

LOCUS PARTNER RH
E
IERGS - INSTITUTO DE EDUCAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL

Paula C. Susin

**Técnicas e Jogos Psicodramáticos em Reabilitação
Cardíaca**

Florianópolis

2013

Paula C. Susin

**Técnicas e Jogos Psicodramáticos em Reabilitação
Cardíaca**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Locus
Partner RH e IERGS, como requisito final para obtenção
do Título de Psicodramatista. – Foco Clínico - Nível I, sob
a orientação da Prof.^a Msc. Márcia Pereira Bernardes

Florianópolis

2013

AGRADECIMENTOS

À Maria Clara Araujo, pela tele em nossa unidade funcional,
à Tereza Chidiac, pela parceria e apoio nesta pesquisa,
ao meu marido Ricardo Vallejo e minha filha Maria Julia, pela compreensão.

Técnicas e Jogos Psicodramáticos em Reabilitação Cardíaca

Paula C. Susin

BANCA EXAMINADORA

Psicóloga Msc. Márcia Pereira Bernardes
Psicodramatista Didata Supervisora
Professora. Orientadora e Coordenadora

Psicóloga Msc. Viviane de Oliveira Almeida
Psicodramatista Didata Supervisora
Professora Avaliadora

Psicóloga Maria Luiza Vieira Santos
Psicodramatista Didata Supervisora
Professora Avaliadora

Professora Msc. Daniela Althoff Philippi
Doutoranda em Administração/Universidade Federal MS
Professora Avaliadora

RESUMO

A presente pesquisa visa demonstrar a utilização das técnicas e jogos psicodramáticos como facilitadores no resgate da espontaneidade e criatividade de pacientes em Reabilitação Cardíaca. Para atender seus objetivos, limitou-se campo de abrangência da pesquisa dentro da teoria do Psicodrama, enfocando as técnicas e jogos psicodramáticos, utilizadas no contexto da Reabilitação Cardíaca. A pesquisa foi realizada com um grupo de pacientes denominados cardiopatas, por terem sido diagnosticados em diversas patologias ligadas ao coração e que estão em reabilitação cardíaca do NCME –Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício, localizado na UDESC- Universidade do Estado de Santa Catarina, em Florianópolis. A utilização das técnicas e jogos psicodramáticos facilita o resgate da espontaneidade e criatividade de pacientes em Reabilitação Cardíaca, possibilitando ao paciente cardiopata instrumentos para lidar com sua doença?

Palavras chaves: Técnicas Psicodramáticas, Jogos Psicodramáticos, Grupo, Espontaneidade, Reabilitação Cardíaca.

ABSTRACT

The purpose of this survey is to demonstrate the use of psychodramatic techniques and games as facilitation factors to recover spontaneity and creativity of patients going under Cardiac Rehabilitation. In order to meet its purposes, the comprehensiveness field of this survey was limited within Psychodrama theory, focusing on psychodramatic techniques and games used within the context of Cardiac Rehabilitation. The research was carried out with a group of patients with cardiopathy given the fact that they were diagnosed with several heart-related pathologies and are going under cardiac rehabilitation at the Center of Cardiology and Exercise Medicine – NCME (*Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício*), located at the University of the State of Santa Catarina – UDESC, in Florianópolis. Does the use of psychodramatic techniques and games facilitate the recovery of spontaneity and creativity of patients going under Cardiac Rehabilitation, providing the patient with cardiopathy with instruments to deal with his/her disease?

Key words: Psychodramatic Techniques, Psychodramatic Games, Group, Spontaneity, Cardiac Rehabilitation.

**Meu coração tá batendo
Como quem diz não tem jeito
Zabumba, bumba esquisito
Batendo dentro do peito
Teu coração tá batendo
Como quem diz não tem jeito
O coração dos aflitos
Pipoca dentro do peito
Coração bobo, coração bola
Coração balão, coração São João
A gente se ilude
Dizendo já não há mais coração
Eu disse bobo, bobo, bobo, bobo,
bola, bola, bola, bola, bola de balão
A gente se ilude dizendo
Dizendo já não há mais coração
É Bobo, é Bola, Balão de São João
A gente se ilude dizendo
Dizendo já não há mais coração
(Zé Ramalho - Coração Bobo)**

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Origem do Trabalho	10
1.2. Objetivos	13
1.2.1. Objetivo Geral	13
1.2.2. Objetivos Específicos	13
1.2.3. Problema de Pesquisa	13
1.2.4. Hipótese	13
1.2.5. Demarcação e Delimitação	14
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1. Coração	15
2.1.1. Reabilitação Cardíaca	25
2.1.2. Aspectos emocionais do paciente cardiopata	27
2.1.2.1 Adesão ao tratamento	29
2.1.2.2 Sintomas depressivos no paciente cardiopata	29
2.1.2.3 Trabalho, sexualidade e família do paciente cardiopata	30
2.2. Psicodrama	31
2.2.1. O criador do Método Psicodramático	31
2.2.2.A Teoria Psicodramática	33
2.2.2.1. Espontaneidade e criatividade	34
2.2.2.2. Teoria dos papéis	35
2.2.2.3 Tele e encontro	37
2.2.2.4 Grupos	39
2.2.3 Prática Psicodramática	41
2.2.3.1.As etapas da sessão psicodramática	41
2.2.3.2 Elementos da sessão psicodramática	44
2.2.3.3 Os contextos psicodramáticos	45
2.2.4. Técnicas psicodramáticas	45
2.2.5. Jogos dramáticos	50

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA	54
3.1. Orientação metodológica	54
3.2. Tipo de pesquisa	55
3.3. Quanto à natureza da pesquisa	55
3.4. Quanto à abordagem do problema	55
3.5. Quanto aos objetivos	55
3.6. Quanto ao procedimento técnico	56
3.7. Amostra da pesquisa	57
3.8. Instrumento de coleta de dados	57
CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO DO CASO	58
CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO	106
CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
CAPÍTULO 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

1.1. Origem do Trabalho

O coração é o símbolo daquilo que não pode ser controlado nem pela razão, nem pela vontade. Muito mais do que um órgão do corpo humano, ele é visto como o centro das emoções. Em torno dele há uma série de simbolismos e associações.

Na fala, através de metáforas, utiliza-se o coração. Através dele expressamos o medo ("estou com o coração apertado"), a frustração ("estou com o coração quebrado"), o carinho ("o filhinho do meu coração"), o amor ("você mora bem aqui, do lado esquerdo"), a paixão ("meu coração não bate pela fulana, capota"), o acolhimento ("tal coisa é que nem coração de mãe, sempre cabe mais um").

Até mesmo as pessoas são classificadas conforme o tipo do seu coração. Há aquelas que "têm um grande coração" (estão sempre disponíveis, entregam-se generosamente aos demais, dividem, assistem e amparam), há as que "não ouvem seu coração" (quem não se deixam perturbar por sentimentos e emoções), e ainda, as de "coração mole" (que não sabem dar limites, entregam-se de forma irrestrita).

Apesar destes simbolismos, não é o coração quem controla as emoções, porém acaba sendo afetado por elas: dói por um desgosto, assim como dói por um infarto agudo do miocárdio; dispara por uma arritmia, assim como por uma emoção forte.

O encontro entre Psicologia e Cardiologia tem se tornado inevitável, principalmente quando são enumerados os fatores de risco para a instalação de algumas doenças cardíacas, que em sua maioria são comportamentais (ROMANO, 2001). Os estados emocionais aparecem também como complicadores no curso da doença, em

comportamentos relacionados à adesão ao tratamento, mudanças de hábitos, sendo diretamente responsáveis pela sua evolução.

É importante que o clínico de qualquer especialidade, principalmente os cardiologistas, estejam atentos à problemática emocional de seus pacientes, considerando alguns aspectos fundamentais como:

- a reação do paciente frente à doença;
- o que representa esta doença para o paciente, suas expectativas e seus anseios;
- a adesão ao tratamento, ligadas a mudanças comportamentais;
- como o estado emocional do paciente pode estar interferindo no curso doença.

O paciente cardiopata precisa modificar hábitos para sua reabilitação, cuidar da alimentação, fazer atividade física, além de lidar com a perda da saúde e enfrentar todos os sentimentos desencadeados pela doença. Medo, sensação de impotência, depressão, fantasias ligadas a doença, são alguns exemplos. Sua identidade é confrontada com a doença. Seus papéis sociais ficam restritos.

Diante desta realidade, fica evidente a importância da Psicologia em contribuir na reabilitação e prevenção desta enfermidade.

O trabalho com grupos é uma maneira de oferecer suporte e apoio, proporcionando um espaço para o paciente pensar e falar sobre a doença, expressar sentimentos por ela despertados e tomar consciência de correlações entre a doença e sua vida. O trabalho com grupos também oferece uma oportunidade de crescimento, através do reconhecimento de si no outro, possibilitando, pela identificação, a manifestação

de sentimentos contidos. O paciente pode deixar de se ver isolado, ao perceber que os outros também têm sentimentos semelhantes aos seus.

O Psicodrama é um método de ação de intervenção nas relações interpessoais, nos grupos e de forma individual, criado por Moreno, pioneiro da psicoterapia de grupo. Tem instrumentos, técnicas e jogos que facilitam a manifestação de conflitos, a expressão de ideias, estimulando a criatividade e a espontaneidade, desenvolvendo assim novas maneiras de lidar com as situações de vida.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde, 2012), as doenças cardiovasculares são responsáveis por quase 30% das mortes no nosso país em um ano. Novas formas de enfrentar essa realidade, de contribuir para a reabilitação cardíaca, promovendo a adesão ao tratamento, a melhora na qualidade de vida dos pacientes, capacitando-os para lidarem com a doença, são necessários.

O Psicodrama, por sua aplicação em múltiplos contextos e pelas suas técnicas e jogos de ação, que resgatam a espontaneidade e a criatividade, pode contribuir no tratamento dos aspectos psicológicos no processo da reabilitação cardíaca. A Psicologia e a Cardiologia já trabalham juntas há algum tempo, encontrando-se ampla bibliografia à respeito, assim como publicações sobre a aplicação do Psicodrama em diferentes contextos. Já as publicações integrando o uso do Psicodrama no contexto da Reabilitação Cardíaca são raras, motivo este que contribuiu para a necessidade de se pesquisar sobre o assunto.

Desta forma, esta monografia é o relato da pesquisa com o uso das técnicas e jogos psicodramáticos, no contexto da reabilitação cardíaca, verificando seu potencial terapêutico como facilitadoras do resgate da espontaneidade e criatividade, possibilitando ao paciente cardiopata instrumentos para lidar com sua doença.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

- Demonstrar a utilização das técnicas e jogos psicodramáticos como facilitadores no resgate da espontaneidade e criatividade de pacientes em Reabilitação Cardíaca, possibilitando ao paciente cardiopata instrumentos para lidar com sua doença.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Demonstrar o uso das técnicas e dos jogos psicodramáticos no contexto da reabilitação cardíaca;
- Identificar quais as técnicas e jogos psicodramáticos mais indicados para o contexto da reabilitação cardíaca.
- Analisar o resultado promovido pelo uso das técnicas e jogos psicodramáticos.

1.2.3. Problema de Pesquisa

A utilização das técnicas e jogos psicodramáticos facilitam o resgate da espontaneidade e criatividade de pacientes em Reabilitação Cardíaca, possibilitando ao paciente cardiopata instrumentos para lidar com sua doença?

1.2.4 Hipótese

Hipotetiza-se que as técnicas e jogos psicodramáticos irão facilitar o resgate da espontaneidade e criatividade dos pacientes em reabilitação cardíaca, possibilitando novas formas de atuação em relação à doença, desenvolvendo formas mais saudáveis de lidar com seus sentimentos, suas relações e seus papéis. As técnicas e jogos psicodramáticos possivelmente irão auxiliar os pacientes a entrar em contato

com a repercussão da doença em sua vida, promovendo um maior comprometimento com o programa de reabilitação.

1.2.5. Demarcação e Delimitação

A presente pesquisa busca, para atender seus objetivos, limitar seu campo de abrangência dentro da teoria do Psicodrama, enfocando as técnicas e jogos psicodramáticos, utilizadas no contexto da Reabilitação Cardíaca. A pesquisa foi realizada com um grupo de pacientes denominados cardiopatas, por terem sido diagnosticados em diversas patologias ligadas ao coração e que estão em reabilitação cardíaca do NCME – Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício, localizado na UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina, em Florianópolis.

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Coração

A Cardiologia é a especialidade médica que se ocupa do diagnóstico e tratamento das doenças que acometem o coração bem como os outros componentes do sistema circulatório.

O coração é composto pelo músculo cardíaco, chamado miocárdio, pelas artérias coronarianas, pelo sistema de condução elétrico e pelas válvulas. Atua no sistema circulatório como uma bomba que distribui sangue oxigenado para manter o organismo em funcionamento. O lado direito do coração recebe o sangue venoso, sangue este já utilizado pelo corpo, e direciona para os pulmões, com a finalidade de oxigená-lo. Em seguida, o sangue chega ao Átrio esquerdo do coração. Agora o sangue arterial (oxigenado) vai para o ventrículo esquerdo e passa a ser bombeado e distribuído para os demais órgãos (BRODT, 2007).

O sistema cardiovascular compõe-se das seguintes estruturas:

A) Coração

O papel do coração é enviar sangue rico em oxigênio a todas as células que compõem o nosso organismo.

As artérias são as vias por onde o sangue é enviado do coração para todo o organismo. A aorta é a maior de todas as artérias, e origina-se no ventrículo esquerdo. As artérias se dividem em ramos cada vez menores, até os capilares sistêmicos, que são vasos extremamente finos através dos quais o oxigênio sai para os tecidos. Após a retirada do oxigênio e o recebimento do gás carbônico que se encontrava nos tecidos, os capilares levam o sangue até as veias. As veias

transportam sangue com baixa quantidade de oxigênio e alto teor de gás carbônico, desde os tecidos, passando pelo coração e pulmões, até os capilares pulmonares, nos quais o sangue volta a receber oxigênio e a ter o gás carbônico removido, sendo o processo reiniciado.

B) Sistema Vasculiar

É composto por artérias, veias e capilares, sendo um sistema em paralelo, em que artérias e veias são conectadas por capilares.

As veias são os vasos responsáveis pelo transporte de sangue de volta ao coração, depois que já houve a troca de gases, nutrientes e produtos do metabolismo entre os capilares e as células.

C) Sangue

É o líquido contido nos vasos sanguíneos que circula pelo organismo graças, principalmente, às contrações do coração. Através da circulação do sangue, os tecidos recebem oxigênio, nutrientes, água, hormônios, sais minerais e transportam gás carbônico e resíduos do metabolismo para o organismo eliminar pelos pulmões e pelos rins. O sangue também é responsável pela regulação da temperatura corporal e pela defesa do organismo contra agentes infecciosos.

O sangue é formado por uma parte sólida (45%) e uma parte líquida (55%). A parte sólida compreende as células, representadas por hemácias (glóbulos vermelhos ou eritrócitos), leucócitos (glóbulos brancos) e plaquetas. A parte líquida compreende o plasma sanguíneo, que é constituído por 90% de água e o restante por moléculas de proteínas, como enzimas, fatores de coagulação, imunoglobulinas, anticorpos,

hormônios, eletrólitos (cálcio, potássio, sódio) e resíduos, como ureia, ácido lático e dióxido de carbono.

D) Sistema Linfático

É um componente especializado do sistema cardiovascular responsável pela absorção do excesso de fluido, pela defesa do corpo contra micro-organismos e partículas estranhas e pela absorção de gordura pelas vilosidades intestinais. O sistema linfático é um sistema que trabalha paralelamente ao sistema circulatório. Ele é constituído por uma vasta rede de vasos, chamados vasos linfáticos, que são semelhantes às veias.

O sistema cardiovascular ou circulatório é uma vasta rede de tubos de vários tipos e calibres, que põe em comunicação todas as partes do corpo. Dentro desses tubos circula o sangue, impulsionado pelas contrações rítmicas do coração (VILELA, 2007).

Doenças Cardiovasculares

Doença cardiovascular é um termo genérico usado para descrever distúrbios que afetam o coração ou os vasos sanguíneos.

As doenças cardiovasculares ocorrem quando há presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias ao longo dos anos que impede a passagem do sangue (VILELA, 2007).

Os principais fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares são (BRODT, 2007):

-Hipertensão arterial sistêmica;

-Diabetes melito;

-Tabagismo;

-Alteração do colesterol;

-História Familiar de cardiopatia

-Obesidade;

-Stress;

-Sedentarismo;

-Idade mais avançada (homens >45 anos, mulheres>55 anos)

As doenças cardiovasculares são, ainda hoje, nos países de primeiro mundo e nas grandes cidades brasileiras, a principal causa de mortalidade e de lesões físicas limitantes e definitivas, ocorrendo, muitas vezes, em idade precoce (ANTUNES, 2010). Em relação aos fatores de risco, segundo Antunes (2010)

passou-se a observar a correlação entre os hábitos de vida adquiridos pelas sociedades ocidentais industrializadas do pós-guerra e o aumento na incidência destas doenças: o homem passou a ter uma dieta mais desequilibrada, se tornou menos ativo (sedentarismo), passou a fumar mais, a beber mais, a se submeter a níveis maiores de tensão emocional (stress). Portanto, uma atuação com relação à modificação de certos hábitos e rotinas estará se retardando e/ou reduzindo significativamente a incidência destas doenças (e a necessidade do uso de medicamentos e internações hospitalares, etc.)

A maioria dessas doenças é resultado de problemas crônicos, que se desenvolvem no decurso de muitos anos. Entretanto, algumas consequências de doenças cardiovasculares podem ser episódios agudos, como infartos do miocárdio ou acidentes vasculares cerebrais, que ocorrem com a obstrução súbita de um vaso que irriga o coração ou o cérebro (ANTUNES, 2010).

O uso mais frequente do termo doença cardiovascular refere-se a doenças associadas a aterosclerose. Elas ocorrem com maior frequência em pessoas que fumam, têm hipertensão arterial, apresentam níveis altos de colesterol (especialmente o colesterol LDL), estão acima do peso ideal, não fazem exercícios e/ou são diabéticas. As iniciativas de saúde pública tentam diminuir a incidência dessas doenças estimulando dieta saudável, abandono do fumo, controle da pressão arterial, diminuição dos níveis de colesterol, exercícios regulares e controle dos níveis de glicose de diabéticos. Alguns problemas classificados como doença cardiovascular incluem (fonte: <http://www.labtestsonline.org.br/>):

Doença arterial coronariana: afeta as artérias que irrigam o coração e pode resultar em:

- Angina
- Infarto do miocárdio
- Insuficiência cardíaca congestiva

Doença vascular cerebral: afeta as artéria que irrigam o cérebro e pode resultar em:

- Crises isquêmicas transitórias
- Acidente vascular cerebral

Doença vascular periférica: afeta as artérias que irrigam as pernas e os braços e pode resultar em:

- Claudicação – Obstrução temporária do fluxo arterial, causando dor
- Aneurismas

-Gangrena – Morte de tecidos provocada por obstrução do fluxo arterial

A Organização Mundial de Saúde calcula que, em 2005, morreram 17,5 milhões de pessoas devido a doenças cardiovasculares - isso representa 30% de todas as mortes. Dessas, 7,6 milhões foram resultado de doença arterial coronariana e 5,7 milhões, provocadas por acidentes vasculares cerebrais. Por ser a principal causa de morte no mundo, a doença cardiovascular interessa a todos (fonte: <http://www.labtestsonline.org.br/>).

A seguir, serão descritas algumas doenças cardiovasculares:

Infarto do miocárdio

É a morte de uma área do músculo cardíaco, cujas células ficaram sem receber sangue com oxigênio e nutrientes.

A interrupção do fluxo de sangue para o coração pode acontecer de várias maneiras. A gordura vai se acumulando nas paredes das coronárias (artérias que irrigam o próprio coração). Com o tempo, formam-se placas, impedindo que o sangue flua livremente. Então, basta um espasmo — provocado pelo estresse — para que a passagem da circulação se feche. Também pode ocorrer da placa crescer tanto que obstrui o caminho sanguíneo completamente, ou seja, pode acontecer por entupimento - quando as placas de gordura entopem completamente a artéria, o sangue não passa. Dessa forma, as células no trecho que deixou de ser banhado pela circulação acabam morrendo. A interrupção da passagem do sangue nas artérias coronárias também pode ocorrer devido contração de uma artéria parcialmente obstruída ou à formação de coágulos (trombose). (VILELA, 2007)

Sintomas: O principal sinal é a dor muito forte no peito, que pode se irradiar pelo braço esquerdo e pela região do estômago.

Prevenção: Evitar o cigarro, o estresse, os alimentos ricos em colesterol e o sedentarismo, que são os principais fatores de risco. O controle da pressão arterial também é imprescindível.

Tratamento: Em primeiro lugar, deve-se buscar um atendimento imediato, pois quanto maior for a área atingida, o coração terá menor chance de se recuperar.

Conforme a situação, os médicos podem optar pela angioplastia, em que um cateter é introduzido no braço e levado até a coronária entupida. Ali, ele infla para eliminar o obstáculo gorduroso. Outra saída é a cirurgia: os médicos constroem um desvio da área infartada — a ponte — com um pedaço da veia safena da perna ou da artéria radial ou das artérias mamárias. (VILELA, 2007)

Aterosclerose

Doença devido ao aparecimento, nas paredes das artérias, de depósitos contendo principalmente LDL colesterol (“mau colesterol”), mas também pequenas quantidades de fosfolipídios e gorduras neutras (placas de ateroma) (VILELA, 2007).

Trabalhos recentes indicam que o LDL se acumula no interior das paredes dos vasos, onde seus componentes se oxidam e sofrem outras alterações. Os componentes alterados dão origem a uma resposta inflamatória que altera progressiva e perigosamente os vasos. Gradualmente desenvolve-se fibrose dos tecidos situados ao redor ou no interior dos depósitos gordurosos e, frequentemente, a combinação do cálcio dos líquidos orgânicos com gordura forma compostos sólidos de cálcio que, eventualmente, se desenvolve em placas duras, semelhantes aos ossos. Dessa forma, no estágio inicial da aterosclerose aparecem apenas depósitos gordurosos nas paredes dos vasos, mas nos estágios terminais os vasos podem tornar-se extremamente fibróticos e contraídos, ou mesmo de consistência óssea dura, caracterizando uma condição chamada arteriosclerose ou endurecimento das artérias. (VILELA, 2007)

A aterosclerose muitas vezes causa oclusão coronária aguda, provocando infarto do miocárdio ou "ataque cardíaco".

Arritmia

Toda vez que o coração sai do ritmo certo, diz-se que há uma arritmia. Ela ocorre tanto em indivíduos saudáveis quanto em doentes. Várias doenças podem dispará-la, assim como fatores emocionais — o estresse, por exemplo, é capaz de alterar o ritmo cardíaco (VILELA, 2007).

Os batimentos perdem o compasso de diversas maneiras. A bradicardia ocorre quando o coração passa a bater menos de 60 vezes por minuto — então, pode ficar lento a ponto de parar. Já na taquicardia chegam a acontecer mais de 100 batimentos nesse mesmo período.

A agitação costuma fazê-lo tremer, paralisado, em vez de contrair e relaxar normalmente. Às vezes surgem novos focos nervosos no músculo cardíaco, cada um dando uma ordem para ele bater de um jeito. No caso, também pode surgir a parada cardíaca.

Sintomas: Na taquicardia, o principal sintoma é a palpitação. Nas bradicardias ocorrem tonturas e até desmaios.

Tratamento: Em alguns casos, os médicos simplesmente receitam remédios. Em outros, porém, é necessário apelar para a operação. Hoje os cirurgiões conseguem implantar no coração um pequeno aparelho, o marca-passo, capaz de controlar os batimentos cardíacos.

Arteriosclerose ou Arterioesclerose

Processo de espessamento e endurecimento da parede das artérias, tirando-lhes a elasticidade. Decorre de proliferação conjuntiva em substituição às fibras elásticas. Pode surgir como consequência da aterosclerose (estágios terminais) ou devido ao tabagismo. O cigarro, além da nicotina responsável pela dependência, tem cerca de 80 substâncias cancerígenas e outras radioativas, com perigos genéticos. Investigações epidemiológicas mostram que esse vício é responsável por 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar, 80% dos casos de câncer do pulmão e 25% dos casos de infarto do miocárdio. Além disso, segundo pesquisas,

os fumantes têm risco entre 100% e 800% maior de contrair infecções respiratórias bacterianas e viróticas, câncer da boca, laringe, esôfago, pâncreas, rins, bexiga e colo do útero, como também doenças do sistema circulatório, como arteriosclerose, aneurisma da aorta e problemas vasculares cerebrais. A probabilidade de aparecimento desses distúrbios tem relação direta com o tempo do vício e sua intensidade. O cigarro contrai as artérias coronárias e, ao mesmo tempo, excita excessivamente o coração.

Hipertensão

O termo hipertensão significa pressão arterial alta. Caracteriza-se por uma pressão sistólica superior a 14cm de mercúrio (14 cmHg = 140 mmHg) e uma pressão diastólica superior a 9 cm de mercúrio (9 cmHg ou 90 mmHg). A hipertensão pode romper os vasos sanguíneos cerebrais (causando acidente vascular cerebral ou derrame), renais (causando insuficiência renal) ou de outros órgãos vitais, causando cegueira, surdez etc. Pode também determinar uma sobrecarga excessiva sobre o coração, causando sua falência (VILELA, 2007).

Causas da hipertensão: o conceito mais moderno e aceito de hipertensão defende que a doença não tem uma origem única, mas é fruto da associação de vários fatores, alguns deles incontroláveis: hereditariedade, raça, sexo e idade. As causas se combinam, exercendo ação recíproca e sinérgica.

-Genética: fatores genéticos podem predispor à hipertensão.

-Etnia ou raça: Por motivos também de ordem genética talvez, a hipertensão incida mais e de forma mais severa sobre negros.

-Sexo: Os homens têm mais propensão à pressão alta do que as mulheres antes da menopausa. Depois empatam ou pode haver até ligeira predominância feminina. Os especialistas estão cada vez mais convencidos de que a reposição hormonal de estrógenos após a menopausa pode prevenir a hipertensão, como faz com outras doenças cardiovasculares e com a osteoporose.

-Idade: A maioria dos estudos mostra que a hipertensão afeta 50% da população com idade acima de 60 anos. Isso depende do grupo étnico e do sexo. O mais comum nesses casos é a elevação da pressão máxima, sem que ocorra o aumento da mínima, que é decorrente do enrijecimento das artérias.

Além dos fatores incontroláveis, descritos anteriormente, obesidade, excesso de sal, álcool, fumo, vida sedentária, estresse e taxas elevadas de colesterol (LDL) são fatores que favorecem a elevação da pressão arterial.

O uso de anticoncepcionais orais (pílulas anticoncepcionais) também é um fator que predispõe mais as mulheres à hipertensão.

O cigarro e níveis elevados de colesterol (LDL) também estão entre os elementos de risco: cerca de 70% do colesterol existente no homem é produzido pelo próprio organismo, no fígado. O restante provém da alimentação, dos produtos de origem animal. Por isso, o distúrbio pode ter origem externa, resultante principalmente de dietas erradas e vida sedentária, ou interna, de causa genética. A consequência direta é a aterosclerose, que dificulta ou, às vezes, impede o fluxo sanguíneo na região.

O uso abusivo de descongestionantes nasais e medicamento em *spray* para asma também aumentam as chances de hipertensão. Pessoas diabéticas têm tendência a desenvolver hipertensão e outras doenças que atingem o coração.

Prevenção:

-dieta hipossódica (com pouco sal) e hipocalórica (sem excesso de calorias);

-redução de peso;

-prática de exercícios físicos aeróbicos (de baixa intensidade e longa duração) ou isotônicos (com grande movimentação dos membros).

-dieta balanceada rica em vegetais e frutas frescas; pobre em gorduras saturadas e colesterol;

-medir periodicamente (a cada seis meses) a pressão arterial e tratar o diabetes (quando for o caso);

-eliminar ou reduzir o fumo e, nos casos de mulheres hipertensas, eliminar o uso de contraceptivos orais (são uma bomba para o coração quando associados ao cigarro);

-reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas;

-consultar o médico regularmente.

Fonte: www.afh.bio.br - Ana Luisa Miranda Vilela

2.1.1. Reabilitação Cardíaca

Segundo o I Consenso Nacional de Cardiologia (1997), desenvolvido pelo Departamento de Ergometria e Reabilitação Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia,

a reabilitação cardiovascular (RCV) pode ser conceituada como um ramo de atuação da cardiologia que, implementada por equipe de trabalho multiprofissional, permite a restituição, ao indivíduo, de uma satisfatória condição clínica, física, psicológica e laborais.

São indicados para o treinamento físico indivíduos aparentemente saudáveis; portadores de fatores de risco de doença coronária aterosclerótica (tabagismo, hipertensão Arterial, dislipemia, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e outros); indivíduos com TE anormal e ou cinecoronariografia anormal; portadores de DAC: isquemia miocárdica silenciosa, angina estável, pós-IAM, pósrevascularização miocárdica; pós-angioplastia coronária; valvopatias; portadores de cardiopatias congênitas; cardiopatia hipertensiva; cardiomiopatia dilatada; pós-transplante cardíaco; portadores de marca passo. Recomenda-se, para a prescrição do exercício, que os indivíduos sejam classificados, segundo o risco para exercício físico (I Consenso Nacional de Cardiologia).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, reabilitação cardíaca

é o somatório das atividades necessárias para garantir aos pacientes portadores de cardiopatia as melhores condições física, mental e social, de forma que eles consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição normal na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva.

Segundo Carvalho (2009, p. 09), “a Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica visa proporcionar aos pacientes o mais pleno restabelecimento físico, psíquico e social”.

Sobre o tratamento da doença coronária, Carvalho (2009) coloca que este deve ter como base a atividade física, reformulação de hábitos alimentares e controle do stress. Estes procedimentos, somados a terapia medicamentosa, possibilitam que a doença se estabilize. Somente quando o quadro clínico é instável ou quando, diante

de um quadro estável se verifique grande limitação física é que, segundo o autor, se justificaria uma cirurgia cardíaca ou angioplastia.

Os programas de reabilitação tradicionalmente contam com sessões de exercícios físicos orientados, podendo iniciar após a alta hospitalar, ou alguns dias após o infarto, durando cerca de três meses. Numa fase posterior, o paciente seguiria a atividade física, com maior variedade de exercícios durando de três a nove meses. A atividade física é orientada para passar fazer parte da vida do paciente cardiopata. Os programas de reabilitação cardíaca contam também com orientações nutricionais, controle do stress e do tabagismo. A reabilitação cardíaca é de fundamental importância após a ocorrência de infarto, pela recuperação através da atividade física e por atenuar os sentimentos de impotência. Segundo Brodt (2007, p. 42) “o resultado deste processo de recuperação permite maiores índices e tempo mais precoce de retorno ao trabalho e à atividade sexual”. Brodt (2007) afirma ainda que os benefícios da reabilitação cardíaca podem reduzir a mortalidade em torno de 20 a 25% (atividade física com modificação de fatores de risco) e coloca ainda que o contato com os profissionais, assim como com outros pacientes em reabilitação, permite reforçar as instruções para o tratamento e a adesão a este, motivando os pacientes a buscarem hábitos mais saudáveis.

2.1.2. Aspectos emocionais do paciente cardiopata

A doença cardíaca, por atingir um órgão carregado de simbologia vital, provoca sensações muito características. Segundo Romano (2001, p. 148),

a doença do coração, é muito peculiar em relação as outras. Apresenta-se lesado o órgão mais precioso do paciente. Para o paciente, essa sensação encontra-se “exacerbada pela vivência e crença de que ele é inquebrável,

poderoso, brilhante, até o evento mórbido. Após o diagnóstico, ele tende a rever o significado de sua vida, suas crenças e valores.

Segundo Romano (2001, p. 148),

para a instalação da coronariopatia, o paciente apresenta, como fatores de risco, um conjunto de características pré-mórbidas, bem conhecidas e registradas: competitividade, intolerância, estado de ansiedade permanente, baixa resistência a frustração, vida emocional ausente ou diminuída, preferência pelo trabalho em detrimento do lazer e das relações afetivas, entre outras.

Essas características devem ser levadas em conta na escolha dos procedimentos adotados para o tratamento. Além disso, as características psicológicas do paciente cardiopata irão influenciar na recuperação e na possível adesão ao tratamento, e também podem ser determinantes para a instalação da doença.

Alguns aspectos sobre como a doença é vista pelo doente também devem ser observadas.

Romano (2001) coloca cinco aspectos relacionados a percepção do adoecer no idoso, mas que podemos observar também em outras faixas etárias:

-Identidade: o rótulo da doença e seus sintomas. No caso da doença cardíaca, o simbolismo vida /morte do coração faz com que o doente relacione sua doença com o fim da vida. Os sintomas, como falta de ar, palpitações etc. reforçam esta ideia.

-Causas: são as ideias sobre como e porque adoeceu. Nas doenças cardíacas essa percepção aparece relacionada à culpa e à doença como uma punição pelos exageros com alimentação e hábitos ruins.

-Consequências: relacionadas às limitações da doença. O paciente cardiopata imagina que sua vida agora será só de restrições, e tudo que fazia antes agora não pode mais.

-Linha do tempo: expectativas sobre a duração da doença e seu curso. No caso da doença cardíaca, é para toda vida.

-Curso: relacionado à possível interferência no curso da doença, para controlá-la ou buscar a cura. Neste caso, só há expectativa em relação ao controle da doença.

O atendimento psicológico torna-se imprescindível dentro deste contexto, abordando a percepção da doença, os aspectos emocionais desencadeados, bem como a adesão ao tratamento.

2.1.2.1. Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento é um fenômeno em que há interferência direta ou indireta de fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. Depende do tipo de tratamento, da relação do paciente com a equipe, do tipo de doença, de sua representação social e da interferência econômica que a doença acarreta (ROMANO, 2001).

Em relação aos aspectos psicológicos e motivacionais para aderir a um tratamento, Romano (2001, p 175) coloca que

é necessário compreender o paciente principalmente em seus aspectos psicossociais individuais. Isso quer dizer, o indivíduo em si, suas expectativas pessoais, suas características de personalidade, seus mecanismos de defesa, enfim, seus motivos que norteiam suas relações com os outros e com seu meio.

2.1.2.2. Sintomas depressivos no paciente cardiopata

A doença representa uma ruptura na vida das pessoas, acarretando em diversas manifestações no nível afetivo, emocional, intelectual e social. A doença assinala para o indivíduo sua vulnerabilidade, confrontando-o com sua finitude e gerando sentimentos de impotência. Romano (2001, p.66) coloca que:

A doença é uma quebra do equilíbrio biopsicossocial do indivíduo e obrigatoriamente remete o paciente à revisão de valores, ações e desencadeia mecanismos de resgate de sua condição humana e de suas relações. Numa situação de crise, como é a doença, várias reações depressivas podem eclodir a partir de fatores pessoais, como, por exemplo, sentimentos de culpa, negação, reestruturação da escala de valores.

Alguns autores (CAY, 1988; KUROSAWA, 1983; STERN, 1983 apud ROMANO, 2001), apontam que cerca de 20 a 30% dos pacientes apresentam-se deprimidos, clinicamente, após o infarto e cerca de 20% dos pacientes submetidos a revascularização do miocárdio ainda estão deprimidos após um ano de intervenção.

As reações mais comuns, em relação aos sentimentos da depressão, ligadas a doença cardíaca são: o fracasso, indicando a baixa autoestima; culpa; dificuldade de tomar decisões, por estar revendo seus valores; chorar com facilidade, por destravar seus sentimento e emoções (ROMANO, 2001).

A reação depressiva tem implicações no curso da doença, impedindo muitas vezes, o processo de reabilitação (ROMANO, 2001). Porém há aspectos positivos da depressão que podem ser apontados (CARNEY, 1988 apud ROMANO, 2001):

-A depressão conduz a uma reflexão sobre sua vida e a considerar a chance ou risco de sua própria morte;

-Para se considerar reabilitado, o paciente precisa ter revisto seus valores e suas atitudes. Para minimizar o risco de reincidência, o doente deve mudar sua dieta, seus hábitos de vida e sua maneira de lidar com o trabalho e família.

2.1.2.3. Trabalho, sexualidade e família do paciente cardiopata

A ruptura de vida ocorrida pela doença cardíaca acontece sobre diversos aspectos. O processo de retorno e manutenção das capacidades fisiológicas, psicológicas e social do paciente caracterizam a reabilitação cardíaca. A percepção do paciente em

relação a si mesmo após a doença irá interferir diretamente no retorno as suas atividades e nas suas relações sociais. O paciente que percebe a si mesmo como não tendo uma limitação física, que tem uma melhora na autoestima, menor ansiedade e sintomas depressivos, tem maiores probabilidades de retomar as atividades profissionais, por exemplo.

O retorno à atividade profissional depende de alguns fatores como: idade, sexo, nível educacional, o tipo de atividade profissional, persistência dos sintomas físicos relacionados a cardiopatia, aspectos psicológicos associados a doença (atitudes do paciente da família e do médico, fatores estressantes, acesso a programas de reabilitação (ROMANO, 2001). Pesquisas mostram que a maioria dos pacientes (mais de 50%) submetidos a revascularização do miocárdio, retorna ao trabalho entre três meses à um ano após a cirurgia. (ALLEN, 1990; GUTMANN, 1982 apud ROMANO, 2001).

A atividade sexual do paciente cardiopata tem aspectos psicológicos importantes ligados à percepção da doença e que implicam no retorno a esta atividade. Mitos ligados a atividade sexual ser um exercício extenuante e que deve ser evitada são comuns. A atividade sexual, após a doença coronariana, não tem correlação com o status cardiovascular (COOPER, 1985 apud ROMANO, 2001). Sobre a incapacitação sexual, Romano (2001, p.104) nos coloca que

a ansiedade, o medo de morrer, a simbologia do órgão doente, a baixa autoestima e conseqüentemente sentimentos de impotência são generalizados para a área sexual: o sentimento de que não vai conseguir lidar com os eventos da vida é simbolizado pela incapacitação sexual.

A questão da sexualidade irá repercutir na vida conjugal e aí podemos falar de outro ponto relacionado a repercussão da doença cardíaca: a família.

Gillis (1984) (apud ROMANO, 2001, p. 105) afirma que: “doença, hospitalização, procedimentos diagnósticos terapêuticos e cirúrgicos tendem a ameaçar o sistema familiar, seus papéis e canais de comunicação”. Logo, a família fica, de certa forma, incapacitada.

A informação sobre a doença e as impressões frente a esta, irão interferir na reação dos familiares. Em relação aos familiares, Brodt (2007) afirma que

muitos tem a errônea impressão de que a mortalidade desta doença (infarto) é extremamente alta. Além disso, inúmeras pessoas acreditam que, após o evento, o paciente não poderá retomar suas atividades habituais- por exemplo o simples retorno ao trabalho.

2.2. Psicodrama

2.2.1. O criador do Método Psicodramático

Jacob Levy Moreno nasceu em Bucareste, na Romênia, no ano de 1889. A teoria psicodramática foi influenciada e tecida conforme as experiências vividas por ele. Moreno tinha origem judaica e fortes ligações religiosas com o Hassidismo, seita que defende a ideia de que Deus estaria presente em cada um de nós e não longe do ser humano. Desde jovem, era extrovertido e polêmico. Segundo Marineau (1992, p. 41),

Moreno começou a reunir um grupo de amigos e discípulos à sua volta em 1908. Juntos, criaram a 'religião' centrada em criatividade, encontros e anonimato. Ajudavam pobres e refugiados, deixavam crescer a barba e dedicavam um bocado de tempo a discutir questões teológicas e filosóficas.

Em 1908, iniciou suas intervenções com grupos em Viena, onde cursava medicina trabalhando com crianças, prostitutas e refugiados de guerra. Contava histórias e

propunha jogos para as crianças nos parques de Viena, onde representava personagens e incentivava a fantasia, a criatividade e a espontaneidade. Chegou a ter um grupo de teatro, em que improvisavam peças teatrais. Com prostitutas, proporcionava encontros em que discutiam melhores condições e conflitos e como ele mesmo constatou, "[...] começamos a ver então que um indivíduo poderia ser um agente terapêutico de outro" (MORENO,1953 apud MARINEAU, 1992). Na época em que trabalhou com refugiados de guerra, Moreno sugeriu que fossem respeitadas a origem,religião, enfim,que fossem feitos agrupamentos conforme as afinidades de cada um, demonstrando um olhar atento as escolhas grupais, em que mais tarde desenvolve a Sociometria. Formou-se em Medicina em 1917. A primeira sessão de Psicodrama aconteceu em 1 de abril de 1921, no Komodien Haus de Viena, onde Moreno, acompanhado apenas de um trono real, convidava as pessoas a subirem ao palco para desempenharem o papel de rei, e cabia ao público o papel de júri. Discordava do teatro convencional, em que os atores usavam textos prontos e ensaiados. Através do teatro espontâneo, Moreno foi desenvolvendo sua proposta de resgate da espontaneidade e criatividade,culminando com o teatro terapêutico.

Em1925, Moreno emigra para os EUA, onde direcionou sua atenção para a dinâmica e mensuração dos grupos. Cria o termo "Psicoterapia de Grupo" e a Sociometria.

Moreno construiu em Beacon o primeiro Teatro de Psicodrama, onde funcionou um centro de formação de profissionais. Direcionou seu interesse para o trabalho psicoterápico e desenvolve a Socionomia. Morreu aos 85 anos de idade, e pediu para que em sua lápide fosse escrito "Aqui jaz aquele que abriu as portas da Psiquiatria à alegria" (GONÇALVES,1988).

2.2.2. A Teoria Psicodramática

Moreno desenvolveu sua teoria através da visão de que o homem é um ser em relação, e a inter-relação entre as pessoas está presente em todos os seus fundamentos. Criou a Socionomia, do latim *sociu*: grupo e *nomos*: regra, do grego; ciência esta que estuda os grupos, suas leis e modo de funcionamento. Subdivide-se em Sociodinâmica, Sociometria e Sociatria. Segundo Almeida, Gonçalves e Wolf (1988), a Sociodinâmica estuda a dinâmica das relações, tendo como método o role-play, que permite ao indivíduo atuar dramaticamente diversos papéis. Já a Sociometria tem como método o teste sociométrico, que possibilita medir as relações sociais, podendo quantificá-las. A Sociatria é a terapêutica das relações sociais, tendo como métodos a Psicoterapia de grupo, o Sociodrama e o Psicodrama.

Segundo Moreno (1994, p.235):

o início da ciência da sociatria coincide com a crítica situação histórica da humanidade, na metade do nosso século. Os objetivos desta nova ciência são a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento da espécie humana, das relações grupais e intergrupais e, particularmente, a investigação de como podemos formar grupos que possam se impulsionar à realização, via técnicas de liberdade, com o auxílio da sociatria ou da psiquiatria. O ideal secreto da sociatria, como o de todas as ciências, é ajudar a humanidade na concretização de suas metas e, ao final, tornar-se desnecessária e perecer.

2.2.2.1. Espontaneidade e criatividade

Os conceitos de espontaneidade e criatividade tem papel central na teoria moreniana. Segundo ele, o homem nasce espontâneo, mas vai perdendo essa espontaneidade conforme vai incorporando os valores da cultura, e pelas situações adversas que vão cerceando a liberdade de ação. O próprio ato de nascer é considerado por ele um ato espontâneo em que a criança participa de forma ativa.

Garrido (1979, p. 79) coloca que

Moreno valoriza profundamente o ato do nascimento e o busca, no sentido de primitivismo essencial, em seus grandes conceitos: o grupo no grupo e em sua constituição, o drama na pessoa que o vive, a criação no momento de ser criada, a ação no atuar, a obra de arte enquanto é gestada e, o homem, no seu nascer, nas etapas do desenvolvimento e nos momentos em que vivencialmente descobre algo novo.

Mais importante que a criação é o ato criador. A espontaneidade permite que a criatividade se manifeste e criar traz consigo a possibilidade de modificar o que nos é dado. Moreno coloca que “[...] a espontaneidade é uma disposição do sujeito de responder como requerido. É uma condição do sujeito; uma preparação do sujeito para a livre ação”. Moreno (1988, p.101) define espontaneidade também como “a essa resposta do individuo a uma nova situação e à nova resposta a uma antiga situação chamamos espontaneidade”.

Resgatar a espontaneidade e a criatividade, rompendo com as conservas culturais é o que propõe o que ele chamou de Revolução Criadora, sendo o aquecimento a forma preparatória para liberar a espontaneidade. Fonseca (1980) coloca que “a manifestação objetiva e mensurável da espontaneidade é o processo de aquecimento que se produz em varias direções”. Moreno (1975) (apud FONSECA, 1980, p. 13) afirma que

em Psicodrama falamos da tomada de consciência pela ação, da aprendizagem pela ação ou catarse pela ação. É um processo de integração provocado pela síntese de numerosas técnicas, no ponto culminante do aquecimento do paciente.

O conceito de espontaneidade traz integrado o “novo” e o “adequado”.

A novidade da conduta não é de fato, uma prova de espontaneidade assim como a adequação da conduta não é testemunha. [...] Por outra parte a adequação da conduta pode a tal ponto carecer de elementos novos que o comportamento

do paciente se torna rígido e automático, convertendo-se em conserva cultural”. Moreno (apud GARRIDO, 1978, p.131).

A conserva cultural é vista dentro da visão moreniana como algo cristalizado, apesar de se originar na espontaneidade e ser produto da criatividade, é energia estagnada. Valoriza-se o ato criador, ao invés da criação, ou seja, o momento da criação ao invés da obra.

A primeira característica do Ato Criador é a espontaneidade; a segunda característica é uma sensação de surpresa, de inesperado; a terceira característica é sua irrealidade, a qual tem por missão mudar a realidade em que surge (MORENO, 1975, p. 84).

Moreno afirma que as conservas culturais sufocam a espontaneidade e produzem a doença psíquica. Propõe duas possibilidades de tratamento terapêutico: uma corretiva, com as técnicas ligadas a manifestação e resgate da espontaneidade, e outra preventiva, relacionadas a uma educação para a espontaneidade. (GARRIDO, 1978)

Fox (2002) coloca que em situações de mudanças na vida somos pressionados a agir e que “com a magnitude da mudança aumenta proporcionalmente a magnitude de espontaneidade que uma pessoa deve alcançar para enfrentá-la” (p. 92). Caso não consiga encontrar espontaneidade suficiente para encarar a mudança e dar novas respostas há um desequilíbrio que aparecerá em suas relações interpessoais e em seus papéis.

2.2.2.2. Teoria dos papéis

Moreno define papel como as formas reais e tangíveis que o eu adota, sendo a partir dos papéis que o “eu” se constitui. “É a forma de funcionamento que o indivíduo

assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos” (MORENO, 1975, p. 27).

O conceito de papéis, dentro da teoria Moreniana, é empregado como função social e como forma de representação teatral. Tanto pode se referir a um personagem e seu conjunto de comportamentos que constituem o papel desempenhado, como se refere a função que os indivíduos tem em sociedade, como por exemplo, médico, pai, professor, líder, etc. Moreno definiu papel também como a menor unidade observável de conduta. Coloca ainda que “os papéis não decorrem do eu, mas o eu pode emergir dos papéis” (MORENO, 1975, p. 210).

Os papéis são divididos em três grupos: os psicossomáticos, os sociais e os psicodramáticos. É através dos papéis psicossomáticos, ligados a funções de comer, respirar, urinar, etc. que se dão as primeiras relações com o ambiente, e irão determinar os papéis psicológicos, ou psicodramáticos e os papéis sociais. Gonçalves (1988, p. 73) afirma que

gradualmente, a experiência da realidade permite que, à adoção de papéis, iniciada com os papéis psicossomáticos, venham se acrescentar às várias possibilidades de interação dos papéis sociais e psicodramáticos.

Os papéis sociais se dão no contexto da sociedade e na função da realidade, enquanto que os psicodramáticos seriam definidos pelo seu locus na cena psicodramática, carregado de imaginação e fantasia, podendo conter os papéis não atuados pelo indivíduo. Perazzo (1999) propõe ainda os papéis de fantasia que são aqueles desempenhados pela criança em jogos e histórias, ligados a brincadeira, sem estarem vinculados ao cenário psicodramático e à transferência.

O processo de desenvolvimento de um novo papel passa por três fases:

Role-taking: tomada do papel ou adoção do papel, que consiste em simplesmente imitá-lo, a partir dos modelos disponíveis. *Role-playing*: é o jogar o papel, explorando simbolicamente suas possibilidades de representação. *Role-creating*: é o desempenho do papel de forma espontânea e criativa.” (GONÇALVES,1988, p.73)

Toda ação é interação por meio de papéis e é no valor terapêutico da ação que se concentra a essência da teoria de Moreno. Os instrumentos e técnicas do Psicodrama buscam fazer com que, através da ação, o protagonista perceba como vem atuando os papéis em sua vida, buscando um modo mais inovador e espontâneo de lidar com esses papéis.

Ainda sobre papéis, Fonseca (1980, p. 20) coloca que

o homem sofre por não poder realizar todos os papéis que possui em si. Dessa tensão interna não realizada surge a angústia. Um papel é uma experiência interpessoal e necessita de um ou mais indivíduos para ser posto em ação. Todo papel é resposta a outro. Não existe papel sem contra papel.2.2.2.3. Tele e encontro

O conceito de Tele, desenvolvido por Moreno, tem relação direta com seus trabalhos terapêuticos e Sociométricos. Podemos encontrar as origens deste conceito no próprio teatro da espontaneidade Na observação do efeito curativo da interação dos atores que atuavam de forma espontânea, Moreno percebeu um “fator terapêutico interpessoal”, que chamou a atenção também à outro fenômeno. Os atores empatizavam-se distintamente, e esta relação positiva ou negativa entre os protagonistas interferia em sua atuação conjunta, que o instigou a pesquisar a hipótese do fenômeno “tele” (GARRIDO, 1978). Para explicar o que havia observado, buscou termos tanto na Sociologia quanto na Psicologia e o que encontrou de mais próximo, foram os conceitos de transferência e empatia, porem estes descreviam fenômenos unidirecionais. Sobre a conceituação de Tele, Moreno (apud GARRIDO, 1978, p.196) nos coloca que:

Sendo o termo tele, cunhado por mim, se me permitirá advertir que a tele é algo que emergiu da análise terapêutica das relações interpessoais concretas. Mais tarde os modelos estatísticos foram aplicados ao fenômeno tele (...). Os termos alemães *Einfuhlung* (empatia) e *Ubertragung* (transferência) que expressam relações unidirecionais, não apresentavam, quando foram cunhados, o novo tipo de fenômenos que a investigação das relações interpessoais descobriu. *Zweifuhlung* (tele) foi estabelecido em oposição a *Einfuhlung*.

Define ainda: “Tele é a percepção interna mútua dos indivíduos, é o cimento que mantém os grupos unidos [...]” (apud GARRIDO, 1978, p. 196). Etimologicamente vem da palavra grega que significa à distancia ou longe.

Moreno (1975, p. 295) em outra definição nos fala que Tele

é empatia recíproca. É definida como um processo emotivo projetado no espaço e no tempo em que podemos participar uma, duas, ou mais pessoas. É uma experiência de algum fator real na outra pessoa e não uma ficção subjetiva. Constitui a base emocional da intuição e da introversão.

Moreno difere o conceito de tele, em oposição à transferência em diversos aspectos: enquanto a transferência se refere ao passado, a tele origina-se no presente, quando duas pessoas se encontram; a transferência é unidirecional, enquanto que a tele tem via dupla; o conceito de transferência esta ligado ao psicopatológico, enquanto que a tele pode ser ampliado dentro da Psicologia ou Sociologia; a transferência, aplicada a grupos, é desintegrante, enquanto que a tele é união. (apud GARRIDO, 1978).

Já a empatia é a percepção, pela sensibilidade, dos sentimentos e emoções do outro. Moreno (apud GONÇALVES, 1988) coloca que “o fenômeno Tele é a empatia ocorrendo em duas direções”. Um indivíduo pode empatizar e compreender o outro, sem que haja mutualidade.

O Encontro, outro conceito Moreniano, é um fenômeno da Tele. Fonseca (1980, p. 19) coloca que “a reciprocidade télica é a característica comum de toda experiência

de encontro. É o ‘clique’ intuitivo entre os participantes [...]”. O autor afirma ainda que o encontro só se dá com a Tele. Gonçalves (1988, p.52) coloca que

peças capazes de relações téticas estão em condições favoráveis para viver relacionamentos marcantes e transformadores. E, além disso, estão disponíveis para viver a experiência privilegiada, do momento de plena compreensão mútua. Trata-se de um instante muito especial, que apaga tudo que está ao redor e fora do puro encontro entre os dois envolvidos. O encontro é a experiência essencial da relação tética.

2.2.2.4. Grupos

Moreno concebe o indivíduo como um “ser em relação” e vê no pertencimento aos grupos sociais o processo de construção da identidade (MALAQUIAS, 2012). Desde a juventude interessou-se pelo trabalho com grupos e pela terapêutica promovida por estes, desenvolvendo ao longo de sua vida, teorias e conceitos sobre as leis, processos e fenômenos grupais, denominada Socionomia. Malaquias (2012, p.17) define a Socionomia como

uma ciência criada por Moreno (1975) para estudar os grupos e propor métodos de intervenções socioterapêuticas. Abarca as teorias relacionadas à sociodinâmica, tais como as dinâmicas dos grupos, à sociometria, ou seja, a formação e a organização dos grupos; e à sociatria, ou tratamento dos grupos.

Pioneiro da Psicoterapia de grupo, preocupava-se com a terapêutica do grupo antes mesmo de definir aspectos filosóficos em torno da origem dos grupos. Neste sentido Moreno (apud GARRIDO, 1978, p.73) coloca que

a psicoterapia de grupo começou como ciência do grupo *terapêutico* e não do grupo em si. A grande contribuição da psicoterapia de grupo à ciência de grupo consiste justamente em ocupar-se de forma realista da patologia do grupo.

A eficácia da psicoterapia de grupo pode ser resumida pela possibilidade de conduzir a uma ação espontânea, em que cada um dos participantes tem o mesmo status, e em circunstâncias similares à uma prova de realidade (GARRIDO, 1978).

Neste sentido, Moreno (apud GARRIDO, 1978, p. 247) sintetiza os princípios da contribuição da psicoterapia de grupo:

1. Princípio da interação terapêutica: um indivíduo é agente terapêutico do outro;
2. Princípio da espontaneidade: da livre produção de grupos, da participação espontânea, sem impedimentos, de todos os membros do grupo;
3. Caráter dinâmico e imediato da interação, que no grupo, apresenta todas as qualidades de uma prova de realidade. O paciente se vê confrontado com pessoas e situações reais, e não só com as suas, mas também com as de outros indivíduos;
4. O grupo terapêutico necessita de maior liberdade e espontaneidade por parte de seus membros, do que um grupo comum. A composição do grupo deve ser terapeuticamente mais favorável que a realidade e a igualdade de status de todos os membros do grupo, é exigência absoluta necessária.

Moreno não chegou a apresentar claramente nenhuma definição do que é um grupo.

Nery (2010, p.20), define grupo como “o conjunto de pessoas articuladas por papéis e por objetivos sociais comuns, nos quais os estados coconscientes e coinconscientes dos indivíduos formarão padrões e dinâmicas relacionais próprias”.

Para que um grupo exista, é necessário a reunião de certo número de pessoas com algum objetivo comum e com papéis determinados. Neste sentido, Knobel (2012, p.39) coloca que

são os objetivos comuns e o conjunto de papéis sociais necessários ao cumprimento de metas do grupo que dão forma e limite à ação do coordenador em diferentes campos de atuação: educacional, empresarial ou psicológico.

Ainda segundo a autora, os objetivos comuns configuram o *critério sociométrico*, ou seja, para quê o grupo trabalha naquele momento. O funcionamento de um grupo depende de seus objetivos (projeto comum); de como os papéis operam, ou seja as dinâmicas dos papéis em ação e das motivações dos participantes (KNOBEL, 2012).

Moreno, ao criar a psicoterapia de grupo, procurou dar novas possibilidades de intervenção, além da interação e expressão entre as pessoas. Nery (2012, p.56)

coloca que “[...] ele primou por dar ação aos dramas individuais que revelam ou contêm os dramas coletivos”. O protagonista é o representante grupal, que, por meio de seu drama individual, emerge o drama de todo o grupo. Segundo Perazzo (2012, p. 81), o que melhor ilustra um grupo de Psicodrama, de qualquer natureza, é o “fenômeno da protagonização”, especificidade desta abordagem. Descreve que:

os membros de um grupo compartilham, o tempo todo, de maneira direta ou indireta, muda ou explícita, algo de seus dramas privados e algo de seu drama coletivo, em diversos níveis de consciência e de comprometimento.(...) À medida que o processo psicodramático caminha, surge um representante grupal, em meio aos emergentes grupais iniciais. É por intermédio desse representante,tornado protagonista na cena psicodramática, que as parcelas coinconscientes dos dramas privados e do drama coletivo do grupo tornam-se progressivamente coconscientes. Torna-se claro, assim o drama coletivo grupal,(...) Esse é o sentido do fenômeno da protagonização e a base da qual se parte para o agir técnico do Psicodrama.

Neste sentido, Gonçalves (1988, p.82) afirma que

a deposição de seus próprios sentimentos e emoções na figura e no drama do protagonista permite que venham à tona conteúdos que estavam afastados da consciência de outros participantes do grupo.

2.2.3. Prática Psicodramática

2.2.3.1. As etapas da sessão psicodramática

Cada sessão de Psicodrama é dividida em três partes: aquecimento, dramatização e compartilhar.

O **aquecimento** é a fase inicial, e é neste momento que o grupo ou o indivíduo se preparam para a ação. As informações obtidas nesta fase permitem identificar quem são os integrantes e quais os temas presentes no contexto grupal. O aquecimento é subdividido em dois tipos: inespecífico e específico. No primeiro a intenção é trazer o grupo para o momento presente,conectando-os entre si, e com o que cada um traz para a sessão. Segundo Cukier (1992, p. 31), “as atividades propostas aí são de natureza neutra, sem metas definidas.e devem favorecer um movimentar-se livre,

situando-se no espaço da sala de trabalho e um reconectar-se consigo”. Caminhar, alongar, exercícios de respiração e consciência corporal são alguns exemplos de aquecimento inespecífico. Já o aquecimento específico busca a preparação para a dramatização, com metas mais definidas e com consignas mais precisas, como a caracterização de uma situação ou local, e o uso de iniciadores que são

estimulações internas ou externas ao indivíduo, voluntárias ou involuntárias, físicas ou mentais, utilizadas para o aquecimento do paciente de forma a sensibiliza-los e introduzi-los no desempenho espontâneo e criativo dos papéis na dramatização pretendida (ALMEIDA, 1993 p. 32).

Almeida (1993) didaticamente divide os iniciadores em:

-Físicos: Andar, levantar e espreguiçar representam a superação da conserva cultural, a quebra de resistências e a preparação para a ação. Inclui-se também alongamentos, gestos, sons, danças. O autor fala também do uso das tensões corporais localizadas para pesquisar processos emocionais.

-Intelectivos; referem-se as ideias e pensamentos, resultando numa produção expressiva. Os iniciadores temáticos também fazem parte deste tipo de iniciador, e funcionam como uma proposição de temas que permitirão mobilizações como, por exemplo: temas musicais como Roda viva de Chico Buarque; no cinema, Jornada nas estrelas, Romeu e Julieta; na literatura, Peter Pan, O Mágico de Oz; textos poéticos como os de Fernando Pessoa, Clarice Lispector, etc. Almeida coloca que grupos específicos como de Diabetes, menopausa, AIDS etc. já contém em sua proposta de trabalho um iniciador temático.

-Sócio-relacional:

no gesto moreniano de tomar o paciente pelo braço, de envolvê-lo pelo ombros de sorrir-lhe, de andar junto com ele pelo espaço dramático, de animá-lo para a tarefa está a mensagem de acolhimento que é uma das formas mais calorosas de iniciador relacional (ALMEIDA, 1993 p. 37).

-Psicoquímicos: constituí- se do uso de bebidas, medicamentos, drogas, que alteram o estado de consciência e estimulam a percepção.

-Fisiológicos: nesta categoria incluem-se as estimulações dos sentidos do tato, audição, paladar, visão, Segundo Almeida (1993, p.38)

essas possibilidades vão permitir não só o conhecimento do corpo, mas a corporalidade, que é o corpo vivenciado; não só a percepção externa, mas a intracorporal; não só o corpo isolado, mas o corpo em relação e delimitado frente ao outro.

Por exemplo: escutar melodias, ouvir a própria voz, toques, massagens, olhar o próprio corpo, olhar os colegas do grupo.

-Iniciadores mentais ou psicológicos: nesta categoria o autor nos chama a atenção para os conceitos de imagens, imaginação, fantasia, imaginário.

A função imaginativa, desde os tempos primitivos, desde o começo do pensamento humano, explicita-se por jogos, brincadeiras, sonhos, devaneios, pela criação artística, pelas construções místicas, enfim pelo mundo imaginário.”(ALMEIDA, 1993, p. 43).

A **dramatização** é a ação propriamente dita, no qual o protagonista irá, através de cenas ou vivências, representar os conflitos que emergem dos membros do grupo. É com a dramatização que o protagonista tem a oportunidade de reviver o passado, presente e futuro, desempenhar papéis, concretizar fantasias, medos, conflitos. O resgate da espontaneidade e criatividade através das técnicas do Psicodrama se dá justamente pelo desbloqueio das emoções através da representação corporal, física e cognitiva dos conflitos. Segundo Moreno (apud GONÇALVES, 1988, p. 78)

a dramatização é o método para o autoconhecimento, o resgate da espontaneidade e a recuperação de condições para o inter-relacionamento. O caminho através do qual o indivíduo pode entrar em contato com os conflitos, que até então permaneciam em estado inconsciente.

O **Compartilhar**: Moreno (apud CUKIER, 1992, p.113)

chama esta fase de *participação terapêutica do grupo*, pois os participantes são solicitados a compartilhar com o protagonista os sentimentos, emoções e pensamentos eliciados pelo trabalho dramático.

Castanho (1995, p. 29) descreve essa etapa “após a ação conjunta ocorre a integração grupal através da palavra, e no momento de compartilhar a vivência aparecem as dificuldades e o prazer experimentados”. A autora alerta que “devemos estar atentos para que os comentários não sejam críticas ou análises do comportamento alheio, mas estejam centrados no aspecto emocional, ou seja, que cada um conte como sentiu a vivência” (CASTANHO, 1995, p. 29).

2.2.3.2. Elementos da sessão psicodramática:

A sessão Psicodramática é formada por cinco elementos: o diretor, o ego auxiliar, o protagonista, o palco e a plateia. Malaquias (2012) nos descreve cada um deles como:

-Diretor: É o coordenador do grupo, responsável pela produção do encontro, e através de sua percepção e hipóteses, irá propor o uso das técnicas de ação, promovendo a cocriação.

-Ego-auxiliar: O ego-auxiliar está a serviço do diretor e do grupo para desempenhar os papéis do mundo interno ou externo do protagonista. O ego auxiliar tanto pode ser um membro do grupo, quanto um terapeuta treinado, formando uma unidade funcional com o diretor.

-Protagonista: É o representante grupal, que através de seu conflito individual irá trazer à tona os conflitos grupais.

-Palco: É o lugar onde ocorre a ação dramática, o espaço onde os papéis psicodramáticos são representados.

-Plateia: São os membros do grupo presentes, que funcionam como observadores participantes da sessão psicodramática.

2.2.3.3. Os contextos psicodramáticos

O Psicodrama possui três contextos, descritos por Yozo (1996, p. 20):

a. contexto social: constituído pela própria realidade social, envolvendo desde o tempo cronológico até o espaço concreto e geográfico; é o contexto que abrange as leis, normas e condutas sociais.

b. contexto grupal: constituído pelo próprio grupo(diretor, egos e participantes), leis, normas e condutas particulares, ou seja, cada grupo estrutura seu próprio contexto grupal.

c. contexto dramático: constituído pela própria realidade dramática. É o momento do jogo, do “como se”. É a separação da realidade da fantasia, do indivíduo com o papel, e configura a distinção entre o contexto grupal e dramático. Prevaecem o mundo imaginário e a fantasia, num ambiente protegido. O espaço devidamente delimitado pode ser ampliado ou reduzido. Geralmente, é nesse contexto que ocorrem os insights e a catarse de integração.

2.2.4. Técnicas psicodramáticas

A criatividade é imprescindível para o Psicodrama, de modo que a originalidade é marca de cada sessão, de cada cena, não podendo uma sessão ser modelo para outra. Para Gonçalves (1993, p. 20), “apesar da originalidade da cena que se desenrola, pode-se notar que o diretor utiliza técnicas que norteiam a ação do protagonista, isto é, maneiras ou jeitos na arte de conduzi-lo a realizar o drama”.

Originalmente, a palavra grega *Tékne* significava arte manual, indústria, exercício de um ofício, profissão, arte, habilidade para fazer alguma coisa. No caso do psicodrama, “as técnicas, maneiras de fazer ou de agir, estão relacionadas a arte teatral, à encenação do drama” (GONÇALVES, 1993, p.19).

As técnicas básicas do Psicodrama são fundamentadas na Matriz de Identidade, teoria do desenvolvimento descrita por Moreno.

“A Matriz de identidade é a placenta social da criança, o locus em que ela mergulha suas raízes” (MORENO, 1988, p. 114). Segundo Fonseca (1980)

as primeiras vivências da criança, quanto a formação, percepção e aprendizado emocional, relacionam-se estreitamente com o desenvolvimento da matriz de identidade. A forma com que será experienciada a matriz de identidade, em suas diferentes fases, será internalizada e dará o ‘tom’ de suas vivências relacionais.

No primeiro estágio da matriz, denominado identidade total, mãe e criança são inseparáveis e esta necessita de alguém que a auxilie pois ainda depende do outro para sobreviver. A criança ainda não se percebe como separada da mãe, não sente seu corpo como seu ou se vê separada das pessoas. A mãe funciona como um ego-auxiliar que, em conexão com a criança, percebe e decifra suas necessidades. Com base nesta fase, Moreno criou a técnica do DUPLO, em que um ego auxiliar ou mesmo o diretor expressa pelo protagonista algo que este não está conseguindo, seja um sentimento, uma frase ou uma pergunta. Da indiferenciação característica dessa fase, aos poucos a criança vai percebendo-se como separada da mãe e delineando seu “Eu”, o que se caracteriza como a fase do Reconhecimento do Eu. Já nesta fase a criança começa a se diferenciar da mãe e a reconhecer-se. Daí surge a TÉCNICA DO ESPELHO, em que o ego auxiliar ou o diretor representam o comportamento, postura corporal ou a comunicação do protagonista, de modo que ele possa perceber-se, assistindo a si mesmo (GONÇALVES, 1988). O espelho corresponde ao período de individualização e percepção de quem é, e de como é.

Na terceira fase da Matriz de Identidade temos o Reconhecimento do Tu, em que a criança e o outro estão presentes e ela consegue experimentar se colocar no papel do outro, mas não suporta que este faça o mesmo. À técnica embasada neste momento, Moreno deu o nome de INVERSÃO DE PAPÉIS, em que o protagonista ocupa o lugar do outro, experimentando como é estar em seu lugar e o outro ocupa

o lugar do protagonista, ocorrendo uma verdadeira inversão. Quando o protagonista somente esta presente, e o que é representado é do seu mundo interno, é chamado de Tomar o Papel do Outro (GONÇALVES, 1988). Fonseca (1980, p. 17) afirma que, “dentro desta técnica repousa grande força da teoria moreniana. Nela se inclui quase toda base teórica de Moreno: Tele, vínculo, papéis, espontaneidade etc.” Coloca ainda que através dessa inversão, a criança vai conhecendo a realidade interna dos outros e conseqüentemente de si mesma.

Técnica do duplo: Segundo Gonçalves (1993, p.21),

esta técnica só é utilizada quando o protagonista está impossibilitado ou tem muita dificuldade para se expressar verbalmente. Nesse caso, um terapeuta na função de ego- auxiliar adota a postura, expressão corporal e gesticulação do paciente e, fala a partir de sentimentos e emoções que capta.

Muitos terapeutas utilizam a técnica do duplo sem necessariamente adotar a expressão corporal do paciente, apenas se colocando ao lado ou posicionando uma mão no ombro deste. Para Gonçalves (1993) esta técnica traz a ideia de que o ego-auxiliar capta o processo inconsciente do protagonista. Embora este conceito não tenha sido desenvolvido por Moreno, segundo a autora, ele usava a palavra inconsciente referindo-se a estados inconscientes e não a um inconsciente.

Quando o duplo cumpre sua função ele é aceito pelo protagonista. Caso contrário, pode ser sentido pelo protagonista como inoportuno ou persecutório.

Segundo Gonçalves (1993), devido à sutileza e qualidade dramática exigida, a técnica do duplo depende de uma boa preparação e de um bom treino do ego-auxiliar.

Técnica do espelho: Para Cukier (1993, p. 41) esta técnica consiste em

o terapeuta se colocar na postura física que o paciente assume em determinado momento, como uma fotografia ou um flash de um filme. O objetivo é permitir que o paciente olhando para si, de fora da cena, atine com todos os aspectos presentes nela e com sua reação frente a esses aspectos. Trata-se de favorecer um incremento da função observadora do eu.

Ainda segundo a autora, esta é uma das técnicas que melhor favorece um insight e em geral é o lugar onde se percebe a resolução do conflito. Gonçalves (1992) alerta para o cuidado que esta técnica exige, para que o protagonista não se sinta caricaturado, podendo acirrar suas defesas.

Inversão de Papéis: Cukier (1993, p. 44) descreve a consigna desta técnica “Pede-se ao protagonista que, inicialmente, tome o lugar do outro, ou seja, represente o papel de alguém sobre quem esteja falando, em vez de apenas falar sobre esta pessoa.” Para alguns psicodramatistas, como Gonçalves (1988), por exemplo, só há uma verdadeira inversão de papéis caso as duas pessoas envolvidas estejam presentes, senão estaremos falando de tomada de papel ou troca de papel. Já para Perazzo (1999, p. 93),

sob o ponto de vista técnico não importa se as pessoas reais estão ou não ali presentes, se há ou não encontro. Colocar-se no lugar do outro real ou colocar-se do lugar do outro, personagem, seja através de ego-auxiliares, seja através de objetos intermediários (almofadas, brinquedos ou desenhos, por exemplo), é, e continua sendo chamada de inversão de papéis, o nome dado por Moreno.

Moreno entendia a inversão de papéis como “vivência interna simultânea de dois papéis opostos” (MORENO apud GONÇALVES, 1993, p. 25). Vivendo o seu próprio papel e o de outro, a percepção do protagonista é ampliada.

Para Bustos (apud CUKIER, 1993, p. 45),

as oportunidades para se indicar uma troca de papéis são: 1. quando o protagonista faz uma pergunta direta ao ego auxiliar, fazendo com que este deva comprometer-se por ele. A troca de papéis permite que o próprio paciente responda às perguntas ou resolva a situação; 2. quando se quer mostrar ao paciente como o outro recebe suas condutas; 3. quando se inicia uma dramatização, com o fim de fazer uma troca de papéis informativa, para que o ego auxiliar veja como deverá compor o papel indicado.

Gonçalves (1993) afirma que não basta que se coloque a consigna de entrar no papel do outro para que o fenômeno descrito por Moreno ocorra. Muitas vezes se percebe que a dificuldade em desempenhar a técnica esta ligada ao distanciamento do outro e a estar fechado em seu próprio ponto de vista, o que pode ter valor terapêutico.

O ideal de Moreno em relação a esta técnica é descrito por ele em um poema:

“E quando estiveres próximo tomarei teus olhos e os colocarei no lugar dos meus e tu tomarás meus olhos e os colocarás no lugar dos teus. Então te olharei com teus olhos e tu me olharás com os meus.” (MORENO apud GONÇALVES, 1993, p. 26)

Outras técnicas bastante utilizadas no Psicodrama são:

CONCRETIZAÇÃO: segundo Gonçalves (1988, p. 91),

trata-se da representação de objetos inanimados, entidades abstratas (emoções e conflitos), partes corporais, doenças orgânicas, através de imagens, movimentos e fala dramáticos, o que é feito pelo próprio cliente ou pelo ego auxiliar.

SOLILÓQUIO: segundo Gonçalves (1988), “é uma das técnicas verbais utilizadas para tornar expressáveis níveis mais profundos do mundo interpessoal do protagonista”. Trata-se de um monólogo do protagonista, em que este pensa “alto”, comunicando o que lhe vem em mente. Santos (1993) nos fala que esta técnica do aparte é utilizada no teatro convencional e é quando o ator faz comentários com a plateia, expressando o que no seu papel não o diz. No Psicodrama, propõe que o protagonista expresse o que sente de fato e que não comunica na ação. Moreno (apud SANTOS, 1993, p.150) descreve:

o diretor do psicodrama aconselha-o (o protagonista), a dizer em voz alta, enquanto vai andando, aquilo que pensa e experimenta nesse momento, aqui e agora. O paciente utiliza o grande degrau circular inferior do palco psicodramático.

Afirma ainda que

é usada pelo paciente para duplicar sentimentos e pensamentos ocultos que ele teve, realmente, numa situação com um parceiro em sua vida, ou que tem aqui e agora, no momento do desempenho. O seu valor reside em sua veracidade. O seu propósito é a catarse. (MORENO apud SANTOS, 1993, p. 149).

2.2.5. Jogos dramáticos

Os jogos psicodramáticos aparecem como um importante recurso dentro do Psicodrama, como fenômeno ligado a espontaneidade e a criatividade. Segundo Cukier (1992, p. 73) “incrementar essa espontaneidade, libertá-la das amarras culturais que tentam moldá-la, ir em busca de um homem livre e criativo, foi sempre o objetivo primordial de Moreno”.

A própria origem do Psicodrama se encontra no jogo. Moreno (apud RODRIGUES, 1995, p. 111) descreve que

historicamente o psicodrama se origina dos princípios do jogo. A brincadeira sempre existiu, é mais velha que a humanidade, acompanhou a vida do organismo vivo como uma manifestação de exuberância, nível precursor de seu crescimento e desenvolvimento.

Segundo Fonseca (1980, p. 07) “a atitude lúdica conduziu Moreno ao teatro da improvisação e depois ao teatro terapêutico, que alcançou seu cume na inversão de papéis, no psicodrama e no sociodrama de nossos dias”.

Os jogos aplicados ao Psicodrama, por ocorrerem no contexto dramático, diferentemente de outros jogos, recebem o nome de jogos dramáticos (MONTEIRO, 1997).

A definição de jogos dramáticos aparece, muitas vezes, ligado ao conceito de dramatização, como fala Monteiro (1993, p. 211) “dramatização é o jogo propriamente dito em realização”. A autora define também que

o jogo é uma atividade que propicia ao individuo expressar livremente as criações do seu mundo interno, realizando-as na forma de representação de um papel, pela produção mental de uma fantasia ou por uma determinada atividade corporal (1979, p. 06).

Castanho (1990) afirma que “o jogo dramático não é apenas aquele que é dramatizado [...] é preciso haver a dramatização e compromisso dos jogadores em viver algo que os comove, que os arrebatava, que os envolve num conflito”.

O jogo, a brincadeira, conecta a espontaneidade, cria o espaço do faz de conta, do ‘como se’, permitindo, de maneira lúdica, acessar conteúdos internos e conflitivos de forma indireta. [...] Pelo fato de estar simplesmente brincando, já se eliminam as situações angustiantes e ansiogenas, pois o lúdico cria uma atmosfera permissiva (MONTEIRO, 1998, p. 166).

O jogo propicia a manifestação de conteúdos inconscientes de um grupo, e facilita a abordagem de conteúdos de difícil abordagem direta. Neste sentido, Cukier (1992, p. 74) coloca que

é, portanto, finalidade do jogo dramático propiciar um relaxamento do campo terapêutico, para que seja possível uma aproximação sutil do material conflitivo. Ele propõe o abandono da lógica formal e um adentrar na lógica da fantasia, resgatando, frequentemente, conteúdos inconscientes que, de outra forma, dificilmente seriam percebidos.

Segundo Datner (1995, p. 86),

O jogo dramático traz à baila conservas culturais, estereótipos, modelos cristalizados que aprisionam a espontaneidade e a criatividade. O mesmo jogo que busca, revela e desvela, também trabalha no sentido da transformação e das mudanças desses mesmos fenômenos. O dar-se conta, perceber e até mesmo integrar de maneira nova os dados levantados pelo jogo, instiga os participantes para um movimento até então não pensado e não planejado, resgatando “arriscar-se” pelo prazer de experimentar o novo.

Yozo (1996, p. 19) aponta as características do jogo dramático:

- a. é uma atividade voluntária, ou seja, é preciso haver a aceitação dos participantes para jogar. É uma proposta livre que pode ser interrompida se necessário;
- b. tem regras específicas e absolutas. É preciso, portanto, que os participantes concordem com as que são propostas pelo jogo [...]
- c. tem um tempo(duração) delimitado, que varia de acordo com o jogo ou com as necessidades do diretor;
- d. tem um espaço, que é próprio do contexto dramático. Este espaço pode ser ampliado ou reduzido de acordo com a proposta do jogo;

e. há o resgate da ordem lúdica, criando uma perfeição temporária durante o jogo, ou seja, a predisposição para o jogo faz com que os participantes interrompam e se desprendam de sua vida real;

f. tem um objetivo específico: busca a identificação e a resolução de conflitos, sendo esta a característica que o diferencia no jogo dramático dentro do Psicodrama.

Ainda segundo Yozo (1999), os procedimentos utilizados nos jogos dramáticos baseiam-se nos princípios do psicodrama, onde se consideram os contextos social, grupal e psicodramático; os cinco instrumentos, que são o diretor, o ego-auxiliar, o protagonista, o palco e a plateia; e as três etapas que são o aquecimento, a dramatização e o compartilhar.

Castanho (1995) define algumas propostas de jogos dramáticos, segundo a intenção que se deseja trabalhar com grupos:

-Jogos de integração: são jogos que buscam desenvolver a coesão grupal, tirando o grupo de um lugar de indiferenciação e defesa. Jogos de apresentação são um exemplo desta categoria.

-Jogos de pesquisa do ambiente: são jogos utilizados para o grupo se situar no ambiente, no espaço físico, utilizando a exploração sensorial.

-Jogos do reconhecimento do eu: são jogos que buscam a interação consigo mesmo, a interiorização e a imaginação. Por promover a autopercepção e a introspecção, é necessário, em sua finalização, uma atividade grupal, para reafirmar a integração e continência do grupo.

-Jogos utilizando objeto intermediário: são jogos aplicados quando o contato direto com o tema deixa o “campo tenso” e a espontaneidade bloqueada. Segundo Castanho (1990), “objeto intermediário é qualquer objeto que funcione como facilitador do contato entre duas ou mais pessoas”. A utilização de folhas de papel,

desenhos, colagens, escrever sobre determinado conflito, objetos que representem algo do que se quer falar, são alguns exemplos.

-Jogos de reconhecimento do outro: são jogos de interação direta com outro participante do grupo, “permitindo que as pessoas se percebam melhor e se diferenciem umas das outras”. A interação proporciona autoconhecimento e troca de experiências.

-Jogos de personagem: Nesse tipo de jogo, há a construção e desempenho de um personagem. “O personagem criado guarda uma relação metafórica com algum aspecto da dinâmica interna do indivíduo” (CASTANHO, 1990). É importante o processo de aquecimento para que o personagem criado não seja apenas uma criação mental, mas que venha de sensações e sentimentos, evitando a racionalização.

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

Esse capítulo elucida os direcionamentos percorridos para se esclarecer o problema de pesquisa levantado. Nesse sentido, Santos, (2006) elucida que a origem do termo método vem do grego de *Metha* e *odom* remetendo a ideia de caminho para se chegar a um fim.

Como a presente pesquisa se encontra no universo do Psicodrama é relevante alguns esclarecimentos prévios sobre como essa abordagem trouxe direcionamentos metodológicos. Onde a neutralidade do pesquisador é refletida. Nesse sentido, Datner (2012, p. 19) escreve:

[...] o pesquisador deveria sair do seu posicionamento dito neutro, tratando os sujeitos como objeto de pesquisa, para tornar-se um sujeito da própria pesquisa, dado ser impossível não estar envolvido, portanto implicado nas questões sociais, existenciais, ou qualquer outra dos grupos com os quais se está 'em relação'.

Elucidado esse aspecto metodológico fundamental, seguem os demais tópicos desse capítulo.

3.1. Orientação metodológica

Pesquisa de orientação fenomenológica. Creswell (1998) descreve como sendo a “descrição das experiências vividas” de vários sujeitos sobre um conceito ou fenômeno, com vistas a buscar a estrutura “essencial” ou os elementos “invariantes” do fenômeno, ou seja, seu “significado central”.

Segundo Bicudo (2001, p. 74):

a investigação fenomenológica trabalha sempre com o qualitativo, com o que faz sentido para o sujeito com o fenômeno posto em suspensão, como percebido e manifesto pela linguagem; e trabalha também com o que se apresenta como significativo ou relevante no contexto no qual a percepção e

a manifestação ocorrem. O sujeito expõe aquilo que faz sentido, ou seja, relata o percebido.

3.2. Tipo de pesquisa

Pesquisa científica.

3.3. Quanto à natureza da pesquisa

Trata-se de uma Pesquisa Aplicada, pois busca demonstrar a utilização das técnicas psicodramáticas como facilitadoras no resgate da espontaneidade e criatividade de pacientes em Reabilitação Cardíaca, possibilitando ao paciente cardiopata instrumentos para lidar com sua doença.

Silva e Menezes (2001) afirmam que uma pesquisa é do tipo aplicada quando pretende gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos e envolvendo verdades e interesses locais.

3.4. Quanto à abordagem do problema

É uma pesquisa qualitativa, pois a avaliação do instrumento de pesquisa envolve percepções diferenciadas para cada sujeito devido a sua natureza psicológica e subjetiva. Minayo (2001, p. 14) descreve que

a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das suas relações, dos processos e nos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

3.5. Quanto aos objetivos

Define-se como uma pesquisa do tipo exploratória. Trivinõs (1995) coloca que o estudo exploratório parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando um maior conhecimento e elementos

necessários que permitam contato com determinada população, obtendo-se os resultados almejados.

3.6. Quanto ao procedimento técnico

Esta pesquisa, quanto ao procedimento técnico, enquadra-se nos moldes da Pesquisa-Ação. Barbier (2003, p. 59) afirma que

a pesquisa-ação torna-se a ciência da práxis exercida pelos técnicos no âmbito de seu local de investimento. O objeto da pesquisa é a elaboração da dialética da ação num processo pessoal e único de reconstrução racional pelo ator social.

Thiollent (1996, p. 26) define que

a pesquisa-ação é um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

A pesquisa-ação alinha-se a diversos pressupostos presentes na teoria sacionômica, como descreve Wechsler (2007):

dizer que os Métodos Sacionômicos podem ser considerados como métodos específicos da Pesquisa-Ação Existencial implica numa dupla afirmação: 1) que os fundamentos filosóficos e teóricos da Sacionomia se alinham aos fundamentos filosóficos e teóricos da Pesquisa-Ação Existencial; 2) que a Pesquisa-Ação Existencial ao ter como método uma abertura em espiral com suas fases de planejamento, de ação, de observação e de reflexão, retomando para um novo planejamento da experiência em curso, não tem um corpo metodológico específico desenhado tal qual a Sacionomia e que, portanto, Psicodrama, Sociodrama, Teatro Espontâneo, *Role-playing*, Jogos Dramáticos, Jogos Sociométricos etc. ... poderiam ser a metodologia, por excelência, da Pesquisa-Ação Existencial.

A autora coloca ainda que:

na metodologia sacionômica o psicodramatista-pesquisador é observador participante, implicado no grupo e com o grupo, o qual é soberano, dessa forma não existe cisão entre sujeito pesquisador e objeto a ser pesquisado, todos acabam tendo o estatuto de pesquisador (WECHSLER, 2007, p. 73)

As técnicas psicodramáticas como facilitadoras do resgate da espontaneidade e criatividade de pacientes em reabilitação cardíaca serão debatidas a partir do caso de um grupo específico, o que caracteriza um estudo de caso.

3.7. Amostra da pesquisa

A presente pesquisa, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. “A amostra adequada é a que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas abordagens” (MINAYO, 2001, p. 269).

A pesquisa foi realizada com um grupo de pacientes da Reabilitação Cardíaca do NCME – Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício, localizado na UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina, em Florianópolis, Santa Catarina. Os frequentadores da Reabilitação Cardíaca do NCME foram convidados a participar de uma palestra explicativa sobre os aspectos emocionais da doença cardíaca e então convidados aleatoriamente a participar do trabalho em grupo desenvolvido para a presente pesquisa, inscrevendo-se de forma espontânea. São sujeitos da pesquisa homens e mulheres na faixa etária de 43 a 68 anos, frequentadores da Reabilitação Cardíaca, com diagnósticos de diversas doenças cardíacas. A identidade dos participantes foi preservada, utilizando-se nomes fictícios.

3.8. Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados optou-se pela observação participante das técnicas psicodramáticas utilizadas e discussão do grupo.

CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO DO CASO

Após conhecer o Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício, localizado na UDESC – Universidade Estadual de Santa Catarina, em Florianópolis, vislumbrou-se a possibilidade de desenvolver um projeto que pudesse inserir um trabalho psicológico aos pacientes em reabilitação cardíaca. Conhecendo a equipe, a rotina da reabilitação, os pacientes e suas necessidades, foi criado o Projeto Coração Tranquilo, uma proposta de trabalho grupal com o uso do Psicodrama. O projeto busca fazer com que o paciente possa compreender de que forma seu comportamento pode influenciar em seu processo de adoecimento, buscando modificações necessárias em sua forma de atuar, e desenvolvendo novas possibilidades de lidar com seus sentimentos e suas emoções. Após várias intervenções grupais, foi decidido pelo desenvolvimento de uma presente pesquisa objetivando a investigação da contribuição dos jogos e técnicas psicodramáticas neste processo de resgate da criatividade e espontaneidade do grupo.

Para tanto, foi realizado um grupo, com uma proposta terapêutica, com pacientes da reabilitação cardíaca. Através de uma palestra de divulgação do grupo terapêutico visando os aspectos emocionais ligados as doenças cardíacas, mobilizou 9 pacientes, cujas inscrições foram efetivadas ao final da mesma. Voluntariamente os participantes se inscreveram aleatoriamente. Após entrevista individual e antes do início das atividades, os participantes expressaram suas expectativas com a proposta e deram-se a conhecer. Os encontros ocorreram sempre na modalidade psicodramática grupal, com frequência semanal, com duração de duas horas, no período de três meses, realizados no ano de 2007. A direção, a cargo de duas psicólogas psicodramatistas, ficou centrada exclusivamente na modalidade

codireção e respeitou rigorosamente as etapas de aquecimento, dramatização e compartilhamento.

Segue o relato das sessões.

APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES

IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES: Os nomes citados aqui são fictícios, preservando a identidade dos pacientes. Foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na pesquisa, que se encontra de posse da UDESC.

Pedro: 57 anos, casado, 2 filhos, engenheiro eletricista. Diagnóstico de doença artério-esclerótica de carótida. Afirma ser muito fechado, engolir muito sapo e não quer incomodar nem a própria esposa. Acha que isso também tem a ver com sua cultura, pois o japonês é muito fechado. Tem dificuldade de falar em público e depois pensa que deveria ter dito isso ou aquilo. Sempre assume os problemas dos outros e se estressa. Pedro gesticula exageradamente, ri muito, parece ser uma pessoa tímida e ter autoestima baixa. Fala muito de trabalho, utiliza muitos exemplos de outras pessoas evitando falar de si e cruzando os braços ao falar de sentimentos.

Valdir: 64 anos, casado, engenheiro agrônomo, aposentado, 4 filhos. Diagnóstico: há 29 anos fez cateterismo e duplo implante de mamária. Nesta época a doença era estigmatizada como morte e ele parou de trabalhar por apenas 20 dias. Depois de 11 anos fez a segunda cirurgia e 5 pontes de safena. Tem dores no peito há 30 anos e toma 10 tipos de medicamentos. Há 4 anos veio para a reabilitação para evitar ter que fazer nova cirurgia. Há um ano descobriu que tinha diabetes e também há um ano começou a mudar sua personalidade e hábitos alimentares. Diz ter mais medo

de morrer de diabetes do que do coração. Segundo ele, a diabetes surgiu por motivos psicológico-familiares e financeiros.

Lucas: 59 anos, 3 filhos, divorciado, auditor. Enfartou há três meses (antes do início do grupo) logo após uma briga com a namorada. Tem 2 pontes de safena e uma mamária. Foi casado por 28 anos e se apaixonou aos 51 anos por uma menina de 17, se separou e morou com ela por 8 anos. Os filhos nunca aceitaram. Nos últimos seis meses brigaram muito e ela várias vezes ameaçou se separar dele. Ele realmente parece o pai dela, financia todos os estudos e gasta todo seu dinheiro com ela, estando atualmente endividado. Desde que ficou doente eles se separaram, pois ele teve que optar entre a família ou ela, estando temporariamente morando na casa da ex-mulher. Saiu do hospital sem casa, sem carro e sem mulher e ainda está pensando em se aposentar. Agora ele e a namorada são apenas amigos e ele continua pagando tudo pra ela, diz ser louco por ela, não quer esquecê-la e faz o que ela quiser. Apesar de tudo sabe que esta situação não está lhe fazendo bem e por isso procurou ajuda. Não gosta de magoar os outros, é apaziguador, não sabe dizer não e colocar limites, não expressa sentimentos.

Cesar: 55 anos, divorciado, 3 filhos, motorista aposentado. Diagnósticos de hipertensão, depressão e aneurisma há 2 anos. É separado há dois anos, tem problemas com o filho mais velho. Parece ser um paciente bem ansioso, diz não gostar de ver falhas dos outros, gosta de tudo no lugar, se considera agitado, raivoso e nervoso. Gostaria de conseguir se adaptar às outras pessoas.

Heloisa: 68 anos, casada, 5 filhos, dona de casa. Diagnóstico de prolapso da válvula do miocárdio. Parece ser uma pessoa amargurada com a vida, que sofre e se magoa facilmente. Muito preocupada com o que os outros pensam dela, parece

ter a autoestima baixa. Tem muitas características depressivas e foi encaminhada para atendimento psiquiátrico. Classifica-se como uma pessoa muito explosiva e se arrepende de falar as coisas depois. Fala que guarda muitas mágoas. Não tem muitas expectativas, pois acredita que não é capaz de mudar e que sua vida já acabou.

Alfredo: 67 anos, casado, 5 filhos, funcionário público aposentado. Diagnóstico de arritmia. Aposentou-se há 17 anos; era muito nervoso na época em que trabalhava. Vive bastante em função da família; os filhos costumam consultá-lo ao tomar decisões. A esposa é distante, tem problemas psicológicos, segundo ele. É fechado, caseiro, amigável, não costuma expressar o que sente. Gostaria de melhorar a vida afetiva com a esposa.

Mariana: 55 anos, casada, 2 filhos, professora aposentada. Diagnóstico de hipertensão e obesidade. Pai, mãe e irmão morreram de infarto. Sente-se desanimada desde que o casamento entrou em crise. Acha-se teimosa, persistente, curiosa e preocupada socialmente. É muito estressada e ansiosa; dorme 4-5 horas por dia. Acha melhor guardar os sentimentos do que falar.

Adriano: 43 anos, casado, administrador. Diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) e hipertensão arterial. Descreve uma relação complicada com o trabalho, teve novas funções na empresa, que geraram estresse com prazos e aborrecimentos nas relações de trabalho. Perdeu a mãe recentemente, por infarto.

João: 56 anos, casado, 2 filhos, engenheiro civil. Diagnóstico de hipertensão e arritmia. O avô, o pai e a mãe morreram de doenças do coração. Considera-se tímido, embora no trabalho comande várias pessoas. Sente-se inseguro quando fala

sobre o que não domina. Tem dificuldade de expressar seus sentimentos. Diz ter uma boa relação familiar.

PRIMEIRO ENCONTRO

Contrato:

O contrato visa estabelecer como será a relação entre o grupo. Num primeiro momento a coordenadora explicou como se darão os encontros. Estes terão duração de aproximadamente duas horas e ocorrerão no espaço da reabilitação uma vez por semana. As atividades geralmente serão dinâmicas ou vivências que possibilitem aos participantes entrarem em contato com seu lado emocional podendo fazer correlações entre este e seu coração. É muito importante a participação e o comprometimento de todo o grupo para efetivação dos resultados. O que for trabalhado no grupo é sigiloso e não deve ser comentado fora do grupo, para que os membros se sintam à vontade ao se expor. Ao final do contrato a coordenadora levantou as dúvidas e perguntou se alguém já havia participado de algum grupo ou trabalho terapêutico.

Apresentação Técnica - Teia de Aranha:

Todos os membros do grupo devem se apresentar falando nome, idade, descrever como chegou na reabilitação e o que mais achar interessante falar. O diferencial é que antes de se apresentar o paciente deve pegar o novelo de lã e amarrar a parte do seu corpo que considere mais importante, jogando o novelo a outro participante. No final é formada uma grande teia de aranha.

Objetivo

-Dinamizar a apresentação;

- Investigar o valor que cada um dá a determinada parte de seu corpo; e
- Promover a integração grupal.

Relato

Uma das coordenadoras começou se apresentando como psicóloga e colocou seu coração como a parte mais importante, pois estava ali de coração aberto para conhecer e participar do grupo. Passou o novelo para Pedro.

Pedro se apresentou e colocou como parte mais importante a cabeça, pois acha que quando aprender a lidar com os problemas da cabeça o coração ficará bom. Passou o novelo para Adriano.

Adriano também colocou como parte mais importante a cabeça, pois pensa demais e se estressa. Contou um pouco de sua trajetória até a reabilitação e suas doenças. Passou o novelo para Valdir.

Valdir começou falando que tem sérios problemas no coração, narrou sua trajetória e falou que deveria colocar o novelo no corpo todo, mas já que era para escolher alguma parte escolheu a cabeça. Passou o novelo para João.

João colocou o novelo no seu coração e passou para Mariana.

Mariana se apresentou falando que estava na reabilitação mais por razões preventivas do que por algum problema já instalado. Colocou como mais importante a cabeça, pois acredita ter mais problemas nesta parte de seu corpo do que no coração. Passou o novelo para Heloísa.

Heloísa colocou-o no coração, explicou sua doença e passou-o para Alfredo.

Alfredo falou o motivo de estar na reabilitação e afirmou ser mais por pressão da família. Colocou o novelo no coração e passou para Lucas.

Lucas também contou sobre sua doença e colocou-o na cabeça, pois acredita que seu coração está ótimo e que sua cabeça é que anda cheia de problemas.

César se apresentou e colocou o novelo na cabeça, pois acha que é uma pessoa muito estressada e por isso precisa tratar da cabeça.

A outra coordenadora, Clara, foi a última a se apresentar e falou que gostaria de colocar na cabeça e no coração para que nosso grupo pudesse unir as partes da emoção e da razão, visto que este seria um dos objetivos do nosso grupo.

Paula pediu para que o grupo observasse o que tinha se formado e fizesse comentários. O grupo comentou que havia se formado uma teia e que então estávamos comprometidos uns com os outros. Clara pediu que fossem então desenrolando a teia e falando expectativas em relação ao grupo. Surgiram as seguintes palavras: união, esperança, curiosidade, expectativa, amizade, companheirismo, equilíbrio entre mente e coração, diminuição do nervosismo.

Aquecimento:

Para a segunda atividade realizou-se um aquecimento em que os participantes deveriam caminhar pela sala entrando lentamente em contato com sua respiração e com seus batimentos cardíacos. A coordenadora pediu que relembassem sua trajetória de como foi chegar até ali, como eles estão se sentindo no grupo e pediu que se olhassem e em seguida que cada um encontrasse um local para se sentar.

Objetivo

-O aquecimento tem como objetivo aquecer física e mentalmente o grupo para atividade posterior, fazendo com que deixem de lado os problemas externos e se concentrem no grupo.

Relato

Os pacientes caminharam pela sala e olharam bem ao seu redor, alguns não conseguiam manter silêncio, outros se cumprimentavam. Pararam em círculo e Paula pediu que cada um entrasse em contato com seu coração, com seus batimentos cardíacos. Em seguida foi entregue lápis de cor e papel, onde os pacientes, agora sentados e em silêncio, iriam desenhar. Foi colocada uma música suave, ao fundo, para favorecer a introspecção.

Técnica apresentando meu coração (desenho e *role play*):

Cada um deve desenhar como vê seu coração, sem se prender ao formato tradicional deixando-se levar pela música e pelo lápis de cor. Em seguida cada um deve se apresentar ao grupo como se fosse seu coração. “Como é ser o coração de fulano?”.

Objetivos

- Utilizar o lúdico para descontração do grupo e para evitar a racionalização,
- Possibilitar que o participante se coloque no lugar de seu coração promovendo integração entre pessoa-coração, pois muitas vezes se dissocia o coração como apenas uma parte do corpo ou um membro doente.
- Pesquisar como a pessoa vê seu coração, que relação estabelece com ele e que sentimentos percebe ligados a ele.

Relato

Os participantes desenharam seu coração. A princípio, não entenderam muito bem como desenhar sem ser de maneira formal. João terminou bem rápido e Valdir foi o último a terminar. Cada um explicou seu desenho e depois passavam para que os companheiros observassem.

Pedro desenhou o coração como uma máquina e disse que sua máquina anda meio estragada, com alguns problemas, precisando de uma revisão.

Adriano desenhou um coração formal e escreveu dentro dele as palavras: ansioso, danificado, fisicamente bem, mas com saudades da mãe que perdeu há pouco tempo.

Valdir desenhou um homem inteiro bem gordinho, com várias pontes de safena e uma mamária.

João desenhou um coração pequeno, que é como ele gostaria que fosse seu coração, pois ele sofre de coração grande, tanto física, quanto emocionalmente.

Mariana desenhou um coração normal, mas com algumas falhas pretas e uns riscos pretos que ela diz serem problemas invadindo seu coração e a fumaça do cigarro.

Heloísa desenhou um coração metade vermelho, metade preto. A parte preta é devido a uma murchada que ele deu, após algumas decepções que sofreu.

Lucas desenhou um coração em formato de sol, pois tem muita esperança de ficar bem. Colocou uns coraçõezinhos chorando, pois está triste de passar o primeiro dia dos namorados sozinho.

Cesar desenhou um coração com riscos dentro, representando seu nervosismo e ansiedade.

Fechamento

Como fechamento, solicitamos que o grupo compartilhasse como se sentiu com o trabalho.

Comentário das coordenadoras

Os pacientes parecem ter gostado do grupo e iniciado o processo de vinculação, porém ainda estão meio tímidos e até mesmo desconfiados sobre o que pode acontecer. Os pacientes estão numa posição mais passiva, meio que esperando que as coordenadoras façam algo por eles, tragam respostas. Proposta: fortalecer vínculos e comprometimento, realizar mais *feedback* ou pequenas devolutivas.

Tarefa

Técnica do gosto e faço

Esta técnica foi solicitada como tarefa para casa. Uma folha é dividida em quatro quadrantes: gosto e faço, gosto e não faço, não gosto e não faço, não gosto e faço. O paciente deve colocar as atividades que realiza dentro de cada quadrante especialmente aquelas ligadas à reabilitação cardíaca.

SEGUNDO ENCONTRO

Todos estavam presentes, exceto Mariana.

Técnica do gosto e faço

Cada um apresentou seu gosto e faço, compartilhando aquele em que o número de fatores está maior.

Objetivo

-Levantar as atividades que cada um gosta de realizar para que possa se conhecer melhor através das atividades que realiza no seu dia a dia;

-Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento;

-Promover debate sobre a importância de realizar o que se gosta e muitas vezes o que não se gosta para se ter uma vida mais saudável.

Relato

Como todos do grupo estavam com a lista maior do gosto e faço, acabamos pedindo para que apresentassem todos os itens a fim de promover uma discussão. Todos apresentaram e pareciam bastante interessados. Na verdade, a lista do gosto e faço estava maior, pois para eles era mais fácil identificar estes pontos.

Após a apresentação conversamos sobre a importância em compartilhar isso em grupo, pois identificamos semelhanças e diferenças entre os participantes, além de nos conhecermos melhor, e identificamos nossos gostos e desgostos e conhecemos melhor os membros do grupo.

Falamos da importância em olhar bem para o gosto e não faço e para o não gosto e faço. Percebendo o que é possível mudar, o que eu posso não fazer e o que eu posso começar a fazer.

Também foi debatida a diferença que existe quando determinadas situações nos levam a fazer coisas que não queremos ou a não fazer coisas que queremos.

Alguns fatores são necessidades da vida diária, necessidades devido à condição de saúde, necessidades financeiras, e por isso estes fatores não podem ser modificados.

Enquanto os pacientes iam apresentando suas listas, fomos dando pequenas soluções de mudança, quando possível, ou simplesmente sinalizando algumas coisas que não podem ser modificadas.

Jogo antistress:

Cada um levanta seus fatores estressantes no momento atual e escreve numa folha, não identificada. As folhas contendo os fatores estressantes de cada um são trocadas. A pessoa deve ler estes fatores e procurar soluções, conselhos criativos para que seu companheiro lide melhor com situações de estresse. Em seguida, deve apresentá-las ao grupo.

Objetivo

- Desenvolver a capacidade de ajudar o outro;
- Promover o encontro de soluções simples para seus problemas através do outro;
- Promover integração e identificação grupal.

Relato

Como havia restado pouco tempo, pedimos que eles levantassem os principais fatores que os têm incomodado na vida atual.

Pedro colocou falsidade e ganância. Lucas pegou a folha de Pedro e aconselhou a pessoa que tem aquele problema a se afastar de pessoas falsas, pois só há essa solução para isso.

Adriano colocou frustração profissional. Alfredo pegou sua folha e aconselhou que a pessoa com este problema realmente procurasse algo que gostasse de fazer para não ficar frustrado.

Valdir colocou relacionamento com a esposa, emprestar dinheiro para terceiros e doença. Adriano, que pegou sua folha, aconselhou que mantivesse mais diálogo com a esposa para perceber quais são as suas necessidades, que não emprestasse dinheiro a qualquer pessoa, aprendendo a dizer não, e que cuidasse de sua saúde ou prevenindo ou continuando o tratamento.

João colocou ter ciúme e falar em público. Heloísa pegou sua folha e falou que todos têm ciúmes, mas que isso vem da insegurança em relação ao parceiro e que esta deve ser trabalhada. Lucas quis ajudar e aconselhou um curso de oratória que pode ajudar a pessoa a se expressar melhor. Ele mesmo não falava e agora pode falar para várias pessoas.

Heloísa escreveu que seu problema é ter que ficar em lugares fechados. Cesar a aconselhou a sair mais de casa, a fazer novas amizades. Ele se identificou e disse que muitas vezes fica preso em casa, mas acha que pode sair e se divertir mais.

Alfredo escreveu falta de compreensão. Pedro aconselhou dizendo que devemos começar nos abrindo com o outro e mostrando o quanto nos sentimos mal compreendidos, pois é fácil colocar a culpa nos outros, difícil é reconhecer nossa parte do problema.

Lucas colocou que seu problema é estar morando com a ex-mulher, o relacionamento entre os filhos, estar solteiro, estar se aposentando. Valdir aconselhou a sair da casa da ex-mulher se o problema não for financeiro, disse que

estar solteiro não é problema, é solução, e que ele deve se abrir para um novo relacionamento. Já com relação ao problema com os filhos, Valdir se identificou, e disse que o que deve ser feito é conversar, que o diálogo é a melhor solução.

Cesar escreveu que seu problema é a separação com a esposa, cuja razão não entendeu e também o fato de ser muito reservado até hoje. João aconselhou César a aceitar a separação e seguir em frente, pois os casamentos acabam mesmo, quando os recursos terminam, não há mais o que fazer.

Lembramos ao final que aquilo era uma atividade para começar a buscar soluções, mas que soluções não são mágicas, e que aquela atividade servia para que pudéssemos ver nossa capacidade de dar solução aos problemas e também olhar para os nossos problemas com outros olhos. Fizemos o exercício de colocar a mão perto do nariz e longe do nariz. Que nossos problemas são assim quando estão muito perto, não conseguimos vê-los e, quando se afastam, as coisas ficam mais claras.

Comentário das coordenadoras:

O grupo estava mais solto e mais à vontade. Já se formaram algumas amizades e eles já não estão tanto num clima passivo. Eles parecem ter gostado bastante da atividade e gostado também das devoluções das coordenadoras, que também estavam mais ativas hoje. Heloísa pareceu muito desesperançosa e negativa. Parece ser uma pessoa que necessita de atendimento individual. Clara conversou com ela ao final do grupo.

Tarefa:

Técnica linha da vida:

Pede-se aos participantes que tragam para o próximo encontro sua linha da vida. Eles devem levantar os momentos mais marcantes tanto positivos quanto negativos.

Objetivo

-O objetivo desta técnica é que o paciente se dê conta de como a história de sua vida está intimamente ligada a sua situação atual, promovendo ligações e conexões entre os fatos.

Foi entregue aos pacientes uma folha com a seguinte instrução:

Coloque em uma folha de papel os momentos mais marcantes em sua vida, os acontecimentos significativos que fazem parte de sua história, tanto os positivos quanto os negativos. A linha da vida pode ser feita de várias maneiras: como uma linha cronológica (com datas), com desenhos, com figuras de revista, escrita, enfim, da maneira que você se sentir mais à vontade. É interessante que se faça ligações entre os acontecimentos que podem ter influenciado sua maneira de lidar com os sentimentos e sua condição de saúde atual.

TERCEIRO ENCONTRO

Pedro não estava presente.

Técnica linha da vida:

No início do grupo foi realizado um aquecimento para que cada participante entrasse em contato com sua história de vida e tentasse selecionar os momentos que considerasse mais relevantes que pudessem compartilhar com o grupo. Então cada um apresentou sua linha da vida tendo o tempo máximo de 10 minutos para compartilhar.

Relato

Valdir foi quem começou falando. E foi quem falou por mais tempo. Ele escreveu poucas coisas, mas detalhou seus sentimentos. Acredita que seus problemas de saúde têm ligação íntima com a perda de uma namorada, com a qual namorou por quatro anos e pensa nela até hoje, rezando por ela todas as noites. Também incluiu como fator contribuinte a morte de sua mãe por infarto e atualmente as dificuldades no relacionamento com a mulher.

Adriano fez uma linha cronológica e colocou os acontecimentos mais relacionados à sua vida profissional, citando como pontos marcantes de muito estresse e que provavelmente influenciaram seu AVC a morte do irmão e da mãe e o processo de qualificação de sua empresa.

João fez uma linha cronológica e enfatizou na sua história a perda de seu pai e o novo papel que teve de assumir de cuidador da família. Citou a morte de entes queridos e as dificuldades em doenças com os filhos e na empresa que trabalhava. Acredita que toda sua história tenha realmente influenciado sua atual condição de saúde.

Heloísa não trouxe sua linha da vida. Disse que para ela é muito difícil falar de sua vida, pois teve uma infância muito difícil e os momentos são mais tristes do que felizes. Considerou o resto (família, casamento) como acontecimentos bons, positivos, porém normais, nada que para ela tenha sido marcante. As coordenadoras deixaram claro que cada um deve expressar apenas aquilo que se sentir à vontade, não sendo necessário expor tudo.

Alfredo fez sua linha da vida em formato de árvore, onde cada acontecimento era um fruto colhido. Esses frutos estavam em sua maioria ligados a acontecimentos familiares.

Lucas digitou tudo no computador. Sua linha da vida estava voltada a vários acontecimentos, abordando várias áreas de sua vida. Falou de sua vida pessoal e afetiva, das conquistas profissionais, da morte de entes queridos e de seus problemas de saúde. Ele acredita que seu infarto esteja intimamente relacionado às dificuldades no campo amoroso.

Cesar dividiu sua história em momentos positivos e negativos, todos eles relacionados a vida pessoal. Depois que todos apresentaram suas linhas, Cesar quis acrescentar algo que antes não teve coragem de dizer: o suicídio de sua mãe, que foi um dos momentos mais difíceis de sua vida.

Mariana não havia sido avisada da tarefa e improvisou a sua linha da vida, após ouvir os relatos dos colegas. Ela contou um pouco de sua infância, falou do seu período de militância e de suas atuações profissionais.

Técnica de relaxamento:

Ao final do grupo foi realizado um relaxamento com o grupo, pois a atividade foi intensa mentalmente e, portanto, um pouco cansativa. No relaxamento foi enfatizado o entrar em contato com as partes do corpo, a respiração e a utilização de cores de cura. O roxo envolvendo o corpo e o branco a cabeça.

Relato

Os participantes gostaram bastante e queriam ficar mais tempo no relaxamento. Foi aconselhado que eles fizessem isso em casa sozinhos também.

QUARTO ENCONTRO

Técnica do espelho:

As coordenadoras informam o grupo que hoje trouxeram uma surpresa, um presente muito especial para cada um dos participantes. Este presente está na caixa localizada no centro da sala. Cada um deve imaginar qual será o presente contido na caixa. Em seguida, um a um, se levantam, abrem a caixa e olham o que tem dentro dela. É importante que a atividade seja feita em silêncio e que os participantes sejam orientados a observar calmamente o que há na caixa, sem pressa, analisando cada parte do presente que ganhou hoje. Detalhe: o presente é um espelho.

Objetivo

- Proporcionar um momento de encontro consigo mesmo e de um olhar no espelho diferenciado que promova autoconhecimento;
- Promover o reconhecimento do valor de cada um;
- Aquecer-se para a atividade seguinte.

Relato

Os participantes olhavam muito rapidamente a surpresa, riam e se assustavam. Então, após todos terem ido até a caixa, a coordenadora passou lentamente o espelho para que cada um pudesse se olhar lentamente, por de trás da imagem, analisar as marcas do tempo, as histórias que estavam guardadas dentro daqueles olhares. Todos se olharam atentamente e pareciam emocionados.

Técnica como eu me vejo:

São espalhadas as mais variadas figuras sobre o chão. Os participantes devem olhar atentamente para elas e escolherem as imagens que julgarem ser a melhor representação da maneira como se veem. (Como eu me vejo, que imagem tenho de mim, como eu sou, qualidades, defeitos, partes que me incomodam, valores, forma como me relaciono com minha família, amigos, trabalho, se eu tivesse que escolher uma figura que me representasse por inteiro, qual destas seria?).

Objetivo

- Proporcionar/permitir que os participantes entrem em contato com a forma pela qual se veem;
- Explorar questões ligadas à autoestima;
- Observar partes da pessoa que as incomoda e podem ser modificadas e as partes de que gosta e que podem ser fortalecidas;

Relato

Após o primeiro momento pediu-se que os participantes então escolhessem uma ou duas figuras que pudessem representar aquela imagem refletida no espelho. Eles circularam ao redor das imagens e lentamente escolheram suas figuras.

Técnica como os outros me veem:

Após a escolha das figuras, ou seja, do como eu me vejo, o grupo realizou a atividade de como os outros me veem. Com a figura escolhida na mão, e ao som de uma música, os participantes devem caminhar, dançar pela sala e pensar na maneira como veem seus colegas de grupo. Quando o som baixar, os participantes

devem procurar alguém e escrever em suas costas, onde estará colado um papel, a característica mais marcante que percebe neste colega.

Objetivo

-Cada participante poderá perceber como é visto pelo grupo, que imagem transmite para seus companheiros e também como vê seu companheiro de grupo.

Relato

Todos estavam muito animados na realização desta atividade. Foram orientados a serem sinceros e colocarem o que realmente percebem do colega de grupo

Compartilhar:

Neste momento cada um deve se apresentar através da figura escolhida e em seguida retirar o papel de suas costas e observar como os outros o veem.

Relato

A coordenadora explicou como se dá um compartilhar e pediu que cada um fosse compartilhando com o grupo a experiência vivida no dia de hoje começando pela surpresa, como se sentiram com o espelho e o que imaginavam ter na caixa.

Cesar começou falando e disse que imaginou um palhaço na caixa que era exatamente o que ele está precisando na sua vida, um pouco mais de alegria de leveza e de soltura.

Adriano diz não ter imaginado nada, mas quando foi até o espelho refletiu em como somos perfeitos feitos a imagem e semelhança de Deus e como somos imperfeitos com tantos problemas e dificuldades.

Valdir imaginou que encontraria flores na caixa, já que flores têm grande simbolismo. Quando encontrou o espelho ficou muito curioso pensando o que as psicólogas iam fazer com aquele material.

João imaginou que encontraria um bolo para comemorar um mês que estamos fazendo no grupo. Quando olhou no espelho se cumprimentou e pensou: eu quero me conhecer.

Mariana achou que iria encontrar mensagens de força e autoajuda, mas desejava que ali estivessem flores. Ela levou um susto com o espelho. Diz que não costuma se olhar muito no espelho, não é presa a imagem externa, mas que descobriu uma nova forma de se olhar, que talvez ela tenha medo do espelho. Disse que a gora vai se olhar mais

Heloísa achou que ia encontrar uma bola ou um livro. Quando olhou no espelho pensou: como eu era e como eu sou agora.

Alfredo tinha certeza que encontraria um livro com orientação de saúde, relacionado à aprendizagem.

Lucas pensou que encontraria mensagens positivas com muitos significados. Disse que quando se olhou no espelho pensou que vive muitos personagens e refletia sobre qual personagem ele é atualmente.

As coordenadoras comentaram que a surpresa de ser o espelho é porque o maior presente que poderíamos proporcionar para eles era o autoconhecimento. Foi comentado que os presentes imaginados estavam muito relacionados ao lado racional, às respostas que eles buscavam, quando na realidade estas respostas não estão em livros ou em regras, mas sim dentro de cada um deles.

Num segundo momento pedimos que eles compartilhem sobre a figura escolhida e depois sobre o papel nas costas. Esclarecemos que os escritos pelos colegas eram recortes de seu jeito de ser, que não era para eles levarem como ofensa, mas apenas observarem como estão se mostrando ao grupo e refletissem se realmente tem a ver com o seu jeito, tendo o direito de discordar e expor como se sentiu.

Pedro escolheu uma imagem escrita respeito e outra escrita este é o meu país. Isto foi escolhido, pois ele é japonês preza muito seu país que é o Brasil e o valor do respeito, tanto com os outros, quanto com sua cultura japonesa. Ele concordou com todas as características que estavam escritas em seu papel (sorridente, filósofo, competente, sério, risonho, competência).

Adriano escolheu a imagem de uma criança representando sua busca por pureza e a imagem de um casal, pois para ele o amor é a base de tudo. Ele concordou em oitenta por cento com o que estava escrito, pois não se considera seguro nem comunicativo (dedicado, tímido, comunicativo, ponderado, pensativo, amigo, meigo, seguro).

Valdir escolheu um homem sentado na beira da praia de braços abertos. Ele diz que já foi assim e que está novamente buscando este estado. Comentamos sobre o cuidado para não idealizar uma forma de vida que não é possível, pois nem sempre estamos de braços abertos e nem sempre o céu está azul. Valdir concordou com as características que o grupo escreveu sobre ele em cinquenta por cento, pois não se considera ansioso (sofredor, irônico, alegre, fanático, apaixonado, ansioso, carente).

João escolheu uma avestruz a princípio porque se lembrou de algumas cenas de sua infância. Depois acabou se dando conta que muitas vezes age como uma avestruz escondendo seus sentimentos como ela esconde a cabeça. Ele ficou

surpreso com as características escolhidas pelo grupo e concordou, disse que o grupo acertou em cheio, só não se considera calmo e inteligente (pensativo, bravo, inteligente, paizão, sincero, prático, determinado, calmo).

Mariana pegou a figura de uma árvore. Uma árvore que dá frutos tem sombra, mas ao mesmo tempo uma cerca que impede que as pessoas cheguem até ela. Na hora das características surgiu um fato engraçado que as características escolhidas pelo grupo eram contraditórias como a descrição de Mariana da sua árvore que oferece coisas, mas não deixa que os outros se aproximem. Ela concordou com todas exceto fraca, se considera uma pessoa forte até demais (séria, brava, extrovertida, introvertida, sincera, insatisfeita, robusta, fraca).

Heloisa escolheu um coração, pois acha que as pessoas não gostam dela. Comentamos se a própria Heloisa gostava de si mesma. Ela disse que não. Ela foi orientada a poder olhar para outras partes de si e que muitas vezes é mais fácil achar que os outros não gostam da gente e não perceber que somos nós mesmos é que não nos gostamos. Ela falou que anda sem vontade pra nada, que não quer se arrumar, diz que não tem jeito. Falamos que HOJE não tem jeito, mas que ela não pode se fechar, pois seria como Mariana achar que a cerca que protege sua árvore nunca vai se abrir e, portanto desistir de oferecer sombra e frutos. Quanto às características também concordou com todas (triste, bondosa, insegura, inibida, dependência, resignada e tranquila). Diz querer deixar de ser insegura e dependente. Hoje apareceu um fio de esperança no olhar de Heloisa.

Alfredo escolheu a imagem de uma família. Diz que a preza muito e que já abriu mão de sua vida pessoal por ela, mas não se arrepende. Concordou com o que o

grupo escreveu (honesto, companheiro, amizade, sincero, tímido, amoroso, pensativo e aplicado).

Lucas escolheu um casal e bandeirinhas coloridas. Ele preza muito o amor e apesar de ser introvertido se considera uma pessoa alegre. Ficou impressionado como o grupo o conhece tão bem (sério, amigo, magoado, amoroso, triste, curioso com o futuro, inseguro).

Cesar escolheu um palhaço, para que ele possa ser mais leve. Ele acha que é rígido por causa de seu pai. Falamos da importância em perceber o que é meu e o que é do outro para começara a promover mudanças. Ele concordou com as características que o grupo colocou (triste, carente, carência, magoado, sentimental, amigo).

Fechamento

No final do grupo colocamos todas as figuras no centro, circulamos observando como cada colega se via e era visto. Depois disso pedimos que todos se olhassem, respirassem fundo e que nesta semana entrassem em contato sobre como foi estar se vendo de uma maneira diferente.

Comentário das coordenadoras

O encontro foi um dos mais intensos e mobilizadores. Os que não se abriam, hoje se expressaram, como Heloisa, e os que se abriam demais, hoje ficaram mais introspectivos como Valdir. O grupo entrou no estágio em que está depositando confiança nas figuras da psicóloga, algo fundamental para que a o trabalho traga resultados.

Apareceu hoje também uma característica de baixa autoestima. Os participantes se identificavam com as características negativas, porém não com as positivas. Trabalhar esta questão.

QUINTO ENCONTRO

Técnica de localização: “Onde eu sinto?”

A princípio realiza-se um relaxamento onde o objetivo é fazer com que os participantes entrem em contato com seu próprio corpo. Em seguida trabalha-se com os sentimentos, onde estes se localizam no corpo, em qual parte sentem alegria, paixão, desejo, raiva, medo, vergonha, culpa, nervosismo, ansiedade, tristeza, inveja, ciúme. A seguir são dadas as seguintes consignas: “Qual ou quais destes sentimentos é mais difícil de ser expresso, qual costumam guardar mais. Focalize este sentimento. Tente lembrar as situações, cenas, experiências onde estes sentimentos surgiram e ficaram guardados. Em que parte do corpo eles estão guardados?”

Entrega-se para cada participante do grupo uma folha, com o desenho do corpo humano onde os sentimentos escolhidos reconhecidos devem ser pintados no local do corpo onde os sente, com cores respectivas, escolhidas por eles mesmos.

Objetivo

- Localizar os sentimentos no corpo correlacionando-os com a doença.
- Possibilitar o reconhecimento de sentimentos através do corpo.

Relato

Os participantes ficaram muito concentrados em seus sentimentos e demoraram um bom tempo até começarem a escolher as cores e pintar.

Técnica da expressão dos sentimentos:

As coordenadoras sugerem que se faça um treino de expressão dos sentimentos. Cada participante deve se posicionar em um dos papéis onde estão escritos sentimentos para, através do corpo expressá-los. O grupo por sua vez deve adivinhar o que o colega está tentando transmitir.

- Raiva,
- Vergonha,
- Culpa,
- Nervosismo,
- Ansiedade,
- Tristeza,
- Inveja,
- Ciúme,
- Alegria,
- Apaixonado
- Entediado (de saco cheio)

Depois disto cada um deve escolher aquele sentimento que tem maior dificuldade em expressar ou lidar.

Objetivo

-Aquecer para dramatização posterior

-Treinar a capacidade dramática

-Identificar maneiras de expressar sentimentos

Relato

Valdir pegou o sentimento culpa. Na hora da dramatização se demonstrava nervoso e irritado e os companheiros não descobriram qual era seu sentimento.

João pegou a raiva e ficou parado apenas sinalizando com o rosto o que sentia.

Mariana pegou a vergonha e se virou de costas se escondendo.

Heloisa pegou “entediada” e ficou andando de um lado para outro.

Alfredo pegou a ansiedade e ficou revirando os olhos.

Lucas pegou a inveja.

Cesar pegou a tristeza e ficou parado apático. Todos acertaram o sentimento.

Compartilhar

Depois deste primeiro momento há um compartilhar onde cada um fala sobre seus sentimentos, sobre a forma como os expressa.

Relato

Valdir colocou na cabeça a raiva e o nervosismo. No coração a felicidade circundada pela culpa e na barriga o nervosismo, pois quando está nervoso tem dor de estômago. Ele escolheu o sentimento vergonha, pois acredita que é um sentimento que ele anda em falta, que deveria ter mais vergonha na cara. Valdir comentou que acredita que esta culpa que ele carrega no peito prejudica seu coração. Ele não pintou a tristeza, pois acha que não sente e quando a sente é muito pouco. Também não colocou ciúmes nem o medo.

João colocou felicidade e raiva na cabeça, tristeza no peito e nervosismo e medo na bexiga, pois costuma urinar muito quando sente isso. Ele disse que dificilmente expressa seus sentimentos, costuma mais pensar sobre eles. Escolheu o ciúme, pois tem dificuldades em expressá-lo.

Mariana colocou o medo na cabeça, a tristeza na cabeça e no coração, a felicidade no corpo todo, pois se considera uma pessoa feliz, a raiva nas mãos e pés, pois sai quebrando tudo quando está com raiva, a culpa na barriga, pois sente dor nesta região e o ciúme no peito. Ela escolheu como sentimento mais difícil de expressar o tédio, diz que anda meio entediada sem vontade de fazer nada, mas não gosta de expressar isto.

Heloisa falou que sente todos estes sentimentos mais escolheu os mais fortes para pintar colocou no coração e na cabeça três sentimentos, culpa, medo e nervosismo. Especialmente com as preocupações em relação ao seu filho. Ela escolheu como sentimento a raiva, pois não sente raiva das pessoas só um incômodo tipo um nervosismo.

Alfredo colocou o nervosismo na barriga, pois tem dor de estômago, a felicidade no coração, ciúme, raiva e medo na cabeça e tristeza nos olhos. Escolheu como sentimento mais difícil de expressar a tristeza, mas disse que seus olhos não conseguem enganar seus filhos. Quando está triste manifesta tudo que sente pelo olhar.

Lucas colocou nervosismo e medo pelo corpo inteiro, pois acredita que o corpo todo manifesta fisicamente estes dois. Botou no peito o ciúme e disse ser muito difícil controlar. E na cabeça colocou a felicidade a tristeza e a culpa. Ele escolheu como

sentimento mais difícil a culpa, ele carrega até hoje duas culpas as quais não consegue se perdoar.

Cesar colocou o medo e a culpa pelo corpo todo e na cabeça: nervosismo, tristeza e raiva. Escolheu a tristeza como sentimento mais difícil de lidar.

No final discutimos sobre as formas que uma pessoa lida com seus sentimentos: deixa guardado na cabeça-estresse, deixa guardado no corpo-somatiza, nem reconhece que tem, ou sai explodindo. Que cada um tem uma forma de lidar com seus sentimentos e que reconhecer estes sentimentos e lidar com ele é o primeiro passo para aprender a expressá-lo de maneira assertiva.

Comentário das coordenadoras:

O grupo estava bastante animado e gostou muito de expressar seus sentimentos. Foi proposto a tarefa para casa que lessem e respondessem um questionário de autoconhecimento e passassem a semana reconhecendo através do corpo, da mente e do coração a maneira que estão expressando seus sentimentos especialmente o escolhido. Que pudessem trazer cenas da semana onde iríamos trabalhar a expressão dos sentimentos.

SEXTO ENCONTRO

Adriano e Pedro faltaram.

Aquecimento:

As coordenadoras pedem que os participantes caminhem pela sala imaginando que estão andando na estrada da vida. Eles primeiro devem andar bem rápido, ávidos por conhecimento como uma criança. O tempo vai passando e eles diminuem passo

visto as grandes descobertas e mudanças ocorridas na adolescência. Na estrada da vida passam por muitos momentos (grama fofa, pedrinhas, areia, espinhos areia quente, lagoa refrescante) devem então se sentar à beira da lagoa e pensar como foi que enfrentaram as adversidades da vida durante essa caminhada, de que maneira lidaram e expressaram seus sentimentos. Então eles devem buscar uma cena de conflito onde tiveram, dificuldade com determinados sentimentos.

Trabalho com cenas:

Cada um deve se lembrar da sua cena e dar um título que resuma o tema/sentimento escolhido. Em círculo pede-se que deem um passo à frente àqueles que gostariam de rever esta cena em grupo. Então é realizada uma escolha sociométrica para trabalhar sua cena.

A partir daí remonta-se o cenário, escolhe-se os egos e a cena é trabalhada com o objetivo de a pessoa buscar outras saídas e maneiras de lidar com a situação. No final é aberta a oportunidade da plateia mostrar outras soluções ou maneiras que atuariam. Ao final realiza-se o compartilhar. Fecha-se o grupo com solilóquio dos aprendizados que puderam ter no grupo.

Relato

Todos se posicionaram em círculo e falaram o nome de sua cena. Quatro participantes quiseram compartilhar sua cena. Começamos com Valdir - Encontro de família. Valdir relatou muito emocionado que neste fim de semana esteve com toda sua família reunida, não brigou com a mulher, a casa estava cheia de crianças correndo e ele estava muito contente, pois isso não acontecia a tempo. Valdir muito

emotivo disse que sentiu esperança, que as coisas podem voltar a ser como antes que ele pode ser feliz.

Alfredo – Alegria. Alfredo relatou uma viagem que fez com um grupo do qual participa. Ele ficou encantado vendo que as coisas podem dar certo, pois o projeto deles estava começando a acontecer. Pedimos que ele fechasse os olhos e fizesse alguma ligação com a sua vida. Ele disse que também na vida está com mais esperança que as coisas podem dar certo.

Cesar- Encontro de família. Cesar também estava muito emocionado com o encontro que teve com sua família este fim de semana. Reencontrou pessoas que não via há muito tempo, paquerou o que não fazia também há tempo e a família toda reparou que ele estava bem melhor. Ele acredita que esta mudança ocorreu devido ao grupo.

João - Medo de altura. João foi quem trouxe a cena mais clara a ser trabalhada. Quando tinha 20 anos, numa obra que estava estagiando, não conseguiu passar do sexto andar por medo. A cena foi revivida, João foi devidamente aquecido e enquanto subia as escadas do prédio ia fazendo solilóquios de como estava se sentindo. Quando chegou no sexto andar entrevistamos João: Como você está se sentindo: tenho medo de cair, não tenho proteção. E você não vai pedir ajuda pra ninguém? Não, eu tenho vergonha, não quero que ninguém saiba, vou descer. E o João em outras situações da vida também tem dificuldade em pedir ajuda? Sim, eu não peço ajuda. E ele também tem medo de cair, de falhar, de dar errado e não ter ninguém com quem contar? Acredito que sim.

Pedimos que ele escolhesse alguém para ficar em seu lugar e repetimos a cena para que ele visse de fora (espelho). Pedimos que ele fizesse alguma modificação

ou ajudasse o João de 20 anos. Ele não conseguiu pedimos ao grupo que fosse lá ajudar João, agora em seu papel. Alfredo foi perguntar o que estava acontecendo e o ajudou a descer, Cesar sugeriu que ele tentasse subir mais um pouco, que cair ele garantia que João não cairia. Lucas sugeriu que João procurasse um profissional especializado para tratar este medo.

No final fizemos um paralelo entre a vida de João e o medo de altura. O grupo compartilhou seus medos e discutimos a necessidade de reconhecermos nossas limitações, enfrenta-las quando necessário. Debates também a necessidade de pedir ajuda para os outros e em determinados casos procurar ajuda profissional. Falamos muito do tema esperança que surgiu no grupo hoje. As três primeiras cenas foram cenas de alegria, felicidade e esperança, que cada um pudesse levar para casa um pouco desta esperança e acreditar que as coisas podem ser diferentes e que pequenos momentos podem nos fazer muito felizes.

Fechamos o grupo com solilóquio e surgiram as palavras alívio, tranquilidade, alegria, esperança.

SÉTIMO ENCONTRO

Faltaram Valdir e Pedro

Desenho do corpo humano:

A partir desta primeira etapa de autoconhecimento busca-se através desta técnica um balanço do que quero/gosto e do que não quero/não gosto em mim. Em um papel de mais ou menos um metro e meio e em duplas, os participantes do grupo devem desenhar o corpo de seus companheiros. Em seguida, individualmente, cada um deve colocar dentro do corpo figuras que representem o que agrada e o que

deseja e fora do corpo figuras que representem o que não quer e o que não agrada. Em seguida realiza-se um breve compartilhar do que está dentro do corpo. Coloca-se o cartaz no chão cada um deve olhar para o que está fora do corpo e pensar no que está fazendo e no que pretende fazer para estar realizando estas mudanças.

Objetivo

-Trabalhar com os desejos e rejeições de cada um de forma lúdica promovendo o autoconhecimento.

Relato

Os participantes estavam bem concentrados desenvolvendo a atividade, alguns tinham dificuldades em encontrar figuras e procuravam por palavras. Fomos para o compartilhamento. Cada um descreveu seu cartaz e justificou o que colocou dentro e fora.

Adriano colocou dentro família, sobrevivência, verdade, controle, amor e saúde e fora conformismo, amargura, raiva, impotência, fraqueza e mentira. Ele quase não colocou figuras e o cartaz dentro estava praticamente vazio.

João colocou fora o medo de altura, violência e políticos corruptos. Dentro colocou a busca do equilíbrio sem extremismo, o cuidado com o coração, o carinho por cavalos, voltar a ser magro e conhecer a história do mundo, do país e a pessoal, algo que ele julga importantíssimo.

Mariana colocou fora a dieta, a divisão de classes, dor e violência. Dentro colocou flores, saúde, estar bem, muitos anos de vida e amor.

Heloisa colocou fora a caminhada sozinha, pois agora não quer mais ficar só. Dentro colocou várias figuras relacionadas a encontros, almoços de família com filhos, netos e marido.

Alfredo colocou fora corrupção, agressão e comidas gordurosas e dentro colocou viagens, pois deseja muito viajar, sexo e a família.

Lucas colocou de fora a violência e a gordura, pois já foi muito gordo. Dentro colocou frases que passavam valores que ele considera fundamental, figuras relacionadas à arte e teatro, um novo amor e até mesmo filhos, flores e chope com os amigos.

Cesar colocou de fora comidas gordurosas, doenças, cigarro, ficar preso ao passado, ficar parado e tristeza. Dentro do desenho do corpo, colocou a descoberta de novos tesouros como um novo amor, exercícios físicos, uma nova casa e conquistas em geral.

Comentário das coordenadoras:

O grupo inteiro começa a demonstrar sinais de como esta mudando. Heloisa e Cesar que sempre se mostraram como pessoas solitárias e tristes estão falando sobre encontros, estão mais alegres e interagindo mais com o grupo. João e Lucas eram bastante fechados e estão mais leves, mais soltos e se expondo no grupo. Mariana e Alfredo não aparentam muito, mas sentimos seu interesse e concentração no grupo.

OITAVO ENCONTRO

Aquecimento:

A coordenadora pediu que todos fechassem os olhos e entrassem em contato com sua respiração e com os batimentos cardíacos, estes dois são atos involuntários os quais nunca paramos para pensar, pois agem sem que precisem de comandos. Após este aquecimento inicial pediu que cada um falasse em uma palavra como se sente hoje em relação ao seu coração. Surgiram palavras como: forte, mais forte, muito melhor do que antes, esperançosos, melhor.

Jogo do antes e depois:

A coordenadora explicou que até agora trabalhamos questões ligadas ao coração mais que nunca debatemos aberta e diretamente sobre a doença e que julgávamos importante que esta atividade fosse realizada já que este é o objetivo principal do grupo. A sala é dividida em dois lados: antes e depois. Separada por uma linha chamada doença. As coordenadoras jogam um tema e os participantes devem se posicionar no antes e no depois da doença falando e percebendo sobre possíveis mudanças em suas vidas.

Temas:

-Ruptura na história de vida que mudanças ocorreram? Alimentação, Exercício Físico, Medicamento e cuidados com a saúde.

-Relacionamento com a Família.

-Maneiras de encarar a vida, maneira de ser, de agir e demonstrar sentimentos.

-Futuro, esperança, expectativas.

Objetivo

-Promover interação grupal, troca de experiências e consequente aprendizado.

-Entrar em contato com questões mobilizadas pela doença.

Relato

Na temática da alimentação, no “antes”, todos os participantes falaram que abusavam da bebida, de comidas gordurosas e do cigarro e que “depois” da doença aprenderam a se reeducar e serem mais saudáveis. Valdir e Mariana assumiram que ainda não conseguem ter um controle na alimentação. Lucas era o único que já tinha uma alimentação saudável.

Em seguida a coordenadora pediu que os participantes ficassem de pé na linha da doença e que se posicionassem no “depois” para quem faz exercício físico. Todos faziam. No “antes” apenas Lucas fazia exercício. Quanto a medicação todos os participantes tomam e reclamaram de preço, de efeitos colaterais e da rotina de tomar medicamentos.

A terceira temática esta ligada a mudanças que ocorreram na família.

Pedro falou que não teve muitas mudanças.

Adriano falou que teve todos os cuidados de sua esposa e que foi muito mimado por ela.

Valdir falou que suas filhas começaram a ficar mais cuidadosas com ele, preocupadas que ele pudesse morrer. A mulher está se preocupando com a alimentação, mas que hoje em dia já não ligam tanto, pois já faz trinta anos que ele tem a doença.

João falou que a família dele antes era menos unida porque ele estava sempre na rua com os amigos bebendo e que a doença proporcionou que ele ficasse mais em casa.

Mariana falou que quando ficou doente as coisas mudaram, pois ela parou de cuidar do marido e não foi bem cuidada por ele. Ela sempre se virou sozinha e não gosta de pedir ajuda.

Lucas saiu da casa da segunda esposa e ficou mais próximo da ex-mulher e dos filhos sendo que agora todos (primeira mulher, segunda mulher e filhos) querem passar seus problemas para ele. Lucas disse que não está aceitando pegar toda esta carga pra ele.

Cesar disse que na sua casa não teve muito diálogo e logo ele se separou da esposa e foi morar com as irmãs. Elas querem que ele continue se alimentando mal, mas ele já aprendeu a se alimentar sozinho.

Em último momento falamos sobre maneiras de encarar a vida, maneira de ser, de agir e demonstrar sentimentos. Todos comentaram que esta parte é a mais difícil de perceber.

Pedro não teve grandes mudanças, diz que continuou com sua visão positiva da vida.

Adriano falou: “a doença proporcionou que eu começasse mais a pensar sobre a vida, a saúde e cuidar melhor de mim mesmo. Eu mudei minha forma de pensar e de agir”(sic).

Valdir disse que antes da doença era muito mais calmo e tranquilo e que hoje em dia se estressa com tudo, fala alto, fica bravo. Disse gostaria muito de não ser mais assim.

João disse que amadureceu não só por causa da doença, mas por causa da vida. Aprendeu a se expressar melhor e falar o que pensa, suas opiniões e a ouvir o outro.

Mariana prendeu a olhar mais pra si e cansou de ficar querendo cuidar dos outros.

Lucas começou a olhar pras coisas de maneira diferente. Quando vai ao Shopping não olha mais pras lojas pensando no que vai comprar pros outros, mas no que vai comprar pra si.

Cesar acha que o grupo o ajudou muito que ele está aprendendo a falar mais o que sente.

No final pedimos que cada um falasse sobre o que sentia em relação ao futuro expectativas e esperanças.

Pedro desejou saúde e felicidade.

Adriano quer se realizar profissionalmente.

Valdir quer acabar com este descontrole emocional.

João quer redirecionar sua profissão.

Mariana quer desatar um nós na família e fazer faculdade de filosofia.

Lucas quer se preparar para a aposentadoria e fazer teatro.

Cesar quer continuar a ter uma vida ativa.

Para finalizar o grupo lemos uma mensagem “a lição da borboleta” e debatemos como a doença é um casulo pelo qual passamos para poder promover mudanças em nossas vidas.

Comentário das coordenadoras

Faltaram Alfredo e Heloisa. Pedro apareceu depois de quatro encontros estando, portanto meio fora do grupo. Lucas pareceu estar bastante diferente querendo olhar pra si. A temática principal do grupo girou em torno do cuidar e ser cuidado e todos os participantes parecem ter entrado em contato com suas mudanças antes e depois da doença.

NONO ENCONTRO

Técnica inversão de papéis:

Pede-se que os participantes fechem os olhos e pensem na pessoa que dentro de seu círculo de relações é aquela que mais conhece você neste momento de sua vida. Se hoje resolvêssemos chamar alguém para falar sobre você quem seria a pessoa que saberia descrever seu jeito, suas qualidades, defeitos e dificuldades com maior precisão? Lentamente vá imaginando e incorporando a postura corporal da pessoa escolhida, seu jeito, suas roupas e vá assumindo agora o papel desta pessoa. Quando você abrir os olhos será a pessoa que tiver escolhido. A seguir é dada a consigna:

Bom dia, estamos aqui hoje reunidos pra conversar um pouco com todos vocês. Gostaríamos que vocês se sentissem bem a vontade para falar sobre os participantes do grupo, pois tudo aqui é sigiloso. Nosso objetivo com este encontro é que vocês possam nos ajudar a conhecer melhor os participantes do grupo para que

possamos ajuda-los da melhor maneira possível. Podemos começar nos apresentando.

Qual o seu nome?

Quantos anos você tem?

Você trabalha? Em quê?

Qual o tipo de relação você tem com o tal?

Vocês se dão bem?

Como você vê o tal? Se você pudesse me descrevê-lo como faria?

Agora uma pergunta muito importante: Qual seria a maior dificuldade ou problema que o tal vem apresentando hoje em dia?

Objetivo

Esta técnica tem como objetivo que o participante se dê conta de como é visto e que possa também reconhecer as dificuldades que a pessoa escolhida vem percebendo.

Relato

Pedro escolheu sua esposa Neide. Eles estão juntos há 26 anos, ela trabalha fora e a relação dos dois ultimamente está acomodada, na rotina. Ela percebe Pedro como uma pessoa teimosa, atenciosa e trabalhadora. Pedro se deu conta que na presença da mulher, por ser muito cobrado de forma imperativa, acaba transgredindo as recomendações ligadas a alimentação. A principal dificuldade dele é lidar com os problemas de saúde.

Adriano escolheu Sandra, sua esposa. Ela trabalha num escritório de contabilidade e diz que o relacionamento deles é muito bom. Sandra acha que ele é uma pessoa muito triste, pois perdeu sua mãe e até hoje não se recuperou, pois gostaria de ter tido mais tempo com ela, ter dado mais atenção e cuidado.

Valdir escolheu sua filha Sabrina. Ela tem 28 anos é sua terceira filha. Valdir se emocionou muito ao lembrar que ajudou sua filha na hora de sua separação. Ela o vê como um homem alegre, doce, brincalhão e eles se dão muito bem. Ela acredita que a maior dificuldade do pai está na relação com a mãe, pois esta antes era muito dependente dele e hoje em dia é totalmente independente. O conselho que ela deu foi que existisse mais dialogo entre eles.

João escolheu a esposa Angelina. São casados há 26 anos, se dão muitas bem, ela trabalha no comércio e eles têm dois filhos. Ela o vê como um bom pai, ingênuo, trabalhador e que tem bom coração. Sua principal dificuldade está relacionada a problemas no trabalho. Ela deixa como sugestão encarar os problemas de frente.

Mariana escolheu sua cunhada e amiga de ginásio Hebe. Ela vê Mariana como uma pessoa irônica, perspicaz, de pavio curto, não rancorosa e honesta. Acredita que sua maior dificuldade esteja no relacionamento com o marido, pois ela acha que quer se separar. Como sugestão ela deixa que Mariana pense mais nela para tomar uma decisão.

Heloisa escolheu sua filha Vanessa, que ficou impressionada que o irmão Luiz acha que os pais têm problema no relacionamento. Vanessa disse que não entende sua mãe, pois ela trabalha muito não relaxa e só dá atenção ao irmão mais novo, tem ciúmes disso. Vanessa acha que a mãe precisa de mais carinho dos filhos e do

marido e que seu maior problema está em questões não resolvidas com o filho mais novo. O conselho foi que houvesse mais diálogo entre a família.

Alfredo escolheu o filho Luiz Henrique, de 41 anos, casado. Luiz acha que o pai é introvertido, tem dificuldades de tomar decisões, é muito amigo e muito franco. Ele acha que as principais dificuldades giram em torno da doença e do relacionamento com a esposa.

Lucas trouxe a ex-mulher, Olga. Ela contou toda a história de como conheceu Lucas, dizendo que o único erro foi eles terem se separado. Ela vê Lucas como um homem de muito caráter, responsável, trabalhador, bom pai e prestativo para com os outros. Ela gostaria que ele ficasse em casa e acha que ele também quer isso, caso contrário já teria saído de casa. Acredita que o maior problema dele está nas confusões e dívidas com a outra mulher e como conselho acha que ele deveria esquecê-la.

Cesar ficou no seu papel não quis trazer ninguém. Só falou que queria começar uma nova vida a partir de agora e que suas principais dificuldades são com questões relacionadas à doença.

Compartilhar:

Todos gostaram muito da técnica e terminamos o grupo em círculo com solilóquio de como estavam saindo do grupo. Os participantes utilizaram palavras como surpresa, mais feliz, tranquilo, na mesma.

Tarefa: Técnica da balança

Baseado na primeira atividade. Entrega-se aos participantes do grupo uma folha contendo as seguintes consignas: dificuldade, vantagens, desvantagens, o que

preciso fazer para provocar mudança. O participante deve preencher os campos e trazer na próxima sessão.

Objetivos

Esta técnica tem como objetivo que o participante se dê conta de suas dificuldades, porque as mantém e de que forma pode modificá-las.

DÉCIMO ENCONTRO

Técnica virar a roda:

As coordenadoras pedem que os participantes Façam uma roda todos de mãos dadas pra fora da roda. Em seguida que tentem se virar pra dentro sem soltar as mãos.

Objetivo

A técnica tem como objetivo que os participantes se deem conta que para promover mudanças torna-se necessário sair dos impasses e ousar movimentos novos.

Relato

O grupo conseguiu facilmente entrar na roda. Conversamos sobre como devemos estar sempre olhando pra dentro. Sobre a necessidade de buscar soluções e diferentes formas de solucionar os problemas.

Compartilhar sobre a tarefa Técnica da Balança:

Valdir começou falando do seu problema: dificuldade de relacionamento com a independência da mulher. Trouxe como vantagem o lado financeiro já que agora ela paga as contas dela. Como desvantagem trouxe o distanciamento afetivo entre os

dois a falta de tempo e de contato entre eles. Também falou de sua sensação de desvalorização. Valdir foi questionado se este problema surge somente do lado da esposa ou se ele tem partes envolvidas. Valdir acha que ela está descontando os erros do passado.

João trouxe escrito, como problema, as dificuldades que teve no trabalho. Trouxe várias vantagens como a aproximação entre a família, mais dialogo entre eles, os filhos ficaram mais independentes, eles aprenderam a economizar e a perceber o real valor das coisas. Como desvantagem ele está desatualizado no mercado de trabalho, está ganhando menos dinheiro e terá de se adaptar às novas condições.

Mariana tem como problema as dificuldades com o marido. Ela não vê vantagem nenhuma, a não ser, ter percebido que existe um problema entre eles. Como desvantagens, Mariana colocou que gerou um clima ruim na casa, pois envolve os filhos juntos. Então ocorrem brigas de família. Seu filho mais velho está envolvido com drogas e o mais novo é músico. Ela se emocionou bastante e disse que sempre aparenta ser uma mulher forte que parece não ter problemas, mas que isso esta sendo muito difícil pra ela.

Heloisa se enrolou e não falou muito especificamente de seu problema. Disse que seus problemas são coisas que já passaram, de infância, que não tem solução. Falou que é muito insegura e que não tem confiança em si mesma, que passou a vida sendo tratada como um lixo, que foi adotada e depois escorraçada, que nunca teve muito carinho e que tudo isso fica marcado na memória. Falamos da importância dela fazer um futuro melhor.

Alfredo falou que seus problemas são os de saúde, mas que ele não vê muita vantagem. A única coisa positiva é poder entender o problema dos outros.

Lucas trouxe como problema a dificuldade financeira que vem passando. Ele acha que como vantagem, mantém o vínculo com estas pessoas e agora está mais próximo da família e dos filhos. Como desvantagens, está cuidando de três famílias: da primeira ex-mulher, da segunda ex-mulher e do filho.

Depois deste primeiro momento, compartilhamos o que fazer para mudar.

Valdir acha que deve conversar e manter uma vida individual, sem depender da esposa. O grupo opinou: Heloisa acha que ele deve elogiar mais a mulher. Lucas acha que ele deve mandar rosas, convidar para jantar e não ficar falando tanto dos problemas. Valdir disse que pensa em mandar uma carta. João acha que ele deve se abrir e expor que está insatisfeito com a situação e que se sente desvalorizado. O grupo percebeu que Valdir estava bem resistente e sinalizou que ele já está se defendendo antes mesmo de tomar uma atitude.

João acha que quanto ao trabalho ainda tem que dar tempo para se adaptar, mas acha que deve emagrecer uns 20 quilos.

Mariana já decidiu sua mudança e vai se separar do marido, pois ela não tem mais força para lutar por este casamento e não quer. O único problema é que o marido é acomodado não quer se separar e eles têm de vender a casa para isso. João propôs que ela ameaçasse o marido com o divórcio litigioso, assim logo ele toma uma atitude.

Heloisa acha que a solução é o diálogo, mas que isso é muito difícil com a família fechada que ela tem.

Alfredo acredita que deve deixar o tempo passar para apagar as feridas. O grupo sugeriu que ele dialogasse e Lucas propôs que ele tentasse trabalhar a autoestima de sua mulher com mais carinho e atenção.

Lucas acha que a solução é ele continuar a ser o moderador da família, mas também moderar e colocar limites nos outros podendo olhar mais para si.

Ritual

Ao final da sessão os participantes devem pegar suas dificuldades e queimar e o que é preciso fazer para provocar mudança deve no dia de hoje guardar em baixo do travesseiro e depois colocar dentro de um livro que seja importante.

Comentário das coordenadoras:

Foi um grupo muito bom os participantes se manifestaram várias vezes e deram conselhos produtivos a seus companheiros.

DÉCIMO PRIMEIRO ENCONTRO

Técnica imagem do grupo:

É colocada uma folha de papel no centro do grupo e é solicitado que executem um desenho coletivo que caracterize a história do grupo. Ao final, compartilha-se e cada um fala como foi sua trajetória no grupo.

Relato

Os participantes sentaram-se em círculo e começaram a desenhar:

Pedro desenhou uma estrela de cinco pontas, pois acredita que todos nós somos estrelas que brilham não como cometas que se apagam, mas com força e luz.

Adriano desenhou um coração pelo amor que existe entre os participantes.

Valdir desenhou “altos e baixos”, pois acredita que a vida é feita de momentos tanto altos quanto baixos e que eles devem ser enfrentados.

João uniu um desenho ao outro unindo os momentos tanto bons quanto ruins.

Mariana desenhou um pingo.

Heloisa desenhou uma linha reta, pois acha que a vida deve ser seguida sempre em linha reta.

Alfredo desenhou uma árvore.

Lucas desenhou um grupo reunido e comentou que a atividade realizada na semana passada demonstrou como o grupo está forte.

Cesar desenhou gaivotas, pois acha que esta mais livre e ao mesmo tempo viajando.

Avaliação pessoal e grupal:

Cada um individualmente deve falar como foi participar dos grupos.

-Como se sentiu no grupo? Como foi o relacionamento com os participantes do grupo?

-Qual momento (técnica) mais marcante, mais importante no decorrer do grupo?

-Que novas descobertas fizeram sobre si mesmos e sobre sua história de vida?

-Quais as diferenças, mudanças percebidas em seus comportamentos e em relação ao enfrentamento da doença no decorrer do grupo?

-O que sentiu falta? O que não gostou? O que poderia ser diferente?

Tarefa: Amigo invisível psicodramático:

Sorteia-se o amigo invisível. Porém este é um amigo invisível diferente, pois o presente escolhido deve representar a pessoa sorteada, a maneira como ela é vista. Na hora da revelação os participantes devem se candidatar ao presente pelas identificações com este, ou partes do mesmo. Exemplo: Dou este presente dentro de uma caixa, pois esta pessoa é muito fechada como um caixa.

DÉCIMO SEGUNDO ENCONTRO

Confraternização:

Amigo invisível psicodramático:

Realizamos o amigo invisível, foi muito bonito e todos conseguiram entrar bem no jogo. No final do grupo Mariana deu uma mensagem para cada um do grupo e um sapo kaeru que traz dinheiro. Pedro leu uma mensagem de Pablo Neruda e Adriano deu uma mensagem para cada um do grupo e uma carteira para cada uma das coordenadoras. Todo o grupo se despediu já com muitas saudades.

CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO

Através da entrevista inicial e dos encontros grupais, constatou-se que os pacientes cardiopatas aqui descritos, apresentavam dificuldade em falar dos seus sentimentos, em expressar suas emoções em relação à doença e modificar os hábitos necessários para uma boa reabilitação. As técnicas e jogos psicodramáticos possibilitaram que os pacientes expressassem o impacto que a doença teve em suas vidas, falando de sentimentos como medo, impotência, depressão e fantasias em relação a doença. O surgimento de uma doença cardíaca coloca o paciente em contato com a possibilidade de morte e com a necessidade de mudanças nos seus hábitos de vida, provocando a perda, mesmo que temporária, de alguns papéis, e a necessidade de desenvolver novos, para que possa aderir ao tratamento de reabilitação cardíaca. O resgate da espontaneidade capacita-o a buscar modificações necessárias em sua maneira de atuar, desenvolvendo formas saudáveis de lidar com seus sentimentos, suas relações e seus novos papéis. Entrar em contato com a doença e o que ela representa em sua vida é se tornar responsável pelo processo de melhora, sendo menos passivo em relação a sua condição de saúde e a reabilitação. Algumas pesquisas (Gloria H. Perez; Romano W. Romano - Temas Livres do LII Congresso da SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia) apontam que:

-57% dos pacientes não sabem o nome da sua cardiopatia corretamente,

-37% não sabem defini-la,

-43% não sabem as causas genéricas da doença,

-35,5% não sabem as causas específicas do seu próprio caso.

Esses números revelam uma postura absolutamente passiva diante da doença e do tratamento, e a responsabilidade atribuída exclusivamente ao médico. Essa característica foi percebida no início dos grupos em que os pacientes esperavam soluções imediatas para seus conflitos emocionais, tinham uma postura bastante passiva diante das diretoras e esperavam que o trabalho fosse em forma de palestras e que não precisassem se envolver, falar e entrar em contato com o que sentem. Fleury (1990), coloca que “a conquista do conhecimento através de um processo participativo desenvolve recursos para aprender sobre o próprio processo de aprendizagem”. A práxis psicodramática é basicamente vivencial, levando o sujeito à ação. As técnicas e jogos psicodramáticos permitiram desenvolver os temas ligados à doença, de modo que os participantes tivessem um papel ativo no processo de se conhecer e de se modificar, desenvolvendo um novo papel: o de cuidadores de si mesmos. A aquisição de qualquer papel passa pelas fases de *role-taking*, *role-playing* e *role-creating*. No contexto apresentado, os pacientes, iniciaram o *role-taking* deste novo papel.

Fox (2002, p. 92) coloca que em situações de mudanças na vida somos pressionados a agir e que “com a magnitude da mudança aumenta proporcionalmente a magnitude de espontaneidade que uma pessoa deve alcançar para enfrenta-la”. Caso não consiga encontrar espontaneidade suficiente para encarar a mudança e dar novas respostas há um desequilíbrio que aparecerá em suas relações interpessoais e em seus papéis. Neste sentido, para resgatar a espontaneidade através do uso das técnicas e jogos psicodramáticos, a etapa do aquecimento foi imprescindível. Quando é solicitado ao grupo caminhar, entrar em contato com o seu coração, com seus batimentos cardíacos, está se convidando o paciente a sair da lógica formal e a entrar num outro contexto, a experimentar

olhar-se de outro modo. Moreno (1993) coloca que a primeira manifestação da espontaneidade é o aquecimento preparatório, e ele é tão importante que a participação e o envolvimento no grupo serão maiores quando o aquecimento for bem planejado e dirigido. Como exemplo, a apresentação com o jogo da teia de aranha, realizada no primeiro encontro, que possibilitou que os pacientes ficassem mais descontraídos para se apresentarem e promoveu a integração grupal, que tanto interfere num nível adequado de aquecimento para o trabalho dramático.

Apresentar-se para um grupo e concretizar a ligação entre seus membros através de um fio de lã é objetivar a relação que ali existe, criando laços que os une, possibilitando um clima de união, de objetivos comuns por estarem reunidos, aquecendo-os assim para os encontros. “A preparação para o grupo tem a importante função de aumentar a adesão ao trabalho, condição importante para a coesão grupal” (FLEURY, 1990). A apresentação, em que além de falar o nome, amarra-se a lã onde acha que é a parte do corpo mais importante, já aquece o paciente para o contato com seu corpo, com a importância que dá a cada parte deste e conecta-o com a sua doença. Além disso, coloca-o em contato com sua espontaneidade e criatividade ao ter que se apresentar de uma maneira fora do habitual, e “dar uma resposta adequada a uma situação nova”.

Neste primeiro encontro, pedimos também que os pacientes fizessem um desenho de seu coração. Segue a descrição do que cada participante desenhou: *Pedro desenhou o coração como uma máquina e disse que sua máquina anda meio estragada, com alguns problemas, precisando de uma revisão. Adriano desenhou um coração formal e escreveu dentro dele as palavras: ansioso, danificado, fisicamente bem, mas com saudades da mãe que ele perdeu há pouco tempo. Valdir*

desenhou um homem inteiro bem gordinho, com várias pontes de safena e uma mamária. João desenhou um coração pequeno, que é como ele gostaria que fosse seu coração, pois ele sofre de coração grande, tanto físico, quanto emocionalmente. Mariana desenhou um coração normal, mas com algumas falhas pretas e uns riscos pretos que ela diz serem problemas invadindo seu coração e a fumaça do cigarro. Heloísa desenhou um coração metade vermelho, metade preto. A parte preta é devido a uma murçada que ele deu, após algumas decepções que ele sofreu. Lucas desenhou um coração em formato de sol, pois tem muita esperança de ficar bem. Colocou uns coraçõezinhos chorando, pois está triste de passar o primeiro dia dos namorados sozinho. Cesar desenhou um coração com riscos dentro, representando seu nervosismo e ansiedade.

Pode-se perceber que através do desenho, denominado no Psicodrama de psicograma, uma forma de objeto intermediário, os pacientes puderam entrar em contato com um tema de difícil abordagem: o coração e seus sentimentos. Castanho (1995) coloca que “jogos utilizando objeto intermediário são jogos aplicados quando o contato direto com o tema deixa o “campo tenso” e a espontaneidade bloqueada”. Ao desenhar, dar um formato, um tamanho, escolher as cores e as marcas de seu coração, o paciente ativa a criatividade e a espontaneidade, colocando de forma objetiva sua percepção. Para os pacientes em questão, falar de seus sentimentos era uma dificuldade reconhecida. Sua espontaneidade estava cristalizada. Quando compartilham com o grupo como é seu coração, através do desenho e da fala, descrevendo o que o coração “doente” carrega e quais são suas necessidades, conseguem expressar seus sentimentos em relação à doença, resgatando a fluência de suas emoções.

Muitas doenças cardíacas, como infarto do miocárdio, por exemplo, são consequências de hábitos nocivos à saúde. Fatores de risco como o sedentarismo, alimentação rica em gorduras, o tabagismo e o stress, são comportamentos conservados que contribuem no surgimento dessas doenças. Modificar esses comportamentos, buscando novas respostas, é necessário à sua reabilitação. Um jogo que contribuiu na abordagem deste tema foi o “jogo do antes e depois da doença”, realizado no oitavo encontro. Os temas propostos foram a ruptura na história de vida, alimentação, exercício físico, medicamentos, cuidados com a saúde, maneiras de agir e demonstrar os sentimentos, relacionamento com a família. A técnica da concretização permite materializar emoções, conflitos, doenças, de modo que se torna manifesto o conteúdo daquilo que é simbolizado apenas em referências verbais (GONÇALVES, 1988). Ao concretizar o lugar de “antes” e “depois” da doença no palco psicodramático, materializando a ruptura da doença na vida destes pacientes, eles puderam falar de suas perdas, da mudanças ocorridas, entrar em contato com seu comportamento prejudicial, enfim, com o impacto da doença em suas vidas. O Palco é onde se constrói o lugar da ação psicodramática e onde o grupo pode desvelar os significados de suas vivências, ampliando assim seu nível de consciência.

Na temática da alimentação, no “antes”, todos os participantes falaram que abusavam da bebida, de comidas gordurosas e do cigarro e que “depois” da doença aprenderam a se reeducar e serem mais saudáveis. *Valdir e Mariana assumiram que ainda não conseguem ter um controle na alimentação. Lucas era o único que já tinha uma alimentação saudável.*

Em relação à família, *João falou que a família dele antes era menos unida porque ele estava sempre na rua com os amigos bebendo e que a doença proporcionou que ele ficasse mais em casa. Mariana falou que quando ficou doente as coisas mudaram, pois ela parou de cuidar do marido e não foi bem cuidada por ele. Ela sempre se virou sozinha e não gosta de pedir ajuda. Sobre as mudanças, Adriano falou que a doença proporcionou que ele começasse mais a pensar sobre a sua vida, sua saúde e cuidar melhor de si. Mudou sua forma de pensar e agir.*

Valdir disse que antes da doença era muito mais calmo e tranquilo e que hoje em dia se estressa com tudo, fala alto, fica bravo. Disse gostaria muito de não ser mais assim.

Ao perceber-se neste processo de adoecimento, o paciente se dá conta das modificações que tem ocorrido em seu comportamento e quais comportamentos ainda precisa mudar. Gonçalves (1988, p. 47) coloca que

a possibilidade de modificar uma dada situação ou de estabelecer uma nova situação implica em *criar*: produzir, a partir de algo que já é dado, alguma coisa nova. A espontaneidade é um fator que permite ao potencial criativo atualizar-se e manifestar-se.

Neste sentido, confirma-se o importante papel do resgate da espontaneidade para que o paciente cardíaco possa criar novos comportamentos. Na teoria Moreniana, o termo Criatividade é indissociável da espontaneidade. Criatividade é a possibilidade de modificar ou estabelecer uma nova situação.

A revolução criadora que Moreno propõe é a recuperação da espontaneidade e da criatividade através do rompimento com padrões de comportamentos estereotipados, com valores e formas de participação na vida social que acarretam a automatização do ser humano e o obscurecimento de sua consciência.

O jogo do “antes e depois” favoreceu também a integração grupal e a troca de experiências ao revelar como cada um lida com as questões relativas ao adoecimento.

Moreno (1975) coloca que um dos princípios do grupo é que “um é agente terapêutico do outro”. No Psicodrama, valoriza-se o saber do grupo. Um jogo que favoreceu a troca grupal e promoveu o encontro de soluções simples para os problemas, através do outro, foi o “jogo antisstress”, realizado no segundo encontro, onde foi realizada uma troca dos “problemas” de cada um. Por exemplo, Valdir escreveu que seu problema era o relacionamento com a esposa, emprestar dinheiro para terceiros e doença. Adriano, que pegou a folha escrita por Valdir, aconselhou que mantivesse mais diálogo com a esposa para perceber quais são as suas necessidades, que não emprestasse dinheiro a qualquer pessoa aprendendo a dizer não, e que cuidasse de sua saúde, continuando o tratamento. Através de um novo olhar sobre seus problemas, Valdir pode ampliar sua percepção pela contribuição de outro participante do grupo.

Outro exemplo: Alfredo escreveu que seu problema era a falta de compreensão. Pedro aconselhou dizendo que devemos começar nos abrindo com o outro e mostrando o quanto nos sentimos mal compreendidos, pois é fácil colocar a culpa nos outros, difícil é reconhecer nossa parte do problema. Este conselho confrontou Alfredo com suas atitudes, responsabilizando-o por se sentir incompreendido.

Neste jogo, os pacientes puderam trocar experiências e criar soluções para as dificuldades trazidas por eles. O encontro entre os participantes e seus conflitos possibilitou a identificação de iguais, o incentivo e apoio para novas formas de agir. O grupo possibilita que as pessoas compartilhem sua problemática, as dificuldades

encontradas em lidar com esta; permite identificar sua conduta, suas inibições, e proporciona o reconhecimento de recursos pessoais para modificar a situação atual.

Navarro (1999, p. 129) coloca que

em um grupo terapêutico o sentimento de segurança e aceitação entre os participantes, o *continente grupal*, por intermédio do fortalecimento dos laços entre seus integrantes e o desenrolar das técnicas aplicadas, faz com que os elementos do grupo sejam capazes de enfrentar os de outros grupos da sociedade(família, emprego, etc.), que não oferecem tal continência.

Moreno (apud FLEURY, 1999, p. 51)

observou que a experiência compartilhada pelos participantes nos grupos provoca o desenvolvimento de vivências comuns inconscientes, interligadas, ao que chamou de estados co-conscientes e co-inconscientes. Contribuem para o clima do grupo, na medida em que podem levar ao fechamento ou à abertura dos participantes para determinados conteúdos emocionais.

Com o grupo, os pacientes começam a perceber que entender sua dinâmica possibilita modificar-se. Navarro (1999, p. 136) afirma que “saber o que o outro passou permite maior integração, proximidade e entendimento”. Isso cria uma continência de muita intensidade afetiva entre os participantes, o que é bastante terapêutico. “Poder ver o outro, e se ver, é muito produtivo” (NAVARRO, 1999, p. 136).

No nono encontro foi realizada a técnica de inversão de papéis, em que os participantes escolheram alguém de seu átomo social e que contribui para ampliar a percepção dos participantes diante da conduta que assumem em suas relações. Pedro, por exemplo, escolheu sua esposa Neide. Eles estão juntos há 26 anos, ela trabalha fora e a relação dos dois ultimamente está acomodada, na rotina. Ela (Pedro, em seu papel), percebe Pedro como uma pessoa teimosa, atenciosa e trabalhadora. Através desta técnica, Pedro se deu conta que na presença da mulher, por ser muito cobrado de forma imperativa, acaba transgredindo as recomendações ligadas a alimentação.

O grupo permite um reconhecimento do eu, de quem eu sou neste grupo, quem eu sou agora com a doença. Moreno coloca que a “fase do reconhecimento do eu” é a fase da matriz de identidade em que a criança começa a reconhecer-se e diferenciar-se. Com o uso das técnicas e jogos psicodramáticos nesta pesquisa, buscou-se trabalhar o autoconhecimento dos participantes, principalmente pela ruptura na identidade promovida pela doença. A técnica da linha da vida, no terceiro encontro, permitiu que cada um entrasse em contato com sua história de vida, correlacionando-a com a doença. Observa-se isso em Valdir: “meus problemas de saúde têm ligação íntima com a perda de da minha antiga namorada, de quatro anos e em quem penso até hoje” (sic). Também incluiu como fator contribuinte para o desenvolvimento da doença, a morte de sua mãe por infarto e as dificuldades no relacionamento com a mulher atual, por todo estresse que tem sentido. Em outro exemplo desta técnica, Adriano, que fez uma linha cronológica e colocou os acontecimentos relacionados a sua vida profissional, citou como pontos marcantes de muito stress e que provavelmente influenciaram no seu AVC, a morte do irmão e da mãe e o processo de qualificação de sua empresa. Acredita que toda sua história tenha realmente influenciado em sua atual condição de saúde.

O jogo desenvolvido no quarto encontro, dividido em duas partes, “como eu me vejo” e “como os outros me veem”, também ilustra a mobilização promovida para o autoconhecimento através das técnicas e jogos psicodramáticos.

O adoecimento, o diagnóstico, os cuidados necessários, promovem uma quebra na identidade, de modo que o indivíduo precisa incorporar um novo papel, o de doente, e neste caso, o de cardiopata. E para desenvolver este papel, que é imposto por sua condição, passa pelas fases de *role-taking*, *role-playing*, *role-creating*. Na fase de

role-taking, vai incorporando as mudanças, recebendo da equipe médica as instruções dos fatores de risco, da reabilitação, das proibições decorrentes da doença. No *role-playing*, começa a vivenciar o processo reabilitação como um todo, lidando com as dificuldades inerentes ao adoecer. O *role-creating* é o resultado de um desempenho satisfatório neste novo papel, tendo incorporado os cuidados necessários, aceitando suas limitações e criando novas possibilidades de lidar com a doença. Ao mobilizar os estados espontâneos, através das técnicas e jogos psicodramáticos, possibilita-se que este papel seja desenvolvido e incorporado com um maior potencial de ação, podendo-se refletir na adesão ao tratamento.

Uma etapa imprescindível para elaborar a experiência vivida, após a utilização das técnicas e jogos psicodramáticos, é o compartilhar dos participantes do grupo. Yalom (1995, p. 136) denomina “iluminação do processo” a reflexão da experiência vivida, onde há a construção de “um referencial de conhecimento sobre o experimentado”. O Compartilhar permite a apropriação dos conteúdos mobilizados pela vivência e fortalece a coesão grupal.

Conclusão

A partir da pesquisa, pode-se perceber, no âmbito geral, que as técnicas e jogos psicodramáticos contribuíram de forma significativa no resgate da espontaneidade e criatividade dos pacientes em reabilitação cardíaca que participaram do grupo, propiciando aos participantes um papel ativo em relação à reabilitação. A práxis Psicodramática permite a esses pacientes, que muitas vezes tem uma postura passiva diante do cuidado em relação à doença, compreender sua dinâmica de forma participativa, em que pensamento, sentimentos e percepções são transformados. Através do reconhecimento do eu, neste contexto do adoecimento,

foi ampliada a percepção dos participantes, levando-os à uma maior consciência sobre sua doença, bem como, as formas adequadas que poderiam encontrar para lidar com esta. Evidenciou-se a importância do grupo na vivência das técnicas e jogos psicodramáticos, em que a continência grupal, a noção de pertencimento, o reconhecimento de iguais potencializam os resultados promovidos por estas. A etapa do compartilhar, além de favorecer a coesão grupal, permitiu elaborar a experiência vivida, internalizando a percepção desenvolvida pelo uso das técnicas e jogos psicodramáticos.

Através da apresentação das sessões do grupo, foi possível demonstrar o uso das técnicas e jogos no contexto da reabilitação cardíaca, evidenciando-se que neste contexto, são indicadas aquelas que favoreçam o reconhecimento do eu, ajudando o paciente a lidar com a ruptura na identidade promovida pela doença. Técnicas e jogos que contribuam para a troca grupal, para a manifestação do saber do grupo, são indicados neste processo, pois o reconhecimento do eu, também se dá através da relação com o outro.

Pode-se perceber que os pacientes conseguiram acessar conteúdos de difícil abordagem, assim como expressar seus sentimentos e questionar posturas cristalizadas em sua vida.

Conforme o explicitado, conclui-se que a hipótese da presente pesquisa foi confirmada.

CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao responder a pergunta de pesquisa, o conhecimento e a percepção são ampliados e, com isso, a abrangência do fenômeno observado. A partir daí, novas perguntas são levantadas.

- Como as técnicas e jogos psicodramáticos poderiam contribuir na prevenção das cardiopatias e na modificação dos fatores de risco, em sua maioria comportamentais?
- Quais aspectos emocionais são mais relevantes na adesão ao tratamento dos pacientes cardiopatas?
- Qual a relação entre a percepção do adoecer e a adesão ao tratamento? Como seria um trabalho com o uso do Psicodrama que incluísse a família do paciente cardiopata?
- Como poderia ser feito um trabalho com a equipe médica através do uso das técnicas e jogo psicodramáticos, para sensibiliza-los em torno das questões emocionais dos pacientes em reabilitação?

Como Moreno (1993) escreve no poema Divisa: “Mais importante do que a ciência é o seu resultado, Uma resposta provoca uma centena de perguntas”. Esta pesquisa, além de ter produzido conhecimento, possibilitou que as pessoas que participaram, tivessem suas vidas tocadas pela espontaneidade e criatividade da proposta moreniana.

CAPÍTULO 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Plano, 2002.
- BICUDO, M. A. V. **Fenomenologia**: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez, 2000.
- BRODT, M. **Infartei e agora?** Porto Alegre: AGE, 2007.
- CARVALHO, T.; MONTE, F. G., MARA, L. S. **Exercício Físico**: os dois lados da mesma moeda. 2009.
- CASTANHO, G. P. Jogos dramáticos com adolescentes. **O jogo no psicodrama**. São Paulo: Àgora, p. 23–43. 1995.
- CUKIER, R. **Psicodrama Bipessoal**: sua técnica, seu paciente, seu terapeuta. São Paulo: Àgora, 1992.
- FLEURY, H. J. **Revista brasileira de psicodrama**. v. 1. São Paulo: Diretoria de Divulgação e Comunicação da FEBRAP. Set, 1990.
- FOX, J. **O essencial de Moreno**. São Paulo: Àgora, 2002.
- GERSHONI, J. (org). **Psicodrama no século 21**: aplicações clínicas e educacionais. Tradução de Moyses Aguiar. São Paulo: Àgora, 2008.
- GOLÇALVES, C. S. Técnicas básicas: duplo, espelho e inversão de papéis. **Técnicas fundamentais do psicodrama**. 2. ed. São Paulo: Àgora, p. 18-26, 1993-1998.
- GONÇALVES, C. S; WOLFF, J. R.; ALMEIDA, W. C. **Lições de Psicodrama**: introdução ao pensamento de J. L. Moreno. São Paulo: Àgora, 1988.
- I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular Arq Bras Cardiol, v. 69, n. 4, 1997.
- LAB TESTS ONLINE. **Doença cardiovascular**. Disponível em: <<http://www.labtestsonline.org.br/understanding/conditions/cvd/start/1>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

MALAQUIAS, M. C. Teoria dos grupos e psiquiatria. **Intervenções Grupais: o psicodrama e seus métodos**. São Paulo: Ágora, p. 17-36, 2012.

MARINEAU, R. F. **Jacob Levy Moreno, 1889-1974: Pai do Psicodrama, da Sociometria e da Psicoterapia de Grupo**. São Paulo: Ágora, 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: UCITEC ABAASCO, 1994.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1975.

MORENO, J. L. **Quem Sobreviverá?** Fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama. v. 3. Goiânia: Dimensão, 1992-1994.

NERY, M. P. **Grupo e intervenção em conflitos**. São Paulo: Ágora. 2010.

PERAZZO, S. Psicodrama grupal. **Intervenções Grupais: o psicodrama e seus métodos**. São Paulo: Ágora, p. 73-93, 2012.

ROMANO, B. W. **Psicologia e Cardiologia: encontros possíveis**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SANTOS, A. G. Auto-apresentação, apresentação do átomo social, solilóquio, concretização e confronto. **Técnicas fundamentais do psicodrama**. 2. ed. São Paulo: Ágora, p. 105-125, 1993-1998.

SANTOS, V. **Trabalhos acadêmicos: uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre: Age. 2006

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

VILELA, A. L. M. **Anatomia & Fisiologia Humanas**. Disponível em: <http://www.afh.bio.br/>. Acesso em: 15 dez. 2012.

WECHSLER, M. P. da F. **Pesquisa e Psicodrama**. São Paulo: Revista Brasileira de Psicodrama, v.15, n. 2, 2007.

WECHSLER, M. Articulando a pesquisa-ação existencial aos métodos sociométricos. Disponível em:

<http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicodrama/articulando_pesquisa_acao.htm>. Acesso em: 10 dez 2012.