uma rede que, de fato, preste assistência a essas pessoas *fora do serviço*. Esses direcionamentos, quando os há, ainda são feitos de forma muito tímida por parte dos profissionais do CAPS, até porque estes contam com poucos subsídios para que essas pontes sejam criadas com outros setores e atores sociais. Há, a esse respeito, um jogo de palavras muito ilustrativo no estudo de Wetzel

e colaboradores (2011), no que se afirma que o serviço hoje está *enCAPSulado*, sinalizando o perigo das reproduções das velhas práticas em seu interior, mesmo que o serviço se encontre inserido em um novo modelo, repleto de novas propostas e perspectivas.

Diante desse cenário, como pensar em alta? Isto é, sabe-se que a rede ainda apresenta muita fragilidade, que os profissionais têm pouca habilidade para lidar com essas demandas; contudo, isso não impediu que alguns planos fossem feitos, com relação a essa questão. A TCI reavivou os planos de ainda se obter alta, mas, curiosamente, todos eles passam, antes de tudo, por uma condição enfatizada abaixo:

Eu queria não depender desses remédios, mas, infelizmente, se eu parar de tomar, aí vêm as crises. (Creuza)

Eu queria deixar de tomar esses remédios, mas, se eu não tomar, não durmo. (Joana)

Eu já pensei em ter alta do CAPS. Quando? Eu não sei! Eu imagino minha vida após a alta sem tomar esses remédios, vivendo uma vida normal. Pois tem dia que, por causa desses remédios, eu fico sem coragem pra nada. (Benedita)

Como se vê, a retirada total da medicação é compreendida por esses participantes como um pré-requisito básico para a alta. De fato, o que se observa é que eles entendem a alta como uma “libertação” em relação à medicação. Contudo, depois de considerarem parar com os remédios, as participantes Creuza e Joana colocam empecilhos. Uma disse que, se parasse de tomar as medicações, as crises voltariam; a outra, que, sem elas, não conseguiria dormir. Nota-se aí o desenvolvimento de um sentimento de ambivalência entre querer parar de usar essas medicações e não se sentir capaz de fazê-lo por um motivo ou outro. Como se sabe, essas drogas produzem efeitos de controle e remissão de sintomas, e isso, por sua vez, faz muitos acreditarem que só ficarão bem se estiverem tomando a medicação.

Tal situação, por certo, coloca essas pessoas em uma posição de pouca autonomia e de procrastinação ante seus desejos e possibilidades de emancipação do CAPS, o que indica que a medicação se tornou um fator de regulação da vida dessas pessoas. Para Foucault (1979), embora pessoas como as participantes de nossa pesquisa estejam fora dos muros manicomiais, ainda assim são prisioneiras das próprias limitações. A prisão da medicação inspira neles uma visão alienada de que quem está no CAPS não consegue trabalhar, produzir, estudar, já nem mais por conta da doença, mas por conta da medicação.

Esse sentimento é descrito por Jorge e colaboradores (2012), no que destacam que os usuários ressignificam o poder que a medicação tem em seus tratamentos. Como conhecem a importância da medicação na remissão dos sintomas do sofrimento psíquico, essas pessoas a veem como principal protagonista do tratamento. Essa constitui, todavia, uma visão imposta pela medicina tradicional como forma de controle social. A TCI, no entanto, fê-los caminhar

no sentido da reflexão, proporcionando a saída dessas pessoas de sua zona de conforto, isto é, da tendência a acomodar-se com a tomada da medicação por toda a vida, de maneira que elas começaram a sonhar com a sua retirada gradual.

No entanto, cumpre destacar, também, momentos de expressões negativas na fala de outros participantes, a esse mesmo respeito. Isto é, alguns negaram a possibilidade de alta e até demonstraram descrença no tratamento, na recuperação e na retomada de suas vidas. Para estes, a alta passou a ser algo utópico, após ter sido desacreditada pelos profissionais médicos que atendem no CAPS:

Eu acho que eu não melhora, não. Quem toma esses remédios não melhora, não. Quando o que descontrola é a mente da pessoa, não tem como melhorar, não! Com esses remédios, a pessoa fica mais calmo, mais contente, mas não fica bom não. [...] A alta só vai acontecer quando a médica daqui não me quiser mais, quando ela me der alta. Mas ela me disse que esse remédio eu vou ter que tomar pra sempre. Eu só durmo se eu tomar o remédio. (Severino)

Eu nunca pensei em ter alta aqui do CAPS, pois a médica nunca falou sobre isso comigo [...]. Se eu ficasse bom, eu queria voltar a trabalhar, mas a gente não fica bom mais nunca. (José)

Eu não sei se vou ter alta, pois o doutor nunca deu alta pra mim. Mas meus planos depois da alta é ficar em casa, né? Mas quem toma essas medicações não fica bom, não. O médico disse que terei que tomar sempre essa medicação. (Maria)

O que observamos na maioria falas acima é a dificuldade de os profissionais médicos se adaptarem a esse processo de transformação. A afirmação de que o sofrimento psíquico não tem cura, de que essas pessoas não irão melhorar e de que as medicações terão de ser tomadas pelo resto da vida indica o despreparo desses profissionais para o trabalho em serviços de bases territoriais e sua extrema indiferença em relação aos ideais da Reforma Psiquiátrica.

A medicamentação, mais uma vez trazida ao centro da discussão nesta categoria, tem na prescrição e no uso de medicamentos a única prática eficaz para tratar o sofrimento psíquico. A esse respeito, vale lembrar as palavras de Amarante (2007, p. 95) ao destacar que “a medicamentação diz respeito à possibilidade de tornar médico aquilo que seria de ordem social”. Alude, portanto, a algo ausente em tal prática, isto é, a falta de incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como a violência social e o luto, adotando-se, assim, a percepção de que são pessoas que passam por essas situações que são medicamentadas. A postura distinta geralmente tomada, no entanto, faz com que estas acreditem que seus problemas são pura e exclusivamente de saúde e não inerentes à própria vida humana. Isso permite definir a medicamentação, portanto, como um uso do medicamento de forma inadequada, desnecessária e controlada pela figura do médico.

Estamos, entretanto, em um processo de transição paradigmática, de reformulação de nossas práticas no tratamento das pessoas em situação de sofrimento psíquico. Diante desse quadro, infelizmente, ainda nos deparamos com profissionais, principalmente os profissionais médicos, pautando-se em variáveis clássicas advindas do modelo biomédico, como etiologias, diagnósticos, curso da enfermidade e cronicidade, de modo que o meio histórico-cultural e socioambiental dessas pessoas é menosprezado ou não é levado em consideração de forma alguma; em suma, uma conduta profissional que promove tão somente a medicamentação (LOPES et al., 2012).

No bojo dessa discussão, observamos uma mera reprodução de um saber reducionista, biologicista e pouco reflexivo, por parte desses profissionais, acerca da medicamentação. Como se vê no caso dos usuários do CAPS, não são criadas novas estratégias de cuidado, nem tampouco se promove esperança para que essas pessoas sonhem com a reconstrução de suas vidas; afinal, o medicamento é algo que precisa ser tomado “pela vida toda”. Para Merhy (1997), no entanto, todo e qualquer profissional é capaz inventar e reinventar suas práticas, promovendo um cuidado pautado na singularidade do sujeito.

Amarante (2010a) e Yassui (2010), de acordo, também argumentam que a dimensão técnico-assistencial de fato exige dos profissionais que atuam na saúde mental a produção de estratégias diversificadas de cuidado de saúde e de inclusão, construindo uma ampla rede social, de maneira que haja acolhimento para que essas pessoas além dos muros do CAPS. Demanda-se, assim, uma (re)invenção de saberes e fazeres, de forma que se construa um novo modo de cuidar dessas pessoas.

Seguindo adiante em nossa análise de alguns pontos ressaltados pelos participantes da pesquisa, outra que observamos é a necessidade gregária que eles têm e o lugar de destaque que o CAPS ocupa em suas vidas:

Eu já pensei em ter alta do CAPS. A médica disse para mim que ia me dar alta. Mas eu disse: não doutora não me dê alta, não, pois o dia que eu venho pro CAPS é o dia que eu saio de casa. Eu gosto de vim pra cá. Eu gosto de participar das oficinas. (Creuza)

Eu ainda não pensei em alta, porque eu ainda não consigo viver sem o CAPS. Pelo menos na segunda-feira, queira ou não queira, eu com vontade ou sem vontade, eu venho. Então, alta seria só quando eu tivesse boa, quando me disserem assim: “Você hoje está curada, você está boa, e você não precisa mais do CAPS”. (Benedita)

Por um lado, eu não queria ter alta do CAPS, porque é um dos únicos lugares que eu venho, porque eu não sou muito de sair. Vou só a igreja e venho pra aqui. E, assim, eu tenho melhorado de meu problema. Mas eu queria sempre tá voltando, reencontrando as meninas [referindo-se asicineiras e a Técnica de Referência]. (Amélia)

Creuza, Benedita e Amélia, relataram algo semelhante em suas falas: já têm plena condição de receber alta do serviço, mas pediram para permanecer no CAPS. Com uma delas, a médica até simulou uma alta, mas a mesma pediu para que esta fosse postergada, alegando que o CAPS, além de ser um lugar de apoio, constituía também um lugar de encontro e socialização. Tais atitudes condizem com o que afirmam Ouakinin e Barreira (2015), sobre a qualidade das vivências relacionais dependerem de diversos contextos culturais, ao mesmo tempo em que ressaltam que a natureza humana seria social e gregária. Desse modo, para os autores citados, a interação social é essencial para o ser humano, ao passo que a solidão pode ser preditiva de sintomas depressivos, piorando a situação de sofrimento psíquico de pessoas como as participantes mencionadas e dificultando seu tratamento e reabilitação.

Contudo, mesmo com essa necessidade gregária, o fenômeno exposto acima pelas participantes nos faz pensar também no tipo de ressocialização e reinserção social que estão sendo praticadas no CAPS. Isto é, a pergunta é se de fato essas pessoas vêm sendo preparadas para uma continuidade de suas vidas fora do serviço, trabalhando novas redes de apoio no mundo do lado de fora do serviço.

Martins e colaboradores (2013), não por acaso, enfatizam que as práticas no CAPS devem funcionar como catalisadoras da construção da subjetividade, a fim de promoverem a reinserção dessas pessoas, estimulando-as a se tornarem cidadãs capazes de reformularem e reconquistarem sua liberdade e seu cotidiano. O que quer dizer que o CAPS deve atuar como um promotor de relacionamento entre os usuários, com todas as suas particularidades, e as demais redes sociais. Basicamente a mesma perspectiva de Yassui (2010), ao salientar que, ao se realizar esses encontros, criam-se novas possibilidades de compreensão acerca da loucura, da subjetividade humana. Para este autor, é necessário que se criem novos interstícios, novas redes sociais, de alguma maneira que estimule as habilidades dessas pessoas e promova um desligamento gradativo desses serviços. Cabe salientar, quanto a isso, que a TCI conseguiu criar redes de solidariedade, contudo, é papel das práticas intersetoriais a criação de elos entre essas pessoas e os serviços de bases territoriais disponíveis na rede de saúde e nas redes sociais, como a escola, a igreja, o trabalho e o lazer.

Como foi exposto, no entanto, manter as pessoas intramuros no CAPS e, sobretudo, alimentar isso, seja através da *maternagem* ou de discursos reducionistas, são atitudes que não favorecem, de forma alguma, o rompimento das fronteiras pessoais de cada usuário que se vê estacado ante a barreira imaginária da insegurança, da baixa autoestima e do autoestigma. Isso significa que se faz necessário pensar nesses intercessores dentro do CAPS; caso contrário, essas pessoas continuarão sem saída e, conseqüentemente, despreparadas para (re)assumirem

o protagonismo de suas vidas. Até porque a rede para acolhê-los, lá fora, também está frágil, o que os desanima ainda mais, impedindo que enxerguem algum horizonte de possibilidades concretas. Sair do CAPS, para essas pessoas, ainda é um risco, um perigo, uma inconstância, pois não há uma rede articulada e preparada para recebê-los no pós-alta.

Para Amorim e Dimenstein (2009), o maior e pior aspecto dificultador para a alta é a referida institucionalização do CAPS, que transforma esse serviço de base territorial em uma instituição crônica e cronificada, que apenas reproduz o tão temido manicômio. Verifica-se, nesse sentido, repetições de práticas tutelares e absorção de demandas que certamente não mais precisariam ser atendidas naquele ambiente, mas em outros dispositivos — que deveriam ser — disponibilizados na rede.

Nas falas abaixo, os usuários citam o CAPS como um serviço tão necessário que são incapazes de viver suas vidas sem ele. Nos discursos, percebemos que há uma fragilidade de apoio do lado de fora dele. A rede ainda não se encontra articulada. Há, portanto, dificuldade na intersetorialidade. Ao mesmo tempo, a noção de que o CAPS precisa proporcionar um serviço ideal, completo e indispensável tem resultado, não raro, no que Amorim e Dimenstein (2009) chamam de *práticas tutelares e absorção de demanda*, que muitas vezes não deveriam mais ser responsabilidade dos CAPS, mas do território, da Atenção Básica de Saúde. As falas abaixo ressaltam alguns detalhes a esse respeito:

Eu já pensei em alta. Estou aqui faz um bocado de ano. Eu já saí de alta, mas entrei de novo agora. Se eu sair de alta, eu vou ter que ir de porta em porta, nos postos de saúde, procurar ajuda daqueles que vão nas portas também [referindo-se aos agentes comunitários de saúde]. (Severino)

Eu nem sei se vou ter alta, porque a doutora diz assim: “Tá tomando o remédio direitinho? Esse remédio não pode parar de tomar”. E, fora daqui do CAPS, as consultas pra esse tipo de médico são muito difíceis. Só conseguia antigamente porque uma menina facilitava pra mim. (Maria)

Eu ainda não pensei em alta [...]. Aqui, pelo menos, a gente está sendo acompanhada pelo médico, e [...] psiquiatra particular mesmo é difícil, é o olho da cara, eu não tenho condições. Eu passei um tempo aqui e com Dr. [Fulano], que era particular. Mas deixei, pois não tinha mais condições de pagar. Aqui mesmo já solicitaram até uma ressonância para uma dor de cabeça persistente que eu tinha. (Benedita)

Alguns participantes apontam o CAPS como a sua principal estrutura de apoio e vinculação. Isso não deve ser considerado de todo ruim, é claro, mas o fato é que as pessoas não conseguiram encontrar outras redes de apoio fora do serviço, para a continuidade de seu tratamento. É isso que está claramente evidenciado nesses relatos. E isso se dá porque, tal como hoje se encontra configurado, o mesmo dispositivo que acolhe e trata bem os usuários é também o que regula e impossibilita a emancipação dessas pessoas.

Com relação a isso, Wetzel e colaboradores (2011) defendem mudanças em que, em consonância com o paradigma psicossocial, os aspectos biomédicos possam ser abarcados de forma que a intervenção sobre o sofrimento psíquico seja vista como possível em liberdade. Isso implica que o CAPS deverá de considerar o processo saúde-doença como resultante de processos sociais mais complexos, de modo a se tornar um lugar de tratamento da doença em que as dimensões biopsicossociais estejam imbricadas no cuidado.

Venturini (2010b) faz uma reflexão importante quanto a isso, dizendo que, mesmo fora do manicômio, continuam sendo reproduzidas as velhas práticas, reduzindo a vida das pessoas a uma programação, segundo a qual seus lugares de vida são programados. Para este autor, a maternagem é um controle total da vida diária dessas pessoas, colocando-as em uma posição de pouca autonomia e cidadania. E é visível o controle que o CAPS exerce nas vidas dos participantes. Severino, por exemplo, até tentou sair de alta, mas acabou voltando pouco tempo depois, pois não encontrou amparo na atenção básica de saúde (ABS), tendo de ficar indo atrás dos agentes comunitários de saúde, em uma tentativa de ser atendido e acolhido na atenção básica. O Ministério da Saúde (2013), por sua vez, estabelece que o cuidado em saúde mental na ABS deve ser estratégico, pela acessibilidade das equipes aos usuários e vice-versa. Isso quer dizer que é de total responsabilidade da ABS o acolhimento das demandas de saúde mental, oriundas ou não dos serviços de saúde mental, atentando-se para que os profissionais de saúde se encontrem sempre com as pessoas no território, seja através de grupos de apoio, de visitas domiciliares ou das mais variadas estratégias. A TCI na ABS poderia ser, então, um importante apoio psicossocial para inclusão dessas pessoas.

É preocupante ouvir que Severino foi desassistido na rede e retornou ao CAPS em busca de tratamento. Benedita também relatou que a vida fora do CAPS — isto é, na rede composta por ABS e serviços — é difícil, pois, para ela, há falta de profissionais capacitados e demora no atendimento, de forma que, não raro, para ser atendida, ela havia precisado pagar uma consulta particular. Em sua fala, a usuária também destacou a escassez de médicos especialistas no território, ressaltando que médicos especialistas eram dispendiosos e que ela não tinha condições de arcar com as despesas de uma consulta.

No testemunho de Severino, também se observa outra problemática existente na ABS, a dificuldade de acessibilidade para usuários dos serviços de saúde mental. Para o Ministério da Saúde (2015), no entanto, a consolidação do cuidado na ABS deve se dar em um local não apenas habitado, mas também bastante conhecido, e, em parceria com a Saúde Mental, a Saúde da Família, estratégia criada pelo SUS a fim de fortalecer os vínculos entre a porta de entrada no sistema e os usuários, deve emprestar seu saber, suas tecnologias de cuidado e sua

ligação com o território para tornar mais viva a rede de desconstrução das velhas práticas nos serviços, em especial no tocante ao atendimento de pessoas com sofrimento psíquico.

Contudo, cumpre também ressaltar que, segundo o estudo de Tanaka e Ribeiro (2009), realizado com médicos que atuavam na ABS, esses profissionais encontravam dificuldades de acolher devidamente essas pessoas nesses serviços territoriais. Isso se dava diante do que os pesquisadores chamam de “sensação de incapacidade técnica de intervenção” por parte desses profissionais, principalmente aqueles que têm apenas formação clínica, sem especialização. O Ministério da Saúde (2013), porém, rebate essa fragilidade, colocando em sua cartilha que, os profissionais, sendo ou não especialistas, devem elaborar suas intervenções em saúde mental a partir de suas vivências no território. Para a equipe técnica que elaborou as novas diretrizes de assistência, o cuidado em saúde mental não é difícil e vai além do trabalho cotidiano da ABS. Basta-se então ter iniciativa para se trabalhar com as singularidades e com as comunidades, refletindo suas práticas no cotidiano e no território.

Sendo assim, para que as intervenções no campo da saúde mental não se enrijeçam e fiquem centradas apenas na remissão de sintomas, mantendo-se desconectadas da vida dos usuários e do lugar onde ele vive, é importante que este possa se questionar sobre as relações que seu sofrimento tem com o seu cotidiano. Até porque nem sempre as intervenções que são direcionadas a remissão dos sintomas estão ligadas a medicalização (BRASIL, 2013).

Com relação a toda essa questão, podemos notar nas falas abaixo, não por acaso, que persiste na mente dos usuários desses serviços, justamente por causa de todos os problemas apontados, o medo de novas crises, de um lado, e o apoio concedido pelo CAPS, do outro, como motivos para querer ali permanecer. Seu relato também deixa clara a fragilidade da rede, no tocante ao acolhimento das novas crises.

Eu penso em ter alta, mas ao mesmo tempo fico imaginando se eu voltar a ter uma crise. Aqui, eu me sinto mais seguro. Digo isso pela minha paciência. Eu sou estourado e eu não consigo ainda parar de tomar esses remédios. (João)

Por um lado, eu não queria ter alta de CAPS [mas] eu não sou muito de sair. Vou só à igreja e venho pra aqui. E assim eu tenho melhorado de meu problema. Mas eu queria sempre estar voltando, reencontrando as meninas [referindo-se as oficinas e a TR]. (Amélia)

E, se eu não estiver mais aqui, eu tenho medo de me dar a crise e me internarem. Eu nunca mais me internei depois que vim pro CAPS. Aí, eu tenho medo de receber alta. (Joana)

Desses três relatos, um que especialmente chamou a atenção foi o de Joana. Para ela, o CAPS cumpriu um papel de extrema importância: o de prevenção de novas crises e de novas internações hospitalares. Nesse sentido, por mais que ela ainda precise deixar o serviço e

encontrar meios de dar continuidade a sua vida lá fora, não se pode negar que, ao menos no tocante aos pontos citados, o CAPS foi sim eficaz em promover a desinstitucionalização, o que, sem dúvida, proporcionou a essa participante uma melhor qualidade de vida.

O ponto, porém, é que ainda é preciso avançar muito, atravessar os muros concretos e imaginários que foram colocados pelos profissionais e pelo próprio encapsulamento dos serviços. Não resta dúvida de que é preciso continuar apontando alternativas que comunguem com os ideais da desinstitucionalização. E, para que isso aconteça, Venturini (2010b) destaca que os usuários e profissionais deverão atravessar a comunidade, vivendo o cotidiano fora dos serviços de saúde mental e das instituições, dentro do laboratório da vida. Assim, teremos uma real compreensão de como se tecem as relações, de como se enfrenta o sofrimento e de como se produz a saúde, ao passo que o território seria não só um espaço com estruturas e instituições, mas se constituiria, isso sim, das próprias pessoas que ali se encontram, dos cidadãos e de suas histórias.

Foi com essa perspectiva de cuidado que o Ministério da Saúde (2013) propôs a TCI como intervenção psicossocial avançada na ABS, justamente para cuidar dessa demanda no território. No presente estudo, aplicada dentro de um CAPS, a TCI modificou positivamente a vida das pessoas que participaram, melhorando vinculação, autoestima e os emponderando para uma gradual retomada do protagonismo de suas vidas. De modo que, se essa técnica de intervenção for aplicada em outros contextos, como nas unidades básicas de saúde, cremos que poderá modificar, também lá, experiências de vidas, dando continuidade ao cuidado no território, enquanto se fortalecem o sentimento de pertencimento e o gregarismo.

O olhar antropológico proporcionado pela TCI, de fato, ajudou a relativizar o saber psiquiátrico e o poder biomédico, já que introduziu a discussão de alteridade das pessoas em situação de sofrimento psíquico e promoveu a coexistência de um sistema de cuidado em saúde mental dentro de um CAPS diferente (MELO et al., 2013). A TCI acrescentou ao CAPS a criação de redes solidárias e de apoio intramuros, fazendo com que alguns participantes (re)pensassem as suas relações com o serviço. Com isso, pudemos perceber, nesta pesquisa, que as pessoas passaram a externar desejos de mudança, seus projetos de alta e de felicidade, e tornaram-se sujeitos de suas próprias histórias de vida.

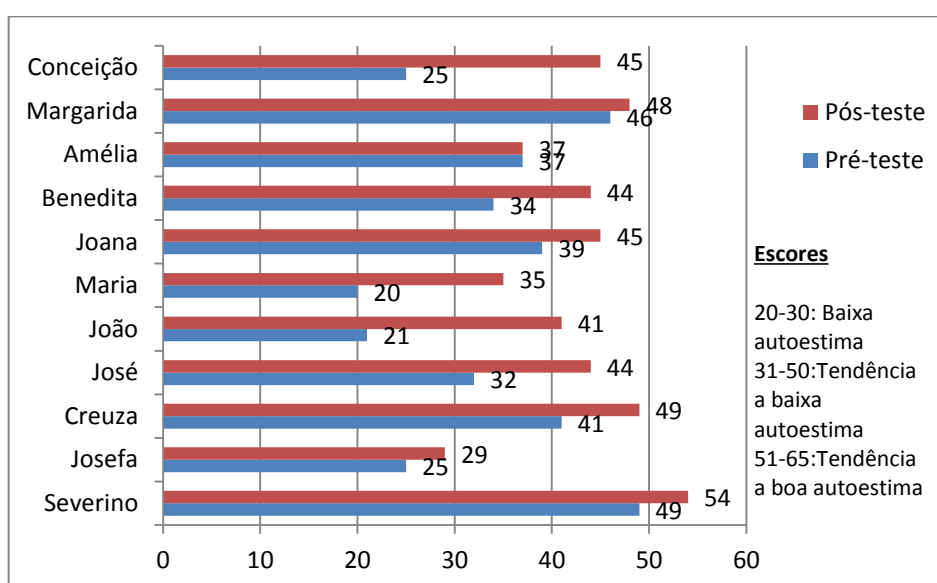
Caminhamos, pois, com a TCI, rumo ao empoderamento desses participantes, através do reestabelecimento das redes sociais e dos vínculos saudáveis. Esse ato de reestruturação individual e coletiva também só foi possível devido à melhoria da autoestima dessas pessoas. Por meio de uma avaliação no pós-teste, foi possível verificar o impacto dessa intervenção psicossocial avançada também no âmbito quantitativo. Com relação a isso, seguem abaixo os

resultados do pós-teste já comparados com o pré-teste, de modo a permitir avaliar se houve mudanças significativas nesses escores.

4.7 O pós-teste de autoestima e vínculos: uma análise comparativa

Para fins de uma melhor visualização, optamos por uma análise comparativa dos escores do pré-teste e do pós-teste. Sendo assim, iniciamos com os resultados da autoestima, seguidos pelas médias dos vínculos captados antes e depois das rodas.

Gráfico 3: Resultados pré-teste e pós-teste de autoestima



Fonte: Consolidado dos instrumentos de autoestima do pré e pós-teste, 2015.

O primeiro resultado observado no pós-teste foi o aumento do escore de autoestima na maioria dos participantes — apenas Amélia manteve-se com o mesmo resultado do pré-teste. Observamos ainda a mudança no escore de Severino, que saiu da tendência a baixa autoestima e foi para tendência a boa autoestima, bem como nos de João e Maria, os quais estavam em situação de baixa autoestima e migraram para a tendência a baixa autoestima. Questões que englobavam autorrespeito e autoconceito foram as que mais melhoraram escores.

Esses achados indicam que a TCI foi uma via para despertar e reforçar a autoestima. Contudo, faz-se necessário conhecer os mecanismos para intervir no seu processo e ajudar as pessoas a explorarem seu potencial e a desfrutarem dos benefícios geradores de felicidade. Sabemos que a autoestima se liga às respostas produzidas pelas pessoas frente às distintas situações cotidianas. Ela corresponde, assim, à soma de valores que os indivíduos atribuem ao que sentem e pensam, analisando seu comportamento como positivo ou negativo. Por isso, a

autoestima se comporta como um importante indicador da saúde mental, visto que interfere nas condições afetivas, sociais e psicológicas das pessoas (SCHULTHEISZ, APRILE, 2015).

Leal (2013) afirma que, quando a pessoa se sente bem consigo mesma e na relação com os outros, ela é capaz de lidar de forma positiva com as adversidades, de ter confiança, de não temer o que está por vir. Nessa relação, há indícios da busca ao equilíbrio psíquico e do reestabelecimento dos vínculos perdidos e de melhora de sua autoestima. Em acréscimo a isso, Tonwsend (2014) salienta que, à medida que se melhora a autoestima, a pessoa passa a se valorizar o suficiente para cuidar das próprias demandas.

Em suma, como claramente se pode ver, os resultados apontam para uma melhoria dos escores de autoestima de quase todos os participantes do estudo, o que, por si só, já é bastante significativo do ponto de vista da melhoria da qualidade de vida desses participantes, bem como do de seu empoderamento.

Convém destacar, todavia, que verificamos, ademais, se existiu correlação entre a quantidade de rodas frequentadas e a melhoria no escore da autoestima. Quanto a esse ponto, porém, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa no escore da autoestima após a participação dos usuários nas rodas de TCI ($p=0,59$; $r=-0,18$).

Contudo, mesmo não havendo uma tal correlação, o fato é que, através da elevação dos escores de autoestima, caminhamos para o resgate da cidadania e da autonomia, o que, por si só, já se pode considerar uma forma de promoção da emancipação, visto que nenhum processo do tipo é possível sem o aumento da autoestima. Até porque, tal como destacam Zamora, Herrera e Castillo (2015), com o aumento da autoestima, vê-se uma melhora também no humor, na autovalorização e no autoconhecimento, enquanto também se proporciona à pessoa um estado de autonomia e segurança em relação a si mesma — e isso faz com que haja uma harmonização entre o que ela pensa, sente e diz. Para Erdogan e colaboradores (2012), com uma boa autoestima, a pessoa estabelece uma relação de identificação com a sua vida e com o contexto em que está inserida. E é nesse contexto que o empoderamento acontece.

O *empowerment* ou empoderamento, aliás, é um conceito que vem sendo amplamente discutido na perspectiva da Saúde Mental. Ele se dissemina em dispositivos como grupos de autoajuda, grupos de suporte mútuo, participação nas instâncias de controle social, militância política mais ampla e no uso de narrativas pessoais de experiência de vida em primeira pessoa, no que se enquadra a TCI (VASCONCELOS, 2008). Esta, por sua vez, comporta-se então como uma estratégia de intervenção psicossocial avançada em um território dinâmico, onde a vida criou-se e se recriou, onde as marcas sociais resultaram em formas peculiares de relação social. Olschowsky e colaboradores (2014) destacam quanto a isso que o cuidado no

território pressupõe estar atento às singularidades humanas, mas também entendem que se faz necessário acionar e ativar outros recursos e processos para atender essas singularidades.

O que nos remete de volta à questão do empoderamento, que, segundo Barreto (2008), acontece quando a pessoa se compreende e aceita ser “um sujeito ativo” aprendendo com sua própria história, não tendo vergonha das suas origens e dos seus valores culturais constituídos por seus ancestrais. Nas rodas de TCI, observamos que os participantes foram se tornando sujeitos ativos de seu processo de reabilitação, de modo que a passividade deu lugar à fala, ao reestabelecimento dos vínculos e ao início do processo desinstitucionalização dessas pessoas, possibilitado justamente em decorrência do empoderamento. Este, segundo Barreto e Lazarte (2013), é um processo que acontece porque, na TCI, há a possibilidade de escuta, de partilha de situações comuns entre aquelas pessoas. A terapia oferece um espaço em que todos ouvem e alguns falam, mas, de forma geral, o coletivo, como um todo, fortalece-se com a partilha de vida de cada pessoa.

Não por acaso, a Política Nacional de Saúde Mental considera o empoderamento um de seus desafios, ao lado da consolidação e ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania (BRASIL, 2005). Cumpre dizer, porém, que, embora o referido documento não tenha apresentado de forma explícita e objetiva o conceito de empoderamento, aborda-o implicitamente como um instrumento de reinserção social, autonomia e promoção da saúde mental.

Em todo caso, no Brasil, é preciso reconhecer que há gargalos que ainda precisam ser minimizados. Vasconcelos (2013), por exemplo, ressalta que, em nosso país, principalmente no contexto da saúde mental, há uma fragilidade nos projetos de empoderamento devido ao pouco envolvimento da classe média, já que esta geralmente tem mais dificuldade de assumir uma identidade explícita associada à doença mental. Isso quer dizer que os prováveis usuários e familiares que teriam melhores condições educacionais, sociais, econômicas e culturais para o desenvolvimento de um ativismo e de uma organização política mais incisiva e autônoma, estão escassos dentro dos serviços públicos de saúde mental. Ao passo que as lideranças oriundas das classes populares apresentam inúmeras dificuldades e limitações econômicas, sociais e culturais para se capacitarem e exercerem este ativismo explícito dentro do sistema público de saúde e na sociedade em geral.

O caso é que, para que haja o empoderamento e a consequente desinstitucionalização dos serviços de saúde mental, faz-se necessário que essas pessoas assumam o protagonismo de suas vidas e sejam proativas em todo sistema que engloba suas teias de relações. Ventuni (2010a) chama a atenção para esse fenômeno, enfatizando que aquele que caminha para um

processo de emancipação dos serviços de saúde mental deve assumir o protagonismo de sua vida considerando os próprios pontos de resiliência e de fraqueza, bem como as oportunidades e os aspectos que incidem negativamente em sua vida pessoal, construindo estratégias viáveis para sua vida, até mesmo em redes de apoio frágeis e/ou provisórias.

Nesse sentido, é preciso, também, que o CAPS auxilie essas pessoas na construção dessas redes de apoio. O problema é que Vasconcelos (2013), em seu estudo, encontra uma outra fragilidade relevante, nesse sentido, nos serviços de saúde mental: a de que apenas uma pequena parcela dos serviços de atenção psicossocial esboça iniciativas e estratégias claras na direção do empoderamento de usuários e familiares. Para o autor, ainda é hegemônica aquela visão mais convencional de que tratamento e cuidado são atributos somente de profissionais e trabalhadores da área, não se levando em conta no processo a noção de corresponsabilização de familiares e usuários.

Com isso, gera-se uma visão alienada de que o cuidado em saúde mental só existe através da promoção de informação relativa ao tratamento — sobretudo o medicamentoso —, além de grupos terapêuticos ou de assembleias mensais. A TCI, então, veio atuar como uma estratégia singular de desalienação desses participantes que estavam em tratamento no CAPS, visto que esse dispositivo de intervenção psicossocial atuou como promotor da cidadania, do fortalecimento da autoestima e do empoderamento dessas pessoas em seu meio social.

Cumprir destacar, porém, que esse fenômeno também se deveu ao fortalecimento dos vínculos saudáveis. O objetivo de avaliá-los nos possibilitou investigar as relações sociais que aquelas pessoas estavam estabelecendo, de modo que, com intuito de comparar o antes e o depois das vinculações que aconteceram nas rodas, aplicamos o instrumento de vínculo de Barreto (2008) com intervalo de quatro meses. Com isso, pudemos verificar se tinha havido alguma melhoria da vinculação dessas pessoas nesse período.

Quanto a esse ponto, convém destacar que, nos anos de 2005 e 2006, em convênio com a Universidade Federal do Ceará/Sistema Nacional Antidrogas/ Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Ceará (UFC/SENAD/MISMEC-CE), Adalberto Barreto realizou um estudo que visava avaliar o impacto das rodas de TCI em relação à visão e as atitudes dos participantes em relação ao meio ambiente. Nesse estudo, o intervalo de reaplicação dos instrumentos de autoestima e vínculos foi de 6 a 8 semanas, e, em seus achados, ele chegou à conclusão de que o intervalo de dois meses, entre a primeira e a segunda entrevista, havia sido exíguo demais para que houvesse mudanças significativas nas condições materiais, tais como moradia, trabalho, escrita, tecnologia e leitura. Assim, as mudanças constatadas haviam sido

apenas nas percepções das pessoas, não na situação, na condição ou no ambiente em que elas se encontravam.

Por isso, visando ampliar o tempo de análise e observar se teria havido mudanças mais significativas de vinculação dessas pessoas, dobramos o tempo de reaplicação, de dois para quatro meses. Optamos, então, por apresentar de modo coletivo a mudança entre o pré-teste e o pós-teste da qualidade dos vínculos. Isto posto, trazemos abaixo uma demonstração da parte quantitativa dos vínculos do antes e do depois das rodas de TCI.

Tabela 2: Avaliação quantitativa de vínculos do pré-teste e pós-teste

Vínculos	Pré-teste	Pós-teste
Alternativa A (Ausência Vincular/desvinculação)	29,9%	23,7%
Alternativa B (Vínculos existentes/vinculação)	70,1%	76,3%

Fonte: Consolidados dos instrumentos de vínculos pré e pós-teste, 2015.

Na tabela, pode-se observar uma diferença de mais de seis pontos percentuais na existência de vínculos no pós-teste. Além disso, conseguiu-se reduzir os percentuais da desvinculação, o que, para nós, foi um achado significativo.

Bion (1976) afirma, em sua teoria sobre os vínculos, que estes podem se transformar, com o que concorda Barreto (2008), ao dizer que, de fato, é possível uma melhora qualitativa através da tessitura de redes de apoio, em consonância com a posição de Ferreira Filha e colaboradoras (2009) sobre cada um de nós sermos capazes de estabelecer novos vínculos ao longo de nossas vidas, sendo que a participação nas rodas de TCI possibilitaria esse tipo de construção, assim como a de novas relações sociais e a de uma rede de apoio social.

Segundo Barreto (2008), quando o terapeuta mantém um diálogo aberto, franco, em clima de respeito, permitindo a expressão dos sentimentos e emoções da pessoa em terapia, ele atua como facilitador da construção de vínculos de apoio. Sabe-se que os efeitos de uma narrativa já são, *per se*, curativos, e que, quando a pessoa consegue falar em grupo, sendo acolhida mediante uma escuta ativa, torna-se possível se libertar das tensões e estabelecer um relacionamento mais saudável, sem medo de julgamentos.

Também a esse respeito, Cordeiro e colaboradores (2013) afirmam que a formação de vínculos promove a construção de laços afetivos responsáveis por fortalecerem a convivência

na comunidade. Ademais, por meio da construção de redes de apoio social, constata-se que há maior entrosamento entre os participantes e que a relação dialógica realmente propicia a troca de experiências, gerando um processo de crescimento e empoderamento, seja ele individual ou coletivo.

No caso específico das rodas de TCI que realizamos no CAPS, pudemos perceber que os usuários tornaram-se mais amigos, mais próximos e mais autorreflexivos. Eles realmente haviam conseguido tecer uma rede social intra-CAPS e extra-CAPS. Porém, cumpre destacar que o que observamos, ao avaliar os instrumentos e também as entrevistas, foi que as relações internas (intra-CAPS) eram as que haviam saído mais fortalecidas. As relações intrafamiliares e sociais (extra-CAPS), por outro lado, ainda eram desafios para a desinstitucionalização dessas pessoas, pois ainda não havia sido encontrada uma solução para os aspectos que as tornavam problemáticas.

Lavôr, Souza e Castro (2014) discorrem sobre a questão, enfatizando que é preciso que as pessoas que participam das rodas resgatem em si mesmas as suas realidades de vida, trazendo para si as suas dificuldades e os seus prazeres, e, principalmente, as suas percepções, bem como as maneiras de enfrentamento dessas realidades. Esse reposicionamento de mundo permite devolver novamente à pessoa sua capacidade de sentir e de se envolver com sua vida e com a do próximo, criando vínculos de corresponsabilidade.

Outro fato que nos chamou atenção foi o de que a TCI também fortaleceu vínculos dos participantes conosco (professora e alunos extensionistas) e com os próprios profissionais do CAPS. Este fenômeno refletiu positivamente no serviço e reforçou a importância, aos olhos dos demais profissionais do CAPS, do trabalho com grupos e com tecnologias leves. Alguns deles até mesmo vieram pedir informações acerca da técnica da terapia comunitária, curiosos sobre como são feitos os cursos de formação e qual a duração.

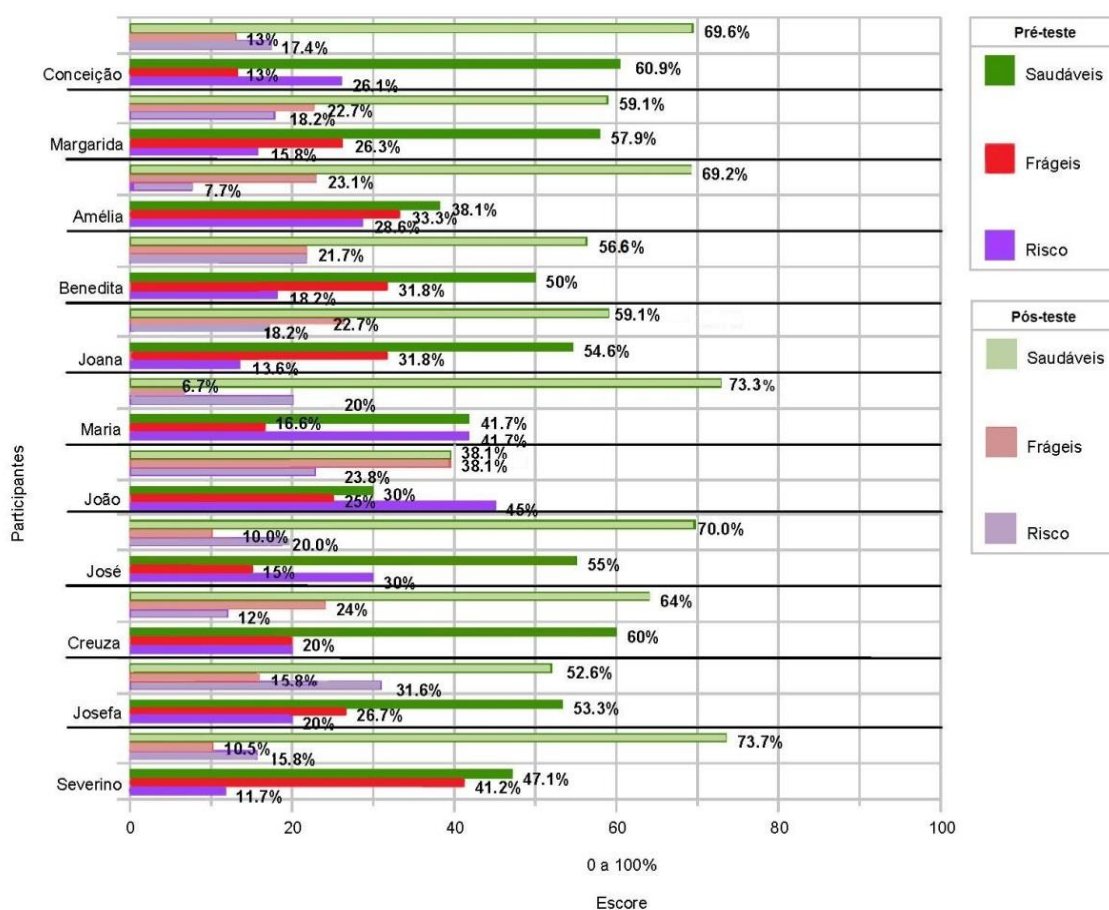
Nesse sentido, convém destacar que, como dizem Padilha e Oliveira (2012), a TCI é uma ferramenta importante para se trabalhar com as demandas de saúde mental justamente porque não impõe aos participantes uma característica medicamentalizante. Como espaço de escuta e de ajuda compartilhada, ela se mostra, por si só, resolutive para algumas demandas, prevenindo que os participantes entrem em um quadro de cronificação, além de promover o encaminhamento também daquelas demandas que necessitam de atenção especializada.

Infelizmente, é preciso, mais uma vez, chamar a atenção para o lado negativo de que a medicamentalização esteja tão visível em um serviço de base comunitária como o CAPS. O que observamos durante a pesquisa, como já destacado, foi que muito do cuidado demandado ainda se encontra voltado para a terapêutica medicamentosa e reducionista, em que o médico

prescreve e medica, e todas as condutas do serviço ficam atreladas a essa decisão. Assim, observamos uma dualidade de práticas naquele serviço: uma que tenta — com dificuldade —, através das oficinas terapêuticas, reabilitar essas pessoas, e outra que atua reduzindo-as à medicação, desacreditando que existe uma vida pós-CAPS, sem a presença do remédio. Essa atitude coloca a medicação como principal protagonista do tratamento.

Enfim, no tocante à qualidade dos vínculos, por sua vez, trazemos a seguir um gráfico comparativo do pré-teste e pós-teste de vínculos.

Gráfico 4: Comparativo pré e pós-teste de vínculos



Fonte: Consolidados dos instrumentos de vínculos do pré e pós-teste, 2015.

Com o aumento dos pontos percentuais dos vínculos saudáveis, tal como evidenciado no gráfico acima, é-nos possível sugerir que a TCI tem uma influência direta nas relações interpessoais, familiares e sociais, e que, quanto maior o tempo de realização das rodas, tanto melhores serão os resultados obtidos. Isso evoca a afirmação de Barreto (2008), de que poder consolidar os vínculos saudáveis, reforçar os vínculos frágeis e combater os vínculos de risco

são ações educativas e políticas de promoção de vida e da construção de redes solidárias. O que sempre devemos ter em mente diante de dados como esses, do gráfico.

Porém, há também o problema: como recuperar vinculação saudável, se os vínculos dentro do próprio CAPS ainda são frágeis? A maioria dos participantes, quando questionados sobre o vínculo de saúde psíquica, responderam — no pré-teste e no pós-teste —, marcando a letra C (um vínculo de risco que indica que a pessoa faz uso de três ou mais medicamentos controlados ao dia) como opção condizente com sua situação. Esse é um desafio e um gargalo da medicamentação a ser transposto. É preciso medicamentar menos o sofrimento, de um modo que leve em conta a subjetividade das pessoas e coloque em prática estratégias que trabalhem suas singularidades nos espaços de cuidado. Vimos, ademais, que os vínculos de escrita, de leitura, profissionais e econômicos permaneceram inalterados, como frágeis e de risco, nas fases pré-teste e pós-teste, o que evidenciou como desafios que ainda devem ser encarados a intersectorialidade, a contratualidade e o desenvolvimento de práticas inclusivas no território.

Por outro lado, vínculos como os de apoio social, amizade, solidariedade e social despontaram como aqueles que deram melhor salto qualitativo com as rodas de TCI. Ou seja, houve melhora do suprasistema, das relações interpessoais dessas pessoas que participaram ativamente das rodas. A abordagem sistêmica condiz com o que foi dito, uma vez que, esse tipo de intervenção entende o sujeito dentro de um contexto interacional ou interpessoal, de maneira que os sintomas que ele possa vir a desenvolver são vistos como resultantes de suas interrelações dentro dos sistemas dos quais faz parte (MORE et al., 2009).

Para Barreto e Lazarte (2013), levar em conta os princípios do pensamento sistêmico é viver mais de acordo com o que a realidade é. O empoderamento de pessoas e comunidades e o reencontro da capacidade criativa são fatores que conduzem ao processo de emancipação humana, de recuperação da autonomia, de fim da alienação e recomeço da vida plena. Assim, uma comunidade só é consistente quando consegue estabelecer uma base concreta de relações entre as pessoas, a partir da identificação de vínculos, desenvolvendo ações complementares de consolidação do tecido social e promovendo a inclusão social.

Conforme o pensamento sistêmico, os problemas cotidianos podem ser entendidos e resolvidos quando as pessoas os percebem como partes integradas de uma teia complexa, com ramificações que as interligam em um todo, envolvendo aspectos *biológicos* (como o corpo), *psicológicos* (como a mente, os sentimentos e as emoções) e *sociais* (os quais englobam a pessoa em seu contexto cultural). Estes estão interligados de um modo tal que cada parte influencia outra. A abordagem sistêmica nos conduz, assim, à compreensão de que a pessoa,

na sua relação com a família, com a sociedade, com seus valores e crenças, colabora para sua transformação (BARRETO; LAZARTE, 2013).

Na visão nada destoante de Lazarini e Grandesso (2013), as rodas de TCI fortalecem o sistema e as redes sociais, o que é imprescindível na formação da identidade pessoal e na vida das pessoas com sofrimento psíquico, bem como na de suas famílias e em sua comunidade. As autoras afirmam, ainda, que a partilha das experiências e significados que advêm do dia a dia dessas pessoas não só torna mais sólidos os vínculos, como também favorece a construção de novas narrativas, a transformação pessoal e as conexões sistêmicas entre os membros da comunidade.

Com isso, ressaltamos, finalmente, que o fortalecimento das redes de apoio familiar e social e a melhoria dos vínculos familiares e comunitários constituem, portanto, os benefícios decorrentes dos encontros de TCI no CAPS onde realizamos esta pesquisa. Essa intervenção de cuidado psicossocial, como ficou demonstrado, tem muito com que contribuir na promoção de um acolhimento humanizado e humanizador. Salientando que, como lembram Padilha e Oliveira (2012), a melhoria dos vínculos e a tessitura das redes acontecem quando um grupo que se constrói também se gerencia, corresponsabiliza-se em face das mudanças que precisam ser operadas. Em suma, a TCI trouxe como resultados o favorecimento do acolhimento e a melhoria de vínculos, assim como da autoestima, tudo conseguido por meio de uma atenção humanizada e horizontalizada.

Quando o shogun Ashikaga Yoshimasa mandou uma tigela chinesa de chá quebrada para restauração na China no século XV. A tigela voltou com horrorosos grampos de metal, o que desagradou o shogun. Então, ele ordenou que os artesãos japoneses fizessem um trabalho esteticamente mais agradável. O resultado foi a criação da técnica do Kintsugi.

Assim, quando os japoneses consertam objetos quebrados, eles exaltam os danos preenchendo as rachaduras com ouro. Eles acreditam que, quando algo já sofreu danos e tem, portanto uma história torna-se mais bonito.

(A tigela quebrada-Autor desconhecido)

Considerações Finais



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegar ao fim de uma caminhada de tese não significa chegar às considerações finais com inferências e resultados enquadrados, completos e finitos. Reconheço que cheguei aqui com inquietações, vontade de continuidade e persistência naquilo que me propus a defender: a Terapia Comunitária Integrativa. Para mim, esta tecnologia significou a desconstrução de inúmeros postulados e hipóteses formulados desde o início de minha graduação; afinal, foi na formação em TCI (em dezembro de 2011) que aprendi a (re)pensar minhas práticas e a me (re)inventar como enfermeira e como pessoa.

Construir esta tese foi um grande desafio, pois a sua elaboração exigia de mim uma abertura para o novo, para o abstrato, para algo que estava além de papéis, procedimentos, sistematizações, protocolos e tecnologias de cuidado duras e leve-duras, que havia aprendido a dominar no exercício da enfermagem. A TCI me levou para a mais leve das tecnologias, a do acolhimento, da escuta, da horizontalidade do cuidado, na qual pude me reconhecer e me reencontrar no encontro com o outro. Ela me permitiu adquirir competências para uma melhor relação com as pessoas, principalmente, com quem objetivava trabalhar.

Assim, para uma melhor qualidade e cuidado para construção de uma tese minuciosa como esta, enveredei para o estudo e para a capacitação de alunos que me auxilhassem na coleta deste tão valioso e rico material empírico. Na presente pesquisa-ação-intervenção, os participantes do estudo e demais participantes, além dos alunos extensionistas, ensinaram-me a refletir acerca de demandas que perpassaram minha existência. Nas fases, durante toda esta pesquisa, passei a tomar consciência de outras possibilidades de desenvolver meu trabalho de maneira mais horizontal.

É preciso reconhecer que ser terapeuta comunitária é um estilo de vida, é tornar possível o estabelecimento de vínculos com aqueles que parecem invisíveis à sociedade, é estimular a autonomia através da fala desses que não têm voz, é transformar essas pessoas por meio da partilha de experiências marcantes de seu dia a dia, é acolher o diferente, é trabalhar as feridas da alma. Ao primeiro contato com os participantes do estudo, senti neles o desejo de um espaço que trabalhasse a fala, a necessidade de escuta, mas também os percebi abertos para o novo. A TCI, como se sabe, constitui precisamente isso, um espaço de acolhimento; porém, cumpre também dizer que, inicialmente, nós é que fomos muito bem acolhidos pelos usuários e profissionais daquele serviço. Desde o primeiro encontro até o último, fomos bem-vindos naquele serviço.

No que diz respeito à pesquisa propriamente dita, cabe salientar, que, ao aplicar os instrumentos no pré-teste, inicialmente com 19 pessoas, encontrei 12 com escores que apontavam para uma baixa autoestima ou tendência a baixa autoestima. Destes, somente 11 participantes se mantiveram no estudo, devido a outros critérios de elegibilidade. Em todo caso, é fato que eu não podia esperar que pessoas excluídas socialmente tivessem uma boa autoestima e uma forte vinculação afetiva. Porém, como demonstrado na presente tese, a TCI permitiu que essas pessoas criassem laços afetivos e de amizades, bem como desenvolvessem um sentimento de pertencimento, tornando-as mais incluídas em um espaço onde poderiam partilhar suas inquietações e sofrimentos.

Observei, com o desenvolvimento das doze rodas de TCI, que as ressonâncias no grupo foram capazes de suscitar indagações a respeito de comportamentos e atitudes próprias — outrora vistas como inadequadas —, e, a partir das histórias contadas e das estratégias de enfrentamento adotadas e partilhadas, promoveram mudanças de comportamento que levaram os participantes a novas reflexões, as quais, por sua vez, enriqueceram as suas vidas, de modo a, até mesmo, poderem se revelar um degrau a mais para o empoderamento.

Outro fato é que o intuito da presente tese não foi a alta definitiva; o que eu tinha por objetivo era empoderá-los para esse momento. Sabia que não seria uma tarefa fácil, pois, em pessoas em que os escores apontam para baixa autoestima ou para tendência a baixa autoestima, é comum encontrar obstáculos como sensação de menos valia, o autoestigma, o sentimento de exclusão, de abandono, de solidão, de incapacidade, além de questões como o preconceito e problemas intrafamiliares, dentre outros.

Analisando o poder de transformação das rodas de TCI, em três meses, percebi um resgate da autonomia, uma melhora dos vínculos, uma ampliação da capacidade empática e do senso crítico dos participantes, os quais precisavam ser tocados e levados a reconhecer em si mesmos suas competências. E eles de fato formularam, ainda que timidamente, projetos de felicidade e começaram a pensar em como poderiam ser suas vidas lá fora.

As rodas serviram para trabalhar essas demandas nessas pessoas, as quais, ressalto, não se exauriram, como o mostrou a última roda de TCI, na qual o tema escolhido foi o mesmo da primeira roda. Os temas, aliás, todos votados e eleitos por eles próprios, foram um retrato vívido da condição de vulnerabilidade às novas crises, às quais essas pessoas estão propensas. Com a terapia, os participantes puderam se dar conta, de forma mais clara, de que não se vive sem problemas; porém, ao mesmo tempo, entenderam que o modo de enfrentar tais situações se modifica. Isso quer dizer que o conhecimento das estratégias de superação

que foram sendo criadas para suas adversidades cotidianas possibilitou a essas pessoas que se fortalecessem e se empoderassem para a vida fora do serviço de saúde mental.

Se há uma inferência a extrair dessa experiência, portanto, é que as pessoas que participaram das rodas de TCI no CAPS saíram, de alguma maneira, transformadas. Entenderam a relevância de buscar soluções através do fortalecimento das relações humanas, da construção de redes de apoio social e da formulação de estratégias de enfrentamento dos problemas que foram surgindo ao longo dos meses de realização das rodas.

Percebi que foram trabalhadas, por exemplo, inquietações cotidianas, que geralmente tinham sua gênese no preconceito arraigado na história de sofrimento dos participantes, e pudemos perceber o crescimento, o empoderamento e a emancipação dessas pessoas através das estratégias estabelecidas para superação dessas situações-problemas. A TCI (re)conectou essas pessoas a si mesmas, deu possibilidade de elas pensarem, incomodarem-se e tomarem decisões importantes ante as distintas circunstâncias de sua vida, saindo de uma posição de pouca autonomia e de passividade.

Além disso, outro ponto relevante que as rodas evidenciaram foi que a família nem sempre é o suporte ou um alicerce necessário, visto que, muitas vezes, demonstrou ser um fator gerador ou agravante da situação de sofrimento. Dois dos participantes, João e Josefa, desestabilizaram-se durante os três meses de roda, em virtude de sua relação com familiares — Josefa, aliás, acabou entrando em uma rápida crise. Isso, inclusive, levou-nos a uma reflexão sobre o próprio fenômeno da crise. Isto é, nossa vida parece apresentar aspectos cíclicos, sendo tão cheia de altos e baixos, de modo que não há como prever aborrecimentos, instabilidades, inquietações, transições e crises, isso é fato; porém, a forma como enfrentamos esses problemas pode, sim, ser fortalecida e melhorada gradativamente.

A TCI demonstrou isso a esses participantes, por exemplo, quando lhes possibilitou criarem redes de apoio que se solidarizassem com o sofrimento deles. E, de fato, muitos foram os depoimentos reconhecendo que, depois da TCI, a mágoa passou, a raiva se diluiu, falas que explicitavam a valorização de si mesmo e do outro, bem como a própria valorização aos olhos do outro. Um achado interessante foi o de que esse entendimento, não raro, emergia de uma percepção empática, quando, ao tomarem conhecimento do sofrimento alheio, alguns participantes perceberam quão pequenas eram as razões com que justificavam a própria dor. A TCI, de fato, deu-lhes a possibilidade de aprenderem a respeitar o sofrimento do outro e de se valorizarem mais. Ouvindo com atenção e em silêncio enquanto o outro falava, aprenderam que ter ciência da dor do outro permite estabelecer um caminho para a autovalorização, o autoconhecimento e a redenção.

Além disso, convém acrescentar que a TCI foi didática, dialogada e dialógica. Os participantes aprenderam a confrontar ideias, sem que, para isso, fosse preciso que agredissem o outro com palavras. Desse modo, reduziram-se, a cada roda, os conselhos. As pessoas falavam sempre de si e de suas situações cotidianas, tornando-se, assim, protagonistas de suas próprias histórias. O falar em primeira pessoa, uma regra da TCI, tal como pudemos ver, sem dúvida devolve a pessoa sua autonomia perdida, de maneira que elas passam, por meio da narrativa, a construir pontes para sua libertação.

Por isso, defendo, nesta tese, a TCI como prática de libertação e consequente emancipação. Pois, à medida que aquelas pessoas foram falando de seu sofrimento e criando na roda estratégias para seu fortalecimento e superação, foram se libertando daquilo que as oprimia. Com efeito, ouvi relatos de participantes ressaltando que a TCI os havia ajudado no caminho dessa libertação. Uma participante afirmou que a terapia foi a melhor coisa que lhe havia acontecido na vida. E cumpre salientar que não estamos falando em alta ainda. Entretanto, não é surpresa alguma o fato de que todas essas situações enfrentadas se fazem obstáculos para a alta dessas pessoas, uma vez que muitas permanecem no CAPS apenas por vivenciar ali um sentimento gregário que não encontram em outros ambientes em que estão inseridos, como a família, a comunidade, os serviços, dentre outros.

Outro achado de especial relevo nesse estudo foi constatar que os sonhos dessas pessoas não haviam morrido em razão de seu sofrimento psíquico. Elas ainda têm planos de estudar, trabalhar e dar condições de vida digna às suas famílias. Nas rodas e no pós-teste, pudemos observar que o que muito desejavam tinha sido justamente aquilo que sua situação havia tirado delas. A esse respeito, a TCI pôde despertar a esperança de tecer novamente seus projetos de felicidade, mesmo diante de alguns obstáculos.

Já que falei em obstáculos, convém destacar que encontrei alguns tanto em nível pessoal quanto no institucional. No primeiro caso, percebi que essas pessoas apresentam fragilidade no que diz respeito à autoestima baixa — de fato, muitas ainda duvidam de que sejam capazes de trabalhar, de estudar e de desempenhar funções adequadamente. Além disso, elas ainda têm vínculos frágeis e de risco, devido aos anos de sofrimento psíquico. Já no que se refere ao nível institucional (neste caso, o CAPS), aponto neste relatório a existência de algumas fragilidades importantes que têm impacto negativo sobre os usuários, no sentido de que favorecer que aqueles já acenados com a perspectiva da alta pudessem efetivamente caminhar rumo à saída gradual do serviço. De fato, fenômenos como a medicamentação, a pouca intersetorialidade e uma fragilidade de funcionamento da rede de atenção psicossocial do município atuam como barreiras para que essas pessoas possam deixar gradualmente o

CAPS, de modo a serem acolhidas no território. Isso se dá porque, nesse lugar em que o acolhimento e as trocas de saberes deveriam acontecer, o que constatei é que ainda não há bases sólidas para isso, o que os torna um terreno arenoso para essas pessoas pisarem.

Quando fiz a análise comparativa do pré-teste e do pós teste, porém, percebi que, em tão somente três meses de roda, houve uma melhoria significativa nos escores dessas pessoas, resultado este que nos faz inferir que, quanto mais tempo de TCI, melhores tendem a ser os resultados benéficos dessa tecnologia de cuidado para com pessoas em situação de sofrimento psíquico. Quanto aos escores de autoestima, por sua vez, notei avanços para o autorrespeito e o autoconceito, ou seja, essas pessoas passaram a ter uma melhor imagem de si e a se valorizarem mais. Ao passo que, no que concerne à melhoria da vinculação, os vínculos de apoio social, amizade, solidariedade e social despontaram como os que deram melhor salto qualitativo com as rodas de TCI, o que indica que houve uma melhoria do suprassistema das relações interpessoais dessas pessoas que participaram ativamente das rodas.

Tudo isso confirma, portanto, a tese de que de que a TCI constituiu uma prática emancipatória e uma ferramenta potente de cuidado para com aqueles que estão em situação de sofrimento psíquico, pois ela foi capaz de elevar a autoestima dos usuários, de restabelecer vínculos perdidos e de criar redes de solidariedade, de forma a levá-los ao empoderamento por meio da consequente retomada do protagonismo de suas vidas. Por outro lado, convém também destacar uma fragilidade importante — que não é da terapia, mas tem efeitos sobre sua aplicação e eficácia — que foi apontada neste estudo e que dificulta a alta dessas pessoas. Refiro-me à rede de apoio no território e ao fato de que essas pessoas ainda não se sentem acolhidas pela ABS, pela rede especializada de cuidados ou pela sua comunidade. Diante disso, todavia, acreditamos que levar a TCI para comunidade, para as associações de bairro, para as estratégias saúde da família — estando cientes de que a TCI não é nem pode ser um monopólio de pesquisadores e universitários — poderia ser uma possibilidade para que essa rede de apoio fosse tecida. O fato é que estratégias precisam ser montadas para que essas pessoas se sintam acolhidas no seu pedacinho de chão, desenvolvendo nelas um novo sentido de pertencimento que não seja somente em relação ao CAPS. As rodas de TCI, nesse sentido, podem abrir uma porta de saída gradual do CAPS.

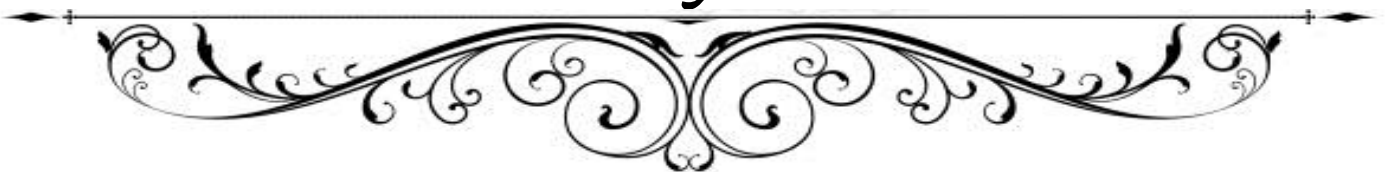
Assim, deixo como legado um caminho: o de que a TCI pode ser utilizada como uma potente ferramenta emancipatória. Contudo, outras pesquisas, extensões e iniciativas da gestão de saúde do Município devem ser, também, abraçadas, para que haja intersetorialidade e aplicabilidade de práticas de intervenção psicossociais avançadas nos serviços de bases territoriais, de modo a permitir que a saída gradativa dessas pessoas aconteça com segurança e

responsabilidade. Em virtude disso, sugiro como novas possibilidades de pesquisa e de extensão universitária a utilização da TCI nos mais variados contextos de cuidado das pessoas em situação de sofrimento psíquico, como na atenção básica, nos centros de convivência, no CAPS, nos centros de referência e nas emergências psiquiátricas, para que práticas horizontais avancem também na rede formal de saúde.

E o que dizer, por fim, da generalização? Acredito que esta realidade está presente não somente no serviço de saúde mental investigado. De acordo com pesquisas e estudos já publicados e citados anteriormente na discussão deste relatório de tese, os CAPS, de um modo geral, carecem de práticas que promovam o reestabelecimento de vínculos e da autonomia, já que a situação de exclusão social é frequente na vida dessas pessoas. Daí o porquê da sugestão enfática de que a TCI seja expandida em território nacional e internacional, a fim de que os projetos de felicidade das pessoas em situação de sofrimento psíquico ganhem novos significados, ampliando seus horizontes para a vida.

*[...]Roda mundo, roda-gigante
Roda-moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração[...]
(Roda Viva-Chico Buarque)*

Referências



REFERÊNCIAS

- ARDOINO, J. La recherche-action: alternative méthodologique ou épistémologique. In M. HUGON; C. SEBEL (Orgs.), **Recherches impliquées, recherches action: le cas de l'éducation** Bruxelas: De Boeck, 1988. p. 78-80.
- AGUIAR, S. M. et al. Terapia comunitária integrativa: análise acerca do perfil das produções científicas em congressos brasileiros. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 11, n. 2, p. 32-42, 2013. Disponível em <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/1082/pdf_35> Acesso em 20 de fev. 2016.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. Cultura da formação: reflexões para inovação no campo da Saúde Mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010a.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010b.
- _____. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010c.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**, p. 151, 2010. Disponível em <<http://www.renastonline.org/renastonline/sites>> Acesso em 19 de jan. 2016.
- ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010.
- ALVES, D. S. N., SILVA, P. R. F., COSTA, N. R. Êxitos e desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. **Medwave**. v.12, n.10, 2012. Disponível em: <<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/5545> > Acesso em 24 de nov.2014.
- ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis**. v. 23, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100004&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 02 de abr. 2015.
- AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009. Disponível em: <<http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads.pdf>> Acesso em 11 de mar. 2016.

ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação Psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2013. Disponível em: <<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2126/2919>> Acesso em 19 de jan. 2016.

ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 129-136, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a15>> Acesso em 25 de jan. 2016.

ANDRADE, F. B. et al. Evaluation of Participant Satisfaction with Community Therapy: A Mental Health Strategy in Primary Care. **Psychiatric Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 325-334, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11126-011-9202-2>> Acesso em 15 de jan. 2016.

ANDRADE, F. B. A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da saúde mental na atenção básica: avaliação da satisfação dos usuários. 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.

ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 3, p. 836-844, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/21.pdf>>. Acesso em 23 de out. 2014.

ARARUNA, M. H. M. et al. Formação de terapeutas comunitários na Paraíba: impacto na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr Enferm**, v. 14, n. 1, p. 33-41, 2012. Disponível em <<http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/index.php?journal=fen&page=article&op=download&path%5B%5D=15679&path%5B%5D=15554>>. Acesso 18 de jan. 2016.

ATELIER NORD-SUD DE MÉTHODOLOGIE EN ANALYSE, Réseau Culture Bruxelles, 1997. Disponível em: <<http://www.globenet.org/archives/web/2006/www.globenet.org/horizon-local/cultures/methofr.html#6>>. Acesso em 8 de mar. 2015.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Ayres_Jose/publication/228656691>. Acesso 11 de mar. 2016.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 339-45, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17.pdf>> Acesso em 13 de fev. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2009.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. 3. ed. rev e ampl. Fortaleza: LCR, 2008.

BARRETO, A. P. et al. **Terapia Comunitária Integrativa na ESF/SUS: A inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2011.

BARRETO, A. As dores da alma dos excluídos no Brasil. **Revista Consciência Net**. Revista Diária. Publicação de 8 de fevereiro 2009. Disponível em < <http://consciencia.net/as-dores-da-alma-dos-excluidos-no-brasil-%E2%80%93-por-adalberto-barreto/>> Acesso em 19 de nov. 2015.

BARRETO, A. BOYER, J. P. **O índio que vive em mim**. São Paulo: Terceira Margem, 2009.

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

BARRETO, L.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental. **Athenea digital**, v. 13, n. 3, p. 195-207, 2013. Disponível em: < <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/291763> > Acesso em 10 de jan. 2016.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BEZERRA, I.C. et al. " Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>> Acesso em 02 de abr. 2016.

BERTALANFFAY, L. **Théorie Generale des Systemes**. Paris: Dumond, 1975.

BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago ed., 1. ed., 1967.

BRAGA, C. P. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface Comun Saúde Educ**. v.13, n.30, p.121-34, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em 30 de jan. 2013.

BRAGA, L. A. V. et al. Terapia comunitária e resiliência: história de mulheres. 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.

BRAGA, L. A. V. et al. Terapia comunitária e resiliência: história de mulheres. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** (Online), v. 5, n. 1, p. 3453-3471, 2013. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/2874> > Acesso em 20 de fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011. Disponível em <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf > Acesso em 21 de jan 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Novembro de 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 10 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, **Portaria nº 2.841**, de 20 de Setembro de 2010. Brasília, Setembro de 2010. Disponível em <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2841-\[3906-071010-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2841-[3906-071010-SES-MT].pdf)>. Acesso em 21 de jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34– Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10565_Caderno%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Saude%20Mental.pdf> Acesso em 15 de out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Fundação Sergio Arouca. **Terapia Comunitária integra política do Ministério da Saúde**. Fiocruz, 2008. Disponível em < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/14465>> Acesso em 11 de mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/cidadania-assistencia-e-inclusao-social/prevencao-as-drogas/prevencao_drogas.pdf> Acesso em 11 de mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSus - Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf> Acesso em 11 de mar. 2016.

BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C.. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Revista de Educação Popular**, v. 6, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/19988/10662>> Acesso em: 08 de mar. 2015.

BRANDEN, N.; GOUVEIA, R. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRANDEN, N. **Os seis pilares da auto-estima**. São Paulo: Vozes, 1999.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14124/15942>> Acesso em 02 de abr. 2015.

BOWLBY, J. Formação e rompimento de vínculos afetivos. Bowlby J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, p. 167-208, 2001.

BUZELI, C. P.; COSTA, A. L. R. C.; RIBEIRO, R. L. R. Promoção da saúde de estudantes universitários: contribuições da Terapia Comunitária. **Gestão e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 608-619, 2012. Disponível em <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/151/pdf>> Acesso em 20 de fev. 2016.

CAMARGO, C. A.; FRANKLIN, R. Tempo de falar e tempo de escutar: a produção de sentido em grupo terapêutico. 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.

CAMAROTTI, M. H.; SANTOS, P.; MELO, R. A Terapia Comunitária Integrativa aplicada aos jovens: Parceria entre o MISMEC-DF e o programa Jovem de Expressão. **Revista Temas em Saúde** (versão impressa). v. 8, p. 11-30, 2012.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de out. 2014.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1983.

_____. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo, Cultrix, 1998.

CARLETO, D. G. S.; ALVES, H. C. GONTIJO, D. T. Promoção de Saúde, Desempenho Ocupacional e Vulnerabilidade Social: subsídios para a intervenção da Terapia Ocupacional com adolescentes acolhidas institucionalmente. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo** [online]., v.21, n.1, 2010. p. 89-97. Disponível em <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v21n1/13.pdf>>. Acesso em 10 de jan. 2012.

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

CARVALHO, P. A. L. et al. O impacto da institucionalização domiciliar na qualidade de vida da pessoa com sofrimento mental. **A Revista Saúde**, v. 45, p. 49, 2013a. Disponível em <http://www.uesb.br/revista/Rsc/v11/ed_v11Supl1.pdf#page=45> Acesso em 04 de jan. 2016.

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, Oct. 2013b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 de fev. 2015.

CAVALCANTE, T. F. et al. Assistência de enfermagem nos novos serviços de saúde mental. **Online braz. j. nurs.** (Online), v. 5, n.1, 2006. Disponível em <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/93/30>> Acesso em 18 de fev. 2016.

CORDEIRO, R. C. et al. Inclusion of People Experiencing Psychic Suffering Through Integrative Therapy Community. **Revista de Enfermagem UFPE** on line, v. 7, p. 6317-6321, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3794>>. Acesso em 6 de mar.2015.

CORDEIRO, R. C. et al. Terapia comunitária integrativa na estratégia saúde da família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 9, n. 2, p. 192-201, 2011. Disponível em <<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/150>> Acesso em 18 fev. 2016.

COSTA, L.F.P. **Desafios de familiares envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos**. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa (PB), 2015.

CUSTÓDIO, Z. A. O. **Redes sociais no contexto da prematuridade**: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida. 2010. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis (SC), 2010.

CRUZ, K. S.; FERNANDES, A. H. Clinical Devices of CAPS Psychologists in Salvador: between Tutelage and Clinic of Psychoses. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 94-105, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 de jan. 2016.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**, 2ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELGADO, P. G. et al. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DUARTE, M.L.C.; SILVEIRA, D. B.; OLIVEIRA, M. C. Matriciamento em saúde mental na fronteira oeste do Rio Grande do Sul. **Revista Contexto & Saúde**, v. 14, n. 26, p. 47-51, 2014. Disponível em <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/2848>> Acesso em 02 de abr. 2015.

ENGEL, G. I. Pesquisa-Ação. **Educar**. Curitiba, n. 16, p. 181-191. 2000. Disponível em <http://www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos_16/irineu_engel.pdf> Acesso em 08 mar. 2015.

ERDOGAN, B. et al. Whistle while you work: A review of life satisfaction literature. **Journal of Management**, v. 38, n.4, p. 1038-1083, 2012. Disponível em <<http://jom.sagepub.com/content/early/2012/01/03/0149206311429379>>. Acesso em 14 de abr. 2016.

FARIAS, I. D. et al. Relações de trabalho na equipe de oficinairos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 10, n. 1, 2015. Disponível em <<http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/4>> Acesso em 22 de jan. 2016.

FELICISSIMO, F. B. et al. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 15, n. 1, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 de fev. 2015.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr Enferm.**, v.11, n.4, p.964-70, 2009. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a22.pdf> Acesso em 20 de jan. 2016.

_____. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 1, 2012. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/13>> Acesso em 04 de jan. 2016.

_____. Saúde Mental Comunitária e a Terapia Comunitária Integrativa. In: CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T.; BARRETO, A. P. **A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.

FERREIRA FILHA, M. O.; CARVALHO, M. A. P. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v.3, n.12. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/05.pdf>> Acesso em 28 de jan. de 2013.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. 2012. Disponível em: < http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12691/1/2012_art_moferreirafilha.pdf> Acesso em 20 de fev. de 2016

FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; BARRETO, A. P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Rev. Eletr Enferm**, v. 17, n. 2, p. 172-7, 2015. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n2/pdf/v17n2a01.pdf> Acesso em 21 de fev. 2016.

FRANCO, A. F. O mito da autoestima na aprendizagem escolar. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v. 13, n. 2, p. 325-332, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v13n2/v13n2a15> > Acesso em 17 de mar. 2016.

FREIRE, T.C. A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental da mulher na gestação e no puerpério. In: CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T.; BARRETO, A. P. **A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 37. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. 184p.

_____. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; Anca/MST, 2004. 143p.

FUENTES, R. et al. Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 170-181, 2011. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0120-386X2011000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es > Acesso em 18 de fev. 2016.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Medicina Social**. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GAJARDO, M. Pesquisa participante: proposta e projetos. In: BRANDÃO, C. R. (Org.), **Repensando a pesquisa participante** São Paulo: Brasiliense, 1999.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

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**, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, p. 821-830, Jun 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de fev. 2016.

GODOY, M. G. C. et al. O compartilhamento do cuidado em saúde mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. suppl. 1, p. 152-163, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500013> Acesso em 20 de fev. 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, A.L.C. **A reforma psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa, PB**. Tese de Doutorado. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

GOMES, D.O. **A expansão da terapia comunitária integrativa no Brasil e sua inserção em ações de políticas públicas nacionais**. 154 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2013.

GRIGOLO, T. M. et al. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 7, n. 15, p. 53-73, 2014. Disponível em <<http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2951>> Acesso em 28 de jan. 2016.

GUIMARÃES, F. J.; FILHA, M. O. F. Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes. **Rev. Eletr Enferm**, v. 08, n. 03, p. 404 - 414, 2006. Disponível em< http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm > Acesso em 15 de jan. de 2015.

GUIMARÃES, F. J.; FILHA, M. O. F. Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes. 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.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática**. Artmed Editora, 2012.

HESPANHA, P. A Reforma Psiquiátrica em Portugal: desafios e impasses. In: **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: Análise de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FILHA, M. O. F. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Rev. Eletr Enferm**, v. 9, n. 1, 2007. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm> > Acesso em 18 de fev. 2016.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FILHA, M. O. F. A Contribuição da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações na gestação. 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.

HORTA, A. L; DASPETT, C. A Terapia Comunitária entre a morte, o morrer e o processo de luto. **Revista Temas em Saúde** (versão impressa). v. 8, p. 11-30, 2012.

HORTA, A. L.M; CALDEIRA, N. H. Terapia comunitária: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 165-171, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 18 de fev. 2016

HOLZMANN, E. R. F.; SILVA, H. F. N.; PINTO, J. S. P. As teorias da criação do conhecimento organizacional e o processo de produção do conhecimento na terapia comunitária. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 5, n. 1, p. 19-30, 2014. Disponível em < <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/17122> > Acesso em 20 de fev. 2016.

HUGON, N.; BOYER, J. P. A Terapia Comunitária Integrativa como base de mudança na adictologia. . In: CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T.; BARRETO, A. P. **A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.

JATAI, J. M.; SILVA, L. M. S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev. bras. enferm**, v. 65, n. 4, p. 691-5, 2012. Disponível em < <http://oaji.net/articles/2014/672-1404746101.pdf> > Acesso em 18 de fev. 2016.

JORGE, M. S. B. et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de mar. 2016.

JUNQUEIRA, L. A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/488e84a63ca46acf353d3ba275e86919/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2035113> > Acesso em 26 de fev. 2016.

KANTORSKI, L. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 4-13, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3401>> Acesso em 13 de fev. 2015.

KEBBE, L. M. et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos De Saúde**. v. 38, n. 102, p. 494-505, 2014. Disponível em: < <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34885456> > Acesso em 18 mar. 2016.

KRAMER, G. G.; FARIA, J. H. Vínculos organizacionais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 83-104, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rap/v41n1/06.pdf> > Acesso em 21 de jun. 2016.

LACERDA et al. A contribuição da Terapia Comunitária Integrativa a usuários e familiares de um CAPS: Relato de Experiência. **Revista Temas em Saúde** (versão impressa). v. 8, p. 185-196, 2012.

LAVÔR, R.M. et al. Aplicabilidade da Terapia Comunitária no alto sertão paraibano. **FIEP Bulletin On-line**, v. 84, n. 2, 2014. Disponível em <<https://fiepbulletin1.websiteseuro.com/index.php/fiepbulletin/article/view/4526>> Acesso em 4 de jan. 2016.

LANGARO, F. INFLUÊNCIAS DA ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO LUTO. **Azusa: Revista de Estudos Pentecostais**, n. 1, 2015. Disponível em <<http://azusa.ceeduc.edu.br/index.php/azusa/article/viewFile/95/80>> Acesso em 24 de jun. 2016.

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

LAZARTE, R. **Terapia Comunitária: reflexões**. João Pessoa: ABRATECOM, out. de 2010. Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/publicacoes/02-livros/pdf/livroterapiacomunitariareflexoes.pdf>> Acesso em 26 de fev. 2015a.

LAZARTE, R. A pedagogia de Paulo Freire e a Terapia Comunitária Integrativa. **Consciência Net**. (Revista diária) Disponível em <<http://consciencia.net/a-pedagogia-de-paulo-freire-e-a-terapia-comunitaria-integrativa/>> Acesso em 29 de dezembro de 2015b.

LAZARTE, R. Sociología y terapia comunitaria integrativa. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em <<http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/72>> Acesso em 26 de Fev. 2016.

LAZARTE, R. Pedagogía de Paulo Freire y Terapia Comunitaria Integrativa. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 11, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/viewFile/189/184>> Acesso em 4 de Jun. 2016.

LAZZARINI, L. L. B.; GRANDESSO, M. Minha vida tem sentido toda vez que tenho aqui: significado atribuído a Terapia Comunitária pela família do participante. 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.

LEAO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Interface**, v. 15, n. 36, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Out. 2014.

LEAL, A. L. Terapia Comunitária Integrativa e o encontro: uma abordagem filosófica a partir do pensamento de Martin Buber. In: CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T.; BARRETO, A. P. **A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.

LÉVI-STRAUSS, C. **Pensamento Selvagem**. Papirus Editora, 1989.

LEONIDAS, C.; CREPALDI, M. A.; SANTOS, M. A. Bulimia nervosa: uma articulação entre aspectos emocionais e rede de apoio social. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 62-75, ago. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 26 de fev. 2016.

LIMA, M. R. A.; SÁ, L. D.; KLÜPPEL, B. L. P.. Reza e tecnologia leve no diálogo entre os saberes científicos e populares. **Último Andar**, n. 23, p. 93-112, 2014.

LIMA, A. M. et al. Terapia Comunitária: Uma ferramenta utilizada para promoção da saúde na Atenção Básica. **Amazônia: science & health**, v. 2, n. 4, p. 9 a 16, 2014. Disponível em <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/627>> Disponível em 20 de fev. 2016.

LÓPEZ, M. P.S.; GARCÍA, M. E. A.; DRESCH, V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. **Psicothema**, v. 18, n. 3, p. 584-590, 2006. Disponível em <<http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8476>> Acesso em 6 de jan. 2016.

LOPES, T. S. et al. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 558-571, Sept. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de jan. 2016.

LUTTERBACH, M.G.C.; SILVA, B.C.C. A Terapia Comunitária Integrativa: Uma contribuição aos Centros de Atenção Psicossociais. In: CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T.; BARRETO, A. P. **A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.

MACÊDO, K. B. O desamparo do indivíduo na modernidade. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 1, p. 94-107, 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/742>> Acesso em 25 jan. 2016.

MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: De Carlo MMRP, Bartalotti C, organizadores. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus; 2001.

MARCONI, M. A; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2014. 6. Reimpressão.

MARTIN, D. Natureza e cultura: ferramentas teóricas para a prática da enfermagem. In: MARTIN, D. **Antropologia para enfermagem**. Barueri: Manole; 2009.

MARTINS, Á. K. L. et al. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de mai. 2016

MARTINS, M.; LIMA, P. V. A. Contribuições da Gestalt-terapia no enfrentamento das perdas e da morte. **IGT na Rede**, v. 11, n. 20, 2014. Disponível em <<https://www.igt.psc.br/revistas/seer/ojs/login.php>> Acesso em 24 de jun. 2016.

MELO, P. S. et al. Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**(Online), v. 7, n. 2, p. 2200-2214, 2015. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2841/pdf_1521> Acesso em 20 de fev. 2016.

MELO, L. P. et al. Olhe por outro ângulo: doença mental, experiência de adoecimento e narrativa. In: MELO, L. P.; DULCE, M.R.G.; CAMPOS, E.A. **Enfermagem, antropologia e saúde**. Barueri SP: Manole, 2013.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.E, ONOCKO, R. **Práxis em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Aracaju: Editora da UFS, 2009.

MOSCHEN, Simone Zanon; COSTA, Ana Maria Medeiros da. Ensaio sobre as relações horizontais: indagações sobre a função do outro. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 214-225, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 mar. 2016.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p. 95-103, 2014. Disponível em: <<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/rteo/article/view/18338>>. Acesso em 02 de abr. 2015.

MOURA, S. G. et al. A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 1, p. 329-338, 2012. Disponível em: <<http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/529>> Acesso em 18 de fev. 2016.

MORAIS F. L. S. L.M.; DIAS, M. D. Rodas de Terapia Comunitária: espaços de mudanças para profissionais da estratégia saúde da família. 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.

MURAKAMI, R. et al. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev. Bras. de Enfer.**, 2012. Disponível em <<http://unicamp.sibi.usp.br/handle/SBURI/15703>> Acesso em 15 de mar. 2016.

MORE, C. L. O. O. et al. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. **Psicologia em estudo**, v. 14, n. 3, p. 465-473, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a07.pdf>> Acesso em 7 de jan. 2016.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina; 2006.

NEDER, C. R.; PINHEIRO, A. S. Terapia Comunitária em ambulatórios universitários. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 520-525, 2010. Disponível em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/520.pdf> Acesso em 18 de fev. 2016.

NASCIMENTO, A.B.M. **Estigma, sociabilidade e práticas terapêuticas: a terapia comunitária como âncora e alívio do transtorno mental**. 2015. 136 f. (Dissertação de Mestrado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Pernambuco: Recife (PE), 2015.

NASCIMENTO, D. S.; FAGUNDES, P. R.; ROSÁRIO, N. Advances and challenges of psychiatric reform in Brazil 22 years after the Caracas declaration. **Medwave**. v. 12, n.10, 2012. Disponível em: <<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/5545>>. Acesso em 19 de nov.2014.

NASCIMENTO, Y. C. M. L et al. Concepções sobre identidade social da pessoa em sofrimento mental nos estudos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/31314>> Acesso em 19 de jan. 2016.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 680, 2008. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411240008>> Acesso em 21 de jun. 2016.

NAKAMURA, E.; SANTOS, J. Q. Depressão infantil: abordagem antropológica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 53-60, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41n1/09.pdf>> Acesso em 13 de mar. 2016.

NORONHA, M.G.R.C.S.; CARDOSO, P.S.; MORAES, T.N.P. et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? **Cien Saude Colet.**, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n2/a18v14n2.pdf>>. Acesso em 30 de jan. 2013.

NUNES, P. C. et al. “Coração de estudante”: a terapia comunitária integrativa no contexto universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 7, n. 3, 2015. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3725/pdf_1649> Acesso em 20 de fev. 2016.

OUAKININ, S.; BARREIRA, D. P. Loneliness and Mental Health. **Acta Médica Portuguesa**, v. 28, n. 1, p. 130-132, 2015. Disponível em <<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6162/4224>> Acesso em 20 de jun. 2016.

OLIVEIRA, A. R. F.; AZEVEDO, S. M. Estigma na doença mental: estudo observacional. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 30, n. 4, ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 07 de jan. 2016.

OLIVEIRA, D. G. S.; DIAS, M. D. A História da Terapia Comunitária na atenção básica de saúde de João Pessoa/PB: uma ferramenta de cuidado. 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.

OLIVEIRA, D. S. T.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuição dos recursos culturais para a terapia comunitária integrativa na visão do terapeuta. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 524, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300013> Acesso em 18 de fev. 2016.

OLIVEIRA, W. F. Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 9, p. 52-71, 2013.

OLIVEIRA, A. M. N.; LUNARDI, V. L.; SILVA, M. R. S. Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. **Cogitare Enferm**, v.10,

n.1, p. 9-15, 2005. Disponível em <<http://repositorio.furg.br/handle/1/1153>> Acesso em 8 de jan 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. A realidade do viver com esquizofrenia. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 2, p. 309-316, 2012. Disponível em < <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38197>> Acesso em 9 de mar. 2016.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 591-599, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00591.pdf>. Acesso em 02 de abr. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R.T., FURTADO, J.P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO-CAMPOS, R.T., FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R.T., FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Publica**. v.22, n.5, p.1053-1062, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em 23 de out. 2014.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. **Manual de terapia familiar**. v.1. Porto Alegre: Artmed, 2009.

OUAKININ, S.; BARREIRA, D. P. Loneliness and Mental Health. **Acta medica portuguesa**, v. 28, n. 1, p. 130-132, 2015. Disponível em <<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6162/4224>> Acesso em 16 de jun. 2016.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 1069-1086, 2012. Disponível em < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832012000400016&script=sci_arttext > Acesso em 20 de fev. 2016.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS. **Cien Saude Colet.**, v. 18, n. 8, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/05.pdf>> Acesso em 20 de fev. 2016.

PAIVA, V. S. F. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, p. 531-549, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 mai. 2016.

PANDE, M.N.R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Cien Saude Colet.**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>>. Acesso em 23 de out. 2014.

PAZ, F.M.; COLOSSI, P.M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicol.**, v. 18, n. 4, p. 551-558, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a02v18n4.pdf>> Acesso em 17 de jan. 2016.

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 01 fev. 2016.

PERRUSI, A. A Lógica asilar acabou? uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica. In: **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. Uma pesquisa-ação-intervenção em saúde bucal coletiva: contribuindo para uma produção de novas análises. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, junho de 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de jan. 2013.

PORTUGAL, S.; NOGUEIRA, C.; HESPANHA, P. As Teias que a Doença Tece: A Análise das Redes Sociais no Cuidado da Doença Mental. **Revista Dados**, v. 57, n. 4, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v57n4/0011-5258-dados-57-04-0935.pdf>> Acesso em 29 de dez. 2015.

PRESOTTO, R. F. et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, Oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 de out. 2014.

RANGEL, C. T.; MIRANDA, F. A. N.; OLIVEIRA, K. K. D. A terapia comunitária integrativa e a enfermagem: o fenômeno e seus contextos. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**(Online), v. 8, n. 1, p. 3770-3779, 2016. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=27376&indexSearch=ID>> Acesso em 20 de fev. 2016.

REZENDE, J. M. Terapia, terapêutica e tratamento. **Revista de Patologia Tropical**. UFG. v.39, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/viewArticle/10734>> Acesso em 16 de out. 2013.

ROCHA, E. F. L.; FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D. A Terapia Comunitária Integrativa e as mudanças de práticas no SUS. 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.

ROCHA, I. A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06>> Acesso em 18 de jan. 2016.

ROCHA, I. A. et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Rev Gaúcha Enferm [Internet]**,

Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 155-162, 2013. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/22919/27276>> Acesso em 20 de jan. 2016.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F.. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 23, n. 4, dez. 2003 . Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>. Acesso em 08 mar. 2015.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2010. 9 ed.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma Psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho, **Cien Saude Colet.**, n.15(Supl. 1), 2010. p.1615-1625. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/073.pdf>>. Acesso em 05 de mar. 2014.

RODRIGUES, J.C.; PINHEIRO, M.C.R.A. Reflexão sobre a experiência da Terapia Comunitária Integrativa em um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas. In: CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T.; BARRETO, A. P. **A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.

ROJAS, M. F. Promoviendo la salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia. Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica, v. 29, p. 6, 2011a. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v29n2/v29n2a07.pdf>> Acesso em 26 de fev. 2016.

ROJAS, M. F. Psicologia e saúde: a terapia comunitária como instrumento de sensibilização para o trabalho com comunidades na formação do Psicólogo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 31, n. 2, p. 420-439, 2011b. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de fev. 2016.

ROSS, M. **El Mapa de la Autoestima**. Dunken, 2013.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em Saúde Mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SÁ, R. A. R.; OLIVEIRA, E. N. Reabilitação Psicossocial: um enfoque dessa prática na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral- CE. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 6, n. 2, 2013. Disponível em <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/153>> Acesso em 8 Jan. 2016.

SÁ, A. R. N. et al. Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. **Rev. Eletr Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 786-93, 2012. Disponível em <<http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/index.php?journal=fen&page=article&op=view&path%5B%5D=15695>> Acesso em 18 de fev. 2016.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde e Sociedade**,

v. 22, n. 4, p. 1059-1071, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76500/0>> Acesso em 17 de fev.2015.

SANTA-BÁRBARA, E. S. Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. **Anales de psicología**, v. 15, n. 2, p. 251-260, 1999. Disponível em: < <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/30141/29341>> Acesso em 25 de mar.2016.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA M.F.A. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno a sociedade. **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n.4,2009, p. 788-95. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a08v43n4.pdf>>. Acesso em 17 de mar. 2015.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Cien Saude Colet.**, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a18v14n4>> Acesso em 24 de abr. 2016.

SANTOS L.; ANDRADE ,L.O. M. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. **Rev Saúde em Debate**. v.33, n.82, 2009. p.201-13. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/his-17801>>Acesso em 24 nov.2014.

SANTOS, P. R. M. et al. A dimensão ética da roda de Terapia Comunitária Integrativa em pesquisa qualitativa. **CIAIQ2014**, v. 2, 2014a. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/533/528>> Acesso em 25 jan. 2016.

SANTOS, P. R. M. et al. Ética em pesquisa e a Terapia Comunitária Integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. spe2, p. 148-154, 2014b. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103120>> Acesso em 20 de fev. 2016.

SANTOS, S.S.C; HAMMERSCHMIDT, K.S.A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 4, p. 561-5, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4>> Acesso em 31 de mar. 2016.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial a cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

SARAIVA, A. M. Histórias de mulheres cuidadas por práticas integrativas e complementares: um estudo etnográfico. 2015. 180f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

SAVOIA, M. G. Trauma e superação. **Psicologia USP**, v. 22, n. 1, p. 289-292, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642011000100014&script=sci_arttext> Acessos em 19 de jan. 2016.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico USF**, v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000300012> Acessos em 20 de mar. 2016.

SCHLOSSER, A. Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 16 de jan. 2016.

SCHULTHEISZ, T.S.V; APRILE, M. R. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n. 1, 2015. Disponível em <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/22>> Acesso em 14 de jun. de 2016.

SOBREIRA, M. V. S.; MIRANDA, F. A. N. M. A Terapia Comunitária e suas repercussões no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional. 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, P.M.C. **A Trajetória do Portador de sofrimento psíquico no processo de desinstitucionalização**: História Oral. 2012. 165f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SILVA, G. T. et al. Significados da participação em roda de terapia comunitária para os estudantes de uma universidade pública. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 445-453, 2013. Disponível em <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14967>> Acesso em 20 de fev. 2016.

SILVA, A. L. C. ALMEIDA, E. C. Terapia Comunitária como abordagem complementar no tratamentos 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, G. T. et al. Significados da participação em roda de terapia comunitária para os estudantes de uma universidade pública. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 445-453, 2013. Disponível em <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14967>> Acesso em 18 de fev. 2016.

SILVA, J.B. et al. “Padecendo no paraíso”: as dificuldades encontradas pelas mães no cuidado à criança com sofrimento mental. **Rev. Eletr Enferm**, v. 17, n. 3, 2016. Disponível em <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a14.pdf>> Acesso em 21 de jun. 2016.

SOUZA, C. S.; COUTO, F.N.; FREITAS, P. C. Libertando subjetividades: O Movimento de Luta Antimanicomial em Pernambuco. In: **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: Análise de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

SOUZA et al. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde–doença. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2011. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/23030/17059>> Acesso em 18 de fev. 2016.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486,

2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2> > Acesso em 20 de mar. 2016.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TOMASI, E. et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad saude publica**, v. 26, n. 4, p. 807-815, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400022 > Acesso em 20 de mar. 2016.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica**: conceito de cuidados. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

_____. **Enfermagem Psiquiátrica**: conceito de cuidados. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

TINTI, D. L. VOSGERAU, M. Terapia comunitária: espaço de escuta sensível e de cuidado em saúde mental nas relações de gênero no contexto familiar. In: COVOLAN, N. T.; OLIVEIRA, D.C. **Educação e diversidade**: a questão de gênero e suas múltiplas expressões. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2015.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ep/v31n3/a09v31n3.pdf> > Acesso em 25 de jan. 2016.

VARELA, D. S. S. et al. Faces da família frente ao processo de drogadição e encarceramento dos usuários: uma reflexão. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 3, n. 2, p. 115-120, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1566>> Acesso em 13 de mar. 2016.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais**: História, teoria e trabalho no campo. 2ª Edição. Vol1. São Paulo: Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, E. M. profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013. Disponível em: <<http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45543821>> Acesso em 20 de mai. 2016.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 20, n. 1, p. 138-151, 2010a. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822010000100018&script=sci_arttext > Acesso em 13 de mar. 2016.

VENTURINI, E. “O caminho dos cantos”: morar e intersectorialidade na saúde mental. Fractal: **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010b. Disponível em <

<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/573> > Acesso em 13 de mar. 2016.

WAGNER, H.L.; WAGNER, A.B.P.; TALBOT, Y.R. Aplicação do pensamento sistêmico no trabalho em Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.1, n.1, p.29-35, 2004. Disponível em: < <https://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/8> > Acesso em 16 de mar. 2016.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H. ; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Editorial, 1967.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13> > Acesso em 11 de mar. de 2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZAMORA, M.; HERRERA, M.; CASTILLO, A.. Fundamentos Teóricos que sustentan un Modelo de Orientación Comunitaria para Empoderar a los Adolescentes ya sus Familias. **Omnia**, v. 21, n. 1, 2015. Disponível em: < <http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/omnia/article/view/20191> > Acesso em 17 de jun. 2016.

ZIMERMAN, D. **Os quatro vínculos, amor, ódio, conhecimento, reconhecimento: na psicanálise e em nossas vidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Apêndices



APENDICE I

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Código de Identificação do usuário:

Idade:

Estado civil:

Numero de filhos:

Profissão:

Sexo:

Religião:

Endereço:

Tempo de tratamento no CAPS:

Como soube da terapia?

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

(POSTERIOR A APLICAÇÃO DAS RODAS DE TCI)

1. Fale-me porque procurou o CAPS?
2. Como era sua vida aqui no CAPS antes das rodas de TCI?
3. Como o(a) senhor(a) se sentia antes de participar das nossas rodas de Terapia Comunitária?
4. Como foi a experiência da Terapia Comunitária aqui no CAPS para o Senhor (a)?
5. E agora depois das rodas conte-me como o Sr (a) está se sentindo?
6. Você tem planos para o futuro? Quais são eles?
7. O que o(a) senhor(a) pensa sobre ter alta do CAPS?
8. Como imagina sua vida depois da alta do CAPS?
9. Tem algo mais a acrescentar?

APENDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USUÁRIO

Eu, _____, estou sendo convidado a participar da pesquisa: **A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA O EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS DE CAPS EM PROCESSO DE ALTA**, que tem como pesquisadora responsável: **Priscilla Maria de Castro Silva**, sob a orientação da **Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha**. Foi explicado para mim, que essa pesquisa tem o objetivo geral de analisar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como terapêutica de intervenção psicossocial avançada, avaliando a contribuição para o processo de alta, e consequente desinstitucionalização dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Fui informado que esse estudo é importante, pois ele vai desenvolver uma nova forma de cuidado, que vai me ajudar no meu processo de alta do CAPS, resgatando minha autoestima e os vínculos afetivos e sociais que posso ter perdido depois que adoeci.

A minha dignidade e autonomia serão mantidas, e me foi garantindo que nada do que eu falar ou fizer, será exposto com meu nome, ou minha imagem. Por isso, será utilizado outro nome, para que eu não seja identificado.

A pesquisadora Priscilla terá todos os cuidados necessários para evitar qualquer situação que me prejudique. Soube que essa pesquisa beneficiará outras pessoas, pois será avaliada a eficácia da Terapia Comunitária como uma ferramenta para melhorar a autoestima de pessoas que fazem tratamento no CAPS, assim como eu.

Fui informado que essa pesquisa tem cinco etapas, e serei convidado para participar de todas elas, mas soube também que posso desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, sem que eu seja prejudicado. Se desistir, não sofrerei nenhum prejuízo, nem terei mudanças no meu tratamento aqui no CAPS. Eu também posso ver as informações sobre minha pessoa e se eu tiver dúvidas, elas serão esclarecidas, em qualquer etapa da pesquisa. Sendo assim, me foi dito que:

- Na primeira etapa da pesquisa, eu serei apresentado à Priscilla, e ela me convidará para uma reunião aqui no CAPS, marcada em um dia que eu possa, e que não me atrapalhará em nada.
- Na segunda etapa, já na reunião, serei informado de como a pesquisa irá acontecer e neste dia vou ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, junto com Priscilla, que irá esclarecer qualquer dúvida minha que eu tiver. Ainda neste segundo momento, vou responder a dois formulários: um que vai avaliar minha autoestima, e outro que irá avaliar

como estão meus vínculos sociais. O que tem escrito nesses papéis é fácil de entender. Tem perguntas e eu vou responder o que eu acho que mais parece com minha situação. Eles não têm o meu nome, e por isso ninguém saberá que fui eu quem respondeu. Ainda nesta etapa será agendado um horário bom para mim, para que eu participe ativamente das Rodas de Terapia Comunitária, sem atrapalhar o dia de minhas atividades no CAPS.

- Na terceira etapa, irei comparecer na hora e local que ficaram combinados comigo para participar das rodas de TCI, juntamente com os outros usuários do CAPS. Fui informado que as rodas serão gravadas com uma câmera e gravador. Só Priscilla vai ficar com as filmagens que vão ser guardadas em lugar seguro. Depois, serei informado sobre uma reunião, que será realizada por Priscilla, um mês depois que terminarem as rodas de Terapia Comunitária, onde serei convidado a participar.

- Na quarta etapa desse projeto, irei para a reunião marcada, e responderei novamente aos formulários que irão avaliar minha autoestima e meus vínculos sociais. Também darei minha contribuição, respondendo quatro perguntas, fáceis de entender, sobre minha experiência de participação nas rodas de Terapia, essas perguntas são chamadas de entrevista. Soube que essa entrevista também será gravada com um gravador de voz, e mais uma vez, me foi explicado que as únicas pessoas que vão escutar a gravação serão: eu e Priscilla. Depois que minha voz for passada para um papel, vou poder olhar, corrigir, tirar ou dar mais informações, e só será utilizado nessa pesquisa o que eu deixar. O restante será arquivado. A permissão para utilizar as entrevistas e as partes que eu não quero mostrar, ficará garantida por minha assinatura e a de Priscilla neste documento.

Ainda foram-me esclarecidas algumas coisas importantes:

- Minha participação é voluntária e não remunerada, ou seja, não irei receber dinheiro algum para participar dessa pesquisa.

- Poderei me recusar a responder qualquer pergunta, se ela me fizer sentir ofendido ou constrangido.

- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos nesta pesquisa, assegurando assim, a minha privacidade neste projeto científico, logo, os vídeos gravados nas rodas de TCI e o material gravado na entrevista, terão acesso exclusivo, meu e da pesquisadora.

- Caso seja necessário, serei indenizado, diante algum dano ocasionado pela pesquisa;

- Ainda me foi dito, que eu terei assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa para que possíveis dúvidas possam ser sanadas, por isso, poderei entrar em contato com Priscilla quando sentir necessidade pelo telefone: 3216-7109, ou pelo e-mail: priscillamcs@hotmail.com.

- Foi-me repassado também, que outras informações podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS - UFPB, bem como denúncias. O CEP/ CCS/UFPB, está localizado no Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária / CEP: 58.051-900. O telefone de lá é o (83) 3216 779, e o e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com.
- Quando terminar essa pesquisa, se for do meu interesse, eu posso ver todos os resultados, podendo discutir os dados com Priscilla. Soube que este documento será impresso em duas cópias e uma delas ficará comigo e a outra com a Priscilla. Todas as folhas serão rubricadas por mim e por Priscilla, colocando as assinaturas na última folha.
- Depois de ter lido e entendido o que me foi esclarecido e por concordar com tudo que me foi explicado, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campina Grande, _____ de _____, de _____.

Priscilla Maria de Castro Silva
Pesquisadora responsável

Voluntário (não remunerado)



Impressão datiloscópica
para pessoas impossibilitadas

APENDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O FAMILIAR

Eu, _____, estou sendo convidado a autorizar a participação de meu familiar na pesquisa: **A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA O EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS DE CAPS EM PROCESSO DE ALTA**, que tem como pesquisadora responsável: **Priscilla Maria de Castro Silva**, sob a orientação da **Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha**. Foi explicado para mim, que essa pesquisa tem o objetivo geral de analisar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como terapêutica de intervenção psicossocial avançada, avaliando a contribuição para o processo de alta, e consequente desinstitucionalização dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Fui informado que esse estudo é importante, pois ele vai desenvolver e aplicar uma nova forma de cuidado, que vai ajudar o meu familiar no processo de alta do CAPS, resgatando sua autoestima e os vínculos afetivos e sociais que ele pode ter perdido depois que adoeceu.

A dignidade e autonomia de meu familiar serão mantidas, e me foi garantindo que nada do que ele falar ou fizer, será exposto com o nome dele, ou com a imagem dele. Por isso, será utilizado outro nome, para que ele não seja identificado.

A pesquisadora Priscilla terá todos os cuidados necessários para evitar qualquer situação que o prejudique. Soube que essa pesquisa beneficiará outras pessoas, pois será avaliada a eficácia da Terapia Comunitária como uma ferramenta para melhorar a autoestima de pessoas que fazem tratamento no CAPS, assim como o meu familiar.

Fui informado que essa pesquisa tem cinco etapas, e meu familiar será convidado para participar de todas elas, mas soube também que ele pode desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, sem que ele seja prejudicado. Se ele desistir, não sofrerá nenhum prejuízo, nem terá mudanças no seu tratamento aqui no CAPS. Eu também posso ver as informações sobre o meu familiar e se eu ou ele tiver dúvidas, elas serão esclarecidas, em qualquer etapa da pesquisa. Sendo assim, me foi dito que:

- Na primeira etapa da pesquisa, meu familiar vai ser apresentado à Priscilla, e ela o convidará para uma reunião aqui no CAPS, marcada em um dia que ele e eu possamos, e que não nos atrapalhará em nada.
- Na segunda etapa, já na reunião, seremos informados de como a pesquisa irá acontecer e neste dia eu vou ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, junto com

Priscilla, que irá esclarecer qualquer dúvida minha que eu tiver. Ainda neste segundo momento, meu familiar vai responder a dois formulários: um que vai avaliar a autoestima dele, e outro que irá avaliar como estão seus vínculos sociais. O que tem escrito nesses papéis é fácil de entender. Tem perguntas que ele vai responder o que ele achar que mais parece a situação dele. Esses formulários não têm o nome dele e por isso ninguém saberá que foi ele quem respondeu. Ainda nesta etapa será agendado um horário bom para que meu familiar participe ativamente das Rodas de Terapia Comunitária, sem atrapalhar o dia de suas atividades aqui no CAPS.

- Na terceira etapa, meu familiar irá comparecer na hora e local que ficaram combinados com ele para participar das rodas de TCI, juntamente com os outros usuários do CAPS. Fui informado que as rodas serão gravadas com uma câmera e gravador. Só Priscilla vai ficar com as filmagens que vão ser guardadas em lugar seguro. Depois, meu familiar vai ser informado sobre uma reunião, que será realizada por Priscilla, um mês depois que terminarem as rodas de Terapia Comunitária, e ele novamente será convidado a participar.

- Na quarta e última etapa desse projeto, meu familiar irá para a reunião marcada, e responderá novamente aos formulários que irão avaliar sua autoestima e seus vínculos sociais. Ele também dará sua contribuição, respondendo quatro perguntas, fáceis de entender, sobre sua experiência de participação nas rodas de Terapia, essas perguntas são chamadas de entrevista. Soube que essa entrevista também será gravada com um gravador de voz, e mais uma vez, me foi explicado que as únicas pessoas que podem escutar essa gravação seremos: eu, meu familiar e Priscilla. Depois que a voz de meu familiar for passada para um papel, eu e meu familiar vamos poder olhar, corrigir, tirar ou dar mais informações, e só será utilizado nessa pesquisa o que ele deixar. O restante será arquivado. A permissão para utilizar as entrevistas e as partes que eu meu familiar não quiser mostrar, ficará garantida por minha assinatura e a de Priscilla neste documento.

Ainda foram-me esclarecidas algumas coisas importantes:

- A participação de meu familiar é voluntária e não remunerada, ou seja, ele não vai receber dinheiro algum para participar dessa pesquisa.
- Ele poderá se recusar a responder qualquer pergunta, se ela o fizer sentir ofendido ou constrangido.
- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos nesta pesquisa, assegurando assim, a privacidade de meu familiar neste projeto científico, logo, os vídeos gravados nas rodas de TCI e o material gravado na entrevista, terão acesso exclusivo, meu, do meu familiar e da pesquisadora.

- Caso seja necessário, meu familiar será indenizado, diante algum dano ocasionado pela pesquisa;
- Ainda me foi dito, que eu e meu familiar teremos assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa para que possíveis dúvidas possam ser sanadas, por isso, poderei entrar em contato com Priscilla quando sentir necessidade pelo telefone: 3216-7109, ou pelo e-mail: priscillamcs@hotmail.com.
- Foi-me repassado também, que outras informações podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS - UFPB, bem como denúncias. O CEP/ CCS/UFPB, está localizado no Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária / CEP: 58.051-900. O telefone de lá é o (83) 3216 779, e o e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com.
- Quando terminar essa pesquisa, se for do meu interesse, eu posso ver todos os resultados, podendo discutir os dados com Priscilla. Soube que este documento será impresso em duas cópias e uma delas ficará comigo e a outra guardada com Priscilla. Todas as folhas serão rubricadas por mim e por Priscilla, colocando as assinaturas na última folha.
- Depois de ter lido e entendido o que me foi esclarecido e por concordar com tudo que me foi explicado, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando meu familiar a participar dessa pesquisa.

Campina Grande, _____ de _____, de _____.

Priscilla Maria de Castro Silva
Pesquisadora responsável

Voluntário (não remunerado)



Impressão datiloscópica
para pessoas impossibilitadas

APÊNDICE IV

CONSOLIDADOS DOS INSTRUMENTOS DE VÍNCULOS PRÉ E PÓS-TESTE

Participante 01: Severino Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
	Alt. A	1	2	3	Quantitativo Alt. B	Qualitativo		
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal	x			x				
3. V. Filial					x	x		
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x			x
6. V. Leitura	x			x				
7. V. Escrita	x			x				
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico					x		x	
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x		x	
13. V. Apoio Social 1	x		x					
14. V. Apoio Social 2	x			x				
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x		x	
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania	x		x					
19. V. Segurança					x		x	
20. V. Lazer					x		x	
21. V. Alimentar					x			x
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1	x			x				
24. V. Tecnológico 2	x	x						
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x		x	
27. V. Dependência	x		x					
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	11				17	8	7	2
Porcentagens	39,3%				60,7%	47,1%	41,2%	11,7%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 01: Severino

Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal	x			x				
3. V. Filial					x			x
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura	x		x					
7. V. Escrita	x			x				
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico					x	x		
10. V. Religioso					x	x		
11. V. Saúde Física					x			x
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x		x	
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x		x	
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania	x		x					
19. V. Segurança					x	x		
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1	x	x						
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	9				19	14	2	3
Porcentagens	32,1%				67,9%	73,7%	10,5%	15,8%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 02: Josefa

Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal	x			x				
3. V. Filial	x	x						
4. V. Moradia					x			x
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x	x		
7. V. Escrita					x	x		
8. V. Profissional	x			x				
9. V. Econômico	x			x				
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física					x			x
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1	x	x						
14. V. Apoio Social 2					x		x	
15. V. Apoio Social 3	x			x				
16. V. Amizade	x		x					
17. V. Documentação	x	x						
18. V. Cidadania	x	x						
19. V. Segurança	x			x				
20. V. Lazer					x		x	
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1	x	x						
24. V. Tecnológico 2	x	x						
25. V. Solidariedade	x			x				
26. V. Social					x		x	
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	13				15	8	4	3
Porcentagens	46,4%				53,6%	53,3%	26,7%	20%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 02: Josefa

Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x			x
2. V. Conjugal	x			x				
3. V. Filial	x	x						
4. V. Moradia					x			x
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x	x		
7. V. Escrita					x	x		
8. V. Profissional	x	x						
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso					x	x		
11. V. Saúde Física					x			x
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1	x		x					
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3	x		x					
16. V. Amizade					x		x	
17. V. Documentação					x		x	
18. V. Cidadania	x			x				
19. V. Segurança					x		x	
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x			x
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x			x
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	9				19	10	3	6
Porcentagens	32,1%				67,9%	52,6%	15,8%	31,6%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 03: Creuza Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x			x
3. V. Filial					x	x		
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x			x
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x		x	
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico					x	x		
10. V. Religioso					x	x		
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1	x		x					
14. V. Apoio Social 2					x			x
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x	x		
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x		x	
20. V. Lazer					x	x		
21. V. Alimentar					x		x	
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2					x	x		
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x		x	
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	3				25	15	5	5
Porcentagens	10,7%				89,3%	60%	20%	20%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 03: Creuza Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x			x
3. V. Filial					x		x	
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x		x	
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico					x	x		
10. V. Religioso					x	x		
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1	x		x					
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x	x		
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x		x	
20. V. Lazer					x		x	
21. V. Alimentar					x		x	
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2					x	x		
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x	x		
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	3				25	16	6	3
Porcentagens	10,7%				89,3%	64%	24%	12%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 04: José Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x	x		
3. V. Filial					x			x
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x			x
6. V. Leitura	x			x				
7. V. Escrita	x			x				
8. V. Profissional	x			x				
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso					x			x
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1	x		x					
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x			x
17. V. Documentação					x		x	
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x	x		
20. V. Lazer					x		x	
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1	x	x						
24. V. Tecnológico 2	x	x						
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x		x	
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	8				20	11	3	6
Porcentagens	28,6%				71,4%	55%	15%	30%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 04: José

Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x	x		
3. V. Filial					x			x
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura	x			x				
7. V. Escrita	x			x				
8. V. Profissional	x	x						
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso	x	x						
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x		x	
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x	x		
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x	x		
20. V. Lazer					x	x		
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x			x
24. V. Tecnológico 2	x	x						
25. V. Solidariedade					x		x	
26. V. Social	x		x					
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	8				20	14	2	4
Porcentagens	28,6%				71,4%	70%	10%	20%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 05: João Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x		x	
2. V. Conjugal					x		x	
3. V. Filial					x			x
4. V. Moradia					x		x	
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x			x
7. V. Escrita					x			x
8. V. Profissional					x		x	
9. V. Econômico					x			x
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1	x		x					
14. V. Apoio Social 2					x			x
15. V. Apoio Social 3					x			x
16. V. Amizade	x	x						
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x	x		
19. V. Segurança					x			x
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar	x		x					
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x			x
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência	x		x					
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	8				20	6	5	9
Porcentagens	28,6%				71,4%	30%	25%	45%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 05: João Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x		x	
2. V. Conjugal					x		x	
3. V. Filial					x		x	
4. V. Moradia					x		x	
5. V. Comunitário					x		x	
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x			x
8. V. Profissional					x	x		
9. V. Econômico					x	x		
10. V. Religioso					x			x
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x	x		
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3	x	x						
16. V. Amizade	x	x						
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x		x	
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar	x		x					
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x			x
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x		x	
27. V. Dependência	x		x					
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	7				21	8	8	5
Porcentagens	25%				75%	38,1%	38,1%	23,8%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 06: Maria Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
	Alt. A	1	2	3	Quantitativo Alt. B	Qualitativo		
						V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x			x
2. V. Conjugal	x	x						
3. V. Filial	x	x						
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x			x
6. V. Leitura	x	x						
7. V. Escrita	x	x						
8. V. Profissional	x	x						
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso	x	x						
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x	x		
14. V. Apoio Social 2					x			x
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade	x	x						
17. V. Documentação					x		x	
18. V. Cidadania	x		x					
19. V. Segurança	x		x					
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar					x		x	
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1	x	x						
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade	x		x					
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência					x			x
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	16				12	5	2	5
Porcentagens	57,1%				42,9%	41,7%	16,6%	41,7%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 06: Maria Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal	x	x						
3. V. Filial	x	x						
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x			x
6. V. Leitura	x	x						
7. V. Escrita	x	x						
8. V. Profissional	x	x						
9. V. Econômico	x	x						
10. V. Religioso					x	x		
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x	x		
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x		x	
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania	x		x					
19. V. Segurança					x			x
20. V. Lazer	x			x				
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1	x	x						
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade	x	x						
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	13				15	11	1	3
Porcentagens	46,4%				53,6%	73,3%	6,7%	20%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 07: Joana Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal	x			x				
3. V. Filial					x	x		
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x			x
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x		x	
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico					x	x		
10. V. Religioso					x	x		
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x	x		
13. V. Apoio Social 1					x		x	
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x	x		
17. V. Documentação					x		x	
18. V. Cidadania	x		x					
19. V. Segurança					x		x	
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x		x	
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x			x
27. V. Dependência					x			x
28. V. Espiritual					x		x	
Total de Pontos	6				22	12	7	3
Porcentagens	21,4%				78,6%	54,6%	31,8%	13,6%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 07: Joana Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal	x			x				
3. V. Filial					x		x	
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x			x
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico					x	x		
10. V. Religioso					x	x		
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x		x	
14. V. Apoio Social 2					x		x	
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x	x		
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania	x		x					
19. V. Segurança					x	x		
20. V. Lazer					x	x		
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1	x			x				
24. V. Tecnológico 2	x			x				
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x			x
27. V. Dependência					x			x
28. V. Espiritual					x		x	
Total de Pontos	6				22	13	5	4
Porcentagens	21,4%				78,6%	59,1%	22,7%	18,2%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 08: Benedita Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x		x	
3. V. Filial					x	x		
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x		x	
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x			x
8. V. Profissional					x	x		
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física	x		x					
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x		x	
14. V. Apoio Social 2					x			x
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade	x			x				
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x		x	
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar	x		x					
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x		x	
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	6				22	11	7	4
Porcentagens	21,4%				78,6%	50%	31,8%	18,2%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 08: Benedita Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x	x		
3. V. Filial					x		x	
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x			x
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x		x	
8. V. Profissional					x		x	
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x	x		
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade	x		x					
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x	x		
20. V. Lazer					x			x
21. V. Alimentar	x		x					
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x	x		
27. V. Dependência					x			x
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	5				23	13	5	5
Porcentagens	17,9%				82,1%	56,6%	21,7%	21,7%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 09: Amélia Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar	x		x					
2. V. Conjugal					x			x
3. V. Filial					x		x	
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x		x	
6. V. Leitura					x			x
7. V. Escrita					x			x
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico	x			x				
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x	x		
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x		x	
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança	x			x				
20. V. Lazer					x		x	
21. V. Alimentar					x		x	
22. V. Ecológico	x			x				
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2					x		x	
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x			x
Total de Pontos	7				21	8	7	6
Porcentagens	25%				75%	38,1%	33,3%	28,6%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 09: Amélia Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x	x		
3. V. Filial					x		x	
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x	x		
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física					x		x	
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x	x		
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x	x		
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x	x		
20. V. Lazer					x	x		
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2					x		x	
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social					x		x	
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	2				26	18	6	2
Porcentagens	7,1%				92,9%	69,2%	23,1%	7,7%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 10: Margarida Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x	x		
3. V. Filial					x	x		
4. V. Moradia					x		x	
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x			x
7. V. Escrita					x			x
8. V. Profissional	x		x					
9. V. Econômico	x	x						
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x		x	
13. V. Apoio Social 1	x		x					
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade	x	x						
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania	x			x				
19. V. Segurança					x		x	
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência					x			x
28. V. Espiritual					x		x	
Total de Pontos	9				19	11	5	3
Porcentagens	32,1%				67,9%	57,9%	26,3%	15,8%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 10: Margarida Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x	x		
3. V. Filial					x		x	
4. V. Moradia					x		x	
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x			x
7. V. Escrita					x	x		
8. V. Profissional	x	x						
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso					x		x	
11. V. Saúde Física	x			x				
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x		x	
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade	x	x						
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança								x
20. V. Lazer					x		x	
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2	x		x					
25. V. Solidariedade					x	x		
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	6				22	13	5	4
Porcentagens	21,4%				78,6%	59,1%	22,7%	18,2%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 11: Conceição Etapa: Pré-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x	x		
3. V. Filial					x		x	
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x			x
6. V. Leitura					x	x		
7. V. Escrita					x			x
8. V. Profissional					x	x		
9. V. Econômico	x			x				
10. V. Religioso	x	x						
11. V. Saúde Física					x			x
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x		x	
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade	x	x						
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x	x		
20. V. Lazer					x		x	
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico					x	x		
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2					x			x
25. V. Solidariedade	x	x						
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	5				23	14	3	6
Porcentagens	17,9%				82,1%	60,9%	13%	26,1%

CONSOLIDAÇÃO DOS VÍNCULOS

Participante 11: Conceição Etapa: Pós-teste

TIPOS DE VÍNCULOS	AUSÊNCIA VINCULAR				VÍNCULOS EXISTENTES			
					Quantitativo	Qualitativo		
	Alt. A	1	2	3	Alt. B	V. Saudável	V. Frágil	V. Risco
1. V. Familiar					x	x		
2. V. Conjugal					x	x		
3. V. Filial					x	x		
4. V. Moradia					x	x		
5. V. Comunitário					x	x		
6. V. Leitura					x		x	
7. V. Escrita					x			x
8. V. Profissional					x	x		
9. V. Econômico	x		x					
10. V. Religioso	x	x						
11. V. Saúde Física					x			x
12. V. Saúde Psíquica					x			x
13. V. Apoio Social 1					x	x		
14. V. Apoio Social 2					x	x		
15. V. Apoio Social 3					x	x		
16. V. Amizade					x	x		
17. V. Documentação					x	x		
18. V. Cidadania					x			x
19. V. Segurança					x	x		
20. V. Lazer	x		x					
21. V. Alimentar					x	x		
22. V. Ecológico	x			x				
23. V. Tecnológico 1					x	x		
24. V. Tecnológico 2					x		x	
25. V. Solidariedade					x		x	
26. V. Social	x			x				
27. V. Dependência					x	x		
28. V. Espiritual					x	x		
Total de Pontos	5				23	16	3	4
Porcentagens	17,9%				82,1%	69,6%	13%	17,4%

Anexos



D () Em tempo algum.

B () As 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?

B () Não.

C () Acho uma tarefa complicada.

A () Muitas vezes sim.

D () A todo momento.

13. Quando erra, você assume e pede desculpa para o 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 interessa.

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 II

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS VÍNCULOS (BARRETO, 2008)

Procure assinalar a alternativa que mais se aproximada 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.V()
	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, neste momento, convive com alguém maritalmente?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	
-2 ()	2.2 Por que você não convive maritalmente com alguém neste momento?	2.3 Quando vive um conflito com o (a) parceiro (a)?	2.V()
	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 Este 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}	
	5.2 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 ()	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.V()
	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?

-6 ()	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	6.V()
	6.2 Qual a razão para não saber ler?	6.3 Gosta de ler?	
	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?

-7 ()	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	7.V()
	7.2 Qual a razão para não saber escrever?	7.3 Gosta de escrever?	
	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, este curso tem lhe ajudado a fazer melhor o que você faz hoje?	8.V()
	8.1 () Não acredito nesses cursos.	C.8 () Este 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?

-9 ()	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	9.V()
	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:	
	9.1 () 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?

-10()	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	10.V()
	10.2 Por que não participa?	10.3 Como está sua participação?	
	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 faz uso de remédios controlados para os nervos?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	
-12()	12.2 Por que você não 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 qual hospital ou centro de saúde 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}	
	14.2 Por quê?	14.3 Durante o atendimento:	
-14()	14.1 () Nunca precisei.	B. 14 () Fiquei desconfiado (a) do profissional, porque não fui bem acolhido (a) com atenção.	14.V()
	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}	
	15.2 Por quê?	15.3 Quem?	
-15()	15.1 () Não gosto de incomodar.	A. 15 () Familiares.	15.V()
	15.2 () Procuo 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 circulo de amizade, e sente que é acolhida)

16.1 Quando você se sente magoado (a), ofendido (a), injustiçado (a), humilhado (a) tem com que desabafar?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	
-16()	16.2 Qual o motivo por não ter ninguém para 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 na sua vida?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	
-20()	20.2 Por que não se diverte?	20.3 Por que você 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?	21.3 Você gosta da sua alimentação?	21.V()
	21.1 () Como o que me dão.	A. 21 () Sim, porque como o que gosto.	
	21.2 () Nem sempre posso comprar.	C. 21 () Como o que dá pra comprar.	
	21.3. () Para economizar e pagar outras contas.	B. 21 () Mais ou menos, ou, se eu pudesse, melhoraria a qualidade da minha alimentação.	

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?	22.3 Por que você se preocupa?	22.V()
	22.1 () Não tenho nada com isso.	C. 22 () Porque é importante, mas é coisa do governo	
	22.2 () Não tenho tempo para isso.	B. 22 () Porque está na moda.	
	22.3. () Não tenho interesse	A. 22 () Porque todos os seres vivos tem direito a vida.	

23. Vínculo Tecnológico 1(saber se a pessoa faz uso 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?	23.3 Como se sente?	23.V()
	23.1 () É complicado.	A. 23 () Muito bem e facilita a minha vida.	
	23.2 () Não posso, pois não tenho dinheiro para isso.	B. 23 () Bem, mas evito usar.	
	23.3. () Não tive chance de aprender.	C. 23 () Não gosto, prefiro falar pessoalmente.	

24. Vínculo Tecnológico 2(saber se a pessoa faz uso 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?

-25()	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	25.V()
	25.2 Por quê?	25.3 Por quê?	
	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, pastoral?

-26()	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}	25.V()
	26.2 Por quê?	26.3 Por quê?	
	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 possui algum vício)

27.1 Você tem a vida livre de vícios (bebida, jogo, fumo)?

	A () Não {0 ponto}	B () Sim { 1 ponto}
	27.2 Por quê?	27.3 Por quê?

-27()	27.1 () Alivia o sofrimento.	A. 27 () Faz mal para a saúde.	27.V()
	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 possui algum transcendental)

28.1 Você acredita em forças superiores, universo, cosmos, natureza ou 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 a 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 III**ROTEIRO PARA O PASSO-A-PASSO DA TERAPIA COMUNITÁRIA
INTEGRATIVA**

01. Acolhimento (realizado pelo co-terapeuta com duração de +/- 7 minutos), composto por seis procedimentos:
 - a. Dar boas vindas;
 - b. Celebração da vida dos aniversariantes do mês;
 - c. Explicação dos objetivos da TCI;
 - d. Explicação das regras da TCI;
 - e. Aquecer o grupo para trabalhar;
 - f. Apresentação do terapeuta comunitário;
02. Escolha do tema (realizado pelo terapeuta comunitário com duração de +/- 10 minutos), composto por cinco procedimentos:
 - a. Palavra do terapeuta comunitário;
 - b. Apresentação dos temas;
 - c. Identificação do grupo com os temas apresentados;
 - d. Votação;
 - e. Agradecimento;
03. Contextualização (realizado pelo terapeuta comunitário com duração de +/- 15 minutos), composto de dois procedimentos:
 - a. Informações (onde o participante que teve seu tema escolhido dará mais informações sobre o seu problema);
 - b. Mote (elaboração de uma pergunta-chave que irá permitir uma reflexão coletiva);
04. Problematização (realizado pelo terapeuta comunitário com duração de +/- 45 minutos), é composto por um procedimento:
 - a. Lançamento do mote coringa ou simbólico/específico;
05. Conclusão: (realizado pelo co-terapeuta com duração de +/- 10 minutos), composto por dois procedimentos:
 - a. Formação da roda (onde se convida o grupo a se levantar e formar uma grande roda fazendo um movimento suave de um lado para o outro).
 - b. Conotação positiva (o terapeuta verbaliza o que mais lhe tocou no tema escolhido e abre para o grupo verbalizar o que aprendeu com as histórias de vida verbalizadas).

ANEXO IV



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 4ª Reunião realizada no dia 21/05/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA O EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS DE CAPS EM PROCESSO DE ALTA”**, da pesquisadora Priscilla Maria de Castro Silva. Protocolo 0254/15. CAAE: 44866015.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

Andressa M. da C. Lima
Andressa Mécia da C. Lima
Méd. SUPE 1117513
Secretária do CEP/CCS-UFPB

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I – Cidade Universitária – 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa – PB
☎ (83) 3236 7791 – E-mail: etica@ccs.ufpb.com

ANEXO V

Músicas e dinâmicas utilizadas na TCI

5.1: Música: Seja bem vindo

Seja bem vindo olê lé, Seja bem vindo olá lá...
Paz e bem pra você, que veio participar! (2x)

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Beberibe/CE, 2011.

5.2 Música do Faça Assim

Faça assim, faça assim, faça assim como é bom fazer,
Faça assim, faça assim, e agora é você (2x)

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Beberibe/CE, 2011.

5.3 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.” (2x)

Fonte: Curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa – Beberibe/CE, 2011.

5.4 Como uma Onda

Lulu Santos

Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi um dia
Tudo passa
Tudo sempre passará
A vida vem em ondas
Como um mar
Num indo e vindo infinito
Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente
Viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo
No mundo
Não adianta fugir
Nem mentir
Pra si mesmo agora
Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre

Como uma onda no mar
 Como uma onda no mar
 Como uma onda no mar
 Nada do que foi será
 De novo do jeito
 Que já foi um dia
 Tudo passa
 Tudo sempre passará
 A vida vem em ondas
 Como um mar
 Num indo e vindo infinito
 Tudo que se vê não é
 Igual ao que a gente
 Viu há um segundo
 Tudo muda o tempo todo
 No mundo
 Não adianta fugir
 Nem mentir pra si mesmo agora
 Há tanta vida lá fora
 Aqui dentro sempre
 Como uma onda no mar
 Como uma onda no mar
 Como uma onda no mar
 Como uma onda no mar
 Como uma onda no mar

Fonte: <http://www.diariofm.com.br/letras/lulu-santos/como-uma-onda-142704>

5.5: Música Vitória Garantida

Ysnaldo e Manoel

Você foi chamado pra ser vencedor, e por que querer parar na caminhada?
 Acredite tudo isso vai passar, e o hino da vitória você irá cantar
 Deus não prova o crente além das forças não
 Ele sabe até onde você pode suportar
 Esta lágrima em teu rosto Deus vai enxugar
 E as promessas que ele fez se cumprirá
 Só depende de você pra isso acontecer
 Levante a cabeça e tome posse da vitória
 Passa o céu, e passa a terra, tudo vai passar
 Mas o que Deus te prometeu se cumprirá em tua vida
 Deus escreveu a sua história com as próprias mãos
 Não tem ponto ou interrogação a vitória é garantida

Fonte: <https://www.letras.mus.br/ysnaldo-e-manoel/vitoria-garantida/>

5.6 Oração de São Francisco

Autor: Anônimo

Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz.
 Onde houver ódio, que eu leve o amor;
 Onde houver ofensa, que eu leve o perdão;
 Onde houver discórdia, que eu leve a união;
 Onde houver dúvida, que eu leve a fé;
 Onde houver erro, que eu leve a verdade;
 Onde houver desespero, que eu leve a esperança;
 Onde houver tristeza, que eu leve a alegria;
 Onde houver trevas, que eu leve a luz.
 Ó Mestre, Fazei que eu procure mais
 Consolar, que ser consolado;
 compreender, que ser compreendido;
 amar, que ser amado.
 Pois é dando que se recebe,
 é perdoando que se é perdoado,
 e é morrendo que se vive para a vida eterna.

Fonte: <http://www.bahai.org.br/oracoes/oracao-de-sao-francisco-de-assis>

5.7. Dinâmica dos pares

Objetivo : Fazer com que o grupo se conheça de modo divertido.

Material: Pedaco de papel em branco, caneta, saco plástico.

Organização: Foram escritas as frases abaixo; recortamos e as colocamos dentro de um saco plástico para serem sorteadas; cada pessoa identificou seu par de acordo com a frase lida.

Depois da 1ª etapa formam-se os pares para a dinâmica da apresentação onde cada integrante entrevista seu par perguntando nome e alguma outra informação que o coordenador da dinâmica achar interessante para o momento. Depois cada um apresentou seu par, facilitando dessa maneira a integração do grupo.

Frases utilizadas:

- 1-Eu sou um relógio sem ponteiros
- 1-Eu sou os ponteiros do seu relógio
- 2-Eu sou uma mão sem dedos
- 2-Eu sou os dedos da sua mão
- 3-Eu sou uma noite sem estrelas
- 3-Eu sou as estrelas da sua noite
- 4-Eu sou um corpo sem calor
- 4-Eu sou o calor do seu corpo
- 5-Eu sou um dia sem alegria
- 5-Eu sou a alegria do seu dia
- 6-Eu sou um jardim sem flores
- 6-Eu sou as fores do seu jardim
- 7-Eu sou um natal sem peru
- 7-Eu sou o peru do seu natal
- 8-Eu sou um pé sem sapatos
- 8-Eu sou o sapato do seu pé
- 9-Eu sou uma orelha sem brincos

9-Eu sou o brinco da sua orelha
 10-Eu sou uma caneta sem tinta
 10-Eu sou a tinta da sua caneta
 11-Eu sou um carro sem gasolina
 11-Eu sou a gasolina do seu carro
 12-Eu sou uma flor sem perfume
 12-Eu sou o perfume da sua flor
 13-Eu sou uma comida sem gosto
 13-Eu sou o gosto da sua comida
 14-Eu sou uma mala sem alça
 14-Eu sou a alça da sua mala
 15-Eu sou um aquário sem peixe
 15-Eu sou o peixe do seu aquário
 16-Eu sou um dedo sem unha
 16-Eu sou a unha do eu dedo
 17-Eu sou um olho sem brilho
 17-Eu sou um brilho do seu olho

Fonte: <http://telmacostaescritorainfantil.blogspot.com.br/2011/06/dinamica-dos-pares.html>

5.8 Noites Traíçoeiras

Autor: Carlos Papae

Deus está aqui neste momento
 Sua presença é real em meu viver
 Entregue sua vida e seus problemas
 Fale com Deus, Ele vai ajudar você
 Deus te trouxe aqui
 Para aliviar o seu sofrimento
 É Ele o autor da Fé
 Do princípio ao fim
 De todos os seus tormentos
 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 (bis)
 Seja qual for o seu problema
 Fale com Deus, Ele vai ajudar você
 Após a dor vem a alegria
 Pois Deus é amor e não te deixará sofrer
 Deus te trouxe aqui
 Para aliviar o seu sofrimento
 É Ele o autor da Fé
 Do princípio ao fim
 De todos os seus tormentos
 E ainda se vier noite traiçoeiras
 Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
 E o mundo pode até

Fazer você chorar
Mas Deus te quer sorrindo(bis)

Fonte: <https://www.ouvirmusica.com.br/anjos-de-resgate-musicas/1012328/>

5.9 Música Boneca de lata

Bia Betran

Minha boneca de lata bateu a **cabeça** no chão.
levou mais de uma hora pra fazer a arrumação.
desamassa aqui pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu o **nariz** no chão.
levou mais duas horas pra fazer a arrumação.
desamassa aqui. desamassa ali pra ficar boa.
Mnha boneca de lata bateu a **barriga** no chão.
levou umas três horas pra fazer a arrumação.
desamassa aqui. desamassa ali. desamassa aqui pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu o **bumbum** no chão
levou umas quatro horas pra fazer a arrumação
desamassa aqui. desamassa ali. desamassa aqui.
desamassa ali pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu o **joelho** no chão.
levou umas cinco horas pra fazer a arrumação.
desamassa aqui. desamassa ali. desamassa aqui
desamassa ali. desamassa aqui pra ficar boa.
Minha boneca de lata bateu o **pé** no chão.
levou umas seis horas pra fazer a arrumação.
desamassa aqui. desamassa ali. desamassa aqui. desamassa ali.
desamassa aqui. desamassa ali pra ficar boa.

Fonte: <http://atividadesparaprofessores.com.br/boneca-de-lata-sequencia-didatica/>

5.10: Música Cabecinha no Ombro

Fagner

Encosta a tua cabecinha no meu ombro e chora
E conta logo a tua mágoa toda para mim
Quem chora no meu ombro eu juro que não vai embora,
Que não vai embora
Que não vai embora
Encosta a tua cabecinha no meu ombro e chora
E conta logo a tua mágoa toda para mim
Quem chora no meu ombro eu juro que não vai embora,
Que não vai embora
Porque gosta de mim
Amor, eu quero o teu carinho, porque eu vivo tão sozinho
Não sei se a saudade fica ou se ela vai embora,
Se ela vai embora, se ela vai embora
Não sei se a saudade fica ou se ela vai embora,
Se ela vai embora, porque gosta de mim

Fonte: <https://www.letras.mus.br/fagner/encosta-tua-cabecinha-no-meu-ombro-e-chora/>

5.11 : Música Tocando em frente

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 eu sei
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 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, no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
De 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
de 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.

Fonte: <https://www.vagalume.com.br/almir-sater/tocando-em-frente.html>

5.12 Música do vaso novo e renovado

Maria vai ter que entrar na Olaria dos Anjos
Maria vai ter que entrar na Olaria dos anjos
Ela desce como o vaso velho e rachado
Ela sobe como um vaso novo e renovado (2x)

Fonte: Hinário do EJC da Paróquia de Santo Antônio

5.13 Música Roda Pião

A Maria não é capaz de rodar o pião no chão!
A Maria não é capaz de rodar o pião no chão!
Lá vai, lá vai, lá vai!
Lá vai o pião no chão!
Rodou, rodou, rodou!
Rodou o pião no chão! (2x)
O José não é capaz de rodar o pião no chão!
O José não é capaz de rodar o pião no chão!
Lá vai, lá vai, lá vai!
Lá vai o pião no chão!
Rodou, rodou, rodou!
Rodou o pião no chão! (2x)

Fonte: <http://www.bebemais.com/roda-piao-bebe-mais-cantigas/>