



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE
DOUTORADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**



THAINAN ALVES SILVA

**PERCEPÇÃO DE FAMÍLIAS DE ALCOOLISTAS SOBRE O
CUIDADO EM LIBERDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE
MENTAL**

**JEQUIÉ/BA
2026**

THAINAN ALVES SILVA

**PERCEPÇÃO DE FAMÍLIAS DE ALCOOLISTAS SOBRE O
CUIDADO EM LIBERDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE
MENTAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB – Campus de Jequié), área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

Orientadora: Prof.^a Dra. Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ/BA
2026**

S586p Silva, Thainan Alves.
Percepção de famílias de alcoolistas sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental / Thainan Alves Silva. - 2026.
179f. : il., color.

Orientador(a): Profa. Dra. Edite Lago da Silva Sena.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração em Saúde Pública, Jequié, 2026.
Inclui referências.

1. Alcoolismo. 2. Saúde mental. 3. Família. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Terapia Comunitária Integrativa (TCI). I. Sena, Edite Lago da Silva. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. III. Título.

CDD 616.861

Catálogo na fonte: Bibliotecária Eridiana Souza Silva - CRB-5/2129
UESB - Campus Jequié/BA



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Recredenciada pelo Decreto Estadual Nº 16.825 de 04 de julho de 2016
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde



FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO

SILVA, Thainan Alves. “Percepção de famílias de alcoolistas sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental”. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **EDITE LAGO DA SILVA SENA**
Data: 08/05/2026 13:25:56-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Edite Lago da Silva Sena

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente
 **PATRICIA ANJOS LIMA DE CARVALHO**
Data: 08/05/2026 14:21:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Patrícia Anjos Lima de Carvalho

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente
 **MARCIA APARECIDA FERREIRA DE OLIVEIRA**
Data: 08/05/2026 22:46:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGE) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

Documento assinado digitalmente
 **HELOISA GARCIA CLARO FERNANDES**
Data: 08/05/2026 23:07:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Heloísa Garcia Claro Fernandes

Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGen) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Documento assinado digitalmente
 **VANESSA THAMYRIS CARVALHO DOS SANTOS**
Data: 09/05/2026 17:43:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Jequié – BA, 07 de maio de 2026

*A Deus, fonte primeira da vida e da esperança, por sustentar meus passos ao longo desta jornada. A Ele, que me permitiu atravessar caminhos de incerteza, aprender com os erros, amadurecer nas experiências e seguir adiante mesmo quando o cansaço parecia maior que as forças. Sou profundamente grata por cada oportunidade de crescimento humano e espiritual vivida neste percurso. Que tudo aquilo que foi construído nesta caminhada possa cumprir o propósito expresso na Palavra: **“para que todos vejam e saibam, considerem e juntamente entendam que a mão do Senhor fez isto” (Isaías 41:20).***

*À minha mãe, **Avani Alves**, e ao meu pai, **Marivaldo dos Santos**, que sempre acreditaram em mim e fizeram de suas próprias vidas um gesto silencioso de doação para que os sonhos de sua filha pudessem florescer. Em vocês encontrei os primeiros exemplos de amor, dignidade e honestidade. Tudo o que sou carrega as marcas do cuidado que recebi de vocês.*

*Ao meu esposo, **Michael Couto**, pela presença constante, pelo amor que sustenta, pelo incentivo nos momentos de incerteza e pela compreensão diante de todos os sentimentos que emergiram nessa jornada. Sua companhia tornou esse caminhar mais leve e significativo, lembrando-me diariamente que nenhuma conquista tem sentido se não puder ser partilhada com quem amamos.*

*À minha orientadora e amiga, **Profª Drª Edite Lago**, por ter sido presença generosa e luminosa ao longo desta travessia acadêmica. Agradeço pela confiança depositada em mim desde os primeiros passos, pela escuta sensível, pelo cuidado, pela paciência e pelo amor dedicado ao meu processo de formação. Sua orientação ultrapassou os limites da produção científica e se constituiu como um verdadeiro encontro humano, no qual aprendi que pesquisar também é um gesto de cuidado e compromisso com a vida.*

Aos participantes desta pesquisa, que abriram seus horizontes de vida e compartilharam experiências marcadas por desafios, dores, aprendizados e esperanças. Mesmo em meio às exigências do cotidiano, aceitaram participar desta investigação e confiaram suas vivências ao processo de construção do conhecimento. A cada um de vocês, minha profunda gratidão, pois foi no encontro com suas histórias que esta pesquisa encontrou seu verdadeiro sentido: compreender, cuidar e tornar visível aquilo que muitas vezes permanece silencioso no cotidiano das famílias que convivem com o alcoolismo.

A vocês dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha preciosa orientadora, **Profª. Drª. Edite Lago da Silva Sena**, agradeço pela presença constante e sensível nesta travessia. Sua orientação ultrapassou os limites do saber técnico, constituindo-se como encontro, partilha e abertura de horizontes. Em sua escuta, encontrei direção; em sua exigência, crescimento; em seu cuidado, permanência. Obrigada por acreditar em mim e por me conduzir a habitar o campo da Saúde Mental como um modo de ser-no-mundo. Mais que orientadora, és para mim mestre, referência e afeto que permanece.

À minha amorosa e cantante **Profª. Drª. Patrícia Anjos Lima de Carvalho**, cuja presença se faz melodia neste percurso. Seu cuidado, acolhimento e alegria teceram sentidos ao longo da minha formação, desde a graduação até aqui. Em cada gesto, palavra e incentivo, encontrei ensinamentos e um modo sensível de existir com o outro. Gratidão por caminhar comigo com tanta leveza e generosidade.

À **Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, pela energia viva e espontânea que atravessou este percurso, ampliando olhares e provocando novos sentidos. Sua participação nesta banca constitui-se como gesto de abertura ao diálogo e enriquecimento desta construção.

À **Profª. Drª. Heloísa Garcia Claro Fernandes**, pela delicadeza, generosidade e disponibilidade em partilhar saberes. Sua presença, desde a qualificação até este momento final, foi fundamental para o amadurecimento deste trabalho, compondo comigo essa experiência de construção do conhecimento.

À **Profª. Dra. Vanessa Thamyris Carvalho**, pela forma cuidadosa e respeitosa com que se coloca no mundo e no encontro com o outro. Sua trajetória entrelaça-se à minha desde a graduação, e sua presença neste momento é expressão de continuidade, partilha e crescimento mútuo.

À **Prof. Dr. João Mendes de Lima Júnior**, pelas contribuições fundamentais na fase de qualificação, que ecoaram e permaneceram como horizonte reflexivo ao longo desta pesquisa.

Aos suplentes das bancas, **Profª. Drª. Adriana Braitt Lima** e **Profª. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues**, agradeço pela disponibilidade generosa em contribuir com esta construção. Em especial à **Profª. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues**, cuja presença atravessa minha formação desde a graduação, constituindo-se como referência de cuidado, ética e saber.

Às minhas parceiras de doutorado e de grupo de pesquisa, **Vanessa Maia** e **Leila Brito**, por serem presença que acolhe, sustenta e impulsiona. Com vocês, a caminhada tornou-se partilhada, menos árdua e mais significativa.

Em especial à **Vanessa Maia**, cuja presença se revelou muito além da academia. No entrelaçamento de nossas trajetórias, construímos uma amizade que se manifesta no olhar, no cuidado e na permanência. Obrigada por ser colo, luz e força nesta travessia.

À **Profª Drª. Bárbara Ribeiro**, exemplo de vida acadêmica e humana, cuja presença marca minha trajetória com ensinamentos, apoio e amizade.

Aos participantes da pesquisa, **familiares que vivenciam o cuidado no contexto do alcoolismo**, minha profunda gratidão. Em suas falas, gestos e silêncios, revelaram-se mundos de vida, dores, esperanças e sentidos. Este trabalho só se torna possível porque vocês aceitaram compartilhar suas experiências mais íntimas, permitindo que o invisível ganhasse forma.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo apoio à ciência e pela sustentação deste percurso formativo.

Aos colegas do mestrado e doutorado, pela convivência que se fez troca, aprendizado e afeto. Em especial a **Elba, Mona, Pabline, Samuel, Elayny, Frank Nei, Tarcisio e Benedito**, pela amizade construída no cotidiano e fortalecida nas experiências compartilhadas.

À minha mãe, **Avani**, e ao meu pai, **Marivaldo**, por serem o solo onde minha existência se enraíza. Em vocês, aprendi o sentido do amor, da doação e da permanência. Tudo o que sou carrega vocês.

Ao meu amado esposo, **Michael**, pela presença firme e amorosa. Mesmo nos silêncios, ausências e renúncias que este percurso exigiu, você permaneceu. Obrigada por ser abrigo, equilíbrio e sustentação nos momentos em que precisei me reencontrar. Você é meu porto seguro e minha fonte de inspiração!

Aos meus familiares, que, de diferentes formas, estiveram presentes, sustentando-me com palavras, gestos e afetos. Em especial à minha **Tia Ane**, por sua presença constante e torcida.

À minha sogra, **Rosa Inês**, pelo acolhimento que se fez cuidado de mãe nos momentos em que precisei.

Aos queridos amigos, **Camila, Miriane, Stela, Thaís, Jennifer, Vicente, Luiza, Poliana P., Poliana C., Caique, Larissa e Arine**, por caminharem comigo, sustentando-me nos momentos de fragilidade e celebrando as alegrias. A amizade de vocês foi presença viva neste percurso.

Em especial a **Camila, Miriane, Stela, Thaís e Jennifer**, companheiras de graduação e de vida, cuja amizade se revela como vínculo profundo, sustentação e confiança. Com vocês, aprendi que caminhar junto transforma qualquer travessia.

Aos graduandos em Enfermagem **Vanessa Ribeiro, Victor Félix e Adrielle Teixeira**, pela parceria e dedicação nas etapas desta pesquisa. Com vocês, o fazer científico tornou-se também encontro e aprendizado compartilhado.

Aos **membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental: Loucos por cidadania**, pela construção coletiva do saber, compromisso e potência transformadora da pesquisa.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)**, pela dedicação e pelo compromisso com uma formação ética, crítica e sensível.

Aos **funcionários da Secretaria do Programa**, em especial à **Steffane**, pela atenção, disponibilidade e acolhimento ao longo dessa trajetória.

Às **equipes de saúde** com as quais compartilho o cotidiano do cuidado, nos cenários hospitalar e especializado em saúde mental, expresso minha gratidão pela presença constante e pelo entrelaçamento de saberes e práticas que sustentam o fazer em saúde. Em especial, às **coordenações e direções de enfermagem na atenção hospitalar e à Secretaria de Saúde do Município de Ipiaú**, agradeço pelo apoio e pela sustentação que tornaram possível que este percurso se desenrolasse com fluidez. Em cada gesto de organização, compreensão e parceria, encontrei condições para que o trabalho e a formação coexistissem de maneira mais leve, revelando o cuidado também como um fenômeno coletivo e compartilhado.

Por fim, a todos que, de forma visível ou invisível, tocaram minha caminhada e contribuíram para que este trabalho se tornasse possível, minha profunda gratidão. Esta Tese não é apenas minha, ela é tecida de encontros, experiências e sentidos compartilhados.

*[...]Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma ideia vale uma vida*

*Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós algo de uma criança*

*Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol
Ainda haverá
Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol*

*Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
fí caminhando que se faz o caminho*

*Quando não houver desejo
Quando não restar nem mesmo dor
Ainda há de haver desejo
Em cada um de nós, aonde Deus colocou...*

Enquanto Houver Sol - Banda Titãs (composição de Sérgio Britto)

SILVA, Thainan Alves. Percepção de famílias de alcoolistas sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental. Tese [Doutorado] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia. 2026.

RESUMO

O alcoolismo constitui fenômeno complexo que ultrapassa a dimensão individual, afetando as dinâmicas familiares e configurando-se como problema de saúde pública. No contexto das transformações promovidas pela Reforma Psiquiátrica, o cuidado em liberdade emerge como princípio ético-político orientador das práticas em saúde mental, deslocando o eixo do cuidado do isolamento para o território. Nesse cenário, a família assume papel central na sustentação do cuidado, ao mesmo tempo em que vivencia intensamente os impactos do sofrimento associado ao alcoolismo. À luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, compreender o cuidado em liberdade implica acessar os sentidos que emergem na experiência vivida, reconhecendo o cuidado como fenômeno intersubjetivo e atravessado por ambiguidades. Objetivou-se compreender a percepção de famílias de alcoolistas sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental. Trata-se, portanto, de estudo qualitativo fundamentado na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty, realizado entre setembro e dezembro de 2024, em um município do interior da Bahia, no território de uma Unidade de Saúde da Família. Participaram 20 familiares de pessoas alcoolistas, maiores de 18 anos, incluindo diferentes vínculos familiares. A produção das descrições vivenciais ocorreu por meio de rodas de Terapia Comunitária Integrativa, compreendidas como tecnologia de cuidado e estratégia metodológica, incluindo uma roda tradicional, um encontro formativo e quatro rodas temáticas mediadas por objetos simbólicos relacionados ao contexto do cuidado em liberdade. As rodas foram gravadas, transcritas e organizadas em corpus textual. Para a compreensão, utilizou-se a Analítica da Ambiguidade, ancorada na fenomenologia merleau-pontyana. O estudo foi aprovado pelo CEP/UESB (parecer nº 6.824.229/2024). Os resultados foram organizados em três manuscritos. O primeiro desvelou o cuidado familiar como experiência ambígua, marcada pela reversibilidade entre gesto afetivo e gesto restritivo, e pela coexistência entre esperança e desesperança. O segundo lançou luz sobre a dimensão intercorpórea do cuidado, revelando um corpo em alerta, temporalidade de vigilância e dissolução das fronteiras entre o eu e o outro. O terceiro refletiu sobre a resiliência como processo de metamorfose existencial, no qual o sofrimento ressignificado possibilita a reinvenção do ser-no-mundo. A discussão demonstra que o cuidado em liberdade se apresenta como experiência relacional e ambígua, atravessada por tensões entre afeto, controle, esperança e limite. A intercorporeidade revela o sofrimento compartilhado, enquanto a resiliência aponta para possibilidades de transformação, mesmo em contextos adversos. Assim, percebe-se que o cuidado em liberdade se realiza no cotidiano das relações, exigindo práticas sensíveis à experiência das famílias para que haja o fortalecimento da atenção psicossocial e a construção de práticas mais humanas, éticas e comprometidas com a complexidade do viver.

Palavras-chaves: Alcoolismo; Família; Saúde Mental; Cuidado; Terapia Comunitária.

SILVA, Thainan Alves. Perception of families of individuals with alcoholism regarding care in freedom in the context of mental health. Thesis [Doctorate] – Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brazil. 2026.

ABSTRACT

Alcoholism is a complex phenomenon that goes beyond the individual dimension, affecting family dynamics and constituting a public health problem. In the context of the transformations promoted by the Psychiatric Reform, care in freedom emerges as an ethical-political principle guiding mental health practices, shifting the focus of care from institutional isolation to the territory. In this scenario, the family assumes a central role in sustaining care, while also experiencing the impacts of suffering associated with alcoholism. In light of Maurice Merleau-Ponty's phenomenology, understanding care in freedom requires accessing the meanings that emerge from lived experience, recognizing care as an intersubjective phenomenon permeated by ambiguities. This study aimed to understand the perception of families of individuals with alcoholism regarding care in freedom in the context of mental health. It is a qualitative study grounded in Maurice Merleau-Ponty's phenomenology of perception, conducted between September and December 2024, in a municipality in the interior of Bahia, Brazil, within the territory of a Family Health Unit. A total of 20 family members of individuals with alcoholism, aged 18 years or older, participated in the study, including different types of family relationships. The production of lived experience descriptions was carried out through Integrative Community Therapy circles, understood both as a care technology and as a methodological strategy. The process included one traditional circle, one formative meeting, and four thematic circles mediated by symbolic objects related to the context of care in freedom. The sessions were audio-recorded, transcribed, and organized into a textual corpus. For data analysis, the Analytic of Ambiguity was employed, grounded in Merleau-Ponty's phenomenology. The study was approved by the Research Ethics Committee of UESB (approval nº 6,824,229/2024). The results were organized into three manuscripts. The first revealed family care as an ambiguous experience, marked by the reversibility between affective gesture and restrictive gesture, as well as the coexistence of hope and hopelessness. The second highlighted the intercorporeal dimension of care, revealing a body in a constant state of alert, a temporality of vigilance, and the dissolution of boundaries between self and other. The third reflected on resilience as a process of existential metamorphosis, in which re-signified suffering enables the reinvention of being-in-the-world. The discussion demonstrates that care in freedom is configured as a relational and ambiguous experience, permeated by tensions between affection, control, hope, and limits. Intercorporeality reveals suffering as shared, while resilience points to possibilities of transformation, even in adverse contexts. Thus, care in freedom is realized in the everyday of relationships, requiring practices that are sensitive to the lived experiences of families in order to strengthen psychosocial care and promote more human, ethical, and context-sensitive practices.

Keywords: Alcoholism; Family; Mental Health; Care; Community Therapy.

LISTA DE SIGLAS

ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AE – Atenção Especializada
APS – Atenção Primária à Saúde
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research/ Critérios Consolidados para Relato de Pesquisa Qualitativa
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INE – Instituto Nacional de Estatística
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MISMEC – Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária
OMS (WHO) – Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)
PIC- Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPGES – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RP – Reforma Psiquiátrica
SciELO – Scientific Electronic Library Online
SUS – Sistema Único de Saúde
TCI – Terapia Comunitária Integrativa
TCIT – Terapia Comunitária Integrativa Temática
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 TEXTO E CONTEXTO PARA FAZER VER O QUE SE PRETENDE DESVELAR	15
1.2 VIVÊNCIAS QUE MOBILIZARAM A ESCOLHA DA TEMÁTICA A SE DESVELAR	17
1.3 PERSPECTIVA DE ALCANÇAR RESPOSTAS ÀS INQUIETAÇÕES DO SENTIR E DO PENSAR RELACIONADOS À TEMÁTICA	20
2. REVISÃO DA LITERATURA: RETOMADAS EM BUSCA DO IMPENSADO	22
2.1 A FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE: UM MUNDO DE EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS	22
2.2 O ALCOOLISMO COMO EXPERIÊNCIA QUE ATRAVESSA A FAMÍLIA	25
2.3 TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DO ISOLAMENTO À COEXISTÊNCIA	28
2.4 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: O CUIDADO QUE EMERGE DO ENCONTRO	31
3. REFERENCIAL TEÓRICO: CONTATO PRIMÁRIO COM A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO DE MERLEAU-PONTY	35
4. PERCURSO PARA O DESVELAMENTO DO FENÔMENO: CAMINHAR METODOLÓGICO	40
4.1 NATUREZA FENOMENOLÓGICA DO ESTUDO	40
4.2 CONTEXTO EXPERIENCIAL DO ESTUDO	42
4.3 COLABORADORES VIVENCIAIS	44
4.4 MOVIMENTO METODOLÓGICO PARA A PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	45
4.5 TRAJETÓRIA VIVENCIAL DO CAMPO: TRAVESSIAS E EXPERIÊNCIAS NAS RODAS DE TCI NO CONTEXTO DO CUIDADO EM LIBERDADE	47
4.6 RECURSO PARA COMPREENSÃO FENOMENOLÓGICA DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	56
4.7 DIMENSÃO ÉTICA DO ENCONTRO INTERSUBJETIVO DO ESTUDO	57
5. RESULTADOS: ENTRELAÇAMENTOS DA EXPERIÊNCIA AMBÍGUA, INTERCORPÓREA E TRANSFORMADORA NO CONTEXTO DO ALCOOLISMO	59
5.1 VIVÊNCIAS FAMILIARES NO CUIDADO AO ALCOOLISMO: AMBIGUIDADES ENTRE AFETO-RESTRIÇÃO E ESPERANÇA-DESESPERANÇA	61
5.2 INTERCORPOREIDADE E CUIDADO FAMILIAR NA EXPERIÊNCIA DO ALCOOLISMO: O CORPO DO OUTRO COMO EXTENSÃO DE SI	81
5.3 DO CASULO À BORBOLETA: RESILIÊNCIA E METAMORFOSE EXISTENCIAL DIANTE DO SOFRIMENTO DE FAMÍLIAS CONVIVENDO COM O ALCOOLISMO	98

6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS: NO ENTRELAÇAMENTO DO EU, DO OUTRO E DO MUNDO	117
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICES	129
	ANEXOS	166

1. INTRODUÇÃO

1.1 TEXTO E CONTEXTO PARA FAZER VER O QUE SE PRETENDE DESVELAR

Este estudo nasce do encontro com uma realidade que se impõe como objeto de investigação e experiência vivida: a convivência familiar com o alcoolismo no contexto do cuidado em liberdade em saúde mental. Mais do que descrever fenômenos, esta pesquisa busca compreender sentidos. Interessa-nos ir além de conhecer o que as famílias fazem diante do alcoolismo, mas como vivem, percebem e significam o cuidado em liberdade em seus cotidianos. Trata-se, portanto, de uma investigação que se orienta pelo desejo de fazer ver aquilo que, muitas vezes, permanece silenciado nas margens das práticas de cuidado: a experiência familiar.

A motivação para este estudo emerge da necessidade de aprofundar a compreensão sobre o cuidado às pessoas que consomem álcool de forma habitual, à luz das transformações produzidas pelas políticas de saúde mental no Brasil, especialmente após a Reforma Psiquiátrica (RP), iniciada na década de 1980 (Amarante, 1998; 2011; Onocko-Campos; Campos; Palombini, 2007). Tal movimento inaugurou uma ruptura paradigmática ao deslocar o eixo do cuidado do isolamento institucional para a convivência em liberdade, inaugurando novas formas de compreender o sofrimento mental, o cuidado e a própria noção de sujeito.

Nesse horizonte, o cuidado em liberdade emerge como princípio ético-político que sustenta a atenção psicossocial contemporânea. Mais do que uma diretriz organizativa dos serviços, trata-se de uma mudança de sensibilidade: o cuidado reside na dimensão do sensível, implica reconhecer a pessoa em sua singularidade, história e inserção no mundo vivido, compreendendo que o sofrimento não se reduz ao sintoma, mas atravessa existências, vínculos e modos de estar no mundo. Nessa perspectiva, o foco do cuidado desloca-se do controle da doença para a escuta da experiência, convidando-nos a pensar o cuidado não como intervenção sobre o outro, mas como relação com o outro, em sua humanidade.

É nesse ponto que a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty oferece um solo fecundo para a compreensão do fenômeno investigado. Ao conceber o ser humano como um ser-no-mundo, Merleau-Ponty nos convida a compreender que toda experiência é vivida corporalmente e situada em um tecido de relações. O corpo, nessa perspectiva, não é apenas organismo, mas condição de possibilidade de toda experiência. Assim, compreender o cuidado em liberdade exige considerar os modos pelos quais ele é vivido, sentido e significado nos entrelaçamentos do cotidiano familiar (Merleau-Ponty, 2018).

A partir das lentes merleau-pontyanas, torna-se possível deslocar o olhar das estruturas institucionais para os mundos vividos. A Reforma Psiquiátrica, ao propor o cuidado territorial e comunitário, reorganizou serviços e reconfigurou modos de existir, convocando famílias, profissionais e usuários a habitar novas formas de relação com o sofrimento mental. Nesse

contexto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) materializa essa transformação ao articular dispositivos que privilegiam o cuidado no território, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de acolhimento e a Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2011).

Os CAPS, especialmente os CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), constituem dispositivos centrais desse modelo, ao oferecerem cuidado interdisciplinar orientado para a reinserção social e a construção de projetos de vida possíveis (Brasil, 2004a). Da mesma forma, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da ESF, assume papel fundamental ao sustentar o cuidado longitudinal no território, aproximando-se das realidades concretas onde a vida acontece.

Entretanto, apesar dos avanços produzidos por esse movimento, a consolidação do cuidado em liberdade permanece atravessada por tensões e desafios. Retrocessos nas políticas públicas, persistência do estigma e desigualdades no acesso aos serviços tensionam a efetivação desse paradigma (Lussi et al., 2019). No campo específico do alcoolismo, tais desafios tornam-se ainda mais complexos, uma vez que o consumo de álcool, por sua legalidade e inserção cultural, frequentemente dilui fronteiras entre normalidade e adoecimento.

O álcool, enquanto substância psicoativa lícita, ocupa lugar ambíguo na sociedade: simultaneamente integrado às práticas culturais e responsável por importantes agravos à saúde (Oliveira; Santana, 2015). Quando o consumo se torna habitual e interfere nos modos de viver, emergem repercussões que ultrapassam o indivíduo, alcançando o tecido familiar e social (Reis et al., 2014; 2022). Assim, o alcoolismo deixa de ser apenas uma condição individual e revela-se como experiência relacional.

No âmbito familiar, essa experiência se manifesta por meio de conflitos, rupturas, instabilidade emocional e sofrimento compartilhado. Famílias que convivem com pessoas alcoolistas frequentemente habitam cotidianos marcados por insegurança, ambivalência afetiva e desgaste emocional (Ribeiro; Sattler, 2023). A convivência prolongada com o alcoolismo pode gerar adoecimento psíquico nos familiares, impactar o desenvolvimento de crianças e adolescentes e fragilizar vínculos (Brasil, 2014; Silva, 2014).

Sob a perspectiva fenomenológica, tais repercussões não podem ser reduzidas a efeitos colaterais do alcoolismo, e precisam ser compreendidas como modos de existir em relação. Merleau-Ponty nos lembra que o eu e o outro se constituem em intercorporeidade, isto é, em um entrelaçamento originário. Assim, o sofrimento de um reverbera no corpo do outro, instaurando experiências compartilhadas de dor, cuidado e resistência.

Diante disso, torna-se fundamental reconhecer as famílias não apenas como coadjuvantes do cuidado, mas como sujeitos implicados em processos complexos de significação e enfrentamento. Estratégias que favoreçam o protagonismo familiar, a partilha de responsabilidades e o apoio mútuo tornam-se essenciais (Zerbetto et al., 2018). A inclusão das

famílias em ações de cuidado, prevenção e reabilitação constitui, portanto, dimensão central da atenção psicossocial (Brasil, 2014).

Nesse contexto, a criação de espaços coletivos de escuta e acolhimento revela-se fundamental. Tais espaços possibilitam a expressão do sofrimento e a ressignificação das experiências vividas, favorecendo processos de fortalecimento subjetivo e reconstrução de sentidos (Ferraboli et al., 2015). O cuidado à família, portanto, não se restringe ao suporte instrumental, mas envolve a criação de ambiências onde a palavra possa circular e o sofrimento possa ser compartilhado.

É nesse horizonte que se insere a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, a TCI configura-se como tecnologia leve de cuidado que privilegia a partilha de experiências, a valorização dos saberes populares e a construção coletiva de soluções (Barreto, 2010). Mais do que uma técnica, trata-se de um modo de encontro que reconhece a potência do grupo como espaço terapêutico.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a TCI tem se consolidado como estratégia potente na APS, ao promover vínculos, fortalecer redes de apoio e ampliar a autonomia dos sujeitos (Brasil, 2013; Guimarães; Soares; Santos, 2019). Sua lógica aproxima-se da fenomenologia ao valorizar a experiência vivida, a escuta sensível e o reconhecimento do outro em sua singularidade.

Assim, ao articular a fenomenologia merleau-pontyana com os princípios da Reforma Psiquiátrica, este estudo propõe um deslocamento do olhar: da objetivação do alcoolismo para a compreensão das experiências vividas pelas famílias. Interessa-nos acessar os sentidos que emergem nos encontros, nas narrativas e nas práticas cotidianas de cuidado, reconhecendo que o cuidado em liberdade não se realiza apenas nas políticas, mas nos gestos concretos do dia a dia.

Desse modo, investigar a percepção de famílias de pessoas alcoolistas sobre o cuidado em liberdade significa abrir espaço para que vozes historicamente silenciadas possam emergir. Trata-se de um movimento que reconhece a produção de conhecimento como processo ético, situado e relacional, no qual compreender é também cuidar. Assim, esta pesquisa se inscreve na confluência entre ciência e experiência, buscando desvelar não apenas um fenômeno, mas modos de existir que insistem em florescer mesmo em meio às adversidades.

1.2 VIVÊNCIAS QUE MOBILIZARAM A ESCOLHA DA TEMÁTICA A SE DESVELAR

A escolha da temática que orienta este estudo não emerge de um interesse abstrato, mas de uma travessia existencial marcada por encontros, afetos e experiências que se entrelaçam à minha trajetória de vida e formação acadêmica. A aproximação com o campo da saúde mental foi sendo tecida progressivamente, a partir de vivências que ultrapassaram o âmbito técnico e passaram a habitar o território do vivido.

Ainda durante a graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) estabeleci meus primeiros vínculos com o campo da saúde mental ao integrar o “Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental: Loucos por cidadania”, espaço que permanece como território de pertencimento até o presente. Nesse coletivo, a saúde mental deixou de ser apenas conteúdo curricular e passou a configurar-se como experiência compartilhada, atravessada por debates, encontros e inquietações que gradualmente ressignificaram meu modo de compreender o cuidado.

Nesse mesmo período, entre os anos de 2015 e 2016, vivenciei a experiência da Iniciação Científica, desenvolvendo o projeto intitulado “*Percepção de docentes universitários sobre o cuidado na perspectiva do uso de drogas*”. Esse momento representou o ingresso no universo da pesquisa e a descoberta da investigação como possibilidade de escuta ampliada. Foi ali que se inaugurou uma relação mais íntima com a produção de conhecimento, compreendida como exercício acadêmico e gesto ético de aproximação com experiências humanas complexas.

Em 2018, um ano após a conclusão da graduação, ingressei no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB), nível mestrado, dando continuidade ao percurso no campo da saúde mental, agora com maior densidade reflexiva. Ao longo dessa etapa formativa, aprofundi o olhar sobre o cuidado no contexto do uso de drogas, culminando, em 2021, na sustentação da dissertação intitulada “*O sentido da memória de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas em relação à convivência e cuidado de alcoolistas e suas famílias*”, vinculada à linha de pesquisa Família em seu Ciclo Vital.

O processo de construção dessa dissertação, desenvolvido a partir do método de História Oral, possibilitou uma imersão sensível nas narrativas de profissionais de saúde de um CAPS AD. Ao escutar memórias e experiências desses trabalhadores, tornou-se cada vez mais latente que o cuidado em saúde mental ultrapassa os limites institucionais, reverberando nos vínculos familiares e nos territórios existenciais onde a vida acontece. Nesse percurso, a família emergiu não apenas como coadjuvante, mas como núcleo profundamente implicado nas dinâmicas de sofrimento e cuidado, revelando-se como espaço simultâneo de vulnerabilidade e potência.

É importante destacar que, inicialmente, o meu projeto de pesquisa para o mestrado não contemplava a participação de profissionais de saúde, tampouco a utilização do método da História Oral. Havia um desejo de implementar um projeto envolvendo famílias convivendo com alcoolismo pautado na implementação de rodas de TCI, estratégia de cuidado à qual fui apresentada ainda durante a graduação em Enfermagem, no ano de 2015, momento em que seu potencial transformador despertou em mim um profundo envolvimento, nutrindo o desejo de me tornar terapeuta e de atuar no cuidado a pessoas em sofrimento mental em diferentes contextos. Contudo, a pandemia de COVID-19, que se instaurou entre o final de 2019 e o ano de 2020, período previsto para a operacionalização da pesquisa, impossibilitou sua realização, tendo em

vista a necessidade de encontros presenciais que poderiam expor os participantes ao adoecimento. Ainda assim, tal contexto não arrefeceu o desejo de aprofundamento nessa abordagem.

Dessa forma, ainda como discente do mestrado, vislumbrei uma oportunidade de estudar mais sobre a TCI e iniciei a formação como terapeuta nessa técnica pelo Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC), vinculado à Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM), em um percurso formativo realizado entre 2020 e 2021, de modo híbrido. A conclusão desse processo consolidou a qualificação técnica e fez florescer uma intencionalidade epistemológica: a de assumir, no doutorado, a condução das rodas de TCI como terapeuta-pesquisadora. Tal trajetória revelou uma aproximação progressiva entre experiência e produção do conhecimento, na qual a TCI estabelece afinidade teórico-epistemológica com a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, ao compreender que o sentido emerge no entrelaçamento entre o eu e o outro, no mundo vivido compartilhado, manifestando-se na intercorporeidade e na coexistência.

Então, em 2022, ao ingressar no doutorado no mesmo programa de pós-graduação em que concluí do curso de Mestrado, esse campo de inquietações ganhou novos contornos. A continuidade dos estudos em saúde mental, especialmente no cenário que envolve o uso habitual de álcool, crack e outras drogas, aprofundou a percepção de que o cuidado nesse contexto exige abordagens que ultrapassem modelos tradicionais. Tornou-se cada vez mais evidente a necessidade de ampliar estratégias que contemplassem não apenas os usuários, mas também suas famílias, frequentemente invisibilizadas nas práticas assistenciais.

Ao longo desse percurso, tornou-se possível perceber que, embora existam iniciativas voltadas ao cuidado familiar, muitas delas se configuram como ações pontuais, limitadas temporalmente e, por vezes, desarticuladas das realidades vividas nos territórios. Essa constatação produziu deslocamentos importantes no modo de compreender o cuidado, suscitando questionamentos acerca da continuidade, integralidade e efetividade das práticas de cuidado voltadas às famílias. Era o cenário perfeito para concretizar o desejo de entrelaçar produção de conhecimento com a produção de cuidado no contexto da saúde mental por meio da TCI.

Vale relatar, que, paralelamente a essa trajetória acadêmica, fui presenteada por Deus, no ano de 2025, com a aprovação no concurso público para enfermeira no município de Ipiaú-BR, cidade onde nasci, cresci e vivi minha infância, adolescência e os primeiros movimentos da vida adulta, antes de ingressar na universidade. Essa aprovação representou um retorno existencial ao meu mundo-da-vida, uma conquista profissional e um reencontro com minhas raízes, agora sob um novo modo de ser-no-mundo: o de quem cuida. Ao ser convidada pela Secretaria Municipal de Saúde para integrar a equipe do Centro de Atenção Psicossocial I

(CAPS I) como enfermeira efetiva, inaugurou-se, em mim, uma confirmação sensível de que meu percurso se inscreve no campo da saúde mental.

No entrelaçamento entre trajetória formativa: graduação, mestrado e doutorado; e prática profissional, reconheci a possibilidade de sustentar um cuidado que se ancora no respeito, empatia, autonomia e cidadania, como modos de presença junto ao outro. No cotidiano do serviço, ao habitar o cuidado em sua concretude, percebi, de forma ainda mais intensa, as tensões, os desafios e as potências que atravessam a consolidação de um modelo de atenção pautado na liberdade e na inclusão. Assim, as vivências no CAPS I reafirmam minha escolha e desvelam a necessidade de pesquisas que abordem as múltiplas faces desse cuidado, especialmente aquelas que reconhecem a família como parceira essencial na construção de práticas mais humanas, sensíveis e comprometidas com a complexidade do existir no contexto do sofrimento mental.

Portanto, as experiências acumuladas descritas acima, aliadas às lacunas identificadas na produção científica, mobilizaram a necessidade de continuar aprofundando a investigação sobre o cuidado em saúde mental a partir de uma perspectiva que privilegiasse o vivido de famílias que convivem com o alcoolismo. Emergiram, nesse caminhar, inquietações que passaram a orientar este estudo: como as famílias de pessoas alcoolistas percebem o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental? De que modo as famílias de pessoas alcoolistas vivenciam e significam o cuidado ao familiar nesse cenário? Como as famílias experienciam e enfrentam o sofrimento decorrente da convivência com o alcoolismo no cotidiano do cuidado?

Essas questões se apresentam tanto como problemas de pesquisa quanto como expressões de um percurso existencial que entrelaça sentir e pensar, experiência e reflexão. Elas nascem do encontro com o campo e retornam a ele como tentativa de compreensão, numa dinâmica que reconhece a pesquisa como movimento vivo, situado e relacional.

1.3 PERSPECTIVA DE ALCANÇAR RESPOSTAS ÀS INQUIETAÇÕES DO SENTIR E DO PENSAR RELACIONADOS À TEMÁTICA

Na tentativa de responder às inquietações que emergiram desse percurso, delineamos o objetivo que orienta esta investigação:

- Compreender a percepção de famílias de alcoolistas sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental;

Este estudo orienta-se pela compreensão do fenômeno a partir das experiências vividas pelos participantes. Insere-se no campo das investigações qualitativas de natureza compreensiva, voltadas à compreensão do que se revela no encontro entre pesquisadora e campo. Nesse percurso, a utilização da TCI como método de produção das descrições vivenciais favorece a abertura de um espaço de partilha, no qual narrativas, escutas e ressonâncias entre os

participantes permitem que as experiências se expressem em sua densidade. Assim, o espaço da investigação também se configura como espaço de cuidado, à medida que possibilita o acolhimento das experiências, a circulação da palavra e a construção coletiva de saberes diante do sofrimento vivido.

Nessa perspectiva, a TCI é adotada prioritariamente como dispositivo metodológico de acesso ao vivido, possibilitando que narrativas, afetos e significados emergjam a partir da partilha coletiva de experiências. Entretanto, por sua própria natureza dialógica e acolhedora, a TCI produz efeitos que ultrapassam a dimensão técnica da pesquisa, favorecendo processos de escuta, reconhecimento e fortalecimento subjetivo. Assim, ainda que o objetivo do estudo não seja intervir diretamente na realidade, reconhece-se que o método empregado carrega uma potência ética de cuidado.

A formulação do objetivo, portanto, guia-se pela intencionalidade compreensiva da investigação, voltada a desvelar a percepção de famílias de pessoas alcoolistas acerca do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental. Ao mesmo tempo, considera-se que o próprio percurso metodológico, ao criar espaços coletivos de fala e escuta, possibilita a emergência de experiências que, embora não planejadas como intervenção, configuram-se como práticas de cuidado em ato. Nesse sentido, conhecer e cuidar não se confundem, mas se aproximam no campo relacional onde a pesquisa se realiza.

Com o desenvolvimento deste estudo, pretende-se contribuir para a produção de conhecimentos acerca das possibilidades de cuidado em saúde mental orientadas pelos princípios da liberdade, autonomia e cidadania, especialmente no contexto do consumo habitual de álcool. Busca-se, ainda, identificar elementos vivenciais presentes no cotidiano de famílias de pessoas alcoolistas, oferecendo subsídios para práticas de cuidado mais sensíveis às realidades territoriais, particularmente no âmbito da APS.

Além disso, almeja-se enfatizar a TCI como estratégia potente para a produção de narrativas e sentidos no campo da saúde mental, destacando sua relevância como tecnologia leve que favorece espaços de escuta, acolhimento e compartilhamento de experiências. Quando desenvolvida no território da APS, a TCI amplia as possibilidades de cuidado psicossocial, ao fortalecer vínculos, redes de apoio e espaços coletivos de partilha, nos quais as experiências encontram escuta e ganham novos sentidos.

Assim, este estudo inscreve-se na confluência entre produção de conhecimento e sensibilidade ética diante do vivido. Ainda que não se configure como intervenção, reconhece-se que pesquisar, especialmente no campo da saúde mental, implica habitar espaços onde a escuta pode tornar-se cuidado. Mais do que responder a perguntas, busca-se abrir clareiras de compreensão, onde experiências possam emergir, ser compartilhadas e ressignificadas. Nesse movimento, a pesquisa se consolida como prática relacional, na qual compreender o outro é também um modo de cuidar do mundo comum que habitamos.

2. REVISÃO DA LITERATURA: RETOMADAS EM BUSCA DO IMPENSADO

A revisão de literatura, neste estudo, se constitui como levantamento de produções científicas e como movimento de aproximação progressiva ao fenômeno investigado. Mais do que reunir evidências, buscou-se construir um campo de inteligibilidade que permitisse vislumbrar o já dito e, sobretudo, aquilo que permanece à margem do pensamento, o ainda não tematizado. Nesse sentido, realizou-se uma revisão narrativa, compreendida como exercício interpretativo que possibilita revisitar saberes, tensionar consensos e abrir brechas para novas compreensões (Rothier, 2007).

A busca foi conduzida em bases de dados da área da saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), entre fevereiro de 2024 e dezembro de 2025, utilizando descritores relacionados a família, alcoolismo, saúde mental, cuidado e terapia comunitária. Foram incluídas produções publicadas entre 2005 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, além de obras e estudos considerados referências na temática, e documentos institucionais e legislações. A análise permitiu organizar o percurso reflexivo em quatro eixos temáticos: A família na contemporaneidade: um mundo de experiências compartilhadas; O alcoolismo como experiência que atravessa a família; Transformações do cuidado em saúde mental: do isolamento à coexistência; e Terapia Comunitária Integrativa: o cuidado que emerge do encontro.

Ao assumir uma postura fenomenológica, esta revisão não pretende esgotar o conhecimento produzido, mas situar o fenômeno em um horizonte de sentido. Como propõe Merleau-Ponty (2018), compreender um fenômeno não significa reduzi-lo a categorias explicativas, mas aproximar-se dele em sua espessura, reconhecendo-o como experiência encarnada no mundo vivido.

2.1 A FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE: UM MUNDO DE EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS

Durante muito tempo, o termo família foi compreendido como um agrupamento de indivíduos vinculados por laços de consanguinidade, casamento ou adoção, que compartilhavam o mesmo espaço doméstico e organizavam sua convivência cotidiana em torno de uma estrutura composta pelo chefe de família, esposa e filhos (Ahumada; Cochoy, 2008). Nesse horizonte de compreensão, a família foi historicamente concebida como a primeira instituição promotora de saúde e bem-estar, sendo o lugar inaugural onde o ser humano passa a habitar o mundo em relação com o outro (WHO, 1991). Sob uma leitura fenomenológica inspirada em Maurice Merleau-Ponty, pode-se compreender a família como uma das primeiras experiências de

coexistência, onde o sujeito se constitui na intercorporeidade com outros corpos e na tessitura sensível das relações que inauguram seu modo de ser-no-mundo (Merleau-Ponty, 2018).

Entretanto, a definição do que se configura como família não se apresenta como um conceito fixo ou universal, mas como um fenômeno aberto à pluralidade de significações, que se transforma conforme as condições históricas, culturais e existenciais que atravessam cada tempo e lugar. Nesse sentido, não existe um conceito ontológico estático de família. O que se evidencia é um campo de experiências vividas que se reorganiza continuamente no mundo-da-vida. Assim, as famílias que outrora eram predominantemente constituídas por um homem, uma mulher e sua prole passam a se reconfigurar, assumindo novos contornos e novas formas de coexistência, revelando a historicidade e a plasticidade das relações humanas (Coutinho; Gordilho, 2017).

É importante salientar que, por muito tempo, o conceito de família esteve associado ao chamado núcleo familiar tradicional, formado por um homem e uma mulher casados que compartilhavam a vida cotidiana com seus descendentes. Contudo, as transformações sociais tornaram visível uma ampla diversidade de formas familiares, ampliando os modos de ser-família no mundo contemporâneo (Figueiredo; Martins, 2009). Assim, passam a coexistir famílias constituídas por um único membro, por casais que reconstruíram suas trajetórias após outros casamentos, por casais que adotaram filhos, por aqueles que optaram pela parentalidade ou pela não parentalidade, por mães solo e por casais homoafetivos, entre outras configurações possíveis (Uziel, 2007). Essas diferentes formas de organização familiar revelam que a família se manifesta como experiência relacional plural, constituída na convivência entre sujeitos que compartilham o mesmo horizonte existencial.

No plano demográfico, sobretudo a partir da década de 1960, observaram-se mudanças expressivas na organização das famílias. Houve o aumento da idade média para o primeiro casamento e para o nascimento do primeiro filho, bem como uma elevação significativa nas taxas de divórcio, que chegaram a aumentar até vinte e cinco vezes. Paralelamente, verificou-se uma redução no número médio de filhos, acompanhada da diminuição da taxa de fecundidade, o que resultou na redução do tamanho médio das famílias de 3,8 para 2,7 membros (INE, 2010). Tais transformações indicam que os modos de viver em família acompanham as mudanças mais amplas da sociedade, revelando novas formas de organização da existência, nas quais os projetos de vida, as temporalidades e as expectativas dos sujeitos passam a ser ressignificados.

Nesse cenário de profundas transformações, a compreensão contemporânea de família passa a ser tecida a partir de outros fundamentos. Mais do que uma estrutura normativa, a família passa a ser compreendida como um espaço sustentado pela solidariedade social e pelas condições necessárias ao desenvolvimento humano, sendo o afeto reconhecido como elemento propulsor das relações que a constituem (Farias; Rosenvald, 2017). Nessa perspectiva, os arranjos familiares passam a se apoiar em princípios como a repersonalização, afetividade e

pluralidade, reconhecendo a centralidade das experiências vividas e da dimensão relacional na constituição das relações familiares (Dias, 2016).

A família contemporânea, fortemente marcada pelo afeto, passa a ser compreendida como um espaço orientado pela busca da felicidade e da realização existencial de seus membros. Nesse contexto, os vínculos que sustentam a vida familiar não se fundamentam exclusivamente em critérios jurídicos ou biológicos, mas sobretudo na construção de relações afetivas que se expressam na convivência cotidiana. Assim, ganha centralidade a busca pela realização plena dos sujeitos, mediada pela presença do afeto recíproco e pelo reconhecimento mútuo entre aqueles que compartilham a experiência de viver em família (Naves; Varela, 2018).

Diante desse cenário, a concepção contemporânea de família como um espaço de construção de vínculos afetivos se contrapõe à antiga compreensão que a apresentava como uma instituição natural, constante e indissolúvel, na qual o afeto ocupava um lugar secundário (Lôbo, 2016; Meira et al., 2021). A partir de uma leitura fenomenológica, essa transformação pode ser compreendida como um deslocamento na maneira como os sujeitos significam suas relações, permitindo reconhecer a família como um campo de experiências compartilhadas, no qual os vínculos se constituem e se transformam na dinâmica da convivência intersubjetiva.

Nesse sentido, o princípio da afetividade contribui para aquilo que alguns autores denominam de “desbiologização da paternidade”, uma vez que a consanguinidade deixa de ser compreendida como condição indispensável para a constituição da família (Menezes; Carvalho, 2019). Segundo essas autoras, famílias constituídas genuinamente por laços afetivos podem ser comparadas àquelas unidas pela ligação consanguínea. Assim, o pertencimento familiar passa a emergir da experiência compartilhada de convivência, cuidado e reconhecimento recíproco, na qual os sujeitos se reconhecem mutuamente como parte de um mesmo horizonte de vida.

A família configura-se, portanto, como um espaço singular de produção de significados e práticas relacionadas à saúde, ao adoecimento e ao cuidado. É nesse território relacional que se desenrolam experiências fundamentais da existência humana, como o viver, o adoecer e o morrer. Nesse sentido, compreender a dinâmica familiar implica reconhecer que o cuidado emerge na trama das relações cotidianas, nas quais os sujeitos se afetam mutuamente e constroem sentidos para suas experiências. Assim, a família pode ser compreendida como uma rede informal de cuidado que se articula com a rede oficial de serviços de saúde (Gutierrez; Minayo, 2010).

Dessa forma, entende-se que a família pode constituir-se tanto como fonte de apoio quanto como espaço de tensão ou sofrimento, exercendo forte influência sobre o processo saúde-doença. É também no interior da vida familiar que se aprendem e se reproduzem comportamentos relacionados à saúde, sendo possível que determinados sintomas físicos assumam funções adaptativas na dinâmica relacional da família e sejam mantidos por padrões interacionais específicos (Campbell; Larivaara, 2005). Sob essa perspectiva, o processo saúde-

doença é considerado experiência compartilhada, na qual os corpos se afetam mutuamente na tecitura das relações familiares.

Diante dessa discussão, entende-se que a função familiar envolve a capacidade de sustentar um certo equilíbrio nas relações entre seus membros, favorecendo a satisfação das necessidades humanas básicas. Essa função abrange dimensões biológicas, psicológicas, sociais, espirituais, culturais, educativas e econômicas da existência humana. Quando essa dinâmica relacional se organiza de forma funcional, a família consegue regular as interações entre seus membros, garantindo um estado de estabilidade relacional que favorece a continuidade da vida familiar (Ahumada; Cochoy, 2008; Meira et al., 2021).

A importância social da família frente a toda essa repercussão encontra reconhecimento no artigo 226 da Constituição Federal do Brasil, que afirma que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”. Tal entendimento também é reforçado pelo artigo 16 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que reconhece a família como o núcleo natural e fundamental da sociedade e assegura a ela a proteção da sociedade e do Estado (Brasil, 1990). Dessa forma, compreende-se que a família se configura como uma instituição social de profunda relevância na constituição da vida humana, influenciando os modos de viver, cuidar e existir em coletividade.

2.2 O ALCOOLISMO COMO EXPERIÊNCIA QUE ATRAVESSA A FAMÍLIA

O alcoolismo pode ser compreendido como uma patologia que atravessa o tecido relacional da família, não apenas pela presença de fatores genéticos, mas sobretudo porque o comportamento do sujeito que vivencia a dependência alcoólica reverbera na experiência cotidiana de todos os membros familiares. Nesse sentido, o fenômeno do alcoolismo não se circunscreve ao indivíduo, mas se inscreve na dinâmica intersubjetiva que sustenta a vida familiar, produzindo alterações no modo como os sujeitos convivem, percebem-se e se afetam mutuamente. É nesse contexto que emerge a noção de “família alcoólica”, compreendida como aquela em cuja composição há pelo menos um membro dependente do álcool e cuja presença reorganiza os modos de ser e de coexistir no interior do lar (Bratek; Beil; Banach, 2013). Na maioria dos casos, esse membro é representado pelo marido e/ou pai, fazendo com que a experiência de dependência incida de maneira significativa sobre o cotidiano e sobre as relações familiares (Mangueira; Lopes, 2014).

Essa condição tem sido reconhecida como uma séria questão de saúde pública. Conforme explicitado pelo Ministério da Saúde (MS), o uso do álcool configura-se como um problema de caráter global que atravessa diferentes camadas sociais e repercute nas diversas etapas do ciclo da vida. Tal fenômeno produz múltiplos danos, muitas vezes invisibilizados no cotidiano, mas profundamente onerosos para os indivíduos, suas famílias e sociedade (Brasil, 2004b). Assim, o consumo de álcool ultrapassa a esfera do comportamento individual e passa a

se constituir como um fenômeno social complexo, que demanda compreensão ampliada e respostas coletivas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente dois bilhões de pessoas no mundo consomem álcool a cada ano, o que corresponde a cerca de 43% da população mundial com mais de 15 anos de idade. Esse dado evidencia a amplitude do fenômeno e reforça o reconhecimento do uso de álcool como um dos principais fatores de risco para a vida humana, tendo em vista suas repercussões sobre a mortalidade, morbidade e incapacidades. Estima-se que cerca de 3,3 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência do consumo habitual de álcool, sendo os jovens entre 20 e 49 anos o grupo mais afetado pelo desfecho morte associado a essa substância, o que representa uma perda significativa da população economicamente ativa (WHO, 2018).

Os transtornos provocados pelo alcoolismo repercutem de maneira intensa sobre a vida familiar, afetando profundamente as relações entre seus membros. A convivência com o alcoolismo tende a favorecer o surgimento de conflitos familiares, episódios de agressões físicas, verbais e psicológicas, abandono, dificuldades financeiras e problemas relacionados à saúde. O cotidiano de uma família que convive com o alcoolismo frequentemente é atravessado por momentos de tensão e instabilidade, produzindo um ambiente marcado pela insegurança, imprevisibilidade e rupturas no equilíbrio relacional (Mangueira; Lopes, 2014; Carvalho et al., 2023). Sob uma perspectiva fenomenológica, pode-se compreender que tais experiências afetam o modo como os sujeitos habitam o espaço familiar, transformando o lar, que deveria ser um lugar de acolhimento, em um território permeado por sofrimento e vulnerabilidade.

Nesse contexto, a sobrecarga emocional vivenciada no cotidiano familiar pode favorecer o surgimento de distúrbios comportamentais e adoecimentos físicos e psíquicos entre os membros da família que convivem com o alcoolismo. Muitas vezes, essa experiência torna-se insustentável, resultando em distanciamentos, rupturas e fragilização dos vínculos familiares (Brasil, 2014). Além disso, crianças e adolescentes que crescem em contextos marcados pelo alcoolismo podem ter seu desenvolvimento comprometido, uma vez que são expostos a situações de violência e instabilidade emocional no ambiente doméstico (Carias; Granato, 2021; Meira et al., 2021; Souza; Carvalho, 2012). Assim, o sofrimento provocado pelo alcoolismo ultrapassa a experiência individual e passa a se inscrever na história vivida de toda a família.

Nessa perspectiva, o alcoolismo constitui uma das principais causas de conflitos conjugais no interior do núcleo familiar, estando frequentemente associado a episódios de violência doméstica. Quando o pai ou companheiro vivencia a dependência alcoólica, suas atitudes podem repercutir diretamente no desenvolvimento social e escolar dos filhos, especialmente quando estes se tornam vítimas de agressões ou presenciam situações de violência em seu lar. Nessas circunstâncias, os efeitos da embriaguez tornam-se ainda mais

intensos quando acompanhados por brigas e agressões verbais ou físicas, ampliando o impacto emocional sobre os membros da família (Silva, 2014).

Alguns autores também destacam que pessoas em situação de dependência alcoólica podem tornar-se emocionalmente indisponíveis para seus familiares, o que dificulta o estabelecimento ou a manutenção de vínculos afetivos consistentes. Nesse cenário, o consumo habitual de álcool pode comprometer as relações entre pais e filhos, entre parceiros conjugais e entre os diferentes membros da família, fragilizando o funcionamento do lar e comprometendo a qualidade das relações que sustentam a vida familiar (Ribeiro; Sattler, 2023; Carias; Granato, 2021). Sob essa ótica, o alcoolismo se apresenta como fenômeno que afeta a própria intercorporeidade familiar, interferindo nas formas de cuidado, presença e reconhecimento entre os sujeitos.

Assim, reconhecer que o consumo habitual de álcool constitui um fenômeno multifatorial que atravessa o cotidiano não apenas do indivíduo que consome a substância, mas também de sua família, é ação necessária. Por essa razão, as ações interventivas voltadas ao enfrentamento do alcoolismo não podem se restringir à atuação de um único campo do conhecimento, de uma única política pública ou de um único profissional. O enfrentamento dessa problemática exige a formulação de estratégias intersetoriais que articulem saúde pública, inclusão social e segurança, uma vez que o binômio usuário-família frequentemente encontra-se em situação de vulnerabilidade e exposto à violação de direitos (Carvalho et al., 2023; Brasil, 2016a). Torna-se fundamental a articulação entre diferentes esferas de governo e o fortalecimento de redes de apoio social voltadas para a prevenção, tratamento, cuidado e promoção da saúde, assegurando direitos e autonomia.

Diante desse cenário, é imprescindível que os familiares compreendam a complexidade do alcoolismo e conheçam estratégias adequadas de enfrentamento. Isso envolve discutir, no interior do próprio grupo familiar, a divisão de responsabilidades relacionadas ao cuidado, bem como refletir sobre atitudes e práticas que possam favorecer o fortalecimento dos vínculos e a reorganização da vida cotidiana (Gonçalves; Galera, 2010; Meira et al., 2021). Assim, a participação ativa da família no processo de cuidado, em programas de prevenção, tratamento e acompanhamento torna-se um elemento central para a qualificação do cuidado e saúde familiar (Brasil, 2014).

Nesse contexto, ampliar as ações de saúde coletiva voltadas ao enfrentamento do alcoolismo, conforme preconizam as políticas públicas do Ministério da Saúde, é ação essencial. Tais ações devem considerar a pessoa que vivencia a dependência alcoólica e sua família, reconhecendo que o sofrimento provocado pelo alcoolismo se estende a todos aqueles que compartilham o mesmo espaço de convivência. Muitas vezes, os familiares adoecem nesse processo, podendo inclusive reproduzir padrões de consumo aprendidos no próprio contexto familiar. Por essa razão, o acompanhamento familiar torna-se essencial nos casos de

dependência alcoólica, possibilitando abordar tanto o padrão de consumo do indivíduo quanto a reconstrução das relações familiares e o resgate dos papéis exercidos por cada membro no interior da família. Assim, à luz das políticas públicas, torna-se fundamental incluir os familiares no planejamento e na execução das ações de cuidado, e reconhecer o alcoolismo como um fenômeno que exige uma abordagem coletiva e integrada (Ferraboli, 2015).

Além disso, destaca-se a importância da criação de espaços de apoio e suporte psicológico destinados às famílias. Esses espaços, que podem assumir caráter individual ou coletivo, possibilitam a expressão das experiências vividas, a elaboração do sofrimento e o fortalecimento dos sujeitos envolvidos. Ao favorecer o compartilhamento das vivências e a construção de novas possibilidades de enfrentamento, tais iniciativas contribuem para a promoção da autoestima, equilíbrio emocional e reconstrução dos vínculos familiares fragilizados pelo alcoolismo (Ferraboli, 2015; Ribeiro; Sattler, 2023).

2.3 TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DO ISOLAMENTO À COEXISTÊNCIA

O final da década de 1970 foi marcado por acontecimentos históricos que impulsionaram profundas transformações no campo da saúde mental no Brasil. Nesse período, emergiram movimentos sociais motivados pela insatisfação da população com as precárias condições da assistência em saúde, especialmente diante da violência institucional presente nos manicômios e da mercantilização da loucura sustentada por um modelo hospitalocêntrico. Nesse cenário, ganhou força o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e inaugurou novas formas de pensar o cuidado em saúde. Paralelamente, consolidou-se a Reforma Psiquiátrica (RP), que passou a defender a desinstitucionalização do cuidado e a construção de práticas mais humanizadas, territoriais e comunitárias (Brasil, 2005a).

Após a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a se constituir como dispositivos estratégicos na reorganização do cuidado em saúde mental, deslocando o eixo assistencial do modelo hospitalocêntrico para uma lógica territorial, comunitária e centrada na vida dos sujeitos (Amarante, 2011; Brasil, 2013).

Inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os CAPS contribuem para a qualificação do cuidado ao promoverem práticas interdisciplinares, acolhimento contínuo e construção compartilhada de projetos terapêuticos, considerando as singularidades e os contextos de vida dos usuários. Nesse sentido, mais do que ofertar serviços, os CAPS configuram-se como espaços de encontro, onde o cuidado se realiza na relação, na escuta e na produção de vínculos, favorecendo processos de reinserção social, autonomia e cidadania. Assim, sua atuação no território amplia as possibilidades de cuidado em liberdade, eixo central

defendido pela RP, reconhecendo que o sofrimento psíquico se inscreve nas tramas das relações, e exige respostas sensíveis, integrais e comprometidas com a transformação das práticas em saúde mental (Brasil, 2013).

Movimentos semelhantes também ocorreram em outros países. No Canadá, por exemplo, o cuidado em saúde mental esteve, durante muito tempo, centrado em instituições psiquiátricas. Contudo, a incompatibilidade entre esse modelo asilar, marcado pelo isolamento dos sujeitos e pela violação de direitos, e as novas concepções de saúde voltadas à promoção, prevenção e descentralização levou ao surgimento da chamada Revolução Tranquila. Esse movimento impulsionou a transição para formas de cuidado mais comunitárias e integradas ao cotidiano social dos sujeitos (Junior; Silva; Dain, 2006; Frazatto; Bigatto, 2019).

Apesar desses avanços históricos, garantir cuidado de qualidade às pessoas em sofrimento mental permanece como um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Estudos apontam que indivíduos com transtornos mentais apresentam taxas de mortalidade duas a três vezes maiores do que a população geral, além de redução significativa na expectativa de vida, que pode alcançar até trinta anos. Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem ressaltado a necessidade de fortalecer políticas e práticas de cuidado capazes de enfrentar tais desigualdades (Cook et al., 2015; WHO, 2018).

Entre os fatores que contribuem para esse quadro, destaca-se a fragilidade na articulação entre os diferentes pontos das redes de atenção à saúde e a escassez de profissionais capacitados para lidar com o sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde (APS). Como consequência, observa-se dificuldade na identificação precoce das demandas em saúde mental, sobrecarga dos serviços especializados e barreiras no acesso da população aos cuidados necessários (Paulon; Neves, 2013; Hirdes, 2015; Athié et al., 2016).

Em resposta a essas dificuldades, diversos países têm buscado fortalecer estratégias de integração entre os serviços especializados em saúde mental e as equipes da APS. Experiências desenvolvidas no Reino Unido, Irlanda, Espanha, Canadá e Austrália evidenciam esforços voltados à construção de modelos assistenciais mais integrados, capazes de ampliar a resolutividade e a continuidade do cuidado em saúde mental (Oliveira; Campos, 2015; Kelly et al., 2011).

Nesse contexto, destacam-se experiências baseadas no cuidado compartilhado (*shared care*) e no cuidado colaborativo (*collaborative care*), especialmente observadas na Austrália e no Canadá. Esses modelos buscam promover maior cooperação entre profissionais de diferentes áreas e níveis de atenção, favorecendo a construção conjunta de planos terapêuticos e ampliação da capacidade de resposta dos sistemas de saúde diante das demandas em saúde mental (Bower et al., 2006; Smith; Allwright; O'Dowd, 2007; Barbosa et al., 2023; van Namen et al., 2023; WHO, 2023; SAMHSA, 2024).

No cuidado colaborativo, profissionais da APS e especialistas atuam de forma articulada na elaboração e no acompanhamento dos planos terapêuticos. Esse modelo pressupõe mecanismos organizacionais que favoreçam a coordenação do cuidado pela APS, bem como estratégias de comunicação e compartilhamento de informações sobre a evolução dos pacientes, fortalecendo a continuidade do cuidado (Oliveira; Campos, 2015).

No Brasil, uma proposta que dialoga com essas experiências é o matriciamento em saúde. Essa estratégia busca ampliar as possibilidades de cuidado integral por meio da integração entre diferentes áreas da atenção à saúde. O apoio matricial constitui um dispositivo pedagógico-terapêutico que favorece a corresponsabilização entre equipes e usuários, estimulando a troca de saberes e fortalecendo a capacidade resolutiva das equipes de referência (Castro; Oliveira; Campos, 2016; Treichel; Campos; Campos, 2019).

No âmbito da APS, também se destacam estratégias voltadas para a promoção e prevenção em saúde mental, incluindo intervenções coletivas e atividades grupais. Práticas como grupos de apoio e a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) possibilitam a criação de espaços de escuta e compartilhamento de experiências, fortalecendo vínculos comunitários e ampliando as redes de cuidado no território (De Marchi; Mori Junior; Nunes, 2020).

Entretanto, compreender os sistemas e políticas de saúde mental exige reconhecer sua natureza complexa e profundamente atravessada por fatores sociais, históricos, econômicos e políticos. Essas dimensões influenciam diretamente as possibilidades de organização do cuidado, evidenciando que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido de maneira isolada das condições concretas de vida dos sujeitos (De Marchi; Mori Junior; Nunes, 2020).

Nesse contexto, estratégias como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) tornam-se fundamentais para a condução do cuidado em saúde mental no Brasil. O PTS consiste em um conjunto de propostas terapêuticas construídas de forma compartilhada entre equipes, usuários e familiares, considerando as singularidades do contexto em que essas pessoas vivem. Trata-se de um dispositivo que busca promover cuidado integral, centrado na experiência de vida dos sujeitos (Hori; Nascimento, 2014).

Além disso, observa-se internacionalmente o fortalecimento de políticas que reconhecem a participação ativa dos usuários na construção das práticas e decisões em saúde mental. Países como Holanda e Portugal tornaram-se referências ao adotar abordagens que priorizam a descriminalização do uso de drogas e a implementação de estratégias de cuidado baseadas na redução de danos e na inclusão social dos usuários. Nesse sentido, a Redução de Danos surge como uma perspectiva ética de cuidado, que busca minimizar os prejuízos associados ao consumo de substâncias e promover autonomia e cidadania. No Brasil, essa abordagem ganhou visibilidade inicialmente na resposta à epidemia de HIV/AIDS e, posteriormente, passou a integrar as políticas públicas de atenção em saúde mental e uso de drogas (Buxton, 2010; Sodelli, 2010; Cruz, 2011; Marchetti, 2022; Mesquita, 2020; Pires;

Santos, 2021; Laranjeira; Junguerman; Dunn, 2024; Carvalho, 2010; Ferrugem, 2020; Oliveira et al., 2023).

Diante desse percurso histórico, político e assistencial, evidencia-se que o cuidado em saúde mental se constitui como um campo em permanente construção, atravessado por avanços, tensões e desafios que se atualizam no cotidiano das práticas de cuidado. Mais do que a implementação de modelos ou dispositivos, trata-se de reconhecer o cuidado como experiência situada, que se produz no entrelaçamento entre sujeitos, territórios e modos de viver. Nesse horizonte, é preciso sustentar práticas que ultrapassem a lógica fragmentada e institucionalizante, abrindo espaço para o cuidado em liberdade, centrado na singularidade, na escuta e na corresponsabilização. Compreender o cuidado em saúde mental implica revisitar seus marcos históricos e organizacionais, e, sobretudo, aproximar-se dos modos como ele é vivido, sentido e significado pelos sujeitos em seu mundo da vida, onde o cuidado se realiza como relação e possibilidade de transformação.

2.4 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: O CUIDADO QUE EMERGE DO ENCONTRO

Como já discutido, o consumo habitual de álcool constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de diversas comorbidades físicas e psíquicas, podendo comprometer a capacidade do sujeito de regular seu próprio uso da substância. Quando esse processo se intensifica, instala-se aquilo que se reconhece como dependência alcoólica, marcada por dificuldades no controle do consumo e por repercussões significativas nas dimensões biológica, psicológica e social da existência (Claro et al., 2015). Sob uma perspectiva fenomenológica, o alcoolismo é uma experiência que atravessa o corpo vivido do sujeito, reorganizando suas relações com o mundo, com o tempo e com os outros.

Historicamente, o cuidado em saúde mental destinado às pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas foi marcado por práticas de exclusão, desumanização e violação de direitos. Durante muitos anos, prevaleceu no Brasil um modelo de assistência centrado na institucionalização e no isolamento social, no qual os sujeitos eram afastados da convivência comunitária e submetidos a tratamentos que pouco reconheciam sua dignidade e singularidade (Santos et al., 2018; Cunha et al., 2017).

Esse cenário começou a se transformar com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propôs uma ruptura com o modelo manicomial e buscou garantir uma assistência integral às pessoas em sofrimento mental. A partir desse movimento, passou-se a reconhecer a necessidade de construir práticas de cuidado mais humanas, capazes de considerar o sujeito em sua complexidade existencial e em sua inserção no mundo social (Santos et al., 2018; Cunha et al., 2017).

Com a Reforma Psiquiátrica, ocorreu uma reorientação importante no modelo de atenção à saúde mental, com valorização crescente da APS como espaço estratégico para o cuidado. Nesse contexto, foram introduzidos modelos assistenciais baseados no cuidado em liberdade, desenvolvidos no território e articulados com a comunidade (Guimarães; Soares; Santos, 2019).

A proposta de instituir um cuidado integral às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas emerge justamente da necessidade de superar o modelo tradicional, centrado na internação, medicalização e exclusão social. Esse modelo anterior privilegiava práticas verticalizadas, voltadas predominantemente para o controle da doença, desconsiderando as dimensões existenciais e sociais que atravessam o sofrimento humano (Silva et al., 2016).

Nesse novo horizonte de cuidado, a criação de uma rede extra-hospitalar de serviços de saúde mental passou a constituir elemento fundamental para a promoção da saúde e para a implementação de estratégias de intervenção precoce. Essa rede busca favorecer o cuidado em liberdade no território, bem como desenvolver ações voltadas à reabilitação psicossocial e à reinserção das pessoas em seus contextos de vida (Guimarães; Soares; Santos, 2019).

Nesse cenário de transformação das práticas de cuidado, ganham destaque as práticas terapêuticas não tradicionais voltadas à saúde mental, incluindo aquelas direcionadas às pessoas que fazem uso de substância psicoativas, como o álcool. Entre essas práticas encontram-se as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), que se distanciam do paradigma biomédico estritamente curativista e valorizam abordagens que consideram o sujeito em sua integralidade (Muricy et al., 2022; Gaete et al., 2020).

No Brasil, essas práticas foram institucionalizadas com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que reafirma o princípio da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as práticas reconhecidas pela política encontram-se, por exemplo, acupuntura, homeopatia, musicoterapia, osteopatia, quiropraxia, Reiki, terapia comunitária, biodança, yoga, massoterapia e auriculoterapia, entre outras modalidades de cuidado (Brasil, 2015; Brasil, 2017a).

No contexto do alcoolismo, as PICs podem atuar como estratégias de enfrentamento do uso abusivo de substâncias e de apoio nos processos de recaída, possibilitando a ressignificação das experiências vividas e das atividades cotidianas. Além disso, essas práticas favorecem a expressão de sentimentos, contribuindo para a redução da ansiedade, fortalecimento do bem-estar e diminuição do consumo de drogas (Souza et al., 2017).

Entre essas estratégias de cuidado destaca-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), criada pelo Professor Doutor Adalberto de Paula Barreto. A TCI surgiu da percepção de que modelos de cuidado excessivamente centrados na medicalização eram insuficientes para responder às complexidades do sofrimento humano. Assim, a proposta da TCI busca romper com a verticalização característica do modelo biomédico, criando espaços coletivos de partilha

das experiências de dor e sofrimento (Carvalho; Romero; Ferreira Filha, 2013; Lemes et al., 2020).

A experiência de implantação da TCI teve início na década de 1980, embora as primeiras publicações sobre sua eficácia tenham se intensificado a partir de 2006. Desde então, diversos estudos vêm demonstrando sua aplicabilidade em diferentes campos da saúde, incluindo saúde mental, saúde da mulher, saúde da pessoa idosa, saúde da criança e cuidado a usuários de álcool e outras drogas. Sua acessibilidade, baixo custo e potencial de mobilização comunitária têm contribuído para sua expansão como prática complementar de cuidado (Ferreira Filha; Lazarte; Barreto, 2015; Mourão et al., 2016; Gaete et al., 2020).

Desse modo, a TCI configura-se como um espaço coletivo de encontro, no qual os participantes compartilham experiências, saberes e estratégias de enfrentamento. Nesse espaço, as histórias de vida são acolhidas e reconhecidas, favorecendo a construção de vínculos, reciprocidade e solidariedade entre os participantes. Assim, a TCI possibilita a construção de redes de apoio e a valorização das experiências singulares de cada sujeito (Brasil, 2013; Azevedo et al., 2013; Feisther; Losso, 2023; Lazarte, 2013; Gaete et al., 2020).

Essa prática fundamenta-se em cinco pilares teóricos principais: Pensamento Sistêmico, Pragmática da Comunicação, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência. Esses referenciais orientam a compreensão de que o sofrimento humano deve ser entendido dentro de um contexto relacional mais amplo, no qual comunicação, cultura, diálogo e aprendizado coletivo desempenham papéis fundamentais no processo de cuidado (Barreto, 2010; Watzlawick et al., 1993; Frost; Hoebel, 2006; Freire, 1979).

Entre esses pilares, destaca-se a resiliência como capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de transformar experiências de sofrimento em possibilidades de aprendizado e fortalecimento. Na TCI, o objetivo não é resolver diretamente os problemas apresentados, mas favorecer a construção de novos modos de enfrentamento da vida, por meio do compartilhamento das experiências e do fortalecimento dos vínculos comunitários (Barreto, 2010; Grandesso; Amarante, 2007).

Por fim, a TCI tem se consolidado como uma tecnologia leve de cuidado em saúde mental, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Ao favorecer a criação de redes sociais solidárias e promover o fortalecimento da autonomia, da autoestima e do protagonismo dos sujeitos, essa estratégia contribui para a reabilitação psicossocial e para a reinserção social de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, torna-se fundamental que as políticas públicas de saúde ampliem o reconhecimento e a incorporação de práticas psicossociais e integrativas nos serviços de saúde, de modo a fortalecer estratégias de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental (Guimarães; Soares; Santos, 2019; Tesser; Souza, 2012; Feisther; Losso, 2023; Oliveira et al., 2023).

Diante disso, compreende-se que o cuidado no contexto do sofrimento mental exige superação de modelos reducionistas e adoção de práticas que reconheçam a complexidade da existência humana em sua dimensão vivida. Nesse horizonte, o alcoolismo, por exemplo, deixa de ser uma condição clínica e passa a ser experiência que atravessa o sujeito em suas relações com o mundo, com o outro e consigo mesmo. Portanto, estratégias como a TCI emergem como potentes dispositivos de cuidado, ao favorecerem espaços de escuta, partilha, construção coletiva de sentidos, ressignificação das vivências e o fortalecimento de vínculos. O cuidado em saúde mental, nesse cenário, se firmar como prática relacional, territorial e intersubjetiva, comprometida com a promoção da autonomia, liberdade e reinvenção dos modos de existir, especialmente no cotidiano das famílias que convivem com o alcoolismo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO: CONTATO PRIMÁRIO COM A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO DE MERLEAU-PONTY

A fenomenologia caracteriza-se como um movimento filosófico, que surgiu na Alemanha, com os estudos de Edmundo Husserl, recebendo influências, principalmente, de Platão, Descartes e Brentano. Mas essa corrente filosófica não se deteve apenas aos estudos husserlianos, outros filósofos também foram influenciados e aderiram a essa forma de ver o mundo, a saber, Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre e Maurice Merleau-Ponty (Silva; Lopes; Diniz, 2008). Estes pensadores e outros que seguiram e que seguem esse paradigma defendem que a abordagem fenomenológica proporciona o saber-compreensão, visto que enfatiza a valorização do ser em sua singularidade, preocupando-se com tudo que se manifesta de forma não deliberada, ou seja, como fenômeno (Capalbo, 1996).

Dentre os filósofos inscritos no campo da fenomenologia clássica, para fundamentar este estudo, optamos por Maurice Merleau-Ponty, ao entender que sua visão de mundo se alinha à intencionalidade relativa ao tema que propusemos pesquisar, qual seja, a “Percepção de famílias de alcoolistas sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental”. Trata-se de um estudo que visa descrever e compreender vivências mediante relação intersubjetiva, o que impõe o entrelaçamento de experiências perceptivas envolvendo pesquisadoras e participantes da pesquisa.

Seguindo a tradição filosófica de Edmund Husserl, precursor do método fenomenológico, na tentativa de conhecer como os vividos se mostram (Husserl, 2024) Merleau-Ponty considerou a fenomenologia como o estudo das essências, não mais a essência da consciência, mas a essência da percepção, que opera por meio do *corpo próprio*, da temporalidade.

Assim, Merleau-Ponty buscou resgatar, não apenas algo que existiu desde a antiguidade, que é a relação entre filosofia e percepção, mas as contribuições da percepção à produção do conhecimento, ou seja, a percepção passa a ser considerada para além de um simples auxiliar ao conhecimento, não mais como uma barreira aos processos cognitivos, ou mesmo uma coisa capaz de nos enganar. Ao contrário, Merleau-Ponty confere um novo status à percepção, que, para ele, trata-se de nosso contato imediato com o mundo, pois antes de transformar-se em pensamento elaborado, entre nós e as coisas há uma relação sensível; mas, por diversos motivos, que se estenderam ao longo da história da filosofia, ignoramos esse contato primário, em detrimento de processos intelectivos (Chauí, 2002).

Desta forma, Merleau-Ponty coaduna com o pensamento husserliano de que a fenomenologia constitui um retorno às coisas mesmas, isto é, o retorno à experiência perceptiva, como vivência primordial, primária, anterior à qualquer reflexão ou experiência intelectual. Nessa lógica Merleau-Ponty dialoga com várias áreas do conhecimento como a arte, a literatura, o cinema, a anatomia, a fisiologia (Merleau-Ponty, 2013a, 2014, 2018). Especialmente na arte e

na estética, ele encontrou uma possibilidade interessante de filosofar, qual seja, dando dignidade à dimensão sensível. Assim, se contrapõe à racionalidade moderna, que se assentava no primado da certeza, da objetividade e da adequação.

Nessa perspectiva, apoiadas na fenomenologia da percepção merleau-pontyana, neste estudo, estamos interessadas no sentido da experiência de famílias que vivenciam a conviabilidade com membros alcoolistas, acerca do cuidado em liberdade. Logo, estamos em busca do sentido dessas vivências que, para nós, parecem não fazer sentido, que é, por exemplo, o fato de a família defender formas de cuidado ao alcoolista em espaços fechados, de reclusão social e familiar, não obstante, há mais de vinte anos, a política nacional brasileira de saúde mental ter legitimado o cuidado em liberdade e a estratégia de redução de danos como lógicas de cuidado às pessoas consumidoras habituais de álcool e outras drogas (Brasil, 2001; Brasil, 2005b).

Portanto, quando nos propomos, por meio da pesquisa, buscar o sentido dessas vivências, nos declinamos a dar explicações aos fenômenos, mas pretendemos desvelar e compreender o sentido mais existencial, o sentido da vida, que as famílias podem mostrar por meio das escolhas que fazem ao buscarem formas de cuidar dos membros que vivenciam a experiência do alcoolismo. Por exemplo, durante a produção vivencial da pesquisa, podemos questionar os membros no grupo familiar: por que vocês preferem a Comunidade Terapêutica para o tratamento da pessoa alcoolista, ao invés de um serviço de atendimento aberto, comunitário? Esta pergunta, ela é fenomenológica, na medida em que envolve o fazer escolhas, as quais são mobilizadas por uma percepção que as embasa.

Nessa perspectiva, a fenomenologia merleau-pontyana se contrapõe ao pensamento cartesiano, que coloca o filosofar no lugar da busca da certeza. Merleau-Ponty, em certo sentido, se aproxima mais da filosofia grega, que se interessava pela estranheza do mundo circundante e pela afetação gerada por esse mundo (Merleau-Ponty, 2013b). O que se evidencia nos escritos de Merleau-Ponty é a paixão por ser instado a pensar, refletir e criar a partir do espanto, do diferente, do novo que surge (Merleau-Ponty, 2014). Portanto, cremos que a fenomenologia desse filósofo contribuirá com a sustentação de nosso estudo, pois, diante das descrições vivenciais construídas na intersubjetividade com os participantes da pesquisa, fará com que saíamos do lugar das convicções e ocupemos o lugar do espanto, da dúvida, da incerteza. Por conseguinte, seremos instadas a criar, a reinventar, a reaprender a ver o mundo (Alvim, 2020; Husserl, 2020).

Em seu diálogo com a arte, Merleau-Ponty compreende que não há dicotomia entre consciência e mundo, que não é a consciência que dá sentido ao mundo, uma vez que estamos imbricados nele (Merleau-Ponty, 2014). Nessa lógica, se em Husserl a consciência é sempre consciência de algo (Husserl, 2020), com Merleau-Ponty nasce o protagonismo do *corpo*, um *corpo* que sente, que é dotado dos cinco sentidos, que se articulam como percepção, dando

sentido ao mundo, ou seja, o *corpo* ocupa o lugar de senciente, aquele que, por ser dotado dos sentidos, é capaz de dar sentido às coisas (Chauí, 2002).

Sendo assim, em Merleau-Ponty, há uma valorização do *corpo* como algo indispensável à nossa percepção do existir, à descoberta de nós mesmos, uma vez que, só sabemos que existimos porque somos um *corpo* no mundo. Portanto, Merleau-Ponty é reconhecido como o filósofo do *corpo* (Alvim, 2011), principalmente por abrir possibilidade para se pensar o *corpo* na fenomenologia. Sua fenomenologia é, também, considerada como filosofia da experiência (Muller, 2001) uma vez que esta é sempre corporal; é na condição de *corpo* que existimos, sentimos, falamos, gesticulamos, tocamos, estamos no mundo, logo, a nossa experiência vivida é uma experiência corporal.

Em sua fenomenologia da percepção ou da experiência, Merleau-Ponty discorre sobre a noção de *corpo próprio* (Merleau-Ponty, 2018). O *corpo* se relaciona a nossa vivência do tempo ou temporalidade, que corresponde à dinâmica operativa da percepção, ao movimento que emerge de um horizonte de passado, irrefletido e reflexivo, que se atualiza no presente e se projeta, como horizonte de futuro, para um universo virtual. Esse fluxo é contínuo; é a constante mobilidade do *corpo* habitado e animado pela percepção. Assim, por meio do *corpo*, como fluxo temporal, podemos nos tornar *um outro eu mesmo*; e esta capacidade de tornar-se *outro*, a partir da temporalidade, o filósofo designou de “*próprio*”. Por isso, a noção de “*corpo próprio*”. O “*corpo*”, se referindo ao fluxo temporal e o “*próprio*”, como sendo a capacidade de tornar-se *outro* mediante esse fluxo (Merleau-Ponty, 2018).

No decorrer dos estudos sobre Merleau-Ponty, constatamos que ele aborda acerca do *corpo próprio* em cinco dimensões, a saber: *corpo habitual*, *corpo perceptivo*, *corpo sexuado*, *corpo falante* e *corpo do outro* (Merleau-Ponty, 2018). O *corpo habitual* se refere ao universo pré-reflexivo que preenche os nossos atos, por exemplo, quando aprendemos a pedalar bicicleta o nosso *corpo* formula um sistema de equivalência psicomotor, o que permite que jamais esqueçamos esse hábito. Porém, cada vez que pedalamos, o fazemos com algo distinto, que caracteriza o ato criativo e a novidade. Logo, o habitual em Merleau-Ponty não significa algo que apenas se repete, mas se repete trazendo uma novidade, o que tem a ver com a nossa capacidade criativa.

Sobre o *corpo perceptivo*, o autor faz ver que consiste na ação motora do *corpo*, movido por um hábito, uma intencionalidade, um desejo irrefletido. Por exemplo, quando alguém está caminhando à nossa frente, tendo às mãos uma pilha de livros, de repente deixa cair um deles ao chão, um dos que estão atrás, imediatamente, abaixa e apanha o livro e entrega à pessoa. Trata-se de uma ação “automática”, porém, cheia de sentido, talvez, uma necessidade de ser reconhecido como uma pessoa gentil e educada.

Com respeito ao *corpo sexuado*, o filósofo faz ver que se trata da nossa capacidade de abertura ao *outro*, as tentativas constantes de encontrar prazer e satisfação no processo de viver

ou em alguma coisa específica, a exemplo de uma jovem que inicia um relacionamento amoroso, o qual vai efetivar-se a partir de vários encontros e interações, sinalizando a abertura ao *outro* em busca de satisfação, afeto e alcance de outros desejos. Logo, o sexual, neste contexto, não se refere à genitalidade, mas a capacidade de sentir prazer, gozo, desejo em tudo que se busca empreender.

Em relação ao corpo falante, o discurso de Merleau-Ponty se dar, principalmente, a partir do diálogo com a arte, do encanto com telas de Cézanne e com a linguística de Saussure (Merleau-Ponty, 2014; 2013a). Tanto na contemplação das telas, quanto na tentativa de interpretação da leitura, o filósofo percebe que a imagem da tela e o texto escrito, embora constituíssem falas faladas, estas tornavam-se falantes, à medida que o observador e o leitor, respectivamente, retomavam seus universos temporais, suas vivências, reconhecendo naquilo que viam e liam algo que lhes era próprio. Ou seja, eles percebiam que, aquilo que era do outro, também era deles, a universalidade do sentir, a coexistência. Mas, não reconheciam apenas o igual, reconheciam, também, o diferente, o qual lhes gerava estranhamento, espanto; e, nesse sentido, havia, ainda, identidade na diferença.

Portanto, o corpo falante é aquele que é capaz de gerar outras falas, outras vivências; ao fazer uma leitura, a pessoa é mobilizada a retomar suas próprias vivências; da mesma forma, ao assistir a um filme ou ao admirar uma pintura em tela, pode-se reconhecer algo que lhe é próprio.

Com respeito ao *corpo do outro*, percebemos que se trata de um tema muito caro, não apenas para Merleau-Ponty, mas para a filosofia, de um modo geral. O *corpo do outro* para Merleau-Ponty, não se refere ao corpo da outra pessoa, mas a capacidade de transcendência do ser, a manifestação dos vários perfis de uma pessoa ao longo de sua vida. O que ocorre em função da dinâmica da experiência perceptiva pelo entrelaçamento eu-outrem-mundo (Merleau-Ponty, 2013a).

A fundamentação teórica de nossa pesquisa a partir da noção de *corpo próprio* faz todo sentido, uma vez que o foco do estudo é a descrição vivencial dos participantes, que corresponde à retomada de aspectos da temporalidade com os quais eles se identificam ou os reconhecem como próprio, no que tange à percepção das famílias sobre o cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo. Dentre as dimensões do *corpo próprio*, destacamos a importância da compreensão ampliada da noção de *outro* ou *corpo do outro*, pois é nesse domínio que se dará a centralidade da sustentação teórica dos resultados da pesquisa. Embora tenhamos que recorrer, também, às outras dimensões, uma vez que elas estão imbricadas.

Portanto, ao considerar esse referencial filosófico como base para este projeto de tese, notamos que, embora "outro" normalmente se refira àquilo que nos é exterior, como outra pessoa, na filosofia de merleau-pontyana *outro* também pode ser "eu", ou um *outro eu*. Assim, a intersubjetividade, ou relações intercorporais são necessárias para compartilhar conhecimentos

no campo da saúde mental nessa perspectiva, o que envolve um movimento de reversibilidade eu-outro, como quando a mão direita toca a esquerda ou vice-versa (Merleau-Ponty, 2018).

Desse modo, o *outro* se manifesta a partir da interação, refletindo as experiências, não só dos participantes da pesquisa, nem somente dos pesquisadores, mas, sim, da conexão vivenciada por eles na coexistência corporal. Assim, a filosofia da experiência de Merleau-Ponty consiste em revelar o que é manifestado pela presença de todos os envolvidos no ato de pesquisar, que compartilham suas vivências, por meio da intercorporalidade.

Essa abordagem de pesquisa contribui de forma significativa para a ciência da saúde e tem atraído o interesse de vários pesquisadores, especialmente pelo fato de mobilizar e promover a capacidade de ressignificação de experiências, mediante a relação dialógica e intercorporal.

4. PERCURSO PARA O DESVELAMENTO DO FENÔMENO: CAMINHAR METODOLÓGICO

4.1 NATUREZA FENOMENOLÓGICA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, ancorado na teoria da intersubjetividade de Maurice Merleau-Ponty e desenvolvido a partir da utilização da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como estratégia metodológica de produção de descrições vivenciais. A escolha pela abordagem qualitativa relaciona-se à natureza do fenômeno investigado, voltado à compreensão de experiências que se constituem no encontro entre sujeitos, no interior das relações que tecem o viver cotidiano. Sob esse horizonte fenomenológico, busca-se aproximar do fenômeno tal como ele se apresenta na experiência dos participantes, reconhecendo que o inusitado surge no entrelaçamento das histórias compartilhadas e vínculos que se formam no encontro com o outro.

A pesquisa qualitativa, no campo das ciências sociais, dedica-se à compreensão de realidades que não podem ser reduzidas à quantificação. Nesse sentido, o pesquisador procura conhecer fenômenos relacionados a significações, valores, crenças, desejos, vivências e atitudes dos participantes do estudo (Minayo, 2014). Segundo a autora, esse universo humano integra a própria realidade social, na medida em que cada sujeito, ao viver no mundo, participa ativamente da tessitura das relações que o constituem. Nesse movimento, suas ações se entrelaçam aos sentidos que atribui às experiências vividas, construídos no contexto das relações que estabelece com os outros.

O olhar qualitativo, portanto, possibilita aproximar-se das trajetórias de vida dos sujeitos, de suas narrativas, angústias e encontros possíveis e impossíveis. Tal perspectiva permite construir um conhecimento que considere a complexidade do sofrimento humano, ao mesmo tempo em que abre caminhos para a invenção de modos mais autônomos de existir e conviver no mundo (Yasui, 2010; Minayo; Diniz; Gomes, 2016). Assim, a pesquisa qualitativa torna-se um campo fértil para a compreensão das experiências humanas em sua dimensão relacional e existencial.

Desse modo, a condução e elaboração desta pesquisa, foram orientadas pelos critérios propostos pelo *Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (ANEXO A), reconhecendo sua relevância como instrumento orientador para a transparência, rigor metodológico e qualidade na pesquisa qualitativa (Tong; Sainsbury; Craig; 2007; Souza et al., 2021). A adoção desse referencial possibilitou não apenas a organização sistemática das etapas do estudo, mas também a explicitação dos processos envolvidos na produção e análise dos dados, favorecendo a coerência entre objetivos, método e interpretação dos achados. Ao mesmo tempo, sua utilização foi compreendida não como um enquadramento rígido, mas como apoio à explicitação do percurso investigativo, respeitando a natureza fenomenológica da pesquisa, na

qual o conhecimento emerge do encontro entre pesquisadora e participantes, no entrelaçamento das experiências vividas.

Dentre as diversas abordagens presentes no campo da pesquisa qualitativa, optou-se pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, por reconhecer que esse filósofo se dedicou à construção de uma fenomenologia da experiência vivida e da percepção. Tal perspectiva dialoga diretamente com o interesse desta investigação, que busca descrever as vivências de famílias que convivem com membros alcoolistas. Os estudos de Merleau-Ponty sobre a fenomenologia da percepção encontram suas raízes nos projetos filosóficos de Edmund Husserl, precursor da fenomenologia, que compreendeu essa corrente como o estudo das essências por meio da descrição direta das experiências vividas (Merleau-Ponty, 2018).

Nesse horizonte teórico, Merleau-Ponty enfatiza a importância do contexto vivido, tempo, espaço e mundo-da-vida, como dimensões fundamentais para a compreensão das singularidades humanas. A percepção, nesse sentido, não é concebida como um ato isolado da consciência, mas como um movimento intencional pelo qual o sujeito se abre ao mundo e aos outros. Tal compreensão evidencia a centralidade da subjetividade e da intersubjetividade nas relações humanas, reconhecendo que o sentido do vivido emerge na relação entre os sujeitos e o mundo que habitam.

Sob essa perspectiva, a percepção pode ser compreendida como um campo no qual sujeito e mundo se entrelaçam, constituindo o horizonte a partir do qual os fenômenos se tornam visíveis. Tal compreensão rompe com a perspectiva dualista que separa interior e exterior, sujeito e objeto, ao afirmar que a consciência não se constitui isoladamente, mas sempre em relação com o mundo vivido. Assim, o conhecimento apresenta-se como resultado da experiência encarnada do sujeito no mundo, constituindo-se no entrelaçamento entre viver, perceber e atribuir sentidos às experiências (Merleau-Ponty, 2018).

Considerando que a presente pesquisa busca compreender descrições vivenciais atravessadas por sentimentos, percepções e opiniões que emergem na convivência familiar com o alcoolismo, a abordagem fenomenológica mostrou-se adequada para contemplar os objetivos propostos. Ainda assim, ressalta-se que pesquisas qualitativas exigem rigor metodológico e o exercício da objetividade científica, compreendida como a construção cuidadosa de conceitos, categorias analíticas e procedimentos investigativos que respeitem a complexidade do objeto estudado (Minayo, 2014).

Do ponto de vista metodológico, o estudo dialoga com elementos da pesquisa-intervenção, sobretudo por reconhecer que o processo investigativo pode produzir efeitos no campo em que se desenvolve (Mendes; Pezzato; Sacardo, 2016; Rocha; Aguiar, 2003).

Contudo, é importante destacar que esta investigação não se caracteriza como uma pesquisa-intervenção no sentido amplo do termo, uma vez que não se propõe a intervir sistematicamente na realidade estudada com o objetivo de transformá-la diretamente. A

utilização da Terapia Comunitária Integrativa ocorre, neste estudo, como um método de produção de descrições vivenciais, que possibilita a emergência das narrativas e experiências compartilhadas pelos participantes, constituindo-se como estratégia de coleta e compreensão do fenômeno investigado.

Desse modo, ao utilizar a TCI como dispositivo metodológico, reconhece-se que o próprio processo de produção das descrições vivenciais pode também produzir efeitos de cuidado. Isso ocorre porque a TCI cria um espaço coletivo de escuta, partilha e reconhecimento das experiências, no qual os participantes têm a possibilidade de expressar seus sofrimentos e construir sentidos para suas vivências. Assim, embora o objetivo principal da investigação seja a compreensão fenomenológica das experiências, o encontro produzido pelo método acaba por favorecer, simultaneamente, processos de cuidado.

Nesse contexto, a TCI possibilita a construção de espaços horizontais de diálogo, nos quais a escuta sensível, a abertura à experiência do outro e a valorização das narrativas favorecem a emergência de vínculos e de processos de reconhecimento mútuo. Tais características exigem do pesquisador uma postura de atenção, sensibilidade e disponibilidade para o encontro com o outro, implicando movimentos constantes de aproximação e distanciamento no processo investigativo.

Dessa forma, pode-se afirmar que esta pesquisa se insere em um território metodológico no qual investigação e cuidado se entrelaçam. Ao mesmo tempo em que se busca compreender fenomenologicamente as experiências vividas pelas famílias, o próprio método utilizado, a TCI, possibilita a criação de um espaço de acolhimento e partilha que produz efeitos de cuidado. Assim, pesquisar, nesse contexto, torna-se também um modo de cuidar, na medida em que o encontro investigativo abre espaço para que as experiências vividas possam ser narradas, reconhecidas e compartilhadas no âmbito da coletividade (Mendes; Pezzato; Sacardo, 2016; Rocha; Aguiar, 2003).

4.2 CONTEXTO EXPERIENCIAL DO ESTUDO

O cenário da pesquisa foi constituído pela área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada no município de Jequié, cidade do interior do estado da Bahia, Brasil. Esse município localiza-se a aproximadamente 365 quilômetros da capital, Salvador, e conta com uma população de 158.813 habitantes, conforme dados do último censo demográfico (IBGE, 2022).

Entre as vinte e três (23) USF existentes no município, foi selecionada uma delas por estar inserida em um território previamente identificado como uma área marcada pela presença significativa de pessoas em sofrimento psíquico, relacionado a diferentes determinantes sociais. Além disso, essa unidade é campo de práticas para discentes do componente curricular Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, do curso de graduação em Enfermagem da

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), configurando-se, assim, como um espaço fértil para o encontro entre ensino, cuidado e investigação.

Nesse contexto, compreendeu-se que a equipe de saúde da USF, especialmente a enfermeira, os técnicos de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assumiriam papel fundamental no percurso investigativo, constituindo-se como parceira no processo de aproximação com as famílias de pessoas alcoolistas. Esses profissionais contribuíram para facilitar o acesso às famílias participantes, e oferecer suporte diante de outras demandas emergentes ao longo da realização do estudo, favorecendo a construção de um campo relacional de colaboração e confiança.

Considerando que a Unidade de Saúde da Família integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), julgou-se pertinente apresentar brevemente a organização dessa rede. A RAPS foi instituída como um modelo organizativo dos serviços de saúde mental no Brasil, orientado pela perspectiva de integração do cuidado por meio da articulação entre diferentes serviços territoriais, distribuídos em múltiplos níveis e pontos de atenção do Sistema Único de Saúde. Essa rede passou a priorizar abordagens compartilhadas e interdisciplinares no cuidado, buscando superar lógicas fragmentadas e hierarquizadas de assistência, ao mesmo tempo em que favorece a continuidade do cuidado e a circulação dos usuários entre os diferentes dispositivos de atenção (Sampaio; Bispo Junior, 2021).

Nesse arranjo organizacional, a RAPS estrutura-se a partir de diferentes componentes: a Atenção Primária à Saúde (APS), na qual se inserem as Unidades de Saúde da Família (USF) e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); a Atenção Especializada (AE), representada principalmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a Atenção às Urgências e Emergências; a Atenção Residencial de Caráter Transitório; a Atenção Hospitalar; além das Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2017b).

Assim, para dar início ao processo de produção das descrições vivenciais, denominação utilizada na pesquisa fenomenológica para designar aquilo que, em pesquisas quantitativas, convencionou-se chamar de “coleta de dados”, foram realizadas visitas iniciais ao dispositivo selecionado. Essas visitas possibilitaram o reconhecimento do campo de pesquisa, estabelecimento de diálogos com os coordenadores e profissionais das equipes de saúde, bem como a apresentação do projeto de pesquisa e a solicitação de colaboração para o desenvolvimento do estudo. Esse movimento inicial de aproximação permitiu a construção de um espaço de encontro entre pesquisadora, profissionais e território, favorecendo a inserção sensível no campo onde o fenômeno investigado se manifestava.

4.3 COLABORADORES VIVENCIAIS

Os colaboradores vivenciais deste estudo foram constituídos por 20 participantes pertencentes a famílias de pessoas que faziam uso habitual de álcool, compreendidas neste estudo como famílias de alcoolistas. Na perspectiva fenomenológica adotada, esses participantes foram reconhecidos como sujeitos da experiência, uma vez que suas vivências, percepções e sentidos atribuídos ao convívio com o alcoolismo constituíram o campo de manifestação do fenômeno investigado. Os critérios estabelecidos para a participação incluíram: conviver com familiares alcoolistas; possuir idade igual ou superior a 18 anos; e apresentar disponibilidade para participar das rodas de Terapia Comunitária Integrativa.

Assim, puderam compor o estudo genitores, cônjuges, filhos, irmãos, avós, tios e primos, considerados familiares consanguíneos, bem como pessoas que, mesmo não possuindo vínculo biológico, mantinham vínculos afetivos significativos com o sujeito alcoolista, configurando-se como familiares afetivas. Além disso, os participantes deveriam residir na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família selecionada como cenário da investigação. Nessa direção, foram excluídos do estudo familiares com idade inferior a 18 anos ou aqueles que, independentemente da consanguinidade, não apresentavam vínculo afetivo com a pessoa alcoolista.

Para a realização desse processo de aproximação com as famílias, foi inicialmente apresentado o projeto de pesquisa à equipe da Unidade de Saúde da Família selecionada. Esse primeiro encontro possibilitou estabelecer um espaço de diálogo com os profissionais da equipe, permitindo a exposição dos objetivos e etapas da investigação. Nesse momento inicial, também foi acordado um novo encontro com os profissionais da unidade, com o propósito de compreender a realidade vivenciada no território no que se refere à problemática do alcoolismo e identificar possíveis famílias que experienciavam essa situação.

Nesse contexto de interlocução com a equipe de saúde, buscou-se reconhecer e identificar famílias que poderiam se tornar participantes da pesquisa, bem como contar com o apoio dos profissionais da unidade no processo de aproximação com essas famílias. A colaboração da equipe foi fundamental para favorecer o acesso aos participantes, uma vez que os profissionais possuíam conhecimento prévio do território e das dinâmicas familiares presentes na comunidade.

Posteriormente, com o apoio dos ACS, foram realizadas visitas domiciliares às famílias identificadas. Esses encontros, para além de um momento de apresentação do projeto, constituíram-se como movimento de aproximação com o cotidiano das famílias, favorecendo a construção de vínculos e a abertura para a escuta. Durante as visitas, o projeto de pesquisa foi apresentado de forma detalhada, possibilitando às famílias compreensão dos objetivos e proposta. Ao mesmo tempo, iniciava-se um espaço de cuidado, marcado pelo acolhimento das

experiências, partilha de vivências e valorização das histórias de vida familiar. Nesse contexto, os familiares cuidadores foram convidados a participar das rodas de TCI. A caracterização sociodemográfica e entrelaçamentos do vivido dos participantes foi realizada mediante a contemplação de um roteiro previamente elaborado para essa finalidade, contendo questões destinados à identificação e descrição das suas características de vida (APÊNDICE A).

4.4 MOVIMENTO METODOLÓGICO PARA A PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

Como técnica de produção das descrições vivenciais, optou-se pela utilização das rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Esse recurso metodológico é compreendido como uma tecnologia leve de cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde, perspectiva para a qual essa prática foi originalmente concebida, ou seja, como estratégia de promoção da saúde mental. Nesse sentido, por meio das rodas de TCI buscou-se compartilhar com as famílias possibilidades de cuidado em liberdade às pessoas que fazem uso habitual de álcool. Além disso, a TCI foi utilizada como método de produção de descrições vivenciais, possibilitando a emergência de conhecimentos empíricos acerca do cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo, a partir das percepções e experiências vividas por famílias que convivem com essa problemática.

Ao trabalhar na perspectiva da promoção da saúde relacionada ao alcoolismo, a TCI mostrou-se potente também no manejo de outras situações de sofrimento já instaladas. Por essa razão, seu desenvolvimento tem sido estimulado em diferentes espaços coletivos de cuidado, especialmente nos CAPS, considerando seu potencial de contribuir para processos de reabilitação psicossocial e inclusão de pessoas em sofrimento mental (Grandesso, Amarate; 2007; Barreto, 2010). Desse modo, a utilização da TCI mostrou-se coerente com a perspectiva fenomenológica adotada neste estudo, ao reconhecer o diálogo e a intersubjetividade como espaço de encontro entre experiências humanas, no qual os sentidos se constituem no entrelaçamento das vivências compartilhadas, e não como ocorrências isoladas ou puramente objetivas (Merleau-Ponty, 2018).

A decisão de utilizar a TCI como técnica de produção das descrições vivenciais também se sustentou no reconhecimento de seu potencial para mobilizar o compartilhamento de experiências de vida e saberes cotidianos em um ambiente horizontal e circular. Nesse cenário importa relatar que a relação com a TCI teve início ainda durante a graduação, quando seu potencial transformador despertou o interesse em incorporá-la como estratégia de cuidado no campo da pesquisa científica. Esse movimento se aprofundou ao longo da formação, culminando na qualificação como terapeuta na modalidade da TCI durante o mestrado, já orientada pela intencionalidade de desenvolver rodas no contexto da pesquisa de doutorado. Tal

percurso revelou uma aproximação progressiva e implicada com o fenômeno investigado, na qual a experiência formativa se entrelaça com a construção do conhecimento.

A TCI estabelece, assim, uma afinidade teórico-epistemológica com a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, uma vez que, sob essa perspectiva, o sentido emerge no entrelaçamento entre o eu e o outro, no mundo vivido compartilhado, revelando-se na intercorporeidade e na experiência encarnada. Portanto, a roda configura-se como um espaço acolhedor, no qual os participantes são convidados a narrar suas vivências e a reconhecer, nas experiências do outro, possibilidades de ressignificação do próprio sofrimento. Nesse processo, todos são estimulados a desenvolver resiliência e corresponsabilidade na busca por caminhos de enfrentamento para as dificuldades compartilhadas no grupo (Jesus; Sena; Souza et al., 2015).

A operacionalização da TCI neste estudo ocorreu em etapas previamente definidas. Desenvolveu-se, primeiramente, uma roda de TCI em sua forma tradicional, configurando-se como um momento de aproximação, fortalecimento de vínculos, compartilhamento de inquietações, dificuldades e desafios presentes no cotidiano dos participantes, bem como de experiências positivas e alegres que atravessavam suas trajetórias de vida (Barreto; Lazarte, 2013; Gaete et al., 2020). Esse encontro ocorreu seguindo cinco etapas estruturantes: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento, que envolve rituais de agregação, conotação positiva e avaliação do encontro (Barreto, 2010), conforme roteiro elaborado para a realização da TCI tradicional (ANEXO B).

A etapa de acolhimento correspondeu ao momento inicial de aquecimento e interação do grupo, quando foram apresentados de forma breve os objetivos da roda e os acordos para sua condução. Esses acordos, como respeito à fala do outro, a escuta atenta, suspensão de julgamentos ou conselhos e o uso da fala na primeira pessoa do singular, foram compartilhados por meio de uma dinâmica simbólica e lúdica. Utilizou-se uma flor confeccionada previamente em tecido colorido, disposta no chão, cujas pétalas traziam, cada uma, um desses princípios (APÊNDICE B). À medida que as pétalas eram abertas pelos participantes, como um desabrochar e florescer, e o acordo escrito nela lido em voz alta, se intensificava a participação, entrosamento do grupo e valorização da presença de cada pessoa, ao mesmo tempo em que iam se construindo um ambiente de escuta, confiança e partilha das experiências vividas (APÊNDICE C) (Barreto, 2010).

Na sequência ocorreu a etapa de escolha do tema, momento em que os participantes foram convidados a compartilhar situações que lhes causavam aflição, sofrimento, preocupação ou inquietação. Após a exposição das questões apresentadas, o grupo realizou uma votação para escolher o tema que seria aprofundado naquela roda. Em seguida, desenvolveu-se a contextualização, etapa na qual a pessoa cuja temática foi escolhida, denominada protagonista, pôde narrar com maior profundidade sua experiência vivida, enquanto os demais participantes realizaram perguntas com o intuito de compreender melhor a situação apresentada. Esse

movimento favoreceu tanto a reflexão coletiva quanto a reorganização dos sentimentos do protagonista (Barreto, 2010).

A quarta etapa correspondeu à problematização, momento em que foi apresentado ao grupo o MOTE, um questionamento orientador capaz de mobilizar reflexões entre os participantes. O mote possibilitou que os integrantes relacionassem suas próprias experiências com a situação apresentada pelo protagonista, favorecendo a reconstrução coletiva de sentidos acerca do problema compartilhado. Após esse momento, a roda foi conduzida para a etapa de encerramento, na qual foram realizados rituais de agregação e conotação positiva, reconhecendo a participação de todos os integrantes, especialmente do protagonista da roda (Barreto, 2010). Esse momento também foi utilizado como espaço de avaliação do encontro, permitindo refletir sobre os significados produzidos na roda e sobre o processo de condução da terapia (Barreto, 2010). Essa roda foi registrada e documentada utilizando o Instrumento de observação e registro das experiências nas rodas de TCI (ANEXO C).

Assim, por meio dessa primeira roda de TCI buscou-se promover a interação entre as famílias de pessoas alcoolistas que haviam sido convidadas a participar do estudo e que compareceram ao encontro, mobilizadas pela equipe da USF, pelos ACS e por estudantes vinculados à instituição de ensino. Além de favorecer um momento coletivo de encontro e promoção da saúde mental no território, essa primeira roda possibilitou identificar as famílias que manifestaram interesse em continuar participando da pesquisa. A partir deste momento, aquelas que aderiram, passaram a integrar os encontros subsequentes, mediante a formalização do consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

De tal modo, as famílias que permaneceram no estudo participaram de mais quatro encontros, realizados na modalidade de Terapia Comunitária Integrativa Temática (TCIT). Diferentemente da TCI tradicional, a TCIT articula as etapas de contextualização e problematização de forma simultânea, utilizando metáforas e elementos disparadores que favorecem a reflexão coletiva a partir de um tema previamente definido (ANEXO D) (Carício, 2010; Gaete et al., 2020). Nesse estudo, as rodas temáticas foram conduzidas a partir do tema “cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo”, sendo utilizados objetos disparadores do diálogo que possibilitaram a evocação de memórias, percepções e experiências relacionadas ao fenômeno investigado.

4.5 TRAJETÓRIA VIVENCIAL DO CAMPO: TRAVESSIAS E EXPERIÊNCIAS NAS RODAS DE TCI NO CONTEXTO DO CUIDADO EM LIBERDADE

O movimento de ingresso no campo de pesquisa teve início ainda no ano de 2023, a partir do acompanhamento das aulas práticas da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental do curso de Enfermagem da UESB campus de Jequié, Bahia, Brasil. Nesse contexto, na

condição de discente do doutorado, desenvolveu-se uma atuação junto aos estudantes do 6º semestre do curso de Enfermagem, acompanhando e supervisionando suas atividades no território adscrito à USF selecionada como campo para o estudo. As ações incluíam visitas domiciliares às famílias em sofrimento mental, previamente sinalizadas pela equipe da USF, especialmente pelos ACS, além da realização de atividades de educação em saúde, configurando um movimento de inserção progressiva e sensível no cotidiano do território.

Paralelamente a essas ações, realizou-se um processo contínuo de reconhecimento do território, buscando compreender suas dinâmicas, singularidades e principais necessidades de saúde. Foi nesse percurso que se evidenciou, de forma recorrente, uma expressiva demanda relacionada à saúde mental, especialmente no que concerne ao sofrimento decorrente do alcoolismo. Tal realidade manifestava-se tanto no sujeito em situação de consumo habitual de álcool quanto nas famílias que, no exercício do cuidado, experienciavam sobrecarga, ambiguidades e múltiplas formas de adoecimento. Durante esse período, diversas famílias em sofrimento mental foram acompanhadas, permitindo uma aproximação gradual com suas vivências e modos de existir, o que contribuiu para o delineamento do fenômeno investigado.

Esse movimento de presença no território favoreceu a construção de vínculos entre a comunidade, o serviço de saúde e a equipe de pesquisa, configurando um campo relacional pautado na confiança, acolhimento e corresponsabilização pelo cuidado. Essa aproximação revelou-se fundamental para a constituição de um terreno fértil à realização da pesquisa, possibilitando a abertura das famílias para o diálogo e a participação no estudo. Assim, ao longo dos anos de 2023 e 2024, a investigação foi tecida de modo sensível, atravessada por relações de cuidado, escuta e implicação ética, à medida que as famílias em convivência com o alcoolismo foram identificadas e convidadas a participar. Esse percurso culminou, em setembro de 2024, no início da produção das descrições vivenciais propriamente ditas, marcando a entrada no momento mais denso da investigação fenomenológica.

Desse modo, o percurso empírico deste estudo desenvolveu-se a partir de encontros sucessivos realizados entre os meses de setembro a dezembro de 2024, configurando-se como uma travessia existencial compartilhada entre pesquisadora e famílias cuidadoras de pessoas alcoolistas. Esses encontros constituíram-se como experiências vividas que mobilizaram afetos, vínculos e sentidos, compondo o solo fenomenológico no qual emergiram as descrições vivenciais compreendidas nesta investigação.

Como expressão de cuidado e intencionalidade relacional, a equipe de pesquisa entregou aos participantes um convite impressão, bucólico e afetivo, configurando esse gesto como um primeiro elemento para aproximação e abertura ao vivido compartilhado (APÊNDICE E).

Nesse cenário de partilha e acolhimento, o primeiro encontro ocorreu em 30 de setembro de 2024 no período da manhã, com a realização de uma Roda de Terapia Comunitária

Integrativa (TCI) em sua modalidade tradicional. Este momento teve como finalidade aproximar a equipe de pesquisa do público participante, promovendo vínculo e reconhecimento mútuo, ao mesmo tempo em que funcionou como roda piloto para testagem das estratégias metodológicas que seriam utilizadas nas rodas posteriores destinadas à produção das descrições vivenciais. Desde sua realização, tornou-se evidente que o campo não seria apenas um espaço de coleta, mas um território sensível de encontro humano.

As narrativas que emergiram nesse primeiro momento foram atravessadas por relatos de sofrimento, cansaço, preocupação, adoecimento e desesperança diante das vivências cotidianas com o alcoolismo (APÊNDICE F). Ao final da roda, como gesto simbólico de cuidado, foi entregue aos participantes um chaveiro com espelho contendo a frase “Cuide-se bem”, pensado como dispositivo disparador de autocuidado (APÊNDICE G). O espelho, nesse contexto, funcionou como metáfora fenomenológica do retorno a si, um convite para que aqueles familiares cuidadores, frequentemente atravessados pelo sofrimento do outro, pudessem voltar o olhar para si mesmos.

Esse encontro contou com a participação de oito familiares, número inferior ao esperado, considerando que 20 haviam sido previamente convidados (APÊNDICE H). Tal fato produziu inquietações na equipe de pesquisa, que passou a questionar a viabilidade das rodas futuras em termos de adesão. Essa experiência inicial revelou que o campo é sempre imprevisível e que o encontro humano não se submete integralmente ao planejamento metodológico. Como resposta, foi proposta mudança de horário do encontro para o período da tarde, e novas estratégias de convite foram elaboradas, incluindo visitas presenciais poucos dias antes das rodas, leitura esclarecedora e assinatura do TCLE, e entrega de convites impressos temáticos, numa tentativa de tornar o convite mais próximo, concreto e afetivo (APÊNDICE I). Também emergiu a necessidade de um encontro formativo que sensibilizasse ainda mais as famílias quanto à relevância do projeto.

Assim, em 21 de outubro de 2024, realizou-se o segundo encontro, de caráter formativo, voltado à contextualização histórica do cuidado em saúde mental. Neste momento, foi construído com as famílias cuidadoras, o percurso de transformação do cuidado em saúde mental, que abrangeu desde as concepções da antiguidade e idade média até os movimentos contemporâneos, incluindo a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária, a luta antimanicomial e os tensionamentos atuais relacionados à contrarreforma (APÊNDICE J). A intencionalidade desse encontro foi instrumentalizar as famílias para uma compreensão ampliada dos temas que atravessariam as rodas temáticas, especialmente a noção de cuidado em liberdade.

Para iniciar esse momento, foi proposta uma dinâmica de sensibilização chamada de “Aprisionamento”, com o objetivo de provocar reflexões sobre os modelos de cuidado em saúde mental. A atividade consistiu em convidar dois participantes e amarrar suas mãos, solicitando que realizassem ações simples, como pentear o cabelo, fazer um laço e pegar objetos. Ao serem

questionados sobre a experiência, emergiram falas que expressavam incômodo, limitação e sensação de impotência, favorecendo a compreensão do que significa estar privado de liberdade. Em articulação com a trajetória histórica do cuidado em saúde mental, a dinâmica permitiu problematizar práticas que restringem a autonomia e o direito de existir em liberdade. A reflexão foi ampliada ao reconhecer que o aprisionamento pode assumir formas simbólicas no cotidiano, como sentimentos, relações ou situações que limitam o ser.

À luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, tal vivência desvela o corpo vivido como lugar de experiência do mundo, onde a restrição do movimento repercute na própria forma de ser e perceber. Assim, a dinâmica possibilitou acessar, de modo sensível, a ambiguidade entre contenção e liberdade, favorecendo a compreensão do cuidado como prática que deve promover autonomia e abertura ao mundo-da-vida.

Como lembrança simbólica, foi entregue uma garrafinha de água com a frase “Sinta a sua liberdade”, evocando a ideia de movimento e travessia (APÊNDICE K). A água, elemento vital e fluido, foi escolhida para representar a liberdade em movimento, sugerindo que a experiência de se libertar também exige deslocamentos, percursos e reinvenções. Contudo, novamente a adesão foi reduzida, com a participação de apenas 09 familiares, o que reacendeu inquietações na equipe quanto à participação nas rodas subsequentes.

A partir dessas duas experiências iniciais, novas estratégias de mobilização foram implementadas. A pesquisadora passou a realizar visitas domiciliares no dia anterior a cada roda, entregando convites temáticos impressos e um cronograma contendo as datas dos encontros seguintes (05/11, 21/11, 03/12 e 17/12), pensado para ser fixado em locais visíveis, como a geladeira, funcionando como lembrete cotidiano (APÊNDICE L). Além disso, lembretes adicionais passaram a ser feitos horas antes das rodas, numa tentativa de sustentar o vínculo e reforçar a presença.

O terceiro encontro, realizado em 05 de novembro de 2024, marcou o início efetivo da produção das descrições vivências, com a realização da primeira Roda de TCI Temática. Para sensibilizar sobre o que seria refletido na roda, o convite entregue foi construído com elementos e imagens pertencentes ao universo do voar no céu como expressão da liberdade (APÊNDICE M).

Como etapa inicial da roda de TCI, realizou-se a dinâmica de aquecimento intitulada “Com que bicho me pareço?”, reconhecida como um dos passos fundamentais desse dispositivo por favorecer a ambiência de acolhimento e preparar o grupo para o momento do mote. A proposta consistiu em convidar cada participante a refletir sobre as características de um animal com o qual se identificasse, estabelecendo relações com sua própria vida, seus modos de ser e de existir no mundo. Tal movimento favoreceu a emergência da fala e da expressão do sofrimento, ao possibilitar que conteúdos subjetivos fossem simbolicamente mediados. Em articulação com o tema da roda: o cuidado em liberdade, representado pelo objeto simbólico do

pássaro na gaiola, a dinâmica evocou imagens de aprisionamento e desejo de liberdade, permitindo que os participantes se percebessem ora como seres livres, ora como condicionados por circunstâncias que limitam sua existência.

Sob a perspectiva fenomenológica, esse exercício mobiliza o corpo vivido e a percepção encarnada, na medida em que o sujeito se reconhece naquilo que sente, expressa e compartilha, revelando a ambiguidade própria do existir entre contenção e liberdade. Assim, a dinâmica constituiu-se como um dispositivo sensível de abertura ao mundo-da-vida, favorecendo a intercorporeidade e o encontro entre experiências singulares e coletivas.

Nesta roda, contextualização e problematização foram mobilizadas simultaneamente por meio da metáfora do pássaro na gaiola. O mote proposto foi: “Enquanto família de uma pessoa alcoolista, quando você se sentiu como um pássaro engaiolado? E o que fez para superar? Pensando no cuidado de seu familiar, você tem contribuído para que ele se sinta um pássaro engaiolado ou livre?”.

Para dar materialidade à metáfora, uma gaiola com um pássaro de brinquedo foi apresentada aos participantes, permitindo que o símbolo fosse além de imaginado, experienciado sensorialmente (APÊNDICE N). Como lembrança, foi entregue ao final da roda como lembrança uma mochila tipo saco com a frase “É preciso liberdade para viver por inteiro”, evocando novamente a ideia de movimento e travessia (APÊNDICE O). Este encontro contou com a participação de 16 familiares, configurando-se como marco importante, pois sinalizou que as estratégias de mobilização haviam sido eficazes e que o campo estava, de fato, se abrindo ao encontro (APÊNDICE P). As descrições vivenciais que emergiram dessa roda desvelaram experiências marcadas pela coexistência entre gestos de cuidado e proteção e movimentos de vigilância e sobrecarga (APÊNDICE Q).

Em 21 de novembro de 2024, realizou-se a segunda Roda de TCI Temática, guiada pela Parábola da Borboleta (ANEXO E), cuja narrativa simbólica remete ao tempo necessário para as transformações humanas. O convite entregue trouxe a imagem da borboleta, evocando a metamorfose da lagarta que se recolhe no casulo para, posteriormente, emergir como borboleta, possibilitando reflexões sobre processos de amadurecimento, espera e metamorfose (APÊNDICE R).

Seguindo as etapas da TCI proposta por Barreto (2010), aplicou-se a dinâmica reflexiva intitulada “Um sentimento, uma memória?”, reafirmando a importância desse passo para favorecer a reflexão e a abertura à fala. A atividade consistiu em cada participante retirar de uma caixinha um sentimento e, a partir dele, evocar e compartilhar uma memória significativa que o representasse, mobilizando experiências vividas e afetivamente marcadas. Em articulação com o tema a ser discutido na roda, a dinâmica desvelou as travessias existenciais presentes nas narrativas, revelando momentos de sofrimento, recolhimento e reinvenção de si. Fenomenologicamente, tal experiência convoca o sujeito a reconhecer, no entrelaçamento entre

memória e sentimento, a expressão do corpo vivido e da temporalidade encarnada. Assim, a dinâmica configurou-se como um dispositivo sensível de acesso à intersubjetividade, permitindo que, no encontro com o outro, emergissem sentidos compartilhados sobre dor, transformação e possibilidade de renascimento.

Nessa roda de TCIT os objetos apreciados foram o casulo e a borboleta confeccionados cuidadosamente em material de feltro, que serviram para formular o MOTE e mobilizar o compartilhamento das falas na terapia (APÊNDICE S). O MOTE foi: “Pensando no cuidado de seu familiar alcoolista, em que momento você sentiu que ele se encontrava em um casulo? E o que você fez ou está fazendo para que ele evolua dessa fase?”

A metamorfose da lagarta em borboleta, simboliza um processo de transformação gradual e essencial para sua capacidade de voar. Após se encapsular, a lagarta entra em um período de descanso, fundamental para a assimilação e internalização de suas experiências, permitindo assim que se aproprie delas, construindo e reconstruindo, como se estivesse tecendo seu próprio casulo. A referida parábola demonstra a importância de respeitar o tempo próprio de cada processo de transformação, no qual, pouco a pouco, é possível emergir do casulo e ganhar asas. Somente, então, se torna possível mostrar-se, expressar-se e comunicar-se com o mundo. De modo semelhante, o ser humano também percorre caminhos que exigem tempo, atravessamentos e experiências, por meio dos quais amadurece e se constitui em sua própria trajetória de vida. O mote proposto convidava os participantes a refletirem sobre os momentos em que seus familiares alcoolistas pareciam recolhidos em si, como “em casulo”, e sobre os gestos e cuidados mobilizados no cotidiano com a intenção de favorecer seus processos de sua transformação.

As narrativas que emergiram nesse momento evidenciaram a ambiguidade da experiência, entre sentimentos de aprisionamento e movimentos de retorno a si, nos quais o cuidado do outro se constitui no próprio entrelaçamento com as vivências cotidianas do alcoolismo (APÊNDICE T).

Como lembrança, foram entregues objetos relacionados ao autocuidado e retorno a si: escovas de cabelo para as mulheres e pentes para os homens, acompanhados da frase “Viva a beleza de ser quem és”, estimulando o autocuidado e a valorização da singularidade como potencial para transformação (APÊNDICE U). Esta roda também contou com 16 participantes, sendo marcada por forte envolvimento emocional e sensação de encantamento coletivo (APÊNDICE V).

O quinto encontro ocorreu em 03 de dezembro de 2024, mediante entrega de convite inspirado na metáfora das possibilidades e potencialidades de ser-no-mundo (APÊNDICE W). Esse momento representou a terceira Roda Temática, guiada pela leitura da fábula “A Águia e a Galinha”, de Leonardo Boff (2014) (ANEXO F). A narrativa, que contrapõe a dimensão da

limitação (galinha) à dimensão do potencial (águia), mobilizou reflexões sobre identidade, potencialidades e processos de autorreconhecimento.

Antes de lançar o mote na roda, foi desenvolvida a dinâmica “Procurando o meu igual” para estimular o voltar-se para si. A atividade consistiu em cada participante retirar de uma caixinha um papel com o nome de uma cor e, em seguida, buscar alguém que tivesse retirado a mesma cor; contudo, não havia cores repetidas, provocando um deslocamento reflexivo no grupo. Diante disso, emergiu a compreensão de que ninguém encontrou seu “igual”, evidenciando que, embora existam semelhanças, cada sujeito é singular em sua história e experiência de vida. Em congruência com o tema dessa roda, esse momento possibilitou reconhecer que é justamente na diferença que residem as possibilidades de ser e de se reinventar.

À luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, tal vivência revela o sujeito como ser-no-mundo, constituído em sua singularidade e em relação com o outro. Assim, ao perceber que “eu tenho uma experiência de vida, e o outro também tem a sua”, desvela-se a intersubjetividade e a intercorporeidade como fundamentos do encontro humano (Merleau-Ponty, 2018). Dessa forma, a dinâmica configurou-se como um potente disparador de consciência sobre si e sobre o outro, ampliando a compreensão das diferenças como constitutivas da existência e das potencialidades humanas.

A partir dessa compreensão e da fábula de Boff (2014), foi discutido que em todas as pessoas há a dimensão galinha, que é a inserção no mundo concreto e suas limitações, e a dimensão águia, que são os sonhos e a vontade de crescer. Essa leitura nos levou a uma reflexão sobre autoconhecimento e busca da identidade pessoal. Guiamos essa roda com o seguinte mote: “Pensando na convivência e no cuidado de seu familiar alcoolista, você acha que tem contribuído para esse familiar ser águia ou galinha? Se você acha que tem colaborado para que ele seja galinha, o que tem feito para modificar essa realidade?”

O mote provocava os participantes a refletirem se, suas práticas de cuidado, contribuíam para que seus familiares se tornassem “águia” ou permanecessem “galinha”, e quais movimentos poderiam favorecer transformações. Os objetos simbólicos utilizados foram representações da águia e da galinha feitos também de feltro (APÊNDICE X), e como lembrança foi entregue um relógio com a frase “Não ignore o seu potencial, sempre há tempo para se reinventar”, evocando a temporalidade como possibilidade de reinvenção (APÊNDICE Y). Este encontro contou com 12 participantes, número ligeiramente inferior ao anterior, mas ainda significativo, mantendo a intensidade do envolvimento coletivo (APÊNDICE Z).

As descrições vivenciadas evocadas nessa roda de TCI desvelaram dimensões da coexistência humana, atitudes que, no entrelaçamento com o outro, podem tanto ampliar quanto restringir as possibilidades de vir-a-ser (APÊNDICE AA).

O sexto e último encontro ocorreu em 17 de dezembro de 2024, com a quarta Roda de TCI Temática, inspirada no conto “Ostra feliz não faz pérola”, de Rubem Alves (2021) (ANEXO G). A metáfora da pérola, formada a partir da ferida provocada por um corpo estranho, permitiu aprofundar reflexões sobre sofrimento e resiliência. Com a intenção de favorecer uma ambiência acolhedora, íntima e convidativa, o convite impresso incorporou elementos ilustrativos que anunciavam, de forma sensível, o que seria vivido na roda, evocando a partilha de experiências que se revelariam como verdadeiras pérolas no entrelaçamento do vivido (APÊNDICE AB).

Como estratégia de sensibilização nessa roda de TCI, utilizamos a dinâmica “Resiliência”, articulada ao tema da capacidade de transformar o sofrimento em aprendizado e crescimento. Para isso, foram convidados dois voluntários: um segurando uma folha de papel e outro uma esponja, enquanto situações difíceis da vida eram narradas, sendo ambos submetidos ao ato de “amassar”, simbolizando as adversidades cotidianas. À medida que as situações da vida eram evocadas como: desemprego, dificuldades financeiras e adoecimento familiar, percebia-se o impacto dessas experiências sobre o existir. Ao final, ao observar que a esponja retornava ao seu estado inicial, enquanto o papel permanecia deformado, emergiu a reflexão sobre a resiliência como capacidade humana de se refazer mesmo após o sofrimento.

Em relação ao tema da roda, a dinâmica revelou que, embora não tenhamos controle sobre muitas situações, podemos ressignificar nossas experiências e reconstruir sentidos. À luz da fenomenologia Merleau-pontyana, compreende-se que o sujeito, como corpo vivido, sofre o mundo e o recria em sua experiência perceptiva e existencial. Assim, a resiliência aparece como um movimento de reinvenção do ser-no-mundo, no qual o sofrimento não é negado, mas incorporado como possibilidade de transformação. Dessa forma, a dinâmica favoreceu a reflexão sobre a necessidade de sustentar a esperança, o amor e a abertura ao porvir, mesmo diante das adversidades. Essa reflexão trouxe à tona um dos pilares da TCI, que é a Resiliência (Barreto, 2010).

Para correlacionar ainda mais essa compreensão, foi contada a história da produção da pérola pela ostra, que faz parte do mecanismo de defesa do animal, quando ocorre a penetração de corpos estranhos, como grãos de areia. Quando esse corpo estranho está no interior da ostra, o manto do animal envolve essa partícula em uma camada de células epidérmicas, que produzem sobre ela várias camadas de nácar, originando a pérola.

Com base nesse conto, o MOTE que mobilizou as falas nessa roda foi: “Pensando no cuidado de seu familiar alcoolista, em que momento você percebeu que ele se sentiu ferido, como ocorre com a ostra quando é agredida por um corpo estranho? E o que você fez ou está fazendo para aliviar o sofrimento ou cuidar da ferida dele, assim como ocorre com a ostra que, ao ser ferida, produz pérola?” O mote convidava os participantes a reconhecerem momentos em

que seus familiares se sentiram feridos e os modos como cuidaram dessas feridas, evocando o potencial transformador do sofrimento (APÊNDICE AC).

Os objetos simbólicos utilizados foram uma ostra com sua pérola confeccionados em resina (APÊNDICE AD), e como lembrança foram entregues colares com pingente de ostra (para mulheres) e sabonetes em formato de concha (para homens), acompanhados da frase “Apaixone-se pelo processo de se tornar a sua melhor versão”, simbolizando a possibilidade de transformação a partir das experiências vividas (APÊNDICE AE). Este encontro contou com a participação de 17 familiares, marcado por forte emoção coletiva, pois representava o encerramento de uma travessia compartilhada (APÊNDICE AF).

Cabe destacar que, em todos os encontros, o espaço da USF foi cuidadosamente preparado para favorecer um ambiente acolhedor, com decoração temática e oferta de lanches, frutas e sucos (APÊNDICE AG). Além disso, os participantes foram identificados por meio de crachás para possibilitar o reconhecimento de cada um em sua singularidade (APÊNDICE AH). Esse gesto, embora simples, permitia que cada pessoa se apresentasse no espaço coletivo sem perder sua identidade própria, preservando sua existência única no entrelaçamento com o outro.

Por fim, as lembranças entregues foram concebidas com a intenção de deixar marcas afetivas do encontro. Mais do que presentes, constituíram-se como dispositivos simbólicos cuidadosamente pensados para prolongar a experiência reflexiva para além do encontro, funcionando como marcadores materiais da memória vivida.

Frente às nossas vivências estéticas e sensíveis, a interação com os objetos apresentados desencadeou reflexões que foram além da complexidade formal e visual. Ela nos convidou a enxergar os valores culturais, ideológicos e sociais que, em outros contextos, talvez, passariam despercebidos, devido à sua natureza relacional e subjetiva. Dessa forma, o ato de estabelecer conexões com os objetos revelou-se como uma estratégia metodológica para instigar a reflexão e o impacto disso em nossa compreensão do fenômeno estudado (Dalla Valle, 2020; Merleau-Ponty, 2018)

Vale ressaltar que as descrições vivenciais produzidas nessas quatro rodas da TCIT foram gravadas. A primeira roda na modalidade tradicional não foi documentada em áudio porque ainda fazia parte da seleção das famílias que participaram da pesquisa, ou seja, ainda não tínhamos a autorização dos participantes, mediante assinatura do TCLE, que foi assinado após esse momento.

Mais do que um campo de pesquisa, esses encontros configuraram-se como espaço de fala, escuta, acolhimento e cuidado. A experiência vivida ultrapassou a dimensão instrumental da investigação, revelando que produzir conhecimento, nesse contexto, implica também produzir vínculos, afetos e transformações. Assim, o percurso empírico aqui descrito não pode ser reduzido a um cronograma metodológico; trata-se de uma travessia intersubjetiva, onde ciência e cuidado caminharam juntos, entrelaçando produção de saber e produção de vida.

4.6 RECURSO PARA COMPREENSÃO FENOMENOLÓGICA DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

Para a compreensão das descrições utilizamos a Analítica da Ambiguidade, técnica fundada na fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. A técnica parte do entendimento que a percepção opera de forma ambígua, uma vez que se constitui das dimensões sensível e reflexiva. A primeira tem a ver com os sentimentos, os quais nos ocorrem de forma fenomênica, ou seja, não depende de deliberação pessoal. A segunda, se refere aos aspectos socioculturais que nos compõem. Assim, dotados dos sentidos os seres humanos estão sempre abertos a afetamentos recíprocos, influenciam e são influenciados em um movimento intercorporal (Sena et al., 2010).

Partindo desse pressuposto, a Analítica da Ambiguidade consiste em reconhecer naquilo que vemos, ouvimos, tocamos, cheiramos, saboreamos algo que nos é próprio, que nos afeta, seja de forma gozosa ou repulsiva, mas que exprime a nossa natureza ambígua, que, ao mesmo tempo, nos centra e nos descentra, que, muitas vezes, nos furta como um arrebatamento no tempo e no espaço. Fenômeno que não deve ser entendido como atitude sobrenatural, mas real e concreto, exemplo do que nos ocorre quando observamos uma imagem gestáltica, uma figura de ilusão ótica. Nesse episódio, começamos a contemplar e, de repente, retomamos algo da nossa vivência, seja intuitiva ou realmente vivida em nossa história, daí, é como se saíssemos de nosso corpo anatômico e fisiológico, como se fôssemos retirados daquele lugar, mas continuamos ali. Só que esquecemos do tempo e não mais damos conta daquele espaço onde nos encontramos (Sena et al., 2010).

É fantástica essa experiência! É o que acontece quando estamos lendo as descrições vivenciais produzidas na intersubjetividade com os participantes de uma pesquisa com a abordagem fenomenológica de Merleau-Ponty, ou seja, ali, de fato, fazemos uma ontologia da experiência, pois percebemos o nosso ser se desvelando na coisa, no ente, no existente, naquilo com o qual nos interagimos que, nesse caso, é o texto empírico. Então, a leitura é semelhante à contemplação de uma pintura em tela, que possui figura e fundo; a percepção se dar no movimento de vai e vem do olhar. Ora se vê a figura, ora se vê o fundo. Foi nessa perspectiva que operamos com a Analítica da Ambiguidade na tentativa de compreender as vivências de famílias acerca do cuidado em liberdade no contexto do cuidado às pessoas que consomem álcool de forma habitual.

O passo a passo da técnica em nosso estudo consistiu no seguinte: os conteúdos gravados das rodas de TCIT foram transcritos cuidadosamente, na íntegra, para manter a fidelidade das informações. Após a transcrição, o conteúdo foi lido, com a finalidade de compreender as descrições vivenciais a partir da abordagem fenomenológica merleau-pontyana; os conteúdos das descrições foram organizados em forma de textos, dando-lhes sequência e sentido; na sequência foram realizadas leituras primorosas do material, buscando perceber teses

que defendem ser as coisas em si mesmo, discursos naturalizados; por fim fomos em direção à objetivação das categorias conforme as ambiguidades que se mostraram à percepção, buscando compreendê-las e não explicá-las (Sena et al., 2010).

4.7 DIMENSÃO ÉTICA DO ENCONTRO INTERSUBJETIVO DO ESTUDO

O presente projeto de tese constituiu-se como um subprojeto vinculado à pesquisa maior intitulada *“Percepção de diversos atores sociais sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental”*, previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), conforme parecer nº 6.824.229 (ANEXO H). Tal aprovação assegurou que o desenvolvimento da investigação ocorresse em consonância com as disposições legais que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pelas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

Aos participantes que aceitaram, de forma voluntária, integrar a investigação foram apresentadas duas vias do TCLE, destinadas à leitura e assinatura, sendo uma via mantida sob a guarda da pesquisadora e a outra entregue ao participante. Nos casos em que os participantes não possuíam habilidade de leitura, o termo foi lido e explicado pela pesquisadora, que apresentou de forma clara os objetivos do estudo, sua proposta, os possíveis riscos e os potenciais benefícios da participação. Esse procedimento buscou garantir que todos pudessem compreender plenamente o conteúdo do documento e, assim, autorizar sua participação mediante assinatura ou inserção da impressão digital do polegar direito.

Reconheceu-se que a participação na pesquisa poderia suscitar, em alguns momentos, sentimentos de desconforto, especialmente pela necessidade de disponibilizar tempo para participar das rodas de Terapia Comunitária Integrativa ou pelo fato de compartilhar vivências relacionadas ao alcoolismo no contexto familiar. Considerando essa possibilidade, foi assegurado que, caso emergisse alguma situação de sofrimento ou desconforto durante os encontros, as pesquisadoras assumiriam a responsabilidade de acolher a demanda apresentada e tomar as providências necessárias para minimizar possíveis danos ou prejuízos.

Além disso, foi garantido aos participantes o direito de interromper sua participação no estudo e retirar o consentimento concedido em qualquer momento do processo investigativo, sem que isso implicasse qualquer tipo de prejuízo. Também foi assegurado o anonimato dos participantes, de modo que nenhuma informação que possibilitasse sua identificação fosse divulgada. Ressaltou-se, ainda, que a participação na pesquisa não implicou custos financeiros, nem qualquer forma de pagamento, ressarcimento ou compensação financeira. A adesão ao estudo ocorreu de forma livre e voluntária, consistindo no compartilhamento de experiências e reflexões relacionadas aos objetivos da investigação, após a assinatura do TCLE.

Para garantir o anonimato dos participantes e preservar a confidencialidade das experiências compartilhadas ao longo da investigação, optou-se pela utilização de codinomes como estratégia de identificação nas descrições vivenciais e nos resultados apresentados. Essa decisão mostrou-se especialmente pertinente considerando que os achados desta tese deram origem à elaboração de três manuscritos científicos distintos. Assim, a adoção de codinomes permitiu resguardar a identidade dos participantes e, simultaneamente, manter a singularidade das narrativas utilizadas para ilustrar as compreensões fenomenológicas produzidas no estudo.

A escolha dos codinomes foi realizada de forma simbólica e alinhada às temáticas centrais abordadas em cada manuscrito. No primeiro manuscrito, que discute entre outros aspectos, as ambiguidades existentes no cuidado no contexto do cuidado ao alcoolismo, foram adotados codinomes inspirados em pérolas, tradicionalmente associadas à ideia de transformação do sofrimento em algo valioso. Entre os exemplos utilizados encontram-se *Pérola Branca*, *Pérola Negra*, *Pérola Dourada* e *Pérola Serena*, remetendo à metáfora da resiliência como processo de elaboração existencial diante das adversidades.

No segundo manuscrito, voltado à compreensão da experiência intercorpórea e afetiva que permeia o cuidado em saúde mental, os codinomes foram inspirados em valores e experiências que expressam o cuidado relacional. Nesse contexto, os participantes foram identificados por termos que evocam dimensões afetivas presentes nas relações de cuidado, como *Autonomia*, *Respeito*, *Cuidado*, *Abraço*, *Amparo* e *Esperança*, entre outros, simbolizando o campo intersubjetivo no qual o cuidado se constitui.

Já no terceiro manuscrito, que aborda os processos de transformação e resiliência no contexto do sofrimento familiar diante do alcoolismo, os codinomes foram inspirados em borboletas, símbolo amplamente associado à metamorfose e ao movimento de transformação. Essa escolha dialoga diretamente com o referencial fenomenológico adotado na pesquisa, especialmente com a compreensão de que a experiência humana é marcada por processos contínuos de mudança e ressignificação. Entre os codinomes utilizados destacam-se *Borboleta Aurora*, *Borboleta Monarca*, *Borboleta Esmeralda*, *Borboleta Lua-Clara* e *Borboleta Fênix*.

Desse modo, a utilização de codinomes simbólicos assegura o anonimato dos participantes e contribui para preservar a dimensão poética e existencial das experiências narradas, mantendo coerência com a perspectiva fenomenológica que orientou esta investigação e com a produção dos manuscritos derivados da tese.

Todo o material produzido no decorrer da pesquisa foi armazenado na sala do “Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental: Loucos por Cidadania”, sob responsabilidade das pesquisadoras, e permanecerá arquivado pelo período de cinco anos. Após esse prazo, os registros serão destinados à incineração ou exclusão, conforme as diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS: ENTRELAÇAMENTOS DA EXPERIÊNCIA AMBÍGUA, INTERCORPÓREA E TRANSFORMADORA NO CONTEXTO DO ALCOOLISMO

Esta seção tem como finalidade apresentar os resultados deste estudo, compreendidos como sentidos que emergem no entrelaçamento das experiências vividas pelas famílias no contexto do alcoolismo. Inspirados na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, tais resultados não se reduzem a descrições objetivas, mas se configuram como expressões do vivido que ganham corpo em um organismo de palavras, fazendo existir, para quem lê e para quem escreve, a significação da pesquisa.

O percurso que vai da inquietação inicial à construção desta investigação corresponde a um movimento intencional, no qual percepção, experiência e compreensão se entrelaçam. Nesse processo, o fenômeno é desvelado na medida em que o pesquisador se reconhece naquilo que produz, instaurando um retorno às coisas mesmas. Assim, os resultados aqui apresentados não são conclusões fechadas, mas aberturas de sentido que se constituem na relação entre o eu, o outro e o mundo vivido.

Considerando o caráter dinâmico e ambíguo da experiência, os achados desta pesquisa se expressam em três manuscritos que compõem esta tese de doutorado, elaborados em consonância com as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Fundamentados na Fenomenologia de Merleau-Ponty, esses manuscritos buscam desvelar o cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo a partir da centralidade do corpo vivido, da intercorporeidade e das ambiguidades que atravessam o existir em relação.

O primeiro manuscrito, intitulado **“Vivências familiares no cuidado ao alcoolismo: Ambiguidades entre afeto-restrição e esperança-deseesperança”**, apresenta o cuidado familiar como experiência ambígua, marcada pela reversibilidade entre gesto afetivo e gesto restritivo, bem como pela coexistência entre esperança e desesperança, revelando o cuidado como movimento instável que oscila entre acolhimento e controle. O segundo, **“Intercorporeidade e cuidado familiar na experiência do alcoolismo: O corpo do outro como extensão de si”**, desvela a dimensão intercorpórea do cuidado, abordando como o sofrimento do outro se inscreve no corpo do familiar cuidador, configurando um corpo em alerta, uma temporalidade de vigilância e uma dissolução das fronteiras entre o eu e o outro. Por sua vez, o terceiro manuscrito, **“Do casulo à borboleta: Resiliência e metamorfose existencial diante do sofrimento de famílias convivendo com o alcoolismo”**, revela a resiliência como processo de metamorfose existencial, no qual o sofrimento, longe de se encerrar em si mesmo, abre possibilidades de reinvenção do ser-no-mundo, por meio de movimentos de transformação que emergem no interior da experiência.

Dessa forma, os resultados aqui apresentados ampliam a compreensão sobre o cuidado em saúde mental e oferecem subsídios para a construção de práticas mais sensíveis e comprometidas com a complexidade da experiência humana. Ao compreender o cuidado como

fenômeno relacional, intersubjetivo e atravessado por ambiguidades, este estudo aponta para a necessidade de fortalecer estratégias de cuidado que valorizem a escuta, o compartilhamento de experiências e o reconhecimento da família como parceira fundamental na efetivação de um cuidado em liberdade, ético e humanizado no contexto da saúde mental.

5.1 VIVÊNCIAS FAMILIARES NO CUIDADO AO ALCOOLISMO: AMBIGUIDADES ENTRE AFETO-RESTRIÇÃO E ESPERANÇA-DESESPERANÇA

Este manuscrito será submetido à revista Revista Latino-Americana de Enfermagem, e foi elaborado conforme as diretrizes para autores, disponíveis no link: https://rlae.eerp.usp.br/files/pagina_informativa_pt.pdf, consultadas em abril de 2026.

**VIVÊNCIAS FAMILIARES NO CUIDADO AO ALCOOLISMO: AMBIGUIDADES
ENTRE AFETO-RESTRIÇÃO E ESPERANÇA-DESESPERANÇA**

**FAMILY EXPERIENCES IN CARING FOR ALCOHOLISM: AMBIGUITIES
BETWEEN AFFECTION-RESTRICTION AND HOPE-DESPAIR**

Thainan Alves Silva¹

Edite Lago da Silva Sena²

1 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Jequié, Bahia, Brasil.

2 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Jequié, Bahia, Brasil.

Resumo:

Objetivo: compreender como se configura, na experiência de famílias que vivenciam o alcoolismo, o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental. **Método:** estudo qualitativo, fundamentado na Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty, com participação de vinte familiares de pessoas alcoolistas assistidos por uma Unidade de Saúde da Família situada em um município do interior da Bahia, Brasil. A produção das descrições vivenciais ocorreu por meio de rodas de Terapia Comunitária Integrativa, gravadas, transcritas e submetidas à Técnica da Analítica da Ambiguidade. O estudo constitui-se como subprojeto de uma investigação maior, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer nº 6.824.229/2024. **Resultados:** emergiram duas categorias temáticas que expressam o caráter ambíguo do cuidado familiar: Reversibilidade entre gesto afetivo e gesto restritivo e Ambiguidade entre esperança e desesperança. O cuidado revelou-se como presença acolhedora que pode converter-se em vigilância diante da sobrecarga. A esperança sustenta o investimento afetivo, enquanto a repetição do sofrimento produz exaustão e desesperança. **Conclusão:** o cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo configura-se como prática relacional atravessada por tensões. Reconhecer tais ambiguidades contribui para qualificar práticas em saúde mental e fortalecer estratégias de cuidado compartilhado.

Descritores: Alcoolismo; Família; Saúde Mental; Fenomenologia; Pesquisa Qualitativa; Cuidado.

Abstract:

Objective: to understand how care in freedom is configured in the experience of families living with alcoholism in the context of mental health. **Method:** qualitative study grounded in the Phenomenology of Perception by Maurice Merleau-Ponty, involving twenty family members of individuals with alcoholism assisted by a Family Health Unit located in a municipality in the interior of Bahia, Brazil. Experiential descriptions were produced in 2024 through Integrative Community Therapy circles, recorded, transcribed, and analyzed using the Ambiguity Analytical Technique. The study is part of a larger research project approved by the Research Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia, under opinion no. 6,824,229/2024. **Results:** two thematic categories emerged expressing the ambiguous nature of family care: Reversibility between affective and restrictive gestures and Ambiguity between hope and hopelessness. Care was revealed as a supportive presence that may shift into surveillance under conditions of burden. Hope sustains affective investment, whereas the repetition of suffering produces exhaustion and hopelessness. **Conclusion:** care in freedom in the context of alcoholism is configured as a relational practice marked by tensions. Recognizing these ambiguities contributes to improving mental health practices and strengthening shared care strategies.

Descriptors: Alcoholism; Family; Mental Health; Phenomenology; Qualitative Research; Care.

Introdução

O alcoolismo é uma condição prevalente no campo da saúde mental e, por isso, configura-se como um problema de saúde pública de alcance global. Estimativas recentes indicam que o consumo de álcool está entre os principais fatores evitáveis de adoecimento e mortalidade, associado a milhões de mortes anuais e a importantes impactos sociais ^(1,2). Seus efeitos extrapolam a dimensão individual da pessoa alcoolista e alcançam de modo significativo

as relações familiares e comunitárias. Nesse contexto, o alcoolismo é reconhecido como um fenômeno complexo que demanda abordagens psicossociais capazes de considerar as múltiplas dimensões do sofrimento humano e seus desdobramentos nas relações cotidianas ^(3,4).

No cenário do cuidado em saúde mental, a atenção ao alcoolismo vem sendo progressivamente reconfigurada a partir da superação do modelo hospitalocêntrico e da valorização de práticas territoriais e comunitárias. No Brasil, esse movimento se expressa na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que reafirma o território como espaço privilegiado de produção de cuidado e continuidade assistencial ⁽⁵⁾. Portanto, o cuidado em liberdade emerge como princípio orientador dessa práxis em saúde mental, deslocando o foco da institucionalização para a vida cotidiana, onde os sujeitos vivem, constroem relações e elaboram suas experiências de sofrimento e cuidado.

Assim, a família assume papel central na sustentação do cuidado no território, acompanhando crises, recaídas e abstinência, organizando rotinas de alimentação, medicação e segurança, e mediando a relação entre o usuário e os serviços de saúde. A literatura internacional denomina esse fenômeno como *family caregiving*, evidenciando a centralidade da família na continuidade do cuidado em saúde mental ^(6,7). Contudo, tal responsabilidade ocorre sem preparo ou suporte suficiente, produzindo o que estudos descrevem como *burden of care*, ou seja, sobrecarga física, emocional, social e financeira decorrente desse cuidado ⁽⁸⁾. Deste modo, o cuidado em liberdade, nesse contexto, revela tensões entre autonomia e insegurança, corresponsabilização e solidão do cuidado.

Apesar da crescente valorização da atenção psicossocial e das práticas territoriais, observa-se que grande parte da literatura permanece centrada na perspectiva do usuário ou na organização dos serviços, dedicando menor atenção à experiência vivida pelas famílias. Tal lacuna torna-se relevante quando se considera que são essas experiências que sustentam cotidianamente grande parte do cuidado no território. Compreender como a família percebe, interpreta e vivencia o cuidado em liberdade é fundamental para ampliar a compreensão das práticas de saúde mental e qualificar as estratégias de cuidado.

Diante dessa necessidade, é pertinente adotar referenciais teóricos capazes de acessar a experiência vivida em sua complexidade. A fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty oferece contribuições relevantes ao compreender a experiência humana como constituída na intercorporeidade e na ambiguidade das relações. Para o filósofo, a percepção tem sua origem no entrelaçamento entre sujeito, mundo e o outro, no interior das experiências compartilhadas da vida cotidiana ^(9,10). Mais do que explicar o fenômeno por categorias previamente definidas, a fenomenologia merleau-pontyana permite desvelar os sentidos que se constituem na experiência vivida das famílias que convivem com o alcoolismo, reconhecendo o cuidado como um processo relacional marcado por tensões, afetos e ambiguidades.

Frente ao exposto, e considerando a magnitude do alcoolismo e suas repercussões na saúde mental e na vida social; a centralidade da família como lugar de cuidado, vulnerabilidade e sofrimento; e a necessidade de qualificar o cuidado em liberdade com base em experiências concretas do território, este estudo buscou responder à seguinte questão: Como se configura, para famílias que vivenciam o alcoolismo, o cuidado em liberdade no âmbito da saúde mental? Assim, o objetivo consistiu em compreender como se configura, na experiência de famílias que vivenciam o alcoolismo, o cuidado em liberdade no âmbito da saúde mental.

Método

Natureza fenomenológica do estudo

Trata-se de um estudo fundamentado na Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty, que toma a experiência vivida como ponto de partida para desvelar o fenômeno. Nessa perspectiva, a percepção é compreendida como modo originário de estar-no-mundo, sempre corporificado, situado e constituído na relação com o outro. A experiência humana se constrói no cotidiano e nas relações vividas com os outros ⁽⁹⁾.

À luz desse referencial, buscamos compreender os sentidos atribuídos ao cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo, reconhecendo-o como fenômeno relacional, tecido nas ambiguidades da convivência e na coexistência com o outro no território ⁽⁹⁻¹¹⁾. O cuidado em

liberdade não se aprende como técnica ou norma, mas emerge da experiência compartilhada, no entrelaçamento das existências e na construção cotidiana das relações ^(5,11).

Contexto experiencial do estudo e período de produção das descrições vivenciais

O estudo foi desenvolvido em uma cidade do interior do estado da Bahia, no território de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF), durante os meses de setembro a dezembro do ano de 2024. A escolha desse cenário deu-se por se constituir como campo de prática da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, vinculada ao curso de Enfermagem de uma universidade do sudoeste baiano. Nesse contexto, a imersão no território possibilitou a aproximação com as dinâmicas cotidianas do cuidado, revelando demandas em saúde mental relacionadas ao alcoolismo. Tal realidade enfatizou a necessidade de aprofundamento investigativo, ancorado na experiência vivida e nas relações estabelecidas entre usuários, famílias e serviços de saúde.

Colaboradores vivenciais e critérios de seleção

Os participantes foram vinte integrantes de famílias que convivem com o consumo habitual de álcool, compreendido neste estudo como expressão do alcoolismo; maiores de 18 anos, com idades entre 25 e 75 anos, vinculados por laços consanguíneos ou afetivos. Participaram mães, esposas, irmãs, tias e filhas que exerciam funções de cuidado, bem como os próprios familiares que vivenciavam a condição de alcoolismo, entendidos como parte constitutiva da experiência familiar. A identificação dos participantes contou com o apoio das equipes da USF, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Movimento metodológico para a produção das descrições vivenciais

Para a produção das descrições vivenciais, implementou-se rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), que tiveram dupla função: como tecnologia leve de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) e como método de produção de conhecimento empírico. Inicialmente realizamos uma roda de TCI tradicional, em cinco etapas: acolhimento,

escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento, conforme proposto por Barreto ⁽¹²⁾, e um encontro formativo com as famílias, com o objetivo de contextualizar a evolução histórica do cuidado em saúde mental e favorecer a compreensão da proposta do estudo.

Na sequência, foram desenvolvidas quatro rodas de TCI Temáticas (TCIT), guiadas por motes e objetos disparadores, sendo eles: gaiola/pássaro, casulo/borboleta, águia/galinha e ostra/pérola, inspirados em narrativas metafóricas ^(13,14) e articulados ao tema “cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo” ^(12,15).

Recurso para compreensão fenomenológica das descrições vivenciais

As rodas de TCIT foram gravadas, transcritas integralmente e organizadas em textos sequenciais, preservando a fidelidade das descrições e seu caráter intersubjetivo. Para a compreensão desse material, adotou-se a Analítica da Ambiguidade, técnica fundamentada na Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty, que considera a natureza ambígua da experiência, atravessada por dimensões sensíveis e reflexivas ⁽¹⁶⁾. Orientada pela relação figura-fundo da percepção, procedeu-se leituras minuciosas do material empírico, buscando evidenciar os sentidos que emergiam das descrições, compreendidos como ambiguidades da experiência vivida. Desse percurso compreensivo resultou a construção de categorias temáticas.

Para assegurar o rigor e a transparência do estudo, foram seguidas as recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) ⁽¹⁷⁾, que orientaram a descrição dos pressupostos teórico-metodológicos, do contexto da pesquisa, dos participantes e dos procedimentos de produção e compreensão das descrições vivenciais. Declara-se, ainda, que a tecnologia de Inteligência Artificial generativa, especificamente o modelo ChatGPT, foi utilizada como suporte à revisão linguística e organização textual do manuscrito. A ferramenta não foi utilizada na produção ou no processo compreensivo. Todo o conteúdo desse estudo foi criticamente avaliado pelos autores quanto à consistência teórica e rigor metodológico. Assim, em conformidade com o checklist COREQ, a responsabilidade intelectual e a interpretação dos resultados são integralmente dos autores.

Dimensão ética do encontro intersubjetivo do estudo

Quanto aos aspectos éticos, o estudo vincula-se ao projeto maior “Percepção de diversos atores sociais sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental”, aprovado pelo CEP/UESB sob parecer nº 6.824.229, em conformidade com as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016^(18,19). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantidos anonimato, confidencialidade, voluntariedade e possibilidade de desistência a qualquer momento.

Para preservar as identidades, foram adotados codinomes inspirados em pérolas, símbolo de resiliência, a saber: Pérola Branca; Pérola Negra; Pérola Dourada; Pérola Rosa; Pérola Prateada; Pérola Azul; Pérola Marfim; Pérola Natural; Pérola Rara; Pérola Serena; Pérola Clara; Pérola Pura; Pérola Suave; Pérola Nobre; Pérola Luminosa; Pérola Delicada; Pérola Radiante; Pérola Essencial; Pérola Aurora e Pérola Celeste.

Os codinomes atribuídos aos participantes foram inspirados na imagem da pérola, adotada como metáfora da resiliência diante do sofrimento. Assim como a pérola se forma a partir de um processo lento de transformação no interior da concha, também as experiências descritas revelam movimentos de elaboração e reinvenção frente às adversidades vividas. A escolha desse conjunto simbólico buscou preservar o anonimato dos participantes e, ao mesmo tempo, expressar a potência de vida que emerge mesmo em contextos marcados pela dor, em consonância com a perspectiva fenomenológica adotada no estudo.

Resultados

A compreensão fenomenológica das descrições vivenciais produzidas nas rodas de TCI permitiu a construção de duas categorias temáticas que expressam a percepção da família acerca do cuidado familiar no contexto do alcoolismo: Reversibilidade entre Gesto Afetivo e Gesto Restritivo e Ambiguidade entre Esperança e Desesperança.

Reversibilidade entre gesto afetivo e gesto restritivo

Nas descrições dos familiares participantes do estudo, o cuidado aparece como presença próxima, gesto afetivo e disponibilidade para atender às necessidades da pessoa alcoolista. Contudo, essa mesma presença, quando constante e vigilante, pode ser vivida como restrição e controle, seja pelo próprio alcoolista, que a percebe como invasão, seja pelo familiar cuidador, que sente o peso de estar sempre “em cima”.

Assim, o cuidado familiar ocorre em uma relação de reversibilidade entre acolhimento e controle, conforme se pode ver nas descrições seguintes: *Na verdade, eu me sinto um pouco preso porque eles ficam pegando no meu pé todos os dias, falando, me controlando, isso faz com que eu queira beber mais, é uma coisa estranha, ao mesmo tempo que eu sei que eles querem me ajudar, eu me sinto preso* (Pérola Celeste). *Minha mãe ficava reclamando do meu pai, falava, brigava, tudo para tentar ajudá-lo, mas no fim ele bebia mais ainda. Era como se quanto mais ela tentasse ajudar, mais ele se afastava* (Pérola Rara). *Eu acho que ele se sentia preso, como um pássaro engaiolado, porque toda vez que eu falava, que reclamava da bebida, ele bebia mais* (Pérola Natural). *Eu cuido dele porque não quero que ele se sinta sozinho e triste, mas às vezes penso que talvez eu esteja sufocando. Se eu ficar muito em cima, talvez ele se sinta preso* (Pérola Dourada). *Quando ele foi expulso de casa pela esposa, eu o acolhi aqui em casa, porque eu não podia deixá-lo na rua, né? Eu cuido, mas também tenho que brigar, reclamar, às vezes até bater com a vassoura, porque senão ele não se controla* (Pérola Radiante). *Eu o deixo beber em casa, porque penso que é melhor do que ele estar na rua, passando vergonha. Mas eu fico me sentindo presa, porque ele não me ajuda em nada, e eu tenho que cuidar de tudo. É como se eu vivesse numa prisão dentro de casa* (Pérola Serena). *A gente tenta ajudar, mas se ficar muito em cima, sufoca. Tem que saber até onde vai, porque senão parece que a gente está prendendo a pessoa* (Pérola Nobre).

As descrições revelam que o cuidado familiar oscila entre atenção, acolhimento e proteção, podendo também assumir contornos de vigilância, controle e restrição. Assim, o cuidado se configura como um movimento ambíguo no qual o gesto afetivo pode converter-se em gesto restritivo na experiência vivida.

Ambiguidade entre esperança e desesperança

As descrições vivenciais manifestadas pelos participantes também mostram que o cuidado familiar à pessoa alcoolista é atravessado por expectativas de mudança e sentimentos de exaustão. Por um lado, a esperança de recuperação e reconstrução da vida familiar sustenta o investimento afetivo no cuidado; por outro, as recaídas e frustrações produzem cansaço e sensação de que “nada muda”.

As descrições seguintes corroboram essa ambiguidade: *Eu queria ver meu filho liberto da bebida, mas cada vez que ele sai de casa eu fico ansiosa, com medo de receber uma notícia ruim. É como se eu vivesse entre a esperança e o medo* (Pérola Radiante). *Eu sei que ele sente que é amado quando eu cuido dele, mas às vezes penso que isso não adianta, que ele nunca vai mudar, e aí eu me sinto cansada, sem forças* (Pérola Dourada). *Meu marido conseguiu se libertar da bebida, graças a Deus. Mas meus filhos e netos ainda estão presos a isso, e eu continuo sofrendo. A gente se alegra com uma vitória, mas continua carregando outras dores* (Pérola Clara). *Eu tenho medo dele quando ele bebe, me tranco em casa, mas também sinto pena, porque sei que ele não come, não bebe água. Então eu abro a janela e dou comida, dou água. É uma mistura de medo e cuidado* (Pérola Rosa). *Graças a Deus, meu marido foi liberto da bebida. Mas foram muitos anos de sofrimento, de sentir que eu vivia numa prisão* (Pérola Natural). *Quando eu era criança, eu pensava que quando meu pai parasse de beber, tudo ia se resolver. Mas depois percebi que não era tão simples, e que as coisas não mudaram tanto assim* (Pérola Rara). *A gente o levou para o centro de recuperação, e por um tempo ele ficou bem, parecia que ia mudar. Mas depois voltou a beber de novo, e foi como se toda a esperança tivesse ido embora* (Pérola Essencial).

As descrições revelam que a experiência familiar se move entre a expectativa de mudança e o desgaste produzido pela repetição do sofrimento. Dessa forma, o cuidado é vivido como um campo afetivo marcado pela coexistência de esperança e desesperança.

Discussão

A compreensão das descrições vivenciais de famílias em convivência com o alcoolismo permitiu desvelar que o cuidado familiar se configura como uma experiência marcada por ambiguidades. A partir dos relatos que emergiram das rodas de TCI, observou-se que o cuidado oscila entre gesto afetivo e gesto restritivo, e entre os sentimentos de esperança e desesperança, revelando uma reversibilidade própria da experiência de cuidar de alguém em sofrimento mental. Assim, os resultados desse estudo direcionam para o reconhecimento de que, para as

famílias, o cuidado em liberdade não se apresenta como uma condição estável, mas como uma experiência relacional atravessada por tensões, expectativas e incertezas.

No campo da saúde mental, compreender essa experiência implica reconhecer o princípio do cuidado em liberdade como eixo estruturante da Reforma Psiquiátrica. Inspirado pelas contribuições de Franco Basaglia na Itália, esse princípio propõe a superação das práticas asilares e a afirmação do cuidado no território, em diálogo com a vida social e comunitária. Nesse horizonte, a liberdade deixa de ser compreendida apenas como ausência de contenção física e passa a ser concebida como possibilidade de existência compartilhada no mundo, sustentada por relações de cuidado, direitos e pertencimento social ⁽²⁰⁻²²⁾.

A crítica basagliana ao modelo de cuidado manicomial dialoga com as reflexões de Michel Foucault acerca das relações de poder na constituição das práticas de cuidado. Para Foucault, a liberdade é uma prática ética e política que se exerce nas relações, especialmente por meio da resistência às formas de dominação e à imposição de verdades normalizadoras. Nesse sentido, o cuidado em liberdade se concretiza na construção de espaços onde o sujeito possa exercer o cuidado de si e participar das decisões que atravessam sua própria vida ^(23,24).

Sob essa perspectiva, o cuidado em liberdade se contrapõe ao denominado cuidado aprisionado. Enquanto o modelo asilar historicamente produziu isolamento, tutela e silenciamento da experiência do sujeito, o cuidado em liberdade busca sustentar a vida no território e preservar vínculos sociais. Contudo, os resultados deste estudo indicam que essa transição não elimina completamente as tensões do cuidado. Mesmo fora das instituições fechadas, práticas de vigilância, controle e proteção excessiva podem emergir no interior das relações familiares.

Essa constatação demonstra que o cuidado em liberdade não se reduz a uma mudança de cenário institucional, mas envolve uma transformação mais profunda nas formas de relação entre sujeitos, famílias e serviços. Estudos recentes no campo da saúde mental comunitária indicam que a consolidação do cuidado territorial depende da corresponsabilização entre serviços, usuários e famílias, bem como do fortalecimento das redes de apoio psicossocial ^(25,26).

Quando essas redes se mostram frágeis, parte significativa da responsabilidade pelo cuidado tende a recair sobre a família.

A literatura sobre coerção percebida em saúde mental contribui para compreender a complexidade da relação familiar atravessada pelo alcoolismo. Estudos indicam que, mesmo em contextos voluntários de cuidado, pressões sutis como vigilância constante, barganhas afetivas ou monitoramento cotidiano podem ser vividas como experiências coercitivas, uma vez que o critério central passa a ser a experiência subjetiva de constrangimento e controle ^(27,28). Nesse sentido, o gesto de cuidado pode funcionar simultaneamente como proteção e como mecanismo de controle quando passa a antecipar e regular a vida do outro, e interferir em sua autonomia.

Essa ambiguidade pode ser compreendida à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, para quem a experiência humana é constitutivamente ambígua. O cuidado não se reduz a um ato técnico, mas constitui um modo entrelaçado de estar no mundo com o outro. Presença, palavra, gesto e proximidade tornam-se expressões corporais do cuidado. Assim, acompanhar, lembrar, proteger e insistir na busca por ajuda emergem de uma intencionalidade afetiva que se corporifica na convivência. Entretanto, essa mesma proximidade pode converter-se em vigilância quando o vínculo passa a organizar continuamente a vida do outro ^(9,10).

Nesse contexto, a experiência das famílias revela que o cuidado em liberdade se configura como uma prática situada no entrelaçamento entre relações afetivas, políticas e condições concretas de suporte social. A família torna-se, simultaneamente, espaço de acolhimento, de negociação de limites e de gestão cotidiana do sofrimento. Entretanto, quando esse cuidado se sustenta de forma solitária, ele pode produzir sobrecarga emocional, desgaste relacional e sentimento de impotência.

A partir das lentes da Merleau-pontyanas, a liberdade aqui defendida não pode ser compreendida apenas como autonomia absoluta ou como independência radical do outro. Ao contrário, ela deriva da coexistência entre sujeitos que compartilham um mesmo mundo. A liberdade é sempre situada e relacional, constituindo-se no entrelaçar das nossas possibilidades e das condições que estruturam a vida coletiva. Assim, cuidar em liberdade significa também

reconhecer que a experiência humana se constrói no encontro com o outro e na abertura para novas formas de coexistência ⁽⁹⁾.

Complementando essa reflexão, as descrições vivências das famílias em convivência com o alcoolismo também lançam luz sobre a ambiguidade que existe entre os sentimentos de esperança e desesperança como expressão do tempo vivido do cuidado. Na fenomenologia, esse tempo não se organiza de forma linear, mas se desenrola em movimentos de avanço, suspensão e retorno, nos quais o futuro permanece simultaneamente prometido e incerto ^(9,29,30). A esperança emerge como abertura ao futuro sustentada por gestos cotidianos e expectativas afetivas, enquanto a repetição das recaídas e o desgaste do corpo que cuida pode produzir sentimentos de estagnação e exaustão.

Estudos com famílias afetadas pelo alcoolismo descrevem dinâmica semelhante, marcada por ciclos de expectativa, frustração e reinvenção das formas de cuidado ^(31,32). No cotidiano da convivência e cuidado de um familiar alcoolista, a esperança manifesta-se como presença que mantém viva a expectativa de mudança e o desgaste emocional e a sensação de impotência diante do sofrimento do outro se revelam em forma de esgotamento que os aproxima da desesperança. Nessa perspectiva, esperança e desesperança não se excluem, mas coexistem como expressões entrelaçadas da experiência de cuidar no interior dessas relações familiares.

A esperança pode ser lida como um movimento de transcendência: o familiar projeta possibilidades de recuperação, imagina um “ainda não” que pode vir a ser, e sustenta o cuidado a partir dessa aposta ⁽¹⁰⁾. Contudo, quando as recaídas se repetem, o horizonte de futuro se estreita, o corpo se fatiga e o tempo parece circular, a esperança se fragiliza e se converte em desesperança, fenômeno descrito na literatura como “oscilação relacional” entre esperança e exaustão em famílias afetadas pelo alcoolismo ^(29, 33). Essa reversibilidade entre abrir e fechar o horizonte temporal evidencia que o cuidado familiar se dá em um campo de incerteza existencial, no qual o resultado do esforço nunca é plenamente garantido.

Estudos sobre famílias e alcoolismo reforçam essa ambiguidade ao mostrar que a esperança é frequentemente alimentada por pequenos sinais de mudança: um dia sem beber, um acordo cumprido, um atendimento bem-sucedido, enquanto a desesperança se mostra diante da

cronicidade percebida, da sobrecarga e da falta de apoio contínuo da rede ⁽³⁴⁾. A esperança tem função protetiva para o bem-estar do cuidador e para o engajamento no tratamento, mas também pode produzir sofrimento quando se transforma em expectativa irrealista ou em responsabilidade solitária pela “cura” do outro ⁽³⁵⁾. Assim, a ambiguidade não é apenas subjetiva, mas produzida no encontro entre a experiência familiar e as condições concretas de cuidado em saúde mental.

No contexto do cuidado em liberdade, essa tensão entre esperança e desesperança ganha contornos ético-políticos importantes. A política brasileira de saúde mental e a RAPS apostam na possibilidade de recuperação psicossocial, na reconstrução de vínculos e na cidadania, o que sustenta a esperança das famílias ⁽⁵⁾. Práticas baseadas em decisão compartilhada e apoio à tomada de decisão podem fortalecer uma esperança mais realista e compartilhada, reduzindo sentimento de impotência e coerção percebida ^(36,37). Porém, quando a rede é percebida como insuficiente ou fragmentada, o familiar tende a vivenciar a desesperança como abandono institucional, recaindo sobre si o peso de manter o cuidado ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Os resultados deste estudo indicam que o cuidado em liberdade, na experiência de famílias que convivem com o alcoolismo, se configura como um processo relacional ambíguo, no qual afeto, proteção, controle, esperança e exaustão coexistem no cotidiano. Tal experiência revela que a liberdade, no contexto do cuidado, não se realiza de forma plena ou linear, mas como prática construída nas relações e no território.

Dessa forma, responder ao objetivo deste estudo implica reconhecer que compreender o cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo exige ouvir e legitimar a experiência das famílias. Tornar visíveis essas ambiguidades contribuem para ampliar a compreensão das práticas de saúde mental e para fortalecer estratégias de cuidado que compartilhem responsabilidades entre serviços, usuários e familiares. Investir em dispositivos comunitários de apoio, espaços de escuta e práticas de cuidado compartilhado pode favorecer a construção de experiências de cuidado que preservem tanto a liberdade do sujeito quanto o bem-estar daqueles que cuidam.

Embora relevante, o estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas. Por ter sido realizado com famílias atendidas em uma única USF e a partir de rodas de TCI, os achados não podem ser generalizados para todos os contextos territoriais, uma vez que diferentes regiões apresentam distintas condições de acesso e organização da rede. Além disso, a participação voluntária pode ter excluído familiares em situação de maior sobrecarga ou distanciamento dos serviços.

Ainda assim, os resultados contribuem para iluminar a complexidade das vivências familiares no cuidado ao alcoolismo e apontam caminhos para práticas de saúde mental mais éticas, sensíveis e comprometidas com o cuidado em liberdade. Estudos futuros em múltiplos territórios, com abordagens longitudinais e inclusão de diferentes atores do cuidado, podem aprofundar essa compreensão.

Conclusão

Os resultados deste estudo, expressos nas categorias “Reversibilidade entre Gesto Afetivo e Gesto Restritivo” e “Ambiguidade entre Esperança e Desesperança”, revelam que o cuidado familiar à pessoa alcoolista, no contexto do cuidado em liberdade, é atravessado por tensões que estruturam o próprio modo de cuidar. Essas ambiguidades não representam falhas, mas traduzem a condição relacional e temporal da convivência com o outro em sofrimento, conforme a fenomenologia de Merleau-Ponty.

A proximidade afetiva que sustenta o cuidado pode converter-se em vigilância quando a família se percebe sobrecarregada e pouco apoiada pela rede. Do mesmo modo, a esperança que alimenta a perseverança pode, diante de recaídas e frustrações, aproximar-se da desesperança. Tais achados indicam que o cuidado em saúde mental no contexto do alcoolismo precisa reconhecer essas ambiguidades e fortalecer formas compartilhadas de sustentação da vida entre família, serviços e usuário.

As contribuições deste estudo situam-se tanto no plano teórico quanto no prático. No campo teórico, a pesquisa amplia a compreensão fenomenológica do cuidado ao desvelar como afeto, controle, esperança e desesperança se entrelaçam na experiência familiar, reforçando que

cuidar é um modo de estar no mundo com o outro e não apenas um conjunto de técnicas. No plano assistencial, os resultados oferecem subsídios para qualificar práticas na RAPS. Destaca-se, a importância de espaços dialógicos e coletivos, como as rodas de TCI, que possibilitam a expressão de sentimentos ambíguos e fortalecimento de vínculos. Tais dispositivos favorecem o cuidado menos centrado na vigilância e mais orientado para o apoio mútuo e a decisão compartilhada.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Over 3 million annual deaths due to alcohol and drug use, majority among men [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men>
2. Shield KD, et al. National, regional, and global statistics on alcohol consumption and associated burden of disease 2000–20: a modelling study and comparative risk assessment. *Lancet Public Health*. 2025;10(9):e751–e761. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00174-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00174-4/fulltext)
3. Malta DC, Freitas PC, Gomes CS, Veloso GA, Bernal RTI, Silva AG, et al. Temporal trends in abusive alcohol consumption and their projections for 2030 in Brazilian capitals. *Rev Bras Epidemiol*. 2025;28:e250057. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720250057>
4. Plens JA, et al. Patterns of alcohol consumption in Brazilian adults. *Sci Rep*. 2022;12(1):8603. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12127-2>
5. Brazil. Ministry of Health. Ordinance No. 3,088 of December 23, 2011 [Internet]. Brasília: Ministry of Health; 2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
6. Ignat LA, Tipa RO, et al. Caregiver-patient dynamics in alcohol use disorders: a cross-sectional study. *Cureus*. 2025. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12477518/>

7. Hernandez-Chilatra JA, Browning W, Yildiz M, Yefimova M, Maxwell CD, Sullivan T, Pickering CE. Alcohol use and abusive or neglectful behaviors among family caregivers of patients with dementia. *JAMA Netw Open*. 2025;8(4):e256211. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.6211>
8. Hazzan AA, et al. Alcohol use and abuse among family caregivers of people with dementia: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(11):1525. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph21111525>
9. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. 5a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2018.
10. Merleau-Ponty M. *O visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva; 2019.
11. Barbosa R. Da estrutura e do quiasma em Merleau-Ponty. *Synesis*. 2021;13(2):208–225. Available from: <https://seer.ucp.br/seer/index.php/synesis/article/view/2079>
12. Barreto AP. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR; 2010.
13. Boff L. *A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana*. 50a ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
14. Alves R. *Ostra feliz não faz pérola*. Barueri: Planeta; 2021.
15. Gaete AEG, Gois MJSM. A Terapia Comunitária Integrativa na abordagem da saúde mental na atenção primária: um relato de experiência. *Temas Educ Saude*. 2020;16(n esp 1):483–497. doi: <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14314>
16. Sena ELS, Gonçalves LHT, Müller-Granzotto MJ, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(4):769–775. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400022>
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–357. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
20. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
21. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.
22. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
23. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
24. Rotelli F. Desinstitucionalização. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 17–45.
25. Siqueira DF, Zubiaurre PM, Wasum FD, Silveira JO, Marchiori MRCT, Soccol KLS. Actions developed in the territory for users of psychoactive substances: care in freedom? *Cogitare Enferm.* 2024;29:e94961. doi: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.94961>
26. Zegwaard AH, Koop FJ, Beuk N, Broeks CW, Van RL, Konijn C, Franken A, Middeldorp CM. Implementing an integrated family approach in mental health care for families experiencing complex and multiple problems: a case example in Amsterdam. *Front Psychiatry.* 2024;15:1409216. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1409216>
27. Lee MH, Seo MK. Perceived coercion of persons with mental illness living in a community. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:2290. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052290>
28. Sundbye J, Hammarberg A, Guterstam J, Salomonsson S, Wallhed Finn S. A qualitative study of patients' experiences of receiving alcohol interventions according to the 15-method in psychiatric care. *BMC Psychiatry.* 2025;25(1):1031. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07553-1>

29. Fernández-Rodríguez OI, Cal-Herrera A, Fernández-Blanco M, et al. Life history, identity, and recovery in people with mental health conditions: a phenomenological study using OPHI-II. *Healthcare*. 2026;14(1):3. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare14010003>
30. Tragantzopoulou P, Rizou E. Between love and exhaustion: a qualitative study of Greek parents' lived experiences supporting adult children with substance use disorders. *Nurs Rep*. 2025;15:306. doi: <https://doi.org/10.3390/nursrep15080306>
31. Brown-King CE, Pratt B, et al. Exploring the experience of family members caring for a relative with alcohol use disorder: a phenomenological inquiry. *Scand J Caring Sci*. 2025. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.13306>
32. Mukherjee S, Era N, Roy S. Caregiver burden and resilience in family members of alcohol dependent patients. *Digit J Clin Med*. 2024;6(2). doi: <https://doi.org/10.55691/2582-3868.1169>
33. Dela Cruz JMF, Tomawis MC, Filipinas TI, Pacong JRT, Mamauag MFM. The impact of family dynamics on suicidal ideation and substance use: examining lived experiences of persons who use drugs. *Soc Transform J Glob South*. 2024;12(2). Available from: <https://archium.ateneo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1212>
34. van Namen DM, Knapen V, van Staa AL, de Vries H, Hilberink SR, Nagelhout GE. Stress and strain: a qualitative study into the impact of having relatives with addiction problems on students' health and daily lives. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18(1):2223864. doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2223864>
35. Barbosa A, Nunes IR, Nunes J, Sá L, Charepe Z. Hope in mental health and psychiatric nursing: a scoping review. *BMC Psychiatry*. 2026;26:18. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07355-5>
36. Lessard-Deschênes C, Pariseau-Legault P, Billé V, Sergerie-Richard S, Hudson E, Silva B, Drouin JS, Désilets M, Goulet MH. Factors associated with perceived coercion in adults receiving psychiatric care: a scoping review. *Healthcare*. 2025;13:1868. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare13151868>

37. Francis CJ, Hazelton M, Wilson RL. Supported decision-making interventions in mental healthcare: a systematic review. *Health Expect.* 2024;27(6):e70134. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.70134>
38. Day E, et al. Recovery support services as part of the continuum of care for alcohol and drug use disorders. *Addiction.* 2025;120(8):1497–1520. doi: <https://doi.org/10.1111/add.16751>
39. Schmitz EC, Morgenstern LC, Santos LC. Entre liberdade e cuidado: desafios da saúde mental no atendimento socioeducativo em meio aberto. *Rev Contemp.* 2025;5(12):e9898.
Available from: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/9898>
40. Silva RM, Santos JF, Oliveira LC, Souza AM, Pereira RS. Os desafios enfrentados pelas famílias no tratamento de usuários com sofrimento psíquico em um centro de atenção psicossocial. *Braz J Dev.* 2023;9(3):12005–12017. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n3-001>

5.2 INTERCORPOREIDADE E CUIDADO FAMILIAR NA EXPERIÊNCIA DO ALCOOLISMO: O CORPO DO OUTRO COMO EXTENSÃO DE SI

Este manuscrito será submetido à revista Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP), e foi elaborado conforme as diretrizes para autores, disponíveis no link: https://revistas.usp.br/reeusp/pt_BR/information/authors, consultadas em abril de 2026.

ARTIGO ORIGINAL

Intercorporeidade e cuidado familiar na experiência do alcoolismo: o corpo do outro como extensão de siThainan Alves Silva¹<https://orcid.org/0000-0001-8930-9044>Edite Lago da Silva Sena²<https://orcid.org/0000-0002-1236-8799>

1 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Jequié, Bahia, Brasil.

2 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Jequié, Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: discutir a experiência intercorpórea do cuidado familiar no contexto do alcoolismo, evidenciando como o sofrimento do familiar alcoolista é vivido como extensão de si. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, qualitativo, fundamentado na fenomenologia de Merleau-Ponty. Realizado em Unidade de Saúde da Família na Bahia com 20 familiares de pessoas com transtornos por uso de álcool. A produção de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2024, via rodas de Terapia Comunitária Integrativa temáticas. Utilizou-se a Analítica da Ambiguidade para análise. Projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** O cuidado familiar constitui-se como experiência intercorpórea, marcada pela porosidade das fronteiras entre o eu e o outro. A coexistência evidencia um cuidado tecido na intersubjetividade, em que o corpo próprio se prolonga no mundo do outro, revelando a ambiguidade das relações afetivas. **Conclusão:** o cuidado no alcoolismo é uma experiência intercorpórea de sofrimento compartilhado, demandando um olhar que transcenda o indivíduo e alcance as redes relacionais. Os resultados reforçam a importância de tecnologias leves, como a Terapia Comunitária Integrativa, para fortalecer o cuidado em liberdade na Rede de Atenção Psicossocial.

DESCRIPTORES: Alcoolismo; Saúde Mental; Cuidadores; Relações Familiares; Fenomenologia.

Autor correspondente:

Thainan Alves Silva

Avenida Tote Lomanto, Bairro Joaquim Romão, Residencial Moradas do Vale, 1999, CEP: 45201195

E-mail: alves.thainan@outlook.com

INTRODUÇÃO

O alcoolismo permanece como um dos principais problemas de saúde pública mundial, com impactos que transcendem o indivíduo e alcançam a família e a comunidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o uso habitual de álcool está associado a mais de 3 milhões de mortes anuais e a um amplo espectro de agravos biopsicossociais ⁽¹⁾. No contexto brasileiro, o consumo abusivo de álcool constitui importante fator de risco para doenças crônicas, violência e sofrimento psíquico, exigindo respostas articuladas da rede de atenção psicossocial ⁽²⁾.

No campo da saúde mental, as políticas contemporâneas brasileiras têm deslocado o foco do cuidado hospitalocêntrico e biomédico para práticas territoriais, comunitárias e centradas na convivência, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) reconhece a família como sujeito ativo desse cuidado, compreendendo que o sofrimento mental não se restringe ao indivíduo, mas emerge em redes relacionais ⁽³⁻⁴⁾.

Nesse cenário, familiares de pessoas em sofrimento mental decorrente do alcoolismo frequentemente vivenciam uma experiência de sofrimento compartilhado, marcada por sobrecarga emocional, ambiguidade afetiva e adoecimento psíquico. Estudos nacionais e internacionais demonstram níveis elevados de ansiedade, depressão e desgaste emocional em cuidadores familiares de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias ⁽⁵⁻⁶⁾. No entanto, ainda há lacunas na compreensão fenomenológica dessa experiência, especialmente no que se refere à dimensão corporal e relacional do cuidado.

A fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty oferece um referencial potente para compreender essas vivências, ao conceber o corpo como campo de relações e intersubjetividade. Para o filósofo, o corpo próprio é sempre um corpo-em-relação, atravessado pela presença do outro, configurando uma experiência de intercorporeidade ⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, o sofrimento do outro pode ser vivido como uma extensão sensível do próprio corpo.

Diante dessa reflexão, questiona-se: como as famílias de pessoas com alcoolismo vivenciam a experiência intercorpórea do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental? A partir dessa inquietação, este estudo objetiva discutir a experiência intercorpórea do cuidado familiar no contexto do alcoolismo, evidenciando como o sofrimento do familiar alcoolista é vivido como extensão de si. Ao iluminar essa dimensão do cuidado, pretende-se contribuir para práticas mais sensíveis e alinhadas às

diretrizes da atenção psicossocial, fortalecendo o cuidado em liberdade e a humanização das políticas públicas de saúde mental.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa e fenomenológica, fundamentado na Teoria da Intersubjetividade de Maurice Merleau-Ponty. O delineamento fenomenológico e qualitativo decorreu da natureza do fenômeno em estudo, que demandou a compreensão de experiências vividas constituídas nas relações humanas. Buscou-se, assim, acessar significados, afetos, valores e sentidos atribuídos ao cuidado em saúde mental no contexto do alcoolismo, reconhecendo que tais dimensões não se reduzem à mensuração, mas exigem uma apreensão sensível e interpretativa do vivido ⁽⁸⁾.

Entre as vertentes qualitativas, adotou-se a fenomenologia merleau-pontyana, por privilegiar a experiência e a percepção como modos originários de relação com o mundo. Nessa perspectiva, o vivido se constitui no mundo-vida, sempre situado histórica e corporalmente, emergindo da inter-relação entre sujeitos ⁽⁹⁻¹⁰⁾. Tal referencial mostrou-se pertinente para compreender as experiências de famílias que convivem com o alcoolismo, concebendo o cuidado como fenômeno relacional, marcado por ambiguidades e atravessado pela coexistência com o outro.

Com vistas a garantir rigor metodológico e transparência, utilizou-se o checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), que orientou a explicitação dos fundamentos teóricos, a caracterização do campo e dos participantes, bem como os procedimentos de produção e compreensão das descrições vivenciais ⁽¹¹⁻¹²⁾.

Local

O estudo aconteceu em uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada em um município baiano, vinculada à RAPS. Esse cenário foi reconhecido como espaço privilegiado de cuidado territorial, favorecendo a aproximação com as famílias e a integração entre serviço, comunidade e universidade ⁽¹³⁻¹⁴⁾. Como etapa inicial, realizaram-se visitas de reconhecimento do campo, diálogos com a equipe e apresentação institucional do projeto.

População e Critérios de seleção

Participaram da pesquisa 20 colaboradores vivenciais, maiores de 18 anos, com idades entre 25 e 75 anos, familiares de pessoas em uso habitual de álcool, incluindo mães, esposas, irmãs, tias e filhas em posição de cuidadoras, além dos familiares que estabeleceram relação com o álcool. Embora o foco tenha sido a experiência do familiar cuidador, a inclusão dos familiares alcoolistas considerou a inseparabilidade entre quem cuida e quem é cuidado, assumindo uma perspectiva intersubjetiva. Os participantes foram identificados a partir da colaboração da equipe da USF, em especial, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Coleta de dados

A produção das descrições vivenciais deu-se por meio de rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), realizadas entre setembro e dezembro de 2024, compreendidas tanto como tecnologia de cuidado quanto como estratégia metodológica. Inicialmente, realizou-se uma roda de TCI tradicional, seguida de um encontro formativo sobre a evolução do cuidado em saúde mental, com o intuito de contextualizar a proposta do estudo. Posteriormente, ocorreram quatro rodas de TCI temáticas, conduzidas por motes e objetos disparadores, a saber: gaiola/pássaro, casulo/borboleta, águia/galinha e ostra/pérola, em consonância com tema: cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo (15-17).

Os encontros foram gravados, transcritos na íntegra e organizados em textos sequenciais, preservando a fidelidade das falas e o caráter intersubjetivo das descrições vivenciais.

Análise e tratamento dos dados

Para a compreensão, adotou-se a Analítica da Ambiguidade, inspirada na Fenomenologia da Percepção de Merleau-Ponty, que reconhece o caráter ambíguo e multifacetado da experiência humana ⁽¹⁸⁾. O processo compreensivo envolveu leituras sucessivas, identificação de sentidos naturalizados, agrupamento das ambiguidades emergentes e elaboração de categorias compreensivas, priorizando a interpretação fenomenológica em vez de explicações causais.

Aspectos éticos

No que se refere aos aspectos éticos, o estudo integra projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016. Assim, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados anonimato, confidencialidade e participação voluntária. Para preservar as identidades, foram adotados codinomes inspirados na afetividade que envolve o cuidado em saúde mental, a saber: Autonomia; Respeito; União; Cuidado; Abraço; Colo; Abrigo; Acalanto; Afeto; Refúgio; Amparo; Vínculo; Presença; Ternura; Luz; Morada; Esperança; Renascimento; Encanto; e Empatia.

A escolha dos codinomes utilizados nesta pesquisa foi orientada por critérios éticos e simbólicos, visando preservar o anonimato dos participantes sem reduzir a densidade humana das experiências compartilhadas. Optou-se por nomes relacionados ao cuidado e ao acolhimento, por evocarem imagens de proteção, presença e reconstrução existencial, dimensões frequentemente mobilizadas no campo da saúde mental. Essa opção dialoga com a perspectiva fenomenológica adotada, ao reconhecer a linguagem como expressão do vivido e não apenas como recurso técnico. Por conseguinte, os codinomes foram compreendidos como dispositivos narrativos que mantêm a coerência ética, estética e epistemológica do estudo, preservando a singularidade dos participantes e a dimensão humana do cuidado.

RESULTADOS

A compreensão fenomenológica das descrições vivenciais produzidas nas quatro rodas de TCI revelou que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo é vivido como uma experiência profundamente intercorpórea, na qual as fronteiras entre o eu e o outro tornam-se porosas. A seguir, apresentamos as categorias que expressam essa vivência.

Corpo em alerta e vigilância contínua

As descrições vivenciais fazem ver que o sofrimento do familiar alcoolista se inscreve no corpo dos familiares cuidadores como uma presença constante, vivida de modo encarnado. A preocupação deixa de se configurar como um estado mental abstrato e passa a operar como experiência sensível, implicando o corpo em um estado permanente de vigilância. Trata-se de uma atenção contínua, orientada ao outro, que mobiliza o cuidador mesmo na ausência de eventos imediatos.

Nesse contexto, o corpo permanece em prontidão, reagindo a sinais mínimos e organizando o cotidiano em função da possibilidade de risco. A vigilância não se limita

à ação, mas constitui uma forma de estar no mundo, marcada pela impossibilidade de distanciamento em relação ao outro.

Qualquer coisinha que a gente vê de notícia ruim, já pensa que é com o filho da gente. Quando ele sai, a gente pergunta: Meu Deus, o que que está acontecendo? Fico sempre olhando, para não acontecer alguma coisa
(Esperança)

Se está em casa, a gente se preocupa... se está na rua, a gente fica preocupado.
(Ternura)

Às vezes ia atrás dele na rua para trazer de volta. (Presença)

Eu sempre vou olhar se está respirando. (Amparo)

Assim, o corpo do cuidador torna-se lugar de inscrição da preocupação, configurando uma existência em estado contínuo de alerta, na qual o repouso e o relaxamento tornam-se difíceis de sustentar.

Temporalidade da vigília e antecipação do risco

As descrições revelam que a experiência do cuidado é atravessada por uma modificação profunda na vivência do tempo. As dificuldades de sono, recorrentes nos relatos, não se reduzem a um fenômeno fisiológico, mas expressam uma temporalidade marcada pela antecipação constante do risco.

O presente deixa de se constituir como espaço de repouso e passa a ser tensionado por aquilo que pode acontecer. O futuro, vivido como possibilidade de dano, incide continuamente sobre o agora, impedindo a suspensão da vigilância. Desse modo, o cuidador permanece em estado de vigília, mesmo na ausência de acontecimentos concretos.

Fico ali sentada até tarde, esperando ele chegar. Às vezes, eu estou dormindo, pulo da cama e digo: vou atrás do meu filho. (Autonomia)

A gente dorme e acorda, e qualquer barulhinho pensa logo no mal. (Esperança)

Além disso, essa temporalidade não se limita à antecipação, mas envolve uma continuidade do sofrimento ao longo do tempo. As experiências passadas permanecem atuantes e se articulam com a expectativa do que ainda pode acontecer, configurando um tempo que não se interrompe.

Porque o filho estando livre, a mãe também fica. (Encanto)

Você só se liberta se aquela pessoa estiver bem. (Amparo)

A gente sofre pela perda de um irmão que não resistiu ao alcoolismo, e continua preso por causa do álcool que já afeitou o outro irmão. (Ternura)

Trata-se, portanto, de uma temporalidade existencial marcada pela vigília permanente, na qual o viver se organiza em torno da iminência, impedindo a experiência de descanso e estabilização.

Dissolução do eu e sofrimento compartilhado

As descrições revelam que a convivência com o alcoolismo produz uma fusão progressiva entre o sofrimento do familiar e o sofrimento do cuidador. Nesse processo, as fronteiras entre o eu e o outro tornam-se indistintas, configurando uma experiência de sofrimento compartilhado.

O bem-estar do outro passa a ser condição para o próprio alívio, enquanto o agravamento da situação implica a intensificação do sofrimento do cuidador. Assim, a experiência de si é reorganizada a partir dessa coimplicação.

A gente sofria junto. (Ternura)

Eu me acabava junto. (Vínculo)

O sentimento é ver aquela pessoa bem, pra gente se libertar também. (Amparo)

Essa dinâmica é acompanhada por um processo de descentramento existencial, no qual a vida do cuidador passa a ser organizada em função do outro, produzindo sensação de aprisionamento.

Eu vivi muito tempo no cativeiro com ele. (Luz)

A gente ficou preso naquela situação, por causa do alcoolismo dele. (União)

Eu me sentia como um pássaro engaiolado, ele preso na bebida, e a gente preso pra poder cuidar dele. (Acalanto)

Paralelamente, emerge a experiência de impotência diante da impossibilidade de modificar o comportamento do outro, o que intensifica o sofrimento e contribui para o esgotamento subjetivo. A sensação de impotência presente nas descrições representa a experiência do limite do cuidado, desvelando o ponto em que o desejo de ajudar encontra a liberdade do outro. As falas revelam que, apesar dos esforços empreendidos, o cuidado não pode garantir a transformação do outro, o que confronta o sujeito com sua própria finitude. Na perspectiva fenomenológica, esse limite não é fracasso, mas condição constitutiva do viver-com-o-outro, pois o outro nunca é plenamente acessível ou controlável.

A gente se sente muito impotente de ver aquela situação e não saber como agir. E se eles não tomarem atitude, a gente não tem o que fazer, afunda junto com eles. (Ternura)

Eu fiz de tudo para ajudar, mas ele não quis. (Luz)

A gente dá conselho, faz de tudo, mas não adianta, porque só depende dele e se ele não quiser, não temos mais o que fazer. (Cuidado)

A gente fala, dá conselho... é a mesma coisa de falar para o vento. (União)

Ao longo do tempo, esse processo assume caráter cumulativo, produzindo desgaste contínuo e fadiga existencial, que se manifesta como exaustão e perda de vitalidade.

Minha vida foi loucura, muito sofrimento, uma mistura de desespero e cansaço.
(Luz)

Aquilo ali vai me acabando, me destruindo por dentro e por fora. (Refúgio)

A verdade é que gente está quebrando, em um estado quase insuportável de viver, porque tem sido desgastante ficar no meio dessa situação dentro de casa... (União)

Dessa forma, o sofrimento configura-se como experiência compartilhada e interdependente, na qual o eu se desloca em direção ao outro, reorganizando sua própria existência a partir dessa implicação.

DISCUSSÃO

As descrições vivenciais destacadas revelam que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo se configura como uma experiência intercorpórea, na qual o sofrimento do outro é vivido como extensão de si. Essa condição desloca a compreensão do cuidado para além de uma dimensão prática ou relacional, situando-o como uma vivência coexistencial, uma experiência encarnada. À luz da fenomenologia de Merleau-Ponty, essa experiência pode ser compreendida como participação em um mesmo campo sensível, no qual há um movimento de “reversibilidade do vidente e do visível”, desfazendo a separação rígida entre sujeito e alteridade ⁽¹⁹⁾.

Nessa perspectiva, o estudo mostrou-nos que, o que ocorre com o outro (familiar alcoolista) reverbera diretamente na existência da família cuidadora, produzindo uma experiência de co-sofrimento ⁽²⁰⁻²¹⁾. E essa compreensão encontra ressonância na noção de corpo vivido ou corpo próprio desenvolvida por Merleau-Ponty na obra *Fenomenologia da percepção*, na qual o corpo não é objeto, mas condição de

possibilidade da experiência. Como afirma o autor, “o corpo é nosso meio geral de ter um mundo” ⁽⁹⁾, o que permite compreender que a família que cuida não apenas observa o sofrimento, mas o vive a partir de sua própria corporeidade.

Nesse contexto, a experiência das famílias cuidadoras de nosso estudo revela uma forma de coexistência marcada pela antecipação do sofrimento, na qual o corpo do cuidador se torna campo de ressonância do outro.

No que se refere à dimensão temporal, os resultados do estudo permitem compreender que a experiência da família não se organiza segundo uma sucessão linear de acontecimentos, mas como uma temporalidade existencial marcada pela antecipação constante do risco. O futuro, vivido como possibilidade de dano, incide continuamente sobre o presente, impedindo sua estabilização como espaço de repouso.

Desse modo, o familiar cuidador permanece em estado de vigília mesmo na ausência de eventos concretos, pois sua experiência é atravessada por um horizonte de iminência que reorganiza o modo de estar no mundo. Trata-se, portanto, de uma temporalidade tensionada, na qual passado, presente e futuro não se sucedem, mas se entrelaçam, fazendo com que o sofrimento se prolongue e se atualize continuamente na experiência vivida.

Trata-se de um “corpo em alerta”, caracterizado por sono interrompido, pensamento reiterativo e vigilância constante. Tal condição pode ser compreendida como uma sensibilidade ao fato de que o visível comporta um invisível, na medida em que o corpo responde não apenas ao que se apresenta, mas às possibilidades que o atravessam ⁽¹⁹⁾. Assim, entendemos que o invisível não é o contrário do visível, mas seu avesso, ou seja, aquilo que não se mostra diretamente, mas sustenta e orienta a experiência vivida.

Essa abertura do corpo ao mundo é aprofundada na obra *O olho e o espírito*, onde Merleau-Ponty compreende o corpo como simultaneamente vidente e visível, indicando que ele é, ao mesmo tempo, aquele que percebe e aquele que é afetado. Nessa mesma direção, ao dialogar com Paul Cézanne, o autor afirma que “o pintor empresta seu corpo ao mundo” ^(22:19), sugerindo que a percepção é sempre implicada e encarnada. Tal formulação permite compreender que a família, de modo análogo, “empresta” seu corpo à experiência do outro, não como observadora externa, mas como presença envolvida no campo do sofrimento.

Essa dinâmica se intensifica quando o sofrimento do familiar alcoolista passa a ser incorporado como experiência da própria família. Expressões como “sofrer junto”,

“adoecer junto” e “se acabar junto” indicam que o corpo do outro deixa de ser apenas percebido e passa a ser vivido como prolongamento do próprio corpo. Tal experiência pode ser compreendida à luz da reversibilidade do sensível, na qual “o tocante e o tocado são um só” ^(19:149), desvelando que o sofrimento não pertence exclusivamente a um dos polos da relação, mas emerge no entrelaçamento entre eles.

Nesse contexto, os resultados de nosso estudo dialogam com a literatura sobre *Affected Family Members* (AFMs), que descreve familiares profundamente impactados pelo uso de álcool e outras drogas, apresentando sofrimento significativo e demandando cuidado em seu próprio direito ⁽²³⁾. Estudos recentes reforçam que essa convivência produz impactos difusos no cotidiano, nas relações sociais e na saúde mental ⁽²⁴⁻²⁵⁾.

As descrições dos familiares participantes de nosso estudo ainda desvelam que, na relação cotidiana com o membro alcoolista, há dissolução das fronteiras do eu, configurando um movimento de descentramento existencial que encontra ressonância na leitura de Claude Lefort, discípulo e um dos principais comentadores de Merleau-Ponty, especialmente em sua interpretação de O visível e o invisível ⁽¹⁹⁾.

Nessa direção, Lefort evidencia que o visível não se esgota em sua aparência, sendo constitutivamente implicado por uma dimensão invisível, o que permite compreender essa experiência como inserção do corpo no campo do sensível, rompendo a distinção entre interior e exterior, de modo que o corpo deixa de se apresentar como instância separada e passa a se constituir como pertencente ao mundo, implicado na experiência vivida, dinâmica que se expressa concretamente no adoecimento físico e mental dos cuidadores, bem como na reorganização de suas rotinas e projetos de vida em função do outro.

Nesse contexto, desvela-se também um processo de desgaste e, por vezes, de destruição simbólica de si, na medida em que os familiares que cuidam se veem progressivamente capturados pela dinâmica do cuidado, tendo sua existência reconfigurada pelo sofrimento do outro. Tal experiência implica não apenas uma sobrecarga prática, mas uma transformação na maneira como o cuidador se percebe e se reconhece no mundo, afetando sua autoimagem, dignidade e sentido de respeitabilidade.

O cotidiano passa a ser estruturado pela necessidade de cuidar, vigiar e intervir, muitas vezes em detrimento da própria saúde e autonomia, instaurando uma forma de existência marcada pela vigilância contínua e pela antecipação do risco. Nesse movimento, o cuidador deixa de ocupar uma posição de exterioridade e passa a habitar

um campo comum de experiência, no qual o sofrimento circula e se inscreve corporalmente, configurando uma espécie de co-existência afetiva e sensível.

Esse processo é descrito no modelo Stress–Strain–Coping–Support (SSCS), ou estresse–tensão–enfrentamento–apoio, que discute como o estresse crônico decorrente da convivência com o uso de substâncias gera sobrecarga e desgaste progressivo nos familiares ⁽²⁶⁾. Assim, o estado de alerta identificado nos resultados pode ser interpretado como expressão desse processo. O estado de corpo em alerta exposto nas rodas de TCI pode ser entendido como um modo de enfrentamento incorporado: o cuidador tenta antecipar crises (quedas, agressões, desaparecimentos, intoxicações), porém paga o preço com hiperativação emocional e desgaste, sobretudo quando a rede formal/informal de apoio é frágil.

Para além da dimensão ontológica e perceptiva, a experiência do cuidado também se expressa no plano da linguagem. As descrições produzidas nas rodas de TCI não apenas descrevem o vivido, mas constituem um modo de elaboração da experiência. Nesse sentido, como diz Merleau-Ponty, na obra *A prosa do mundo*, “a linguagem é a própria existência exterior do sentido”, permitindo que o sofrimento se torne partilhável ^(27: 36).

Assim, o cuidado familiar revela-se como experiência de coexistência radical. Inspiradas em Merleau-Ponty, podemos afirmar que essa experiência emerge em um campo comum, no qual “a carne não é matéria, não é espírito, não é substância” ^(19:149), mas o meio onde as existências se entrelaçam. Assim, pensar o cuidado implica também sustentar o cuidador, evitando que a intercorporeidade se transforme em captura e dissolução do eu.

Nesse ponto, a fenomenologia ilumina algo decisivo: o familiar cuidador não “escolhe” plenamente estar em alerta; ele é capturado por uma coexistência em que o corpo do outro tem peso no próprio corpo. Na enfermagem e nas ciências do cuidado, compreensões inspiradas em Merleau-Ponty destacam que intersubjetividade e corporeidade estruturam a relação clínica e comunitária, pois o cuidado ocorre sempre em um “entre”, um espaço compartilhado onde a vulnerabilidade circula ⁽²⁹⁻³⁰⁾.

No contexto das políticas brasileiras de saúde mental, essa experiência tensiona a noção de cuidado compartilhado: embora a RAPS reconheça a centralidade do cuidado territorial e inclua a atenção às necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, frequentemente o apoio direto às famílias permanece insuficiente, fragmentado ou episódico ⁽⁴⁾. Assim, a intercorporeidade aqui discutida não é apenas um

conceito filosófico: ela denuncia uma demanda concreta por dispositivos que acolham o cuidador como sujeito de cuidado (grupos familiares, escuta qualificada, apoio psicossocial, estratégias comunitárias), para que o “estado de alerta” não se transforme em adoecimento.

Em relação à dimensão da dissolução das fronteiras do eu, existe um movimento mais radical, no qual o sofrimento compartilhado produz deslocamentos identitários. À luz da noção merleau-pontyana de reversibilidade do sensível, sentir e ser afetado corresponde a um entrelaçamento onde as fronteiras entre “eu” e “outro” tornam-se porosas e produz uma experiência de descentramento do sujeito ⁽⁷⁾.

As descrições vivenciais indicam que o cuidado, quando sustentado em relações prolongadas de sofrimento, pode produzir esse deslocamento identitário: os familiares cuidadores deixam de reconhecer seus próprios limites e passa a viver em função do outro. Essa perda de centralidade de si traduz a diluição da autonomia subjetiva.

A literatura contemporânea reforça essa compreensão ao evidenciar maior prevalência de ansiedade, depressão, fadiga e sobrecarga entre familiares de pessoas com transtornos por uso de substâncias ^(25, 30). No contexto brasileiro, estudos também apontam para a centralidade do sofrimento do “familiar afetado” e a necessidade de reconhecimento desse sujeito como alvo de cuidado ⁽³¹⁻³²⁾.

A dimensão da impotência emerge como eixo estruturante dessa fusão afetiva, e muitas vezes, se associa à autorresponsabilização e à culpa difusa. A fusão entre sofrimento próprio e do outro, portanto, não deve ser compreendida como fragilidade individual, mas como efeito relacional de uma convivência marcada por imprevisibilidade, sobrecarga e insuficiência de suporte. Estudos recentes apontam que familiares frequentemente internalizam a responsabilidade pelo comportamento do outro, o que intensifica sentimentos de fracasso e sofrimento emocional ^(33,25). Nesse sentido, o modelo SSCS permite compreender a passagem do cuidado ao adoecimento como resultado da interação entre estresse contínuo e recursos limitados de enfrentamento ⁽³⁴⁾.

Assim, sofrimento familiar não se limita ao impacto emocional imediato, mas envolve processos reflexivos que atingem a identidade moral do cuidador. A sobrecarga emocional aparece, então, como consequência acumulativa dessa coexistência prolongada.

Do ponto de vista das políticas públicas, os resultados de nosso estudo tensionam a operacionalização do cuidado em liberdade no âmbito RAPS. Embora haja

reconhecimento normativo da importância das famílias, o suporte ofertado ainda se mostra insuficiente, o que pode contribuir para o adoecimento dos cuidadores ⁽⁴⁾.

Dessa forma, as descrições extraídas das quatro rodas de TCI enfatizam que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo se constitui como uma experiência intercorpórea radical, na qual o outro é vivido como extensão de si. Essa compreensão desloca o foco do cuidado enquanto prática para o cuidado enquanto condição existencial compartilhada, apontando para a necessidade de dispositivos de atenção que incluam o cuidador familiar como sujeito igualmente afetado e que promovam espaços de elaboração do sofrimento.

Sob essa perspectiva, torna-se fundamental reconhecer que cuidar, nesses contextos, implica também sustentar o próprio corpo diante da invasão do sofrimento do outro, evitando que a intercorporeidade se transforme em captura e dissolução do eu. Trata-se, portanto, de pensar o cuidado como coexistência, que exige suporte institucional, reconhecimento e compartilhamento da experiência.

Por fim, sob uma lente fenomenológica, a dissolução das fronteiras do eu se expressa como uma forma de coexistência, na qual o outro habita em mim porque a vida é partilhada. Essa compreensão não romantiza o sofrimento; ao contrário, torna mais visível a urgência ética e clínica de criar dispositivos que sustentem a pessoa cuidadora. No campo da enfermagem e do cuidado em saúde, reflexões baseadas em Merleau-Ponty reforçam que reconhecer o corpo vivido e as tramas intersubjetivas qualifica práticas assistenciais mais sensíveis e integrais ⁽²⁸⁻²⁹⁾.

No âmbito do território, o cuidado em saúde mental e saúde da família requer uma compreensão ampliada das relações que permeiam o cotidiano, especialmente em situações como o alcoolismo, que repercute em todo o núcleo familiar. Nessa perspectiva, o território é compreendido como espaço vivido, onde se constroem vínculos, se expressam sofrimentos e emergem possibilidades de cuidado. Assim, valorizar a escuta qualificada, o acolhimento e o fortalecimento dos vínculos familiares culminam em reconhecer a família como protagonista no cuidado à pessoa alcoolista, em consonância com as políticas públicas de saúde mental. Portanto, a enfermagem se destaca na operacionalização do cuidado no território, especialmente na atenção primária à saúde, ao promover práticas integrais, humanizadas e centradas na família, articulando redes de apoio e favorecendo a corresponsabilização no processo terapêutico.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo é uma experiência profundamente intercorpórea, marcada pela fusão entre sofrimento próprio e sofrimento do outro. A fenomenologia permitiu compreender que o cuidado não se limita a uma prática assistencial, mas constitui um modo de existência no qual os corpos se entrelaçam e compartilham afetos, medos e adoecimentos.

Ao revelar que o sofrimento do familiar alcoolista habita o corpo do cuidador, o estudo contribui para ampliar a compreensão do cuidado em saúde mental, alinhando-se às perspectivas da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em liberdade. Reconhecer a intercorporeidade do cuidado implica deslocar o olhar do indivíduo isolado para redes vivas de relações, nas quais o sofrimento é compartilhado e exige respostas coletivas e territorializadas.

Como contribuição prática, os resultados reforçam a necessidade de fortalecer estratégias de cuidado voltadas às famílias na RAPS, incluindo dispositivos de escuta, grupos terapêuticos e práticas comunitárias como a TCI. Tais abordagens favorecem a elaboração do sofrimento e a reconstrução de sentidos, promovendo cuidado mais humanizado e coerente com as diretrizes da política nacional de saúde mental.

Entre as limitações, destaca-se o recorte contextual da pesquisa, realizada em um território específico e com participantes vinculados a rodas terapêuticas, o que pode influenciar a natureza das narrativas. Além disso, a abordagem fenomenológica privilegia a profundidade das experiências em detrimento da generalização estatística.

Como perspectivas futuras, recomenda-se ampliar investigações sobre intercorporeidade e cuidado familiar em diferentes contextos culturais e dispositivos da rede de saúde mental, bem como explorar intervenções que incluam explicitamente o cuidador como sujeito de cuidado. Compreender o sofrimento compartilhado pode contribuir para práticas mais éticas, sensíveis e integradas, capazes de sustentar a vida não apenas de quem adoece, mas também de quem cuida.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2023.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Panorama de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Orford J, et al. Coping with alcohol and drug problems in the family. Routledge; 2017.
6. Silva EA, et al. Family burden in alcoholism. *Rev Saude Publica*. 2022.
7. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
8. Minayo MC. Apresentação. In: Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês; 2014.
9. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 5ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2018.
10. Nóbrega TPR. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. *Estud Psicol (Natal)*. 2008;13(2):141-8. doi:10.1590/S1413-294X2008000200006.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51. doi:10.1097/ACM.0000000000000388.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
14. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00042620. doi: 10.1590/0102-311X00042620
15. Barreto AP. Terapia comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2010.
16. Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. 50ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
17. Alves R. Ostra feliz não faz pérola. Barueri: Planeta; 2021.
18. Sena ELS, Gonçalves LHT, Müller-Granzotto MJ, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(4):769-75. doi: 10.1590/S1983-14472010000400021
19. Merleau-Ponty M. O visível e o invisível. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2021.
20. Fuchs T. *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford University Press; 2018.
21. Ratcliffe M. *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford University Press; 2021.
22. Merleau-Ponty M. O olho e o espírito. 1. ed. São Paulo: Cosac Naify; 2013. p. 19.
23. Kelleher C, et al. Characteristics of affected family members seeking support... *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2024.
24. van Namen DM, Knapen V, van Staa A, de Vries H, Hilberink SR, Nagelhout GE. Stress and strain: a qualitative study into the impact of having relatives with addiction problems on students' health and daily lives. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18(1):2223864. doi:10.1080/17482631.2023.2223864

25. Monari EN, Booth R, Forchuk C, Csiernik R. Experience of family members of relatives with substance use disorders: an integrative literature review. *Creat Nurs*. 2024;30(3):232-244. doi:10.1177/10784535241252169
26. Tulloch C, Browne M, Rockloff M, Hing N, Hilbrecht M. The roles of coping style and social support in the experience of harm and distress among people affected by another person's gambling. *Addict Behav*. 2024;152:108236. doi:10.1016/j.addbeh.2024.108236
27. Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. São Paulo: Cosac & Naify; 2002. p. 36.
28. Harrison HF. Locating the lived body in client-nurse interactions. *Nurs Philos*. 2019;20(2):e12227. doi:10.1111/nup.12227
29. González-Soto CE, Martins J, Nóbrega MML. Reflection on Merleau-Ponty phenomenology and contributions to nursing research. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200179. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200179
30. Ignat LA, Tipa RO, Popescu AM, et al. Caregiver-patient dynamics in alcohol use disorders: a cross-sectional study. *Cureus*. 2025;17(1):e12477518. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12477518/>
31. Pacheco S, Martins SS, Ronzani TM, Corradi-Webster CM. Family members affected by multiple substance misuse relatives: Brazilian sample. *Adicciones*. 2020;32(2):113-122. doi:10.20882/adicciones.1182.
32. Carias AR, Souza J, Corradi-Webster CM. Theoretical-methodological rationales in caring for family members of people with alcohol use disorders. *Estud Psicol (Campinas)*. 2023;40:e210187. doi:10.1590/1982-0275202340e210187
33. Kourgiantakis T, Ashcroft R, Fearing G, Sanders J. Family-focused practice in addictions: a scoping review. *J Subst Abuse Treat*. 2021;121:108185. doi:10.1016/j.jsat.2020.108185
34. Orford J, Copello A, Velleman R, Templeton L. Family members affected by a close relative's addiction: the stress-strain-coping-support model. *Drugs Educ Prev Policy*. 2010;17(sup1):36-43. doi:10.3109/09687637.2010.514801

5.3 DO CASULO À BORBOLETA: RESILIÊNCIA E METAMORFOSE EXISTENCIAL DIANTE DO SOFRIMENTO DE FAMÍLIAS CONVIVENDO COM O ALCOOLISMO

Este manuscrito será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública (CSP), e foi elaborado conforme as diretrizes para autores, disponíveis no link: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/instrucoes-autores-ojs>, consultadas em abril de 2026.

DO CASULO À BORBOLETA: RESILIÊNCIA E METAMORFOSE EXISTENCIAL DIANTE DO SOFRIMENTO DE FAMÍLIAS CONVIVENDO COM O ALCOOLISMO

Thainan Alves Silva¹

Edite Lago da Silva Sena²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Jequié, Bahia, Brasil.

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Jequié, Bahia, Brasil.

RESUMO

O estudo objetivou compreender o processo de resiliência familiar como movimento existencial de transformação frente ao sofrimento associado ao alcoolismo. Trata-se de investigação qualitativa, de base fenomenológica merleau-pontyana, realizada entre setembro e dezembro de 2024, com 20 familiares de pessoas em uso habitual de álcool, em um município do interior da Bahia. As descrições vivenciais foram produzidas por meio de rodas de Terapia Comunitária Integrativa e analisadas pela Analítica da Ambiguidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer nº 6.824.229/2024. Os resultados revelaram duas dimensões entrelaçadas: o sofrimento como “casulo existencial”, marcado por aprisionamento, temporalidade densa e repetição, no qual o cuidado se configura como experiência ambígua entre proteção e restrição; e a metamorfose existencial, em que a resiliência emerge como reinvenção do ser-no-mundo, expressa na retomada de si, na ressignificação do sofrimento e na construção de formas de cuidado pautadas no respeito e autonomia. A experiência familiar mostrou-se atravessada por tensões entre controle e liberdade, evidenciando que o cuidado não se realiza como prática linear, mas como coexistência ambígua com o outro. Conclui-se que a resiliência familiar não consiste na superação do sofrimento, mas em sua transformação em possibilidade de existência, contribuindo para a compreensão do cuidado em liberdade como prática ética, relacional e sensível à experiência vivida das famílias.

DESCRITORES: Alcoolismo, Família, Saúde Mental, Resiliência Psicológica, Cuidado, Fenomenologia

INTRODUÇÃO

O alcoolismo constitui um fenômeno complexo que ultrapassa a dimensão individual e repercute profundamente no campo relacional, sobretudo na experiência das famílias. Trata-se de um problema de saúde pública com impactos biopsicossociais relevantes, associado a sofrimento emocional, sobrecarga familiar e fragilização dos vínculos^{1,2}. No contexto brasileiro, a Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) têm enfatizado o cuidado em liberdade como eixo estruturante das práticas em saúde mental, operando um deslocamento paradigmático do modelo asilar para práticas comunitárias, intersubjetivas e territorializadas^{3,4}.

Nesse cenário, a família emerge como “um ser a dois” protagonista do cuidado atravessada pela ambiguidade, ao mesmo tempo suporte e sustento ao outro, também se vê como sujeito afetado. A convivência com o alcoolismo inscreve-se como experiência de aprisionamento existencial, na qual o cotidiano passa a ser organizado em torno da imprevisibilidade do outro, tensionando a liberdade de ser e viver da família. Estudos contemporâneos apontam que familiares vivenciam sentimentos persistentes de impotência, medo e desgaste emocional, configurando um campo de sofrimento compartilhado e reinvenções existenciais^{5,6}.

Apesar das tensões e sobrecargas que atravessam o cotidiano familiar, a literatura sinaliza a emergência de processos resilientes nesse contexto. A resiliência, compreendida não como traço individual, mas como processo relacional e contextual, refere-se à capacidade de produzir sentidos diante da adversidade⁷. No campo da saúde mental, essa noção aproxima-se das perspectivas de *Recovery*, que valorizam trajetórias singulares de reconstrução da vida mesmo diante do sofrimento persistente^{8,9}.

Sob a lente fenomenológica, especialmente inspirada em Maurice Merleau-Ponty, a resiliência pode ser compreendida como metamorfose perceptiva. O sofrimento reorganiza a temporalidade vivida e reconfigura o modo de estar-no-mundo, abrindo possibilidades de transformação existencial¹⁰. Assim, mais do que superação linear, trata-se de uma reinvenção do ser em sua dimensão encarnada e intersubjetiva.

Nesse horizonte, emerge a necessidade de compreender a dor e os movimentos de transformação que se desdobram a partir dela. As pesquisas na área da saúde mental têm enfatizado a resiliência e o *Recovery* como processos dinâmicos, relacionais e narrativos, nos quais sujeitos e famílias constroem sentidos e possibilidades de vida para além do sofrimento^{8,9,11}. No contexto brasileiro, tais perspectivas dialogam com o cuidado em liberdade e com práticas comunitárias que valorizam narrativas de superação e reinvenção^{4,12}.

Portanto, torna-se relevante produzir conhecimentos que deem visibilidade às narrativas de famílias que convivem com o alcoolismo, valorizando suas experiências como fonte legítima de saber. A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) apresenta-se como um dispositivo potente, ao

favorecer espaços coletivos de partilha e produção de sentidos, onde o sofrimento pode ser elaborado e (re)significado no encontro com o outro¹³.

Diante disso, emerge como, ponto de partida, a seguinte inquietação: como se configura o processo de resiliência familiar, como movimento existencial de transformação, frente ao sofrimento mental associado ao alcoolismo? A partir desse questionamento, o presente estudo tem como objetivo compreender o processo de resiliência familiar como movimento existencial de transformação frente ao sofrimento mental associado ao alcoolismo, adotando como eixo interpretativo a metáfora da metamorfose do casulo à borboleta enquanto expressão simbólica do percurso vivido pelas famílias.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma investigação de natureza qualitativa, com delineamento descritivo-exploratório e fundamentação fenomenológica, ancorada na perspectiva da intersubjetividade em Maurice Merleau-Ponty. A escolha pela abordagem qualitativa decorreu da necessidade de acessar dimensões da experiência que não se deixam apreender por métricas ou quantificações, mas que se manifestam no campo das vivências, afetos e sentidos compartilhados. Nessa direção, a pesquisa qualitativa possibilita compreender o fenômeno em sua densidade simbólica, histórica e relacional, reconhecendo a complexidade da experiência humana^{14,15}.

No âmbito das vertentes qualitativas, a fenomenologia merleau-pontyana foi adotada por privilegiar a experiência vivida enquanto campo originário de sentido. Inspirada na tradição de Edmund Husserl, mas deslocando-se da perspectiva transcendental para a ontologia da experiência encarnada, essa abordagem compreende o sujeito como inseparável do mundo que habita. Assim, a percepção é concebida como um movimento relacional e intencional, no qual corpo, tempo e espaço se entrelaçam na constituição do mundo-da-vida^{10,16}. Tal perspectiva mostrou-se pertinente para compreender as experiências de famílias que convivem com o uso habitual de álcool, especialmente no que tange às ambiguidades que atravessam o cuidado em liberdade.

A fenomenologia, nesse contexto, orienta a descrição compreensiva das experiências tal como são vividas, permitindo apreender suas nuances, tensões e ambiguidades. Desse modo, o rigor metodológico foi assegurado por meio de uma compreensão sistemática, interpretativa e sensível às dimensões encarnadas da experiência, conforme orientações contemporâneas para pesquisas qualitativas em saúde^{14,17}.

O cenário do estudo foi a área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada em um município do interior do estado da Bahia, Brasil, integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esse dispositivo foi compreendido como território privilegiado de produção do cuidado em saúde mental, por articular práticas comunitárias, vínculos

territoriais e ações intersetoriais, favorecendo o acesso às famílias e a construção de relações de confiança^{18,19}. Previamente à produção das descrições vivenciais, foram realizadas aproximações com o campo, incluindo visitas institucionais e domiciliares, reuniões com a equipe de saúde e apresentação do projeto aos atores envolvidos.

Participaram do estudo 20 familiares de pessoas em uso habitual de álcool, com idade igual ou superior a 18 anos, compreendendo um intervalo etário entre 25 e 75 anos. O grupo foi composto por diferentes vínculos familiares e afetivos, incluindo mães, esposas, irmãs, tias e filhas que assumiam o lugar do cuidado, bem como pessoas em uso de álcool pertencentes ao núcleo familiar. A inclusão desses participantes considerou a compreensão de que o fenômeno investigado se constitui na relação entre o eu e o outro, sendo, portanto, inseparável da dimensão intersubjetiva. A identificação dos participantes ocorreu com o apoio das equipes da USF, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), reconhecidos como mediadores fundamentais entre serviço e território.

A produção das descrições vivenciais ocorreu por meio de rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), entendidas simultaneamente como tecnologia leve de cuidado e como estratégia metodológica de produção fenomenológica. As atividades foram realizadas entre os meses de setembro e dezembro de 2024. Inicialmente, desenvolveu-se uma roda de TCI em formato tradicional, estruturada em cinco momentos: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento, conforme sistematização proposta por Barreto¹³. Além disso, foi realizado um encontro formativo com os participantes, visando apresentar a trajetória histórica da saúde mental e situar a proposta do estudo.

Na sequência, foram conduzidas quatro rodas de Terapia Comunitária Integrativa Temática (TCIT), orientadas por motes simbólicos e objetos disparadores pré-definidos (gaiola/pássaro; casulo/borboleta; águia/galinha; ostra/pérola). Tais dispositivos foram inspirados em narrativas metafóricas que favorecem a expressão da experiência vivida, possibilitando a emergência de percepções relacionadas ao cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo^{13,20-22}.

As rodas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e organizadas em corpus textual, preservando a expressividade das falas e a dimensão intersubjetiva do encontro. Para a análise, adotou-se a Analítica da Ambiguidade, fundamentada na fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty, a qual reconhece que toda experiência se constitui de forma ambígua, entrelaçando as dimensões sensível e reflexiva. O processo compreensivo envolveu leituras aprofundadas, identificação de núcleos de sentido, explicitação de ambiguidades e construção de categorias temáticas, orientadas por uma atitude fenomenológica de abertura e suspensão de pressupostos^{10,23}.

Com o intuito de assegurar rigor, transparência e qualidade científica, foi utilizado o checklist do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), que orientou a

explicitação dos aspectos teórico-metodológicos, a descrição do campo e dos participantes, bem como os procedimentos de produção e análise dos dados. Esse instrumento contribuiu para a consistência interna do estudo, favorecendo a reflexividade e a confiabilidade dos achados, sem comprometer a natureza aberta e interpretativa da fenomenologia ^{24,25}.

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa está vinculada ao projeto maior “Percepção de diversos atores sociais sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, sob parecer nº 6.824.229, em conformidade com as diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde^{26,27}. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados anonimato, confidencialidade e liberdade para desistência em qualquer etapa da pesquisa.

Para garantir a preservação da identidade dos participantes, foram adotados codinomes inspirados em borboletas, símbolo de transformação, metamorfose e movimento existencial, em consonância com o referencial fenomenológico do estudo. Assim, os participantes foram identificados como: Borboleta Aurora; Borboleta Morpho Azul; Borboleta Dama-da-Noite; Borboleta Monarca; Borboleta Tigre-do-Sul; Borboleta Pérola; Borboleta Esmeralda; Borboleta Branca-da-Mata; Borboleta Imperatriz; Borboleta Rubi; Borboleta Magnólia; Borboleta Safira; Borboleta Flor-do-Campo; Borboleta Nocturna; Borboleta Lua-Clara; Borboleta Girassol; Borboleta Esperança; Borboleta Marfim; Borboleta Harmonia e Borboleta Fênix.

A escolha dessa metáfora expressa o caráter processual e transformador das experiências narradas. Assim como a borboleta emerge de um processo de metamorfose que implica ruptura, espera e reinvenção, também as vivências familiares diante do alcoolismo revelam movimentos de dor, resistência e ressignificação.

RESULTADOS

A compreensão fenomenológica, a partir da técnica Analítica da Ambiguidade, das descrições vivenciais produzidas nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa permitiu a construção de duas categorias temáticas que expressam a resiliência familiar como processo de metamorfose existencial, a saber: (1) O sofrimento como casulo existencial no contexto do alcoolismo e (2) Do sofrimento à metamorfose: resiliência e (re)invenção no contexto do sofrimento familiar frente à convivência com alcoolismo.

O sofrimento como casulo existencial no contexto do alcoolismo

A experiência das famílias desvela um modo de existência marcado por um aprisionamento que ultrapassa a materialidade do corpo e do espaço, configurando-se como condição existencial. O “casulo” emerge como metáfora e expressão do corpo vivido implicado na relação com o outro em sofrimento. Na perspectiva merleau-pontyana, o outro não se

apresenta como algo externo à experiência, mas constitui-se nela, de modo que o sofrimento do outro reverbera no próprio corpo, instaurando uma forma de intercorporeidade, entre quem cuida e quem recebe o cuidado, o que Merleau Ponty chama de “um ser a dois”¹⁰.

Assim, na perspectiva coexistencial, as fronteiras entre o mundo do familiar cuidador e o do outro ficam mais fluidas. Desse modo, cuidar passa a implicar também na possibilidade de ser afetado, revelando uma fusão existencial na qual os limites entre eu e outro se tornam porosos. Esse entrelaçamento, por vezes atravessado por experiências de aprisionamento, faz ver que a liberdade não se constitui apenas um estado fixo, mas como uma possibilidade dinâmica, continuamente tensionada e afrouxada na experiência, às vezes em risco, e em permanente (re)construção no interior da relação, como está explícito nas descrições vivenciais a seguir:

“Hoje eu sou liberta, graças a Deus. Mas eu vivi muito tempo no cativado com ele, era uma convivência muito ruim, eu tinha que andar de cabeça baixa e fazer o que ele queria.” (Borboleta Flor-do-Campo)

“É como se tivesse numa prisão, sempre pensando o pior, sofrendo por ver o filho da gente assim.” (Borboleta Esperança)

“Me sentia como um verdadeiro pássaro engaiolado, preso dentro da gaiola com cadeado.” (Borboleta Pérola)

“Eu me sinto dentro do casulo... porque os meus filhos bebem, meu sobrinho bebe... quer dizer que eu nunca saí do casulo, continuo me sentindo no casulo.” (Borboleta Lua-Clara)

Outro aspecto que emergiu nas rodas de TCI e que também fazem reflexão do sofrimento como casulo existencial diz respeito ao “congelamento” da vida, de modo que o familiar cuidador deixa de projetar-se em direção ao futuro e passa a habitar um presente saturado pela preocupação e vigilância. O tempo vivido, nessa condição, não se organiza como abertura de possibilidades, mas como espera contínua, marcada pela antecipação do imprevisível. O corpo, convocado a permanecer em estado de alerta, torna-se lugar de tensão permanente, revelando uma temporalidade densa e comprimida. À luz da fenomenologia, essa suspensão não significa ausência de tempo, mas uma modulação específica da temporalidade, em que o porvir se encontra capturado pelo sofrimento presente. Assim, o viver se restringe, e a existência se reorganiza em função do outro, muitas vezes, com suspensão de projetos de felicidade e restrição do seu próprio viver. A falas a seguir revelam essa perspectiva:

“A gente já teve vontade de sair, mas não podia... porque ele bebia, e a gente tinha que ficar ali tomando conta dele, e isso faz a gente se sentir preso.” (Borboleta Dama-da-Noite)

“Aquilo ali vai prendendo a gente dentro de casa, às vezes a gente quer sair e não consegue pelo medo dele se embriagar, e cada dia vai ficando mais preso.”
(Borboleta Branca-da-Mata)

“Passei noites acordada, no hospital com ele, não podia ir trabalhar, porque era preciso estar ali acompanhando, não dormia de noite, passava a noite toda acordada com ele.” (Borboleta Harmonia)

Os relatos também evocaram uma temporalidade marcada pela repetição, na qual os acontecimentos parecem retornar incessantemente ao mesmo ponto, instaurando um ciclo difícil de romper. Esse movimento revela um tempo circular, no qual o passado se reinscreve continuamente no presente, impedindo a abertura de novos sentidos. Na fenomenologia merleau-pontyana, o tempo não é linear, mas tecido na experiência, e aqui ele se apresenta como continuidade do sofrimento, produzindo desgaste existencial. A recorrência das recaídas e promessas não cumpridas fragiliza a confiança e tensiona a esperança, instaurando uma ambiguidade entre acreditar e desistir. Assim, o sujeito permanece enredado em um tempo que não avança, mas insiste, como mostram as descrições abaixo:

“Na maioria das vezes continua sentindo essa preocupação e esse medo, porque toda vez ele sai vem aquela sensação de que ele vai beber e vai chegar alterado, por isso não é um sentimento que passa, ele está sempre ali.” (Borboleta Esperança)

“Eles não escutam, a gente fala, fala e continua do mesmo jeito.” (Borboleta Imperatriz)

“Eles entendem na hora, mas depois voltam tudo de novo. A gente tira do bar e quando pensa que não, ele volta de novo. A gente fala e ele continua do mesmo jeito.” (Borboleta Safira)

“Ele fala que não vai beber mais, mas passa dois, três dia e bebe novamente.”
(Borboleta Rubi)

O cuidado revela-se como experiência intrinsecamente ambígua, na qual gestos de proteção podem converter-se em práticas de vigilância e controle. Os relatos mostram que o desejo de cuidar, quando atravessado pelo medo e pela responsabilidade, pode restringir tanto o outro quanto o próprio cuidador. Em Merleau-Ponty, a experiência é sempre ambígua, constituída por reversibilidades que não se resolvem, mas coexistem. Assim, o cuidado oscila entre aproximação e contenção, amor e exaustão, liberdade e aprisionamento. É nesse entrelaçamento que o cuidado se constitui como prática sensível, situada e sempre inacabada.

“Tenho medo, mas também penso nele passando fome e não consigo sair.”
(Borboleta Monarca)

“Aquilo me acaba, parece que estou vivendo uma prisão dentro de casa.”
(Borboleta Branca-da-Mata)

“Quando a gente reclama, eles dizem que a vida é deles.” (Borboleta Lua-Clara)

“A gente tenta ajudar, compra remédio, faz tudo, mas não resolve.” (Borboleta Dama-da-Noite)

“A gente quer proteger, cuidar, não deixar nos bares, mesmo assim não muda.” (Borboleta Safira)

“Eu fico até tarde fiscalizando pra não deixar ir pro bar.” (Borboleta Aurora)

“Eu xingo ele de cachaceiro... dou conselho.” (Borboleta Harmonia)

“Quando a gente reclama... ele se sente ferido.” (Borboleta Imperatriz)

À luz dessas experiências, o sofrimento como casulo existencial no contexto do alcoolismo revela-se não apenas como condição de aprisionamento, mas como uma forma densa e ambígua de estar-no-mundo, na qual o corpo vivido do familiar se entrelaça ao do outro em uma coexistência marcada por tensões, vigilância e afetamentos contínuos. Esse casulo, tecido na intercorporeidade, pulsa entre movimentos de contenção e possibilidades de abertura, evidenciando que, mesmo imerso em ciclos de repetição, medo e exaustão, o sujeito não deixa de produzir sentidos e buscar brechas de liberdade. Assim, o sofrimento, longe de ser apenas limitador, configura-se também como espaço de experiência em que se (re)constroem modos de cuidar e existir, revelando que a liberdade, na perspectiva fenomenológica, não se opõe ao aprisionamento, mas emerge precisamente na tensão com ele, como possibilidade sempre inacabada, sensível e relacional.

Do sofrimento à metamorfose: resiliência e (re)invenção no contexto do sofrimento familiar frente à convivência com alcoolismo

Em contrapartida, a experiência de sofrimento vivenciada pela família que convive com o alcoolismo possibilita uma virada existencial, que, nesse cenário, aparece como um movimento de ruptura que não elimina o sofrimento, mas transforma a forma de estar diante dele. Trata-se de um deslocamento no modo de ser, em que o sujeito deixa de estar totalmente capturado pela experiência do outro e passa a reconhecer a si mesmo como possibilidade. Essa decisão emerge do corpo vivido, como uma reconfiguração da percepção e da ação. Na fenomenologia, esse movimento pode ser compreendido como abertura de novas possibilidades existenciais, em que o familiar cuidador reinscreve seu lugar na relação.

Portanto, cuidar de si, no contexto das relações familiares atravessadas pelo alcoolismo, não se configura como abandono, mas como uma estratégia de autopreservação. Neste recolhimento que o familiar encontra fôlego para permanecer com o outro, na tentativa de tecer um “fio” de cuidado que não se rompe no cansaço, mas se refaz delicadamente na coexistência. A seguir observa-se descrições que ilustram essa percepção:

“Tomei uma atitude na minha vida, precisei me priorizar, e hoje eu estou aqui liberta.” (Borboleta Flor-do-Campo)

“Chegou um momento que eu tive que escolher: ou cuidava deles ou cuidava de mim, e foi aí que eu escolhi cuidar de mim, até mesmo para estar bem para poder ajudar eles de alguma forma, por que não deixamos de ser família.” (Borboleta Safira)

“Ainda bem que eu transformei ele numa águia e consegui enxergar que aquela convivência estava aos poucos tirando minha vida.” (Borboleta Pérola)

Então, o cuidado de si emerge como gesto fundamental de reequilíbrio existencial, permitindo ao familiar cuidador recuperar sua própria centralidade no mundo vivido. As falas indicam um movimento de retorno a si, no qual o corpo, antes totalmente voltado ao outro, passa a ser reconhecido em suas próprias necessidades e limites. À luz da fenomenologia, esse retorno não rompe a relação, mas a transforma, pois o cuidado direcionado ao outro infiltra-se no cuidador e passa a revelar algo de si mesmo e vice-versa. Assim, para o familiar cuidador torna-se uma virada na maneira de ser, e, se perceber, no sentido do (re)conhecimento de que só é possível cuidar do outro sem se anular, cuidando-se também. Deste modo, o cuidado de si constitui-se como fundamento para a continuidade do cuidado em liberdade.

“Precisei parar para cuidar de mim, para me olhar um pouco. Hoje eu priorizo minha saúde, e não faço mais o que fazia antes, aquela dedicação exclusiva para cuidar só dos outros.” (Borboleta Safira)

“Eu estava quase entrando no adoecimento também, mas vi o espelho dele e pensei nos meus filhos, pensei no futuro que eu queria e tive que mudar.” (Borboleta Rubi)

Essa mudança perceptiva indica uma transformação na forma como o outro é compreendido, deslocando-se de uma visão centrada no problema para uma compreensão mais ampla da sua historicidade. O alcoolista passa a ser reconhecido como sujeito de experiência, marcado por trajetórias, sofrimentos e possibilidades. Em Merleau-Ponty, perceber não é captar dados objetivos, mas abrir-se ao mundo em sua complexidade, o que implica reconhecer o outro em sua singularidade. Essa mudança modifica também o cuidado, que deixa de ser intervenção impositiva e passa a ser relação dialógica. Assim, a percepção transformada inaugura novas formas de coexistir, mais sensíveis e menos controladoras, como se expressa nessas descrições:

“Se ficar muito em cima, sufoca e até piora a relação.” (Borboleta Safira)

“Por trás das pessoas que bebem tem uma história e a gente tem que entender isso para ajudar. Nós somos diferentes, cada um tem sua história.” (Borboleta Imperatriz)

“A gente lembra como ele era antes e como está agora, e vemos que ele foi mudando ao longo do tempo e hoje está assim” (Borboleta Dama-da-Noite)

Assim, o sofrimento, inicialmente vivido como aprisionamento, passa a ser ressignificado como experiência que produz transformação e aprendizado. As falas revelam que, ao longo do tempo, o sofrimento pode adquirir novos sentidos, deixando de ser apenas dor para tornar-se também fonte de fortalecimento. Na fenomenologia, o sentido não é dado previamente, mas emerge na experiência vivida, sendo continuamente reconfigurado. No contexto do cuidado à pessoa convivendo com o alcoolismo, o que antes limitava pode tornar-se possibilidade, o que mostra a plasticidade da existência. Essa ressignificação não nega o sofrimento, mas o reinscreve em uma narrativa de superação e continuidade do viver.

“Depois que meu irmão morreu eu acordei, percebi que não tinha condições de continuar vivendo da mesma forma, só me dedicando a eles. Hoje faço tudo por ele, mas não me meto mais nas escolhas...Eu aprendi. Agora eu deixo eles à vontade e consegui cuidar da minha vida.” (Borboleta Safira)

“Mesmo com problemas, enfrentando várias lutas, caindo e levantando, eu me sinto cada vez mais forte. A gente dá o melhor da gente... dentro do possível.” (Borboleta Dama-da-Noite)

“Hoje me sinto uma borboleta, porque passei por muitas dificuldades e me mantive viva, acreditando no melhor.” (Borboleta Magnólia)

“Eu estou mais ou menos saindo do casulo, ainda não estou como quero, mas já saí daquele lugar de só sofrimento.” (Borboleta Monarca)

“Meu ex-esposo conseguiu sair do vício, eu consegui ajudar ele, hoje a gente é amigo e ficou uma gratidão muito grande.” (Borboleta Imperatriz)

Nesses relatos, a resiliência aparece como movimento de metamorfose existencial, no qual o sujeito não retorna ao estado anterior, mas se transforma a partir da experiência vivida. A metáfora da borboleta expressa essa passagem do aprisionamento à abertura, indicando um processo que envolve tempo, dor e reconstrução. Na perspectiva fenomenológica, essa transformação ocorre no corpo vivido, que reorganiza suas formas de estar no mundo. O sujeito aprende a cuidar sem se perder, a estar com o outro sem se dissolver, produzindo novas formas de existência. Assim, a resiliência não é resistência passiva, mas criação ativa de novos modos de viver.

Outro elemento importante de emergiu da experiência de cuidado das famílias de alcoolistas trouxe à superfície da compreensão a noção de *Recovery*, que no contexto da saúde mental é reconhecido como processo singular atrelado à decisão do próprio sujeito em uso de álcool^{9,11}. As falas revelam que o cuidado não pode ser imposto e deve respeitar a autonomia do outro como condição fundamental para a mudança. O outro é sempre irreduzível à vontade do sujeito, o que exige uma postura ética baseada no reconhecimento de sua liberdade. Esse

entendimento desloca o cuidado de uma lógica de imposição para uma lógica de acompanhamento. Assim, o *Recovery* é a expressão da autonomia, reafirmando que a transformação só se efetiva quando o sujeito se envolve em seu próprio processo.

“Enquanto era a gente que queria que ele mudasse, não dava certo, quando ele decidiu de verdade, ele mudou.” (Borboleta Imperatriz)

“E uma coisa precisa ser dita, só depende delem se ele quiser outra vida, ele precisa dar o primeiro passo pra começar a mudar.” (Borboleta Monarca)

“Ele fala que quando quiser parar, ele para. E nós vamos orando e torcendo por essa mudança acontecer mesmo.” (Borboleta Dama-da-Noite)

Essa reflexão culmina no pressuposto do cuidado em liberdade como prática ética que sustenta a presença sem aprisionar, reconhecendo o outro como sujeito de escolhas. As descrições indicam uma mudança na forma de cuidar, que passa a valorizar o acolhimento, o diálogo, a autonomia e o respeito ao tempo do outro. Fenomenologicamente isso representa uma relação que não anula a alteridade, mas a preserva, permitindo que o outro se constitua em sua própria trajetória. Esse cuidado não é ausência de limites, mas construção compartilhada de possibilidades. Assim, o cuidado em liberdade emerge como alternativa às práticas de controle, alinhando-se a uma ética do respeito e da coexistência.

“Ele sai, mas sabe que tem casa, comida, cama, cuidado. Então ele tem liberdade de sair e voltar. A gente cuida assim, dessa maneira.” (Borboleta Dama-da-Noite)

“Não pode escorraçar, tem que acolher e aconselhar.” (Borboleta Rubi)

“Quando ele está bêbado eu deixo, porque nesse momento não adianta conversar. Só depois que passa a bebedeira é que converso.” (Borboleta Monarca)

“Às vezes tem que deixar a pessoa decidir por ela mesma.” (Borboleta Esmeralda)

“Hoje eu deixo mais livre, mas continuo aqui, cuidando...” (Borboleta Safira)

Essa postura amplia a ética do olhar transformando a forma de compreender o outro e a própria relação de cuidado. O familiar cuidador passa a reconhecer que não pode decidir pelo outro, mas pode acompanhá-lo em seu percurso, respeitando sua autonomia. Essa mudança implica uma transformação profunda na experiência do cuidado, que deixa de ser centrada no controle e passa a ser orientada pelo reconhecimento da liberdade. Na fenomenologia, essa abertura ao outro é condição para uma relação autêntica, na qual ambos coexistem sem anulação. Assim, o cuidado torna-se mais ético, sensível e situado.

Portanto, essas novas possibilidades de cuidado caminham em direção à reinvenção do ser-no-mundo expressa pela possibilidade de reconstrução da existência a partir do sofrimento vivido, ou seja, a construção de um outro eu mesmo. Os relatos das famílias revelam que, ao

longo do processo, o sujeito encontra novas formas de estar no mundo, reconfigurando suas relações e modos de cuidar. O que corrobora para a compreensão fenomenológica de que o ser não é fixo, mas está sempre em processo de constituição, aberto a transformações. Essa reinvenção não significa esquecer o passado, mas integrá-lo como parte da experiência que possibilitou a mudança. Assim, o sujeito não emerge como o mesmo, mas como outro de si, revelando a potência criadora da existência.

DISCUSSÃO

A experiência familiar diante do alcoolismo desvela-se, inicialmente, como um movimento de contração existencial, no qual o mundo vivido se estreita e a temporalidade se densifica. O sofrimento emerge como modo de habitar o mundo, reorganizando o cotidiano, suspendendo projetos de vida e instaurando uma vigilância constante. Nessa direção, as descrições vivenciais aludem que o sofrimento não se apresenta como fenômeno pontual, mas como uma duração encarnada, marcada por repetição, incerteza e espera, configurando uma temporalidade espessa, tal como descrita na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty¹⁰, e corroborada por estudos no campo da Saúde Mental que apontam a cronicidade e a circularidade do sofrimento familiar associado ao uso de álcool²⁸.

Sob essa perspectiva, o sofrimento familiar pode ser compreendido como modulação do campo perceptivo. O familiar cuidador não observa o sofrimento à distância, mas o vive corporalmente, em uma trama intercorpórea na qual o adoecimento do outro reverbera na sua própria existência. A família torna-se, assim, corpo ampliado do sofrimento²⁹. Estudos contemporâneos reforçam essa dimensão ao evidenciar que familiares de pessoas com transtornos por uso de substâncias apresentam elevados níveis de sofrimento psíquico e somático, caracterizando o chamado “sofrimento compartilhado”^{30,31}.

A temporalidade, nesse contexto, assume uma configuração particular. Não se trata de um tempo linear, orientado ao futuro, mas de um tempo circular e suspenso, no qual o porvir se encontra constantemente adiado. A repetição das recaídas e a permanência do sofrimento produzem uma experiência de aprisionamento temporal, aproximando-se daquilo que a fenomenologia descreve como ruptura do fluxo temporal habitual³². Vive-se, portanto, um presente prolongado, saturado de expectativa e incerteza, o que dialoga com pesquisas que descrevem a experiência familiar como “tempo congelado” ou “tempo repetitivo do cuidado”³³.

A metáfora do casulo constitui-se como síntese simbólica dessa condição. O casulo, ao mesmo tempo que protege, aprisiona; ao mesmo tempo que acolhe, limita. Essa ambiguidade expressa a própria estrutura do cuidado familiar, marcada pela coexistência entre vínculo e clausura. Tal ambiguidade é constitutiva da experiência perceptiva e relacional e tem sido descrita na literatura como “cuidado ambivalente”, no qual práticas de proteção coexistem com

sentimentos de aprisionamento e exaustão vividos simultaneamente pela família cuidadora e por aquele que é cuidado^{10,29,34}.

Entretanto, é nesse mesmo campo de implicação que emergem possibilidades de transformação. No pensamento de Merleau-Ponty, a relação entre eu e outro é compreendida como reversível, na medida em que “o outro é um outro eu mesmo”^{10:475}. Nesse horizonte, o encontro com o outro implica deslocamento e reconfiguração de si.

Os achados de nosso estudo evidenciam que a resiliência se constitui como processo relacional, no qual o sujeito se transforma na relação, sem ruptura identitária. Não se trata de retorno a um estado anterior, mas de reorganização do campo perceptivo e existencial. Essa compreensão dialoga com abordagens contemporâneas que definem a resiliência como processo dinâmico e contextual^{7,9-11}.

A dimensão relacional do sofrimento também se intensifica na fusão entre destinos familiares, inscrita na ideia de que a liberdade própria depende da libertação do outro. Essa interdependência radical revela a densidade do cuidado, mas também desvela o risco de apagamento de si. Tal fenômeno tem sido amplamente descrito como “perda de si no cuidado”, especialmente em contextos de uso crônico de substâncias³⁰.

Do ponto de vista das políticas públicas, essa categoria tensiona os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira ao lançar luz sob a desinstitucionalização, que nesse cenário, não elimina, por si só, experiências de clausura. Mesmo fora de instituições totais, formas micropolíticas de aprisionamento persistem no cotidiano familiar, indicando a necessidade de cuidado ampliado que inclua a rede afetiva^{35,36}. A literatura científica tem reforçado essa necessidade ao apontar que políticas centradas exclusivamente no usuário tendem a invisibilizar o sofrimento familiar³¹.

A experiência familiar diante do alcoolismo revela-se inicialmente como um movimento de contração existencial, no qual a vida parece entrar em suspensão. O sofrimento é como um casulo simbólico que comprime possibilidades, reorganiza rotinas e redefine horizontes de sentido. Nessa fase, a temporalidade vivida adquire densidade particular, marcada por repetição, incerteza e espera, configurando aquilo que Merleau-Ponty denomina temporalidade encarnada.

Em contraponto à contração existencial, emerge um movimento de expansão no qual o sofrimento passa a ser ressignificado como possibilidade de transformação. Contudo, a resiliência, ora vivida como superação linear, passa a ser experienciada como metamorfose existencial. O familiar cuidador, diante dessa experiência, não retorna ao que era, ele se transforma. Nesse sentido, a resiliência constitui-se como reorganização do campo perceptivo e reconfiguração do modo de estar-no-mundo³⁷, sendo compreendida como processo dinâmico, relacional e situado^{10,38,39}.

A partir da compreensão fenomenológica, a resiliência é percebida como mudança na maneira de perceber e habitar o mundo, fazendo com que o familiar em sofrimento não volte ao

que era, mas torne-se outro, incorporando o sofrimento à própria história. Tal compreensão aproxima-se da noção merleau-pontyana de reversibilidade, na qual experiências dolorosas podem converter-se em potência criadora²⁹. Portando, ser resiliente, não consiste em negar o sofrimento, mas em incorporá-lo à própria história³³. Estudos atuais sobre resiliência familiar reforçam essa compreensão ao destacar que adversidades podem produzir crescimento pós-traumático e reconfiguração identitária⁴⁰.

Nessa perspectiva, a metamorfose vivida por familiares no contexto do cuidado ao alcoolista não configura uma ruptura identitária, mas um desdobramento do ser na relação intercorpórea com o outro, compreendido, segundo Merleau-Ponty, como “outro eu mesmo”^{10:475}. A resiliência, portanto, não se reduz à superação, mas expressa uma reconfiguração da existência, na qual o sujeito se transforma sem deixar de ser, reinventando-se na relação com o outro.

Diante dessas reflexões, entende-se que um dos primeiros movimentos em direção à metamorfose é a emergência do cuidado de si. Ao reconhecer sua própria vulnerabilidade, o familiar cuidador desloca o foco exclusivo no outro e passa a incluir-se no cuidado. Essa virada de percepção dialoga diretamente com a perspectiva do *Recovery*, que enfatiza autonomia, agência e reconstrução de sentido, reforçando que o *Recovery* envolve não apenas o usuário, mas também a reorganização subjetiva dos familiares^{8,9,41}.

A tomada de decisão emerge como ponto de inflexão na trajetória de muitas participantes. Separações, redefinição de limites e busca por apoio comunitário aparecem como marcos de ruptura com padrões de sofrimento crônico. Essas decisões não são isentas de dor, mas sinalizam processos de subjetivação, nos quais o familiar em posição de cuidador recupera sua capacidade de agir no mundo, que no contexto fenomenológico, caracteriza a mudança perceptiva.

Esse movimento ganha destaque ao reconhecer que “por trás do alcoolismo existe uma história”, pois os familiares movem-se de posições moralizantes para perspectivas compreensivas. Tal experiência expressa uma ampliação do campo perceptivo, na qual perceber é sempre reinterpretar o mundo, o que contribui para práticas de cuidado mais humanizadas e menos estigmatizantes^{10,30}.

No campo das práticas de cuidado em saúde mental, esse deslocamento converge com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da lógica da redução de danos, compreendida não apenas como estratégia técnica, mas como experiência de cuidado. O cuidado em liberdade reconhece a autonomia do sujeito, respeita seus tempos e valoriza sua inserção no território, reforçando que abordagens baseadas em redução de danos promovem maior engajamento e autonomia dos usuários^{42,43}.

A ampliação do olhar sobre o outro também se apresenta como marcador de transformação. Ao reconhecer que por trás do alcoolismo existem histórias, dores e contextos,

os familiares deslocam-se de posições moralizantes para perspectivas compreensivas. Esse movimento ético aproxima-se da lógica do cuidado em liberdade, na qual o outro é reconhecido em sua complexidade e dignidade ^{4,42}.

Assim, a metáfora da metamorfose revela-se central para compreender a resiliência familiar. A borboleta não nega o casulo, mas o incorpora como parte constitutiva de sua história. Do mesmo modo, as famílias não apagam o sofrimento vivido, mas o integram à sua trajetória, convertendo-o em possibilidade de reinvenção existencial. Essa compreensão transforma o olhar das famílias cuidadora de um lugar de vitimização para um lugar de potência, reconhecendo-as como sujeitos capazes de criar sentidos, reconstruir vínculos e reinventar modos de existir. Se o sofrimento inaugura um movimento de contração, a resiliência é possibilidade de expansão existencial. Trata-se de um processo gradual no qual a família cuidadora deixa de apenas sobreviver ao sofrimento para reconstruir sentidos e modos de existir^{13,44}.

Fenomenologicamente, essas narrativas evidenciam uma mudança na estrutura perceptiva do sujeito. A metáfora da metamorfose, que traz a transformação da lagarta em borboleta por meio do casulo, revela-se potente para compreender a resiliência familiar como processo de transformação existencial. Essa leitura dialoga diretamente com Merleau-Ponty, ao reconhecer a ambiguidade constitutiva da existência, onde fragilidade e potência coexistem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso compreensivo adotado nesse estudo permitiu desvelar que experiência familiar diante do alcoolismo pode ser compreendida como travessia existencial marcada por movimentos de contração e expansão. O sofrimento emerge como casulo simbólico que suspende projetos, densifica o tempo e reorganiza o mundo vivido. Contudo, no interior dessa experiência, germinam possibilidades de transformação que se desdobram na forma de resiliência.

A resiliência familiar é um processo dinâmico de reinvenção do ser-no-mundo, no qual dor e potência coexistem em relação ambígua. Ao ressignificar o sofrimento, famílias constroem novas formas de cuidado, ampliam repertórios existenciais e reconfiguram suas trajetórias. A metáfora da metamorfose expressa essa passagem do enclausuramento à abertura, evidenciando que a transformação não nega a dor, mas a integra como parte constitutiva da existência.

No campo da saúde mental, tais achados reforçam a importância de políticas e práticas que reconheçam a família como sujeito de cuidado e não apenas como suporte terapêutico. O fortalecimento de dispositivos comunitários, estratégias narrativas e práticas baseadas no cuidado em liberdade mostra-se fundamental para promover processos de *Recovery* e transformação existencial. Assim, compreender a resiliência familiar como metamorfose amplia

horizontes éticos e políticos, contribuindo para uma saúde mental mais humana, relacional e comprometida com a vida em sua potência de reinvenção.

Como limitações, reconhece-se que a abordagem qualitativa e fenomenológica, embora potente para apreender a profundidade das experiências, circunscreve os achados ao contexto investigado, não permitindo generalizações. A produção das descrições vivenciais nas rodas de TCI, apesar de favorecer a partilha intersubjetiva, pode implicar diluição de experiências singulares ou silenciamentos decorrentes da dinâmica grupal. Além disso, o recorte territorial e a especificidade sociocultural das famílias influenciam os modos de significação do cuidado e do sofrimento.

Como sugestões para investigações futuras, destaca-se a ampliação do estudo em diferentes contextos socioculturais e dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, contemplando distintas configurações familiares e modos de cuidado em liberdade. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais que acompanhem as transformações da experiência intercorpórea e da resiliência ao longo do tempo. Ademais, sugere-se aprofundar a articulação entre fenomenologia e práticas de cuidado, como a TCI, bem como desenvolver pesquisas que integrem familiares, usuários e profissionais, favorecendo uma compreensão mais ampliada e intersubjetiva do cuidado no contexto do alcoolismo.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2023.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Panorama de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Souza J, Kantorski LP. Family experience in mental health care. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20180410.
6. Maciel SC, et al. Family burden in substance use disorders. *Cien Saude Colet.* 2021;26(4):1231-40.
7. Walsh F. Strengthening family resilience. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2016.
8. Leamy M, et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):445-52.
9. Defourny P, van Sambeek N, van de Bovenkamp H, Scheepers F, Heerings M. Dynamics of recovery in psychosis, stigmatization, and microaggressions in mental healthcare: a qualitative study of service users' narratives. *BMC Psychiatry.* 2024;24:825. doi:10.1186/s12888-024-06262-5.
10. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2018.
11. Slade M. Personal recovery and mental illness. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.

12. Onocko-Campos R, Furtado JP. Narrativas, produção de sentido e cuidado em saúde mental: contribuições da abordagem psicossocial. *Physis*. 2021;31(1):e310110. doi:10.1590/S0103-73312021310110.
13. Barreto AP. Terapia comunitária integrativa passo a passo. Fortaleza: LCR; 2010.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design. 4th ed. Thousand Oaks: Sage; 2018.
16. Zahavi D. Phenomenology: the basics. London: Routledge; 2021.
17. Neubauer BE, et al. Thematic analysis: a critical review. *Qual Rep*. 2019;24(7):1461-79.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
19. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00042620. doi:10.1590/0102-311X00042620.
20. Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes; 2014.
21. Alves R. Ostra feliz não faz pérola. Campinas: Papirus; 2021.
22. Rocha KB, et al. Práticas comunitárias e saúde mental. *Cien Saude Colet*. 2022;27(5):1823-32.
23. Sena ELS, et al. Analítica da ambiguidade na pesquisa qualitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(4):1-8.
24. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
25. Souza VR, et al. Aplicação do COREQ em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03737.
26. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2026 Apr 17]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
27. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2026 Apr 17]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
28. Templeton L, et al. Impact of substance use on families. *Addict Res Theory*. 2023;31(2):95-110.
29. Merleau-Ponty M. O visível e o invisível. São Paulo: Perspectiva; 2012.
30. Ashforth R, et al. Family burden and relational suffering. *Int J Ment Health Nurs*. 2024;33(1):45-60.
31. Kourgiantakis T, et al. Family experiences in addiction. *J Fam Ther*. 2023;45(2):210-28.
32. Merleau-Ponty M. A natureza: curso do Collège de France. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
33. Neale J, et al. Time, relapse and recovery. *Sociol Health Illn*. 2023;45(1):112-28.
34. Kroon SJC, van der Krieke L, Bruggeman R, et al. The uneven triad: a qualitative study of perspectives of relatives, patients, and professionals on (not) involving relatives in mental health. *BMC Psychiatry*. 2025;25:384. doi:10.1186/s12888-025-06814-3
35. Souza LM, Silva TR, Farkas M. Práticas orientadas ao recovery como caminho para o avanço do cuidado à saúde mental no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2023;39:e00243222.

36. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.
37. Kalisch R, et al. Deconstructing resilience. *Perspect Psychol Sci.* 2021;16(4):802-13.
38. Luthar SS, et al. Resilience in development. *Dev Psychopathol.* 2023;35(2):561-80.
39. Souto A, et al. Relational resilience. *J Fam Stud.* 2024;30(1):88-105.
40. Bonanno GA, Dancyger C. Trajectories of resilience. *Annu Rev Clin Psychol.* 2023;19:1-25.
41. Slade M, et al. Recovery-oriented mental health services. *World Psychiatry.* 2023;22(3):394-405.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
43. Harris M, Rhodes T. Harm reduction and recovery. *Addiction.* 2023;118(5):861-9.
44. Silva M, et al. Community-based interventions and collective resilience in mental health. *Cien Saude Colet.* 2023;28(5):1451-62.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: NO ENTRELAÇAMENTO DO EU, DO OUTRO E DO MUNDO

A presente Tese de Doutorado se constituiu como um movimento de aproximação sensível às experiências vividas por famílias que convivem com o alcoolismo, no contexto do cuidado em liberdade em saúde mental. Mais do que responder a uma questão investigativa, este estudo buscou desvelar sentidos que emergem no entrelaçamento entre o eu, o outro e o mundo vivido, reconhecendo o cuidado como fenômeno relacional, encarnado e atravessado por ambiguidades. Ancorada na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e na potência metodológica da Terapia Comunitária Integrativa, esta investigação possibilitou acessar dimensões profundas da experiência familiar, frequentemente invisibilizadas nas práticas e produções científicas.

Os achados do primeiro manuscrito revelam que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo se configura como um campo de tensões permanentes, no qual o gesto afetivo pode, de modo reversível, assumir contornos de vigilância, controle e restrição. Essa reversibilidade demonstra que o cuidado não é uma prática linear ou puramente protetiva, mas um movimento ambíguo, tecido na coexistência com o outro, onde proteger pode também significar sufocar. As famílias, ao tentarem sustentar o cuidado, encontram-se frequentemente diante do limite entre acolher e conter, manifestando que o cuidado em liberdade não se realiza sem conflitos, mas se constrói na negociação constante entre proximidade e respeito à autonomia.

Além disso, a ambiguidade entre esperança e desesperança mostra que o cuidado é sustentado por uma temporalidade marcada por ciclos de recaídas e expectativas de mudança. A esperança emerge como força que mantém o investimento afetivo, enquanto a desesperança se instala diante da repetição do sofrimento. Essa coexistência revela que cuidar, nesse contexto, é habitar um tempo instável, no qual o futuro se apresenta simultaneamente como possibilidade e frustração. Assim, o cuidado familiar se desvela como experiência existencial complexa, marcada por afetos contraditórios que coexistem no mesmo horizonte vivido.

No segundo manuscrito, a experiência do cuidado é aprofundada a partir da noção de intercorporeidade, destacando que o sofrimento do familiar alcoolista não se limita ao outro, mas se inscreve no corpo daquele que cuida. O cuidado emerge como experiência encarnada, na qual o corpo do cuidador se torna lugar de vigilância, tensão e alerta contínuo. Nesse sentido, o cuidado não é apenas uma ação dirigida ao outro, mas uma condição existencial que reorganiza o modo de estar-no-mundo do familiar cuidador, capturando sua temporalidade, seu descanso e sua própria possibilidade de liberdade.

Essa vivência revela uma dissolução progressiva das fronteiras entre o eu e o outro, configurando um sofrimento compartilhado. O bem-estar do outro passa a ser condição para o próprio alívio, enquanto a permanência do alcoolismo mantém o cuidador em estado de aprisionamento existencial. Contudo, essa experiência também revela o limite do cuidado: a

impossibilidade de controlar o outro. Assim, vislumbra-se uma compreensão profunda de que o cuidado em liberdade implica reconhecer a alteridade e aceitar a incompletude do cuidar, deslocando a ideia de controle para a de coexistência.

O terceiro manuscrito revela que, mesmo em contextos marcados por dor e aprisionamento existencial, emergem movimentos de resiliência que podem ser compreendidos como processos de metamorfose. A metáfora do casulo expressa a experiência de sofrimento como suspensão do viver, na qual o tempo se densifica e a existência se organiza em torno da dor. Nesse estágio, as famílias vivenciam um aprisionamento que não é apenas físico, mas existencial, limitando projetos, desejos e possibilidades.

Entretanto, é nesse mesmo campo de sofrimento que se anunciam possibilidades de transformação. A resiliência emerge como reinvenção do ser-no-mundo e ressignificação da experiência. A metamorfose, simbolizada pela borboleta, revela que o sofrimento pode produzir novos sentidos, novas formas de existir e novos modos de cuidar. Assim, o cuidado em liberdade também se configura como espaço de criação, onde, mesmo diante da dor, a vida insiste em se reorganizar e florescer.

A realização deste estudo, no entanto, também foi atravessada por desafios importantes que se inscrevem tanto no plano metodológico quanto no campo do vivido. Dentre eles, destaca-se a dificuldade inicial de adesão dos participantes às rodas de TCI, exigindo estratégias de aproximação e construção de vínculo no território. Soma-se a isso a complexidade de abordar o alcoolismo no contexto familiar, tema sensível, marcado por estigmas, silenciamentos e sofrimentos profundos. Não obstante, emergiram limitações relacionadas ao tempo, à disponibilidade dos participantes e às próprias demandas do território, que tensionam a condução de pesquisas no campo da saúde mental.

No plano compreensivo, a abordagem fenomenológica também se apresentou como desafio, ao exigir rigor, suspensão de pressupostos e um mergulho interpretativo nas ambiguidades da experiência. Por fim, destacam-se as tensões emocionais decorrentes da proximidade com o sofrimento vivido pelos participantes, que convocaram em mim um exercício constante de sensibilidade e reflexividade. Contudo, tais dificuldades não fragilizam o estudo; ao contrário, revelam sua potência e autenticidade, pois fazem parte do próprio campo vivido que se buscou compreender, constituindo-se como elementos inerentes ao processo de desvelamento do fenômeno.

No que se refere às contribuições, esta tese apresenta relevância significativa para o campo da Saúde Pública, ao evidenciar o alcoolismo como um fenômeno que ultrapassa a dimensão individual e se inscreve no tecido relacional e familiar, ampliando o olhar para além do sujeito e incorporando as dinâmicas coletivas do cuidado. No âmbito da Saúde Mental, fortalece o paradigma do cuidado em liberdade, ao explicitar suas potencialidades e tensões no cotidiano das famílias, contribuindo para a qualificação das práticas psicossociais.

Nesse sentido, ao discutir o cuidado em liberdade, o estudo expõe que este não se constitui como um ideal abstrato ou normativo, mas como uma prática concreta, vivida na ambiguidade, nos limites e nas possibilidades das relações humanas. Por fim, no que tange ao cuidado à família, a pesquisa reafirma seu lugar como protagonista no processo de cuidado, reconhecendo-a simultaneamente como sujeito de sofrimento e de potência, que necessita ser cuidada, escutada e incluída de forma efetiva nas práticas e políticas de saúde. Dessa forma, o estudo contribui para a construção de um cuidado mais sensível, ético e comprometido com a complexidade da experiência humana no contexto do alcoolismo.

Diante dessas reflexões, este estudo apresenta importantes potencialidades que atravessam as minhas dimensões acadêmica, profissional e pessoal, configurando-se como um marco significativo da minha trajetória existencial. No âmbito acadêmico, contribui para o fortalecimento de minha identidade como pesquisadora fenomenológica, ao consolidar uma produção científica sensível, rigorosa e alinhada às demandas contemporâneas da saúde mental. A articulação entre a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e a Terapia Comunitária Integrativa revela-se como uma contribuição epistemológica potente, ao aproximar a produção de conhecimento da experiência vivida e do cuidado em ato.

No campo profissional, essa tese amplia as minhas possibilidades de atuação no cuidado em saúde mental ao oferecer uma compreensão mais profunda das famílias como sujeitos do cuidado, deslocando-as do lugar de coadjuvantes para protagonistas das práticas de cuidado. Já na dimensão pessoal, este percurso lança luz sobre uma travessia que ultrapassa o campo técnico e se inscreve no vivido, reafirmando esse cuidado como experiência humana, ética e relacional. Trata-se, portanto, de um trabalho que produziu conhecimento e me transformou enquanto ser humano, ao permitir meu envolvimento existencialmente no fenômeno investigado.

REFERÊNCIAS

- AHUMADA, L. R.; COCHOY, L. F. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. In: MARTÍN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J. F. **Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica**. 6ª ed. Barcelona, España: Elsevier España, v. 1, n.5, p. 89-106, 2008.
- ALVES, R. **Ostra feliz não faz pérola**. Planeta Estratégia, 2021.
- ALVIM, M. B. Arte e vida entre visibilidade e invisibilidade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 1, p. 25-39, 2020.
- ALVIM, M. B. O lugar do corpo em Gestalt-Terapia: dialogando com Merleau-Ponty. **Revista IGT na rede**, v. 8, n. 15, p. 227-237, 2011.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ATHIÉ, K. et al. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**, v. 16, p. 1-15, 2016.
- AZEVEDO, E. B. et al. Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 15, n. 3, p. 114-120, 2013.
- BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.
- BARRETO, A. P.; LAZARTE, R. Uma Introdução à Terapia Comunitária Integrativa: conceito, bases teóricas e método. In: FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. **Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.
- BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. 50 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- BOWER, P. et al. Collaborative care for depression in primary care: making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. **The British Journal of Psychiatry**, v. 189, n. 6, p. 484-493, 2006.
- BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
- BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, Diário Oficial Eletrônico, 9abr. 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, n. 98, p. 44-46, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas. **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. Brasília: OPAS, 2005a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. **Portaria 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Acesso em 27 de junho de 2024. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental - Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília (DF): 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6ª ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017**. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRATEK, A.; BEIL, J.; BANACH, M. The impact of family environment on the development of alcohol dependence. **Psychiatr Danub**. v. 25, n. 2, p. 74-77, 2013.

BUXTON, J. The Historical Foundations of the Narcotic Drug Control Regime. In: DEEFER, Philip e LOAYZA, Norman (Ed). **Innocent Bystanders. Washington DC: Palgrave MacMillan and The World Bank**, p. 61-93, 2010

CAMPBELL, T. L.; LARIVAARA, P. Working with families in primary care. **Oxford Textbook of Primary Medical Care**, v. 9, p. 299- 303, 2005.

CAPALBO, Creusa. Fenomenologia e ciências sociais. **Londrina (PR): UEL**, 1996.

CARIAS, A. R.; GRANATO, T. M. M. O sofrimento emocional de filhos de alcoolistas: uma compreensão psicanalítica winnicottiana. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e218542, 2021.

CARÍCIO, M. R. **Terapia comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida**. Universidade Federal da Paraíba. Dissertação [mestrado]. Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

CARVALHO, M. A. P.; ROMERO, R. O. G.; FERREIRA FILHA, M. O. Terapia comunitária no centro de apoio psicossocial: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n. 6, p. 4389-4394, 2013.

CARVALHO, P. A. L. et al. O sofrimento mental no cotidiano familiar: uma viagem temporal segundo Merleau-Ponty. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20230258, 2023.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1625-1636, 2016.

CHAUÍ, M. **Experiência do pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 326 p. (ColeçãoTópicos).

CLARO, H. G. et al. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1173-1180, 2015.

COOK, J. A. et al. Health risks and changes in self-efficacy following community health screening of adults with serious mental illnesses. **PLos One**, v. 10, n. 4, p. e0123552, 2015.

COUTINHO, A. M.; GORDILHO, H. J. S. Direito animal e o fim da sociedade conjugal. Animal Law and couples divorce. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, v. 8, n. 2, p. 257-281, 2017.

CRUZ, M. S. Redução de Danos, prevenção e assistência. *In: Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, p. 155-177, 2011.

CUNHA, A. T. R. et al. Percepções de usuários sobre humanização na estratégia saúde da família: um estudo ancorado na teoria da dádiva. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 3, p. 16-31, 2017.

DALLA VALLE, L. Cultura visual e educação: Cartografias afetivas e Compreensão Crítica das imagens. **Cadernos de Comunicação**, v. 24, n. 1, 2020.

DE MARCHI, J. R.; JUNIOR, W. M.; NUNES, J. R. Abordagem comparativa: intervenções terapêuticas em saúde mental na atenção primária do Brasil em relação ao Canadá. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 97792-97809, 2020.

DIAS, M. B. Manual de Direito das Famílias de acordo com o novo CPC. Revista atualizada e ampliada. **Revista dos Tribunais – Thomson Reuters**. 11ª ed. Ano p. 233, 2016.

FARIAS, C. C.; ROSENVALD, N. **Curso de Direito Civil: Famílias**. 9ª ed. Salvador: Ed. JusPodivm, p. 35, 2017.

FEISTHER, L. C.; LOSSO, A. R. Centro de atenção psicossocial iii: a potência do acolhimento noturno para o cuidado em liberdade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 15, n. 45, p. 56-64, 2023.

FERRABOLI, C. R. et al. Alcoolismo e dinâmica familiar: sentimentos manifestos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1555-1563, 2015.

FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; BARRETO, A. P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.17, n. 2, p. 172-173, 2015.

FERRUGEM, D. Guerra às drogas?. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 45, 2020.

FIGUEIREDO, M. H. J.; MARTINS, M. M. F. P. S. Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 615-621, 2009.

FRAZATTO, C. F.; BIGATTO, K. R. S. Os organismos comunitários em saúde mental no Quebec, Canadá. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290315, 2019.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 12ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 1979.

FROST, E. L.; HOEBEL, E. A. **Antropologia cultural e social**. Trad.: Euclides Carneiro da Silva. São Paulo: Cultrix, 2006.

GAETE, A. E. G. et al. A Terapia Comunitária Integrativa na abordagem da saúde mental na atenção primária: um relato de experiência. **Temas em Educação e Saúde**, p. 483-497, 2020.

- GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S. A. F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 543-549, 2010.
- GRANDESCO, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: BARRETO, M. R. **Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- GUIMARÃES, F. J.; SOARES, A. M. S.; SANTOS, M. S. A terapia comunitária integrativa como prática de cuidar na atenção primária à saúde. **Enfermagem Revista**, v. 22, n. 2, 2019.
- GUTIERREZ, M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, p.1497-1508, 2010.
- HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 371-382, 2015.
- HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3561-3571, 2014.
- HUSSERL, E. **A Ideia da Fenomenologia**. Tradução: Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 2020.
- HUSSERL, E. **Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia**. Trad. F. Oliveira. São Paulo: Edições 70, 2024.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 25 jun. 2024.
- INE. Instituto Nacional de Estatística. **Recenseamentos Gerais da População (1960, 2001)**. Inquérito ao Emprego. Instituto Nacional de Estatística, Portugal. 2010.
- JESUS, I. S.; SENA, E. L. S.; SOUZA, L.S. et al. Vivências de estudantes de graduação em enfermagem com a ansiedade. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 9, n. 1, p. 149-157, 2015.
- JUNIOR, G. B.; SILVA, P. L. B.; DAIN, S. Série técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica**. Brasília: OPAS, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_setor_saude_americas.pdf. Acesso em: 08 mai. 2024.
- KELLY, B. J. et al. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 5, p. 1-12, 2011.
- LARANJEIRA, R.; JUNGUERMAN, F.; DUNN, J. **Drogas: maconha, cocaína e crack**. Editora Contexto, 2024.

LEMES, A. G. et al. Terapia Comunitária como cuidado complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20190321, 2020.

LÔBO, P. L. N. **Famílias**. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

LUSSI, I. A. O. et al. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, p. 01-03, 2019.

MANGUEIRA, S. D. O.; LOPES, M. V. D. O. Dysfunctional family in the context of alcoholism: concept analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 149-154, 2014.

MARCHETTI, S. P. **O problema do cuidar: o pensar fenomenológico sobre o cuidado em saúde das pessoas que usam drogas**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2022.

MEIRA, E. C. et al. Homens alcoolistas e suas interações na família e comunidade. **International Journal of Development Research**, v. 11, n. 10, p. 51138-51143, 2021.

MENDES, R.; PEZZATO, L.; SACARDO, D. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1737-1746, 2016.

MENEZES, R. C. B.; CARVALHO, V. G. A constitucionalização do direito de família: reflexos de uma constituição federal cidadã e democrática. **Revista Direitos Fundamentais e Alteridade**, v. 3, n. 1, p. 187-201, 2019.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**, ed. 1ª. São Paulo: Cosacnaify, 2013a.

MERLEAU-PONTY, M. **A dúvida de Cézanne**. Tradução Paulo Neves e Maria Ermentina Galvão Gomes Pereira. São Paulo: Cosacnaify, 2013b.

MERLEAU-PONTY, M. **O olho e o Espírito**. São Paulo: Cosacnaify, 2014.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 5ª ed. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018.

MESQUITA, F. Redução de danos. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 21, n. 2, p. 10-17, 2020.

MINAYO, M. C. Apresentação. In: GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês, 2014.

MINAYO, M. C. S.; DINIZ, D.; GOMES, R. O artigo qualitativo em foco. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, 2016.

MOURÃO, L. F. et al. Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **SANARE**, v. 15, n. 2, p. 129-135, 2016.

MULLER, M. J. **Merleau-Ponty: sobre a expressão**. Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

MURICY, A. L. et al. Implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS na Atenção Primária. **Revista de APS**, v. 25, 2022.

NAVES, B. T. O.; VARELA, A. M. A. R. Família, família, cachorro, gato, galinha: a família multiespécie e a guarda compartilhada dos animais de estimação, após a ruptura do vínculo conjugal no Brasil. **Revista Internacional Consinter de Direito**, n. 6, 2018

OLIVEIRA, M. E. S.; SANTANA, R. G. Idoso: o uso abusivo do álcool e suas repercussões nos contextos psicossocial e familiar. **Anais do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. Recife: Faculdade Estácio Recife, v. 4, p.1-13, 2015.

OLIVEIRA, M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 229-238, 2015.

OLIVEIRA, V. et al. Tensionamentos no cuidado em Saúde Mental relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas: dificuldades identificadas por profissionais da saúde pública. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 133-145, 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. S.; PALOMBINI, A. L. Permanent education and psychosocial care: experiences in Brazilian mental health. **Interface - Comunicacao, Saude, Educacao**, v. 11, n. 22, p. 233-246. 2007.

PAULON, S.; NEVES, R. Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. *In: Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*, 2013.

PIRES, R. C.; SANTOS, M. P. G. Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200072, 2021.

REIS, M. E. F. A. et al. Saúde mental, uso de álcool e qualidade do sono em estudantes de uma universidade pública. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 50-66, 2022.

RIBEIRO, L. P.; SATTLER, M. K. Impactos da Dependência Química na Dinâmica Familiar: Contribuições a Partir de uma Perspectiva Sistêmica. **Revista Pensando Famílias**, v. 26, n. 2, 2023.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, p. 64-73, 2003.

ROTHIER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, A. B. et al. Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 10, n. 25, p. 1-19, 2018.

SENA, E. L. S. et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 769-775, 2010.

SILVA, A. B. et al. O cuidado ao usuário de crack: estratégias e práticas de trabalho no território. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, p. e68447, 2016.

SILVA, J. M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. **Fenomenologia**. Revista Brasileira de enfermagem, v. 61, p. 254-257, 2008.

SILVA, M. A. A. **O impacto do alcoolismo na vida social e familiar do indivíduo: a intervenção do profissional da saúde de forma efetiva no tratamento**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, 2014.

SMITH, S. M.; ALLWRIGHT, S.; O'DOWD, T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2007.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de droga. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 637-644, 2010.

SOUZA, V. R.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, eAPE02631, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>

SOUZA, J.; CARVALHO, A. N. M. Filhos adultos de pais alcoolistas e seu relacionamento na família de origem. **Saúde Transformação Social**, v. 3, n. 2, p. 43-51, 2012.

SOUZA, L. P. S. et al. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 38, p.177-198, 2017.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). *National guidelines for behavioral health crisis care: best practice toolkit*. Rockville: SAMHSA, 2024.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007.

TREICHEL, C. A. S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180617, 2019.

UZIEL, A. P. **Homossexualidade e adoção**. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2007.

VAN NAMEN, D. M.; KNAPEN, V.; VAN STAA, A.; DE VRIES, H.; HILBERINK, S. R.; NAGELHOUT, G. E. Stress and strain: a qualitative study into the impact of having relatives with addiction problems on students' health and daily lives.

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, v. 18, n. 1, e2223864, 2023.

WATZLAWICK, P. et al. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. São Paulo: Cultrix, 1993.

WHO. World Health Organization. **Statistical indices of Family Health**, 589: p. 17. Geneva, Switzerland: WHO Library. 1991.

WHO. World Health Organization. **MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)**. Genebra: OMS; 2018

WHO. World Health Organization. **Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches**. Geneva: WHO, 2023.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZERBETTO, S. R. et al. As relações familiares com adolescentes usuários de substâncias psicoativas: percepção dos pais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, p. v20a16-v20a16, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ENTRELAÇAMENTOS NA EXPERIÊNCIA VIVIDA

1. Sexo	1. Feminino ()	2. Masculino ()
2. Qual a sua idade?	_____Anos	
3. Qual o seu estado conjugal?	1. Nunca foi casado(a)	
	2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)	
	3. Separado(a) ou divorciado(a)	
	4. Viúvo(a)	
4. Quantos anos completos de estudo (<i>com aprovação</i>) o(a) sr(a) tem?	_____Anos	
5. Qual o seu grau de instrução?	1. Analfabeto/Menos de um ano de instrução	
	2. Elementar Incompleto	
	3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto	
	4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto	
	5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto	
	6. Superior Completo ou mais	
6. Qual é a sua cor (raça)?	1. Branca	
	2. Preta	
	3. Amarela	
	4. Parda	
	5. Indígena	
7. O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava? (<i>Se a resposta for negativa, questionar a pergunta 8</i>)	1. Trabalha e em atividade atualmente	
	2. Trabalha, mas não em atividade atualmente	
	3. Já trabalhou, mas não trabalha mais	
	4. Nunca trabalhou	
8. Qual a principal razão de você não estar em atividade atualmente?	1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos	
	2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho	
	3. Estudos / treinamento	
	4. Aposentado por tempo de trabalho/idade	

	5. Aposentado por doença/invalidez 6. Afastado por doença 7. Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc) 8. Outra(especifique): _____	
9. Há quanto tempo o(a) sr(a) não está trabalhando ou não está em atividade?	_____ dias _____ meses _____ anos	
10. O(a) sr(a) pode me dizer seu rendimento mensal por fonte de rendimento? <i>[Para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado]</i>	1. Não tem rendimento 2. Trabalho R\$ _____ 3. Seguro desemprego R\$ _____ 4. Aposentadoria R\$ _____ 5. Pensão R\$ _____ 6. Renda Mensal Vitalícia R\$ _____ 7. Venda de produtos R\$ _____ 8. Aluguel R\$ _____ 9. Doação de não-morador do domicílio R\$ _____ 10. Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas R\$ _____ 11. Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança R\$ _____ 12. Bolsa Família R\$ _____ 13. Benefício de Prestação Continuada (BPC) R\$ _____ 14. Cartão alimentação R\$ _____ 15. Outra fonte (especifique) R\$ _____ 16. Recusou	
11. Com quantos familiares ou parentes o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	_____ parentes	0. Nenhum
12. Com quantos amigos o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes)	_____ amigos	0. Nenhum
13. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?	1. Mais de uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. De 2 a 3 vezes por mês 4. Algumas vezes no ano 5. Uma vez no ano 6. Nenhuma vez	
14. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos,	1. Mais de uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. De 2 a 3 vezes por mês 4. Algumas vezes no ano 5. Uma vez no ano	

centros acadêmicos ou similares?	6. Nenhuma vez
15. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?	1. Mais de uma vez por semana
	2. Uma vez por semana
	3. De 2 a 3 vezes por mês
	4. Algumas vezes no ano
	5. Uma vez no ano
	6. Nenhuma vez
16. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? <i>(sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro)</i>	1. Mais de uma vez por semana
	2. Uma vez por semana
	3. De 2 a 3 vezes por mês
	4. Algumas vezes no ano
	5. Uma vez no ano
	6. Nenhuma vez

**APÊNDICE B – RECURSO LÚDICO: A FLOR COMO DISPOSITIVO DE
PARTILHA DOS ACORDOS NA RODA DE TCI**



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE C – MOVIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COM O DESABROCHAR E FLORESCER DA FLOR



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB**

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Campus de Jequié

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Título do Projeto:** “PERCEPÇÃO DE DIVERSOS ATORES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO EM LIBERDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL”**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Thainan Alves Silva**Orientadora:** Prof^ª. Dr^ª. Edite Lago da Silva Sena

Prezado (a) senhor (a)

Eu sou Thainan Alves Silva, discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, nível de doutorado, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e estou realizando, juntamente com a pesquisadora e minha orientadora de mestrado **Prof^ª. Dr^ª. Edite Lago da Silva Sena**, (Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde/UESB), o projeto de pesquisa intitulado “**PERCEPÇÃO DE FAMÍLIAS DE ALCOOLISTAS SOBRE O CUIDADO EM LIBERDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**”. O objetivo geral deste é projeto: Compreender a percepção de famílias de alcoolistas sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental. Esse projeto faz parte de uma pesquisa intitulada: **PERCEPÇÃO DE DIVERSOS ATORES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO EM LIBERDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**. Considerando que os participantes da minha pesquisa serão os familiares de alcoolistas, venho convidar o (a) senhor (a) a participar deste projeto, pois os resultados da pesquisa contribuirão para o conhecimento sobre o cuidado em saúde mental no contexto do uso habitual de álcool, além de propor ações que possam contribuir para a elaboração de políticas de cuidado à família de pessoas nessas condições, incluindo-a no processo de planejamento da assistência integral à saúde do membro alcoolista.

Este estudo pode proporcionar-lhe o desconforto de ter que disponibilizar tempo para participação dos encontros para realização dos momentos de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), tendo como tema cuidado em liberdade no contexto da saúde mental.

Caso seja debatida alguma questão na TCI que cause o sentimento de desconforto, os pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as devidas providências para corrigi-lo ou ressarcir os prejudicados. Além disso, o (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa. Ao participar da pesquisa, o (a) senhor (a), não será identificado (a), permanecendo em anonimato e poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Esta pesquisa também não traz gastos financeiros para o senhor (a), nem qualquer forma de ressarcimento ou indenização financeira por sua participação. A participação na pesquisa não é obrigatória, assim, se não desejar da mesma, sua vontade será respeitada. Sua participação é voluntária e consistirá em debater temas relacionados ao objetivo do estudo, após assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas da área da saúde, porém, o (a) senhor (a), assim como, nenhum outro participante será identificado. A gravação dos momentos de TCI e sua transcrição em papel serão arquivadas pelas pesquisadoras por cinco anos.

O (A) senhor (a) pode solicitar esclarecimentos antes, durante e após sua participação na pesquisa. Tais esclarecimentos podem ser obtidos através de Thainan Alves Silva, pelo e-mail: alves.thainan@outlook.com ou telefone: (73)8889 8943. Em caso de dúvida, o(a) senhor(a) também poderá entrar em contato com ela no Rua Joventino Antônio Rocha, nº 88 E, Cansanção – Jequié-Bahia.

Se o (a) senhor (a) aceitar participar da pesquisa, precisará assinar o TCLE em duas vias (uma via ficará com o (a) senhor (a) e a outra ficará sob a guarda de Thainan Alves Silva. Em seguida, participará da TCI, onde irá dialogar conosco e com os outros participantes que também aceitarem participar da pesquisa no intuito de alcançar o objetivo proposto no projeto, e as falas serão gravadas.

Em caso de dúvida, o (a) senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) pelo telefone (73) 35289727, pelo e-mail cepuesb.jq@gmail.com ou no seguinte endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho, Jequié – Bahia. Desde já agradeço sua atenção!

Jequié - BA, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora Responsável

Participante

APÊNDICE E – CONVITE PARA A 1ª RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA MODALIDADE TRADICIONAL: GESTO DE ABERTURA AO ENCONTRO E À PARTILHA



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DA 1ª RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (MODALIDADE TRADICIONAL) EM 30/09/2024



INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Localização:

Local de realização da TCI	Data	Horário
USF Olímpico José - Jequié / BA	30/09/24	09:00 horas

Participantes na Terapia Comunitária Integrativa:

Nº total de participantes	Faixa Etária	Quantitativo
08	Adultos	08
	Idosos	—

Temas/ Mote:

Temas apresentados	Tema Escolhido	Mote
Preocupação com finanças	Ansiedade e medo devido adoecimento físico; medo do futuro diante dessa situação	Quem já ficou ansioso e com medo por pensar em algo que não aconteceu, algo do futuro? E o que fez para superar?
Preocupação com família alcoolista		
Ansiedade e medo devido adoecimento físico		
Saúde mental comprometida		

Estratégia de enfrentamento:

Confiar nos planos de Deus
Apoio espiritual com orações
Acalmar o coração e esperar o tempo passar
Leituras
Ouvir música
Conversar por pessoas próximas: família e amigos
Focar em atividades prazerosas

Bagagem - O que os participantes levam da TCI:

Acolhimento
Oportunidade de falar
Sentimento de que não está sozinho
Sensação de paz
Reflexão sobre a importância de cuidar de si
Apoio coletivo
Ouidade em comunidade

APÊNDICE G – LEMBRANÇA DO PRIMEIRO ENCONTRO COM AS FAMÍLIAS CUIDADORAS: CHAVEIRO COM ESPELHO COMO CONVITE AO VOLTAR-SE PARA SI



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE H – REGISTRO FOTOGRÁFICO DA 1ª RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (MODALIDADE TRADICIONAL) EM 30/09/2024



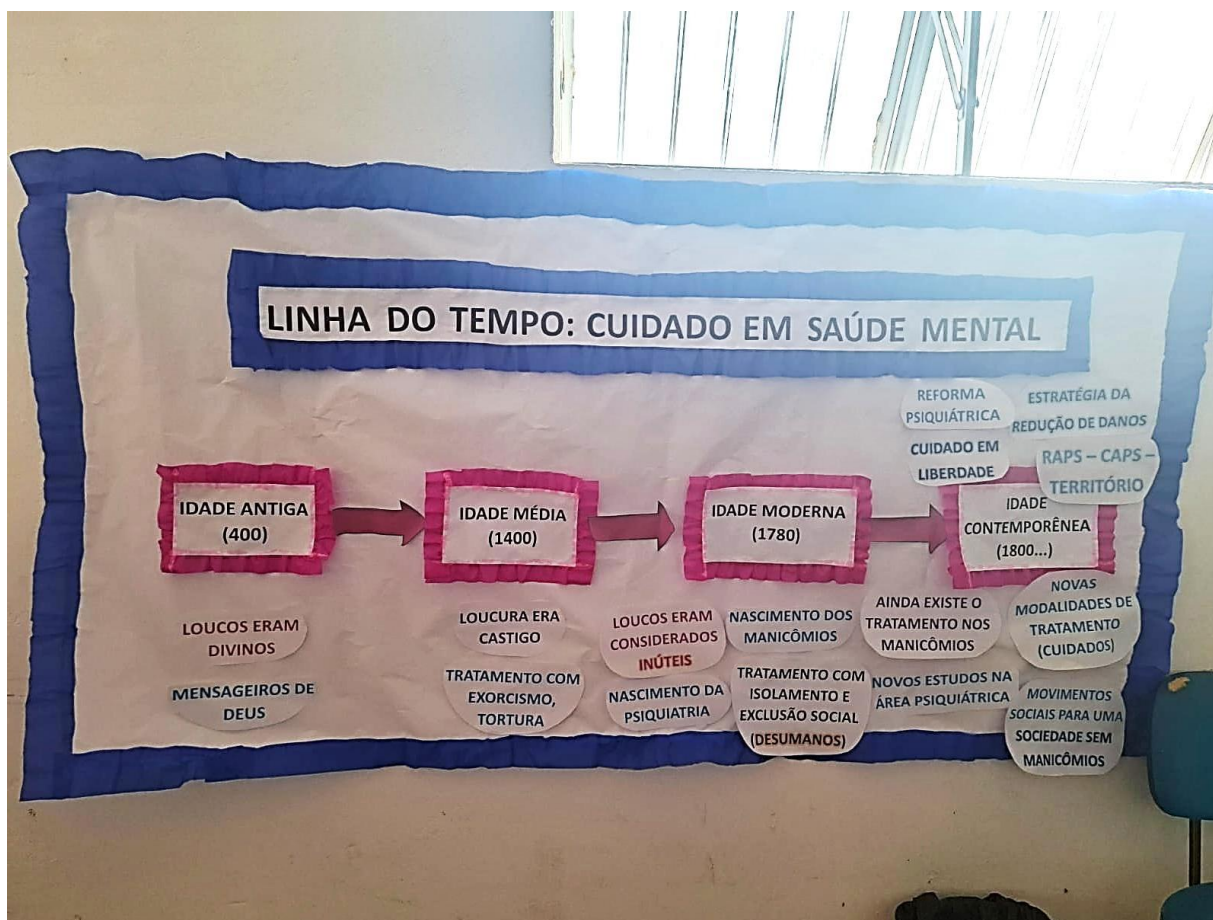
Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE I - CONVITE TEMÁTICO: COMPREENSÕES HISTÓRICAS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM 21/10/ 2024



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

**APÊNDICE J - LINHA DO TEMPO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
CONSTRUÇÃO COLETIVA COM FAMILIARES**



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

**APÊNDICE K – LEMBRANÇA DO SEGUNDO ENCONTRO (21/10/2024):
EVOCAÇÃO DA ÁGUA COMO ELEMENTO DE LIBERDADE E MOVIMENTO**



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APENDICE L - CRONOGRAMA DOS ENCONTROS DE TCI: DISPOSITIVO DE MEMÓRIA E CONTINUIDADE NO COTIDIANO

Programação
das Rodas
D E T E R A P I A

TER
05/11
TERAPIA COMUNITÁRIA
14:30 h - no Posto de Saúde

QUI
21/11
TERAPIA COMUNITÁRIA
14:30 h - no Posto de Saúde

TER
03/12
TERAPIA COMUNITÁRIA
14:30 h - no Posto de Saúde

TER
17/12
TERAPIA COMUNITÁRIA
14:30 h - no Posto de Saúde

**Venha participar de momentos
de cuidado conosco!**


UESB

Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE M - CONVITE PARA 1ª RODA TCI (MODALIDADE TEMÁTICA) EM 05/11/2024: A METÁFORA DO PÁSSARO LIVRE COMO EXPRESSÃO DO CUIDADO EM LIBERDADE



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE N - RECURSO DE SENSIBILIZAÇÃO: MATERIALIZAÇÃO DA METÁFORA DO PÁSSARO NA GAIOLA



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE O - LEMBRANÇA DO ENCONTRO: A MOCHILA COMO EVOCAÇÃO DA LIBERDADE, DO MOVIMENTO E DA TRAVESSIA



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

**APÊNDICE P - REGISTRO FOTOGRÁFICO DA 1ª RODA DE TCI
(MODALIDADE TEMÁTICA) 05/11/2024**



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE Q – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DA 1ª RODA DE TCI (MODALIDADE TEMÁTICA) 05/11/2024

 **INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**

Localização:

Local de realização da TCI	Data	Horário
USF Olímpio José - Jequié/BA	05/11/24	14:30 horas

Participantes da Terapia Comunitária Integrativa:

Nº total de participantes	Faixa Etária	Quantitativo
16	Adultos	12
	Idosos	4

Mote/Temas:

Mote	Temas Desvelados
Enquanto família de uma pessoa alcoolista, quando você se sentiu como um pássaro engaiolado? E o que fez para superar?	Sentimento de aprisionamento Sofrimento psíquico intenso Sobrecarga familiar
Pensando no cuidado de seu familiar, você tem contribuído para que ele se sinta um pássaro engaiolado ou livre?	Ambiguidade afetiva Esperança de mudança

Estratégia de enfrentamento:

Busca de ajuda espiritual/religiosa
Tomada de decisões e ruptura
Cuidado de si
Redefinição das formas de cuidado
Apoio familiar e acolhimento
Acompanhamento em serviços de saúde
Incentivo ao tratamento (medicamentos e outras terapias)

Bagagem - O que os participantes levam da TCI:

Compartilhamento e alívio emocional
Aprendizado coletivo
Fortalecimento da esperança
Construção de sentidos positivos
Redução de julgamentos
Sentimento de pertencimento

Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE R – CONVITE PARA 2ª RODA TCI (MODALIDADE TEMÁTICA) EM 21/11/2024: A METÁFORA DA METAMORFOSE DA LAGARTA ATÉ A BORBOLETA



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE S - RECURSO DE SENSIBILIZAÇÃO: MATERIALIZAÇÃO DA METÁFORA DA METAMORFOSE DA LAGARTA ATÉ A BORBOLETA



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE T – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DA 2ª RODA DE TCI (MODALIDADE TEMÁTICA) 21/11/2024

 **INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**

Localização:

Local de realização da TCI	Data	Horário
USF Olímpio José - Jacuie / BA	21/11/24	14:30 horas

Participantes da Terapia Comunitária Integrativa:

Nº total de participantes	Faixa Etária	Quantitativo
16	Adultos	13
	Idosos	3

Mote/Temas:

Mote	Temas Desvelados
Pensando no cuidado de seu familiar alcoolista, em que momento você sentiu que ele se encontrava em um casulo?	Tristeza e luto
	Injustiça e sofrimento relacional
E o que você fez ou está fazendo para que ele evolua dessa fase?	Medo
	Preocupação constante
	Estigma e humilhação
	Exaustão no cuidado

Estratégia de enfrentamento:

Busca por apoio espiritual
Apoio familiar e comunitário
Diálogo e reuniões familiares
Valorização do trabalho e autonomia
Quedado de si
Busca por tratamento e cuidado especializado

Bagagem - O que os participantes levam da TCI:

Compreensão do outro
Alívio emocional
Valorização da fala como cuidado
Aprendizado sobre resiliência
Reflexão sobre limites do cuidado
Espuma e fortalecimento
Fortalecimento da fé

Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE U - LEMBRANÇA DO ENCONTRO: ESTRATÉGIA PARA O AUTOCUIDADO E RETORNO A SI COMO INTENCIONALIDADE DE TRANSFORMAÇÃO



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

**APÊNDICE V - REGISTRO FOTOGRÁFICO DA 2ª RODA DE TCI
(MODALIDADE TEMÁTICA) 21/11/2024**



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE W – CONVITE PARA 3ª RODA TCI (MODALIDADE TEMÁTICA) EM 03/12/2024: A METÁFORA DAS POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES DE SER-NO-MUNDO



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE X - RECURSO DE SENSIBILIZAÇÃO: MATERIALIZAÇÃO DA METÁFORA DAS POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES DE SER-NO-MUNDO



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE Y - LEMBRANÇA DO ENCONTRO: EVOCAÇÃO DA TEMPORALIDADE COMO POSSIBILIDADE DE REINVENÇÃO



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE AA – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DA 3ª RODA DE TCI (MODALIDADE TEMÁTICA) 03/12//2024



INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Localização:

Local de realização da TCI	Data	Horário
USF Olímpio José - Japuíba / BA	03/12/24	14:30 horas

Participantes da Terapia Comunitária Integrativa:

Nº total de participantes	Faixa Etária	Quantitativo
12	Adultos	11
	Idosos	1

Mote/Temas:

Mote	Temas Desvelados
Pensando na convivência e no cuidado de seu familiar alcoolista, você acha que tem contribuído para esse familiar ser águia ou galinha?	Sofrimento e sobrecarga no cuidado familiar
Se você acha que tem colaborado para que ele seja galinha, o que tem feito para modificar essa realidade?	Influência do meio social
	Conflito entre cuidar e não poder decidir pelo outro
	Ambiguidade afetiva
	Angústia diante do alcoolismo

Estratégia de enfrentamento:

Apoio emocional e aconselhamento
Acolhimento e integração
Estímulo à autonomia
Estratégias baseadas na fé
Baixa por cuidado
Redução de danos

Bagagem - O que os participantes levam da TCI:

Sentimentos positivos: paz, esperança
Aprendizados
Reflexão sobre as formas de cuidado
Resignificação do sofrimento
Sentimento de pertencimento
Valorização da fé e de vida
Movimento de transformação

Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE AB – CONVITE PARA 4ª RODA TCI (MODALIDADE TEMÁTICA)
EM 17/12/2024: PÉROLAS NO ENTRELAÇAMENTO DO VIVIDO



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE AC – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DA 4ª RODA DE TCI (MODALIDADE TEMÁTICA) 17/12//2024

 **INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E REGISTRO DAS EXPERIÊNCIAS DAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**

Localização:

Local de realização da TCI	Data	Horário
USF Olímpio José - Jequié / BA	17/12/24	14:30 horas

Participantes da Terapia Comunitária Integrativa:

Nº total de participantes	Faixa Etária	Quantitativo
17	Adultos	14
	Idosos	3

Mote/Temas:

Mote	Temas Desvelados
Pensando no cuidado de seu familiar alcoolista, em que momento você percebeu que ele se sentiu ferido, como ocorre com a ostra quando é agredida por um corpo estranho?	Sofrimento e dor emocional Feridas relacionais Desesperança
E o que você fez ou está fazendo para aliviar o sofrimento ou cuidar da ferida dele, assim como ocorre com a ostra que, ao ser ferida, produz pérola?	Sobrecarga do cuidado Estigma social Mágoa Sentimento de angústia

Estratégia de enfrentamento:

Estratégias relacionais: evitar confrontos na embriaguez e cuidar sem imposições
Estratégias de cuidado: acolhimento no lar, proteger
Oração e apoio na fé
Acompanhamento especializado
Cuidar de si

Bagagem - O que os participantes levam da TCI:

Reconhecimento de novas formas de cuidar
Sentimentos positivos: gratidão, alegria, esperança
Movimento existencial
Resignificação: transformar sofrimento em aprendizado
Reconhecimento da importância da escuta
Percepção do cuidado como ação compartilhada
Compreensão de que não estão sozinhos

Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

**APÊNDICE AD - RECURSO DE SENSIBILIZAÇÃO: MATERIALIZAÇÃO DAS
PÉROLAS NO ENTRELAÇAMENTO DO VIVIDO**



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE AE - LEMBRANÇA DO ENCONTRO: POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAÇÃO A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

**APÊNDICE AF - REGISTRO FOTOGRÁFICO DA 4ª RODA DE TCI
(MODALIDADE TEMÁTICA) 17/12/2024**



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

**APÊNDICE AG - ENTRE CORES, SABORES E PRESENÇAS: AMBIÊNCIA
SENSÍVEL DE ENCONTRO E CUIDADO**



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

APÊNDICE AH - CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO: RECONHECIMENTO DAS SINGULARIDADES



Fonte: Arquivo da pesquisa (2024).

ANEXOS

ANEXO A – CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS (SOUZA et al., 2021) *

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
	Características pessoais		
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	
	Relacionamento com os participantes		
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	
Domínio 2: Conceito do estudo			
	Estrutura teórica		
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia,	

		fenomenologia e análise de conteúdo.	
	Seleção de participantes		
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	
	Cenário		
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	
	Coleta de dados		
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	
Domínio 3: Análise e resultados			
	Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	
25	Descrição da árvore de Codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	
	Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	

Extraído de:

*Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>

ANEXO B - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA (TCI) NA MODALIDADE TRADICIONAL

1. ACOLHIMENTO

- 1.1 Dar boas vindas
- 1.2 Definições da TCI
- 1.3 Regras
- 1.4 Celebrações: Aniversários...
- 1.5 Dinâmicas de aquecimento
- 1.6 Apresentações do terapeuta que vai dar continuidade ao trabalho

2. ESCOLHA O TEMA

- 2. Palavras do terapeuta comunitário.
- 2.2 Apresentações dos temas e capacidade de síntese.
- 2.3 Identificações do grupo com os temas apresentados.
- 2.4 Votação
- 2.5 Agradecimentos

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

- 3.1 Informações/ Questionamentos sobre o tema acolhido.
- 3.2 Construção do mote (questionamento)

4. PROBLEMATIZAÇÃO

- 4.1 Lançamento do mote

5. ENCERRAMENTO (RITUAIS DE AGREGAÇÃO E AVALIAÇÃO).

- 5.1 Formação de roda
- 5.2 Conotação positiva

ANEXO D - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA TEMÁTICA (TCIT)

1. ACOLHIMENTO

- 1.1 Dar boas vindas
- 1.2 Definições da TCT
- 1.3 Regras
- 1.4 Celebrações: Aniversários...
- 1.5 Dinâmicas de aquecimento
- 1.6 Apresentações do terapeuta que vai dar continuidade ao trabalho

2. APRESENTAÇÃO DO TEMA

- 2. Palavras do terapeuta comunitário, apresentando o tema: cuidado em liberdade no contexto da saúde mental, mostrando a gaiola.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO/PROBLEMATIZAÇÃO

- 3.1 Lançamento do mote

4. ENCERRAMENTO (RITUAIS DE AGREGAÇÃO E AVALIAÇÃO).

- 4.1 Formação de roda
- 4.2 Conotação positiva

ANEXO E - PARÁBOLA DA BORBOLETA

A lição da borboleta – Uma parábola da vida

Conta-se que um homem, certo dia, viu surgir uma pequena abertura num casulo. Sentou-se perto do local onde o casulo se apoiava e ficou a observar o que iria acontecer, como é que a lagarta conseguiria sair por um orifício tão miúdo. Mas logo lhe pareceu que ela havia parado de fazer qualquer progresso, como se tivesse feito todo o esforço possível e agora não conseguisse mais prosseguir. Ele resolveu então ajudá-la: pegou uma tesoura e rompeu o restante do casulo. A borboleta pôde sair com toda a facilidade..., mas seu corpo estava murcho; além disso, era pequena e tinha as asas amassadas.

O homem continuou a observá-la porque esperava que, a qualquer momento, as asas dela se abrissem e se estendessem para serem capazes de suportar o corpo que iria se firmar a tempo. Nada aconteceu! Na verdade, a borboleta passou o restante do pouco tempo que teve de vida rastejando com um corpo murcho e asas encolhidas. Nunca foi capaz de voar.

O que o homem em sua gentileza e vontade de ajudar não compreendia era que o casulo apertado e o esforço necessário à borboleta para passar através da pequena abertura eram o modo natural que fazia com que o fluído do seu corpo circulasse até suas asas para que ela ficasse pronta para voar assim que se livrasse daquele invólucro.

Árduo esforço é muitas vezes aquilo de que precisamos em nossa vida. Na verdade, é o modo natural de tornar-se forte. Neste sentido, muitas das dificuldades que surgem no processo de crescimento pessoal, muitas das provações enfrentadas no campo espiritual, muitas das adversidades no âmbito das relações humano-afetivas não são simplesmente negativas. Sem dificuldades, provações e adversidades, nossa condição física e psíquica, nossa capacidade criativa, nossa inteligência, nossa personalidade, permanecem frágeis como às de um bebê!

Autor desconhecido

Texto adaptado para a roda de TCIT

ANEXO F - FÁBULA DA ÁGUIA E DA GALINHA

Fábula: Águia e da Galinha: uma metáfora da condição humana

A história do livro, irá contar sobre um filhote de águia que é encontrado ferido em uma floresta por um empalhador, que o leva com ele e o deixa em seu galinheiro junto com as galinhas, e passa a cria-lo como tal. Com o passar do tempo, a águia começa a se portar como uma galinha e vai se adaptando ao seu modo de vida, até que o empalhador, recebe a visita de um amigo naturalista, que passa então a saber da condição da águia.

O naturalista e o empalhador começam a debater sobre o que a águia pode e consegue fazer enquanto sua condição de galinha e todas as suas limitações. O naturalista acredita veementemente na força instintiva de sua natureza, enquanto o empalhador rebate esclarecendo que sua natureza não mais lhe pertence. O naturalista então o desafiou a verificar e constatar que a águia vai se redescobrir águia e sair da condição de galinha.

Após duas tentativas frustradas, no chão e no teto da casa do empalhador, na terceira tentativa, no alto de uma montanha, a águia ao olhar para o sol, sente seus olhos se iluminarem, o naturalista consegue fazer com que a ave reconheça sua condição intrínseca de águia, e esta, se lança no infinito céu...

Leornado Boff

Texto adaptado para a roda de TCIT

ANEXO G - CONTO: “OSTRA FELIZ NÃO FAZ PÉROLA”**Ostra feliz não faz pérola**

Pérolas são produtos da dor; resultados da entrada de uma substância estranha ou indesejável no interior da ostra, como um parasita ou grão de areia. Na parte interna da concha é encontrada uma substância lustrosa chamada nácar.

Quando um grão de areia a penetra, às células do nácar começam a trabalhar e cobrem o grão de areia com camadas e mais camadas, para proteger o corpo indefeso da ostra. Como resultado, uma linda pérola vai se formando. Uma ostra que não foi ferida, de modo algum produz pérolas, pois a pérola é uma ferida cicatrizada.

O mesmo pode acontecer conosco. Se você já sentiu ferido pelas palavras rudes de alguém? Já foi acusado de ter dito coisas que não disse? Suas ideias já foram rejeitadas ou mal interpretadas? Você já sofreu o duro golpe do preconceito? Já recebeu o troco da indiferença? Então, produza uma pérola! Cubra suas mágoas com várias camadas de AMOR.

Rubem Alves

Texto adaptado para a roda de TCIT

ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SOBRE O PROJETO GUARDA-CHUVA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE DIVERSOS ATORES SOCIAIS SOBRE O CUIDADO EM LIBERDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Pesquisador: Edite Lago da Silva Sena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78977324.9.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.824.229

Apresentação do Projeto:

Apresentado pela pesquisadora como a seguir: A proposta de cuidado na Atenção Primária à Saúde privilegia ações de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas pela equipe de profissionais junto à comunidade. Na imanência desse coletivo, encontramos linhas que desencadeiam processos reflexivos e que apoiam a produção de saberes criativos. Reflexões sobre cuidado em liberdade no contexto da saúde mental requerem uma nova forma de pensar o cuidado com pessoas em sofrimento mental. Nesse contexto, emergiu a seguinte pergunta de investigação: Como diversos atores sociais percebem o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental? Para responder à pergunta foi definido como objetivo: compreender a percepção de diversos atores sociais sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental. Trata-se de pesquisa qualitativa que fundamentar-se-á na fenomenologia na percepção de Maurice Merleau-Ponty e utilizar-se-á multimétodos para a produção de informações: entrevista fenomenológica e semi-estruturada, grupo focal, Terapia Comunitária Integrativa. Os achados do estudo deverão subsidiar o planejamento de ações de cuidado com e para as pessoas em sofrimento mental, apostando na construção da clínica como produto de um coletivo, na perspectiva de torná-los co-responsáveis pela melhoria de sua saúde e capazes de resistir aos mecanismos de captura e disciplinarização da vida. Além disso, espera-se que este trabalho promova o diálogo, o questionamento e o fortalecimento dos diversos atores sociais, com o objetivo de articular a rede de serviços e as práticas de promoção da saúde mental.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepjq@uesb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 6.824.229

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender a percepção de diversos atores sociais sobre o cuidado em liberdade no contexto da saúde mental.

Objetivos Secundários:

1. Desvelar a percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado em liberdade no contexto da saúde mental.
2. Descrever vivências de equipes, usuários dos dispositivos de saúde mental e familiares sobre o cuidado em saúde mental.
3. Descrever o cotidiano de famílias no território da atenção primária, explorando suas experiências, necessidades e perspectivas em relação ao cuidado oferecido.
4. Conhecer a percepção de gestores de diversos setores públicos sobre a viabilidade e eficácia do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental, investigando aspectos relacionados ao planejamento e a gestão dessa lógica de cuidado, e possíveis repercussões na implementação da política de saúde mental.
5. Descrever a percepção de atores sociais que compõem comunidades locais organizadas, governamentais e não governamentais, líderes comunitários, clubes sociais e de serviços, bem como outros representantes da sociedade civil, sobre a promoção da saúde mental por meio do cuidado em liberdade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados pela pesquisadora, conforme se segue:

- Riscos: O participante poderá sentir desconforto por ter sua rotina transformada, mesmo que temporariamente, ou por algum questionamento feito durante a coleta das informações.

- Benefícios: O conhecimento produzido deverá contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas, levando em consideração as diversidades culturais, sociais e econômicas que permeiam esse cenário, adicionalmente, nosso estudo poderá fornecer evidências que embasarão políticas públicas e requalificação do cuidado ofertado. Além disso, esta pesquisa poderá contribuir para a ampliação e difusão do conhecimento na área de saúde mental, e para subsidiar os gestores do Sistema de Saúde no planejamento de ações de

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA**



Continuação do Parecer: 6.824.229

promoção de hábitos saudáveis, de prevenção do adoecimento e de respeito aos direitos de cidadania de pessoas com sofrimento mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa na área de Saúde Mental, vinculado ao Departamento de Saúde II, da UESB, Campus de Jequié.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados pela pesquisadora, nesta segunda versão, conforme se segue:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2316681.pdf em 08/05/2024 ✓ OK
- Retorno_Angelle.pdf em 08/05/2024 ✓ OK
- Retorno_NOVO_TCLE_CEP.docx em 08/05/2024 - OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. Atenção apenas para as seguintes informações:

1) Relatórios:

- Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

2) Emendas

- Para realizar alterações de quaisquer sorte (acrescentar membros/assistentes, alterar um instrumento ou inserir um campo de coleta, mudar aspectos metodológicos, etc) em projetos já aprovados, você precisará submeter uma **EMENDA** para avaliação do CEP.

As instruções para tanto estão nas páginas 67 a 78 do Manual do Pesquisador da Plataforma Brasil.

Mas cuidado! Emendas não podem fazer mudanças profundas, que descaracterizem o projeto em execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião por videoconferência, autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB autorizou a liberação do parecer do relator por ad referendum.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA**



Continuação do Parecer: 6.824.229

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2316681.pdf	08/05/2024 15:27:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Retorno_NOVO_TCLE_CEP.docx	08/05/2024 15:25:42	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Retorno_Angelle.pdf	08/05/2024 14:57:41	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Outros	portaria_saude.pdf	10/04/2024 17:10:37	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Outros	03_PORTARIA_SECRETARIA_DESENVOLVIMENTO_SOCIAL.pdf	10/04/2024 17:07:30	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Roseli.pdf	10/04/2024 17:02:38	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Outros	Compromisso_Geral.pdf	10/04/2024 17:01:33	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	vanessa.pdf	04/04/2024 22:41:11	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	thainan.pdf	04/04/2024 22:41:03	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Roseli.pdf	04/04/2024 22:40:55	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ricardo.pdf	04/04/2024 22:40:48	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	raquel.pdf	04/04/2024 22:40:42	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	patricia.pdf	04/04/2024 22:40:36	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	neto.pdf	04/04/2024 22:40:28	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	hayaldo.pdf	04/04/2024 22:40:18	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	editecoord.pdf	04/04/2024 22:40:09	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	social.pdf	04/04/2024 22:27:31	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	saude.pdf	04/04/2024 22:27:20	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	educacao.pdf	04/04/2024 22:27:08	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cdl.pdf	04/04/2024 22:26:57	Edite Lago da Silva Sena	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)

Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510

UF: BA **Município:** JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 6.824.229

Infraestrutura	cdl.pdf	04/04/2024 22:26:57	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_projeto.docx	04/04/2024 22:21:13	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	edite.pdf	04/04/2024 22:16:57	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.docx	04/04/2024 22:14:02	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	04/04/2024 21:30:33	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	04/04/2024 21:27:09	Edite Lago da Silva Sena	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Paty_assinado_assinado. pdf	04/04/2024 21:12:05	Edite Lago da Silva Sena	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 14 de Maio de 2024

Assinado por:
Karla Rocha Python
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br