

**LIZ VERÔNICA VERCILLO LUISI**

**“TERAPIA COMUNITÁRIA: BASES TEÓRICAS E RESULTADOS  
PRÁTICOS DE SUA APLICAÇÃO”**

Trabalho apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica (do Núcleo de Família e Comunidade) sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosa Maria Stefanini Macedo.

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**São Paulo - 2006**

**LIZ VERÔNICA VERCILLO LUISI**

**“TERAPIA COMUNITÁRIA: BASES TEÓRICAS E RESULTADOS  
PRÁTICOS DE SUA APLICAÇÃO”**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**São Paulo – 2006**

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

A meus pais, Moerys e  
Antonio, referência  
plena de amor a dois, à  
família, ao trabalho e,  
sobretudo, à vida.

Ao amor maior desse  
mundo, fonte de pura  
alegria e força do  
meu viver: Anísio,  
João Victor e  
Amanda Maria.

**À sabedoria magnífica de Rosa Macedo e Mathilde Neder.**

**E a todos os professores e funcionários da PUC-SP,  
corpo e alma dessa Universidade.**

### Agradecimentos de uma travessia em rede:

Profa. Dra. Rosa Maria Stefanini de Macedo, nossa querida Rosinha, que me presenteou com a honra de aceitar orientar este trabalho, compartilhando comigo seus fabulosos conhecimento e inteligência e uma fé inabalável numa psicologia mais justa e ética para todos. Por me apoiar, sempre, acreditando que seria possível chegarmos até aqui, meu mais emocionado, sincero e profundo: muito obrigada!

Profª Drª Mathilde Neder, a “Tia Mathilde”, meu exemplo e inspiração ímpares de sabedoria, pioneirismo, generosidade, alegria e humanismo. Ter sido sua aluna e conhecê-la de pertinho foi uma das melhores experiências que pude ter nessa vida. Conhecê-la como ser humano foi ainda muito, muito melhor. Meu eterno agradecimento por aceitar ser parte da banca examinadora, enriquecendo sobremaneira, o trabalho com suas contribuições.

Dra. Marilene Grandesso, minha querida Lene: nosso caminho em tantas jornadas nos tornou mais que parceiras, mas irmãs da vida. Em mais este trecho de nossa caminhada, quero agradecer-lhe por todas nossas experiências compartilhadas, pelas oportunidades, as “aulas particulares que assisti ao lhe ver atendendo comunidades”, a parceria como terapeutas, supervisoras, viajantes e por nunca ter me deixado abandonar o navio. Nosso trajeto juntas é profundamente preñado de significados ricos, de experiências de sentido, de amor, afeto e amizade.

Profa. Dra. Ceneide Maria de Oliveira Cervený, cara Tia Ceneide, que marcou toda minha formação pós-graduada, tendo supervisionado a primeira família que atendi, ainda na especialização. Abriu-me, também, o espaço para a primeira pesquisa e publicação em Terapia Familiar. Você esteve e estará sempre presente nessa trajetória.

Profa. Dra. Ida Kublikowski, mestra, pesquisadora e grande colega, que me ensinou a curtir *Morin* e degustar lentamente uma pesquisa. Sua enorme generosidade pessoal de ler, corrigir e sugerir a qualquer momento em que solicitássemos sua colaboração, torna qualquer agradecimento reduzido perto do tanto que me sinto grata a você, Ida.

Ao querido Mestre, Darcy Corazza, responsável número um por minha formação clínica, especialmente no que se refere à “ética de debruçar-se” sobre outros seres humanos. Você, meu grande Mestre, cunhou minhas primeiras e definitivas marcas profissionais.

Aos amigos do peito: Márcia Volponi, Raphael Cangelli Filho e Sylvia Van Enck Meira, por tudo, tudo que vivemos e ainda viveremos juntos e é “indizível” mas principalmente, por não me permitirem abandonar definitivamente o navio e me afogar, buscarem-me de bote salva-vidas, trazendo-me de volta, pelas próprias mãos. Só vocês...

Mônica Galano e todas as queridas “tias”, mestras da “família” do Curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal da PUC/SP, pela excepcional formação oferecida num contínuo exemplo e presença, que constitui minha identidade sistêmica.

Dr. Adalberto Barreto, criador do modelo da Terapia Comunitário Sistêmico Integrativo por sua genialidade e competência de criar um modelo de trabalho genuinamente brasileiro, voltado às populações desfavorecidas, úteis em todo o mundo e que conquistou milhares de terapeutas comprometidos com ações sociais.

Prof<sup>a</sup> Miriam Rivalta Barreto, presença nova em minha vida e que já se transformou numa amiga. Agradeço por sua colaboração material e também moral. Sua delicadeza e disponibilidade de ajuda foram fundamentais.

Amigas e parceiras de TC: Lene, Maria Olímpia Jabur Saikali (Dica), Roseli Di Mauro, e, Sylvia Saueia Godoy: partilho com vocês este trabalho, pois que foi comunitário também na formação desta equipe. Uma troca humana e técnica privilegiada. Obrigada por tantos significados co-construídos de emoções e competências. Também, pelo companheirismo em nossas aventuras comunitárias por São Paulo e Brasil afora. Agradeço, ainda, ao Dr. Simon Saikali, nosso generoso anfitrião, por tornar nossas terapias comunitárias mais alegres e saborosas.

Os usuários e Agentes Comunitários de Saúde do Jardim Santo Elias e UBS Vila Mangalot: todas as pessoas que passaram pela Terapia naquela comunidade, por ter nos permitido vir a ser terapeutas comunitários. Para além de favorecer e ter incentivado nossos dois anos de trabalho nesta comunidade, com certeza vocês me tornaram uma pessoa bem melhor. Agradeço também os profissionais voluntários da Colônia Espírita Fraternidade (Avaré, SP) e seu fundador, Neto, pelo trabalho maravilhoso que realizam com as famílias atendidas, por viabilizarem todas as condições necessárias às sessões de TC e também, aos usuários, por partilharem conosco suas histórias de dor e resiliência.

Agradeço especialmente aos amigos Claudia Marra e Laurentino dos Santos, Claudia Bruscagin, Valéria Meirelles e Ana Lúcia Horta, pela inestimável colaboração e apoio em todos os momentos e, em especial, nas trevas de solidão que a escrita nos impõem.

Os amigos da PUC, de ontem, de hoje e de sempre: Carolina Sales, Eugenia Koutsantonis, Éster Affini, Christina Manço Cury, Rosa Vicente, Jair Lourenço Silva, Soninha de Oliveira, Nancy Bergami, Sheila Martins e Wanda Rogéria Assis. Amigos sinceros, queridos e para sempre presentes em meu coração.

“Formiguinhas” da Comissão de Publicação da ABRATEF, gestão da querida Sandra Fedullo Colombo, pela amizade e pertencimento, exemplo e estímulo.

Amigas de todas as horas, pela interlocução, apoio e paciência comigo: Maria de Lourdes Marques da Silva e Sylvia Van Enck Meira: Nota dez.

Minha mágica família, Anísio, João Victor, Amanda Maria e meu querido pai, Antonio Luisi: Com sacrifícios, coragem e muito apoio, de todas as maneiras, vocês cuidaram e criaram as condições necessárias para que eu concluísse o presente trabalho. Meus manos Marcus, Flavio e Deborah; tios Maria Helena e Amaury, Tia Helena Vartanian e para sempre, Tio Vahe, Dona Anna, Nonna, Vó Biga e minha



mãe, Moera - galera de todas as torcidas importantes em minha vida pela escuta, apoio, pontapés, orações, gargalhadas e por um amor imenso e mútuo. Valeu, família!

Meu agradecimento muito, muito especial: à minha filha Amanda Maria, pela colaboração direta nas tarefas possíveis, madrugada adentro e por suas palavras maduras de estímulo. Ao meu filho, João Victor, pelas aulas de tecnologia e “as duras” cheias de mel. Vocês são meu maior exemplo de competência e solidariedade!

A Deus que, em Sua misericórdia infinita, torna tudo possível.

Quem não compreende um olhar,  
tampouco compreenderá uma longa explicação.

*Mario Quintana*

## RESUMO

A Terapia Comunitária (TC), criada e difundida pelo psiquiatra cearense, ADALBERTO BARRETO, é uma prática terapêutica que funciona como espaço comunitário de expressão e escuta do sofrimento, originado por conflitos pessoais, familiares e sociais, de pessoas que vivem em comunidades marcadas por grande desigualdade social; razão pela qual não têm fácil acesso aos recursos de saúde mental a que deveriam ter direito. A TC favorece a dimensão terapêutica do próprio grupo, promovendo a vida e mobilizando recursos e competências de indivíduos, famílias e comunidades. Valoriza a herança cultural e o saber promovido pela experiência de vida de cada um, permitindo a formação de redes sociais solidárias. A TC tem se mostrado uma poderosa ferramenta para o atendimento de grandes demandas, na área da saúde e da educação, diante de desafios como a violência, o alcoolismo, o abuso de substâncias químicas, problemas de saúde mental, entre muitos outros. Atualmente, em todo o Brasil, existem mais de oito mil terapeutas comunitários. O grande interesse de diferentes profissionais por essa formação, aliado à força de resultados que a TC possibilita, mobilizou a escolha do tema como centro da presente dissertação. Partindo de uma experiência que foi pioneira na cidade de São Paulo, entre 2002 e 2003, o interesse deste trabalho está em possibilitar a compreensão dos significados atribuídos à Terapia Comunitária por participantes dessa experiência, além de construir uma sistematização teórica básica levando em consideração os principais conceitos envolvidos: comunidade, substratos teóricos da TC, questões de contexto (vulnerabilidade e risco), assim como, dar uma clara explicação do processo da realização terapêutica. Utilizou-se o método de pesquisa qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas e, como referencial, o enfoque narrativo e a reconstrução de significado. Foram entrevistadas cinco pessoas, cujos depoimentos são apresentados como ilustração de casos realizados da referida terapia, em uma comunidade da região metropolitana oeste da cidade de São Paulo. A análise qualitativa mostra significados atribuídos à TC, como grande mobilização coletiva solidária, melhor enfrentamento das dificuldades cotidianas, maior facilidade em tomar decisões e melhoria na qualidade das relações profissionais.

## ABSTRACT

The Community Therapy (TC), created and spread out by its founder, the Brazilian psychiatrist from Ceará, ADALBERTO BARRETO, is a therapeutic practice that offers community space for the expression of suffering, from personal, social and family conflicts, specially for people of communities characterized for great social inequality; main reason they don't have easy access to mental health services they have the right to. The TC intends to favor the group's own therapeutic dimension, promoting life and the mobilization of resources and personal, family and community abilities. The cultural heritage and the knowledge that comes from daily life is valued, which permits the formation of social solidarity networks. TC has shown as a powerful tool of attendance of great demands in the areas of health and education, especially those involving challenges as violence, alcoholism, substance abuse, mental health problems and many others. Today, all over Brazil, there are more than eight thousand community therapists. The huge interest from different professionals for this formation, plus the strength of the results from its practice was the main reason to choose it as the subject of this thesis. Starting from a pioneer experience in the city of São Paulo, between 2002 and 2003, the interest for this research, besides the possibility to understand the meanings given to the Community Therapy by the people who were part of it, is to built a basic theoretical systematization considering the main concepts involved: community, TC's theoretical substrata, issues of context (vulnerability and risk), and a clear explanation of the therapeutic practice and its process. The method used was the qualitative research, with semistructured interviews and, used as reference the narrative approach and the reconstruction of new meanings. Five people were interviewed, and what they said is presented as TC examples that took place at a community in the west part of São Paulo's metropolitan area. The qualitative analysis shows the different meanings given to TC, as great solidarity community mobilization, the ability to deal better with the daily difficulties, easy choice making and better quality at professional relationships.

# SUMÁRIO

<b>I.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>III.FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	
<b>1. CONCEITOS DE COMUNIDADE.....</b>	<b>22</b>
1. A Filosofia de BUBER.....	23
2. A Sociologia de BAUMAN.....	25
3. A Psicologia Social Comunitária.....	29
4. Comunidade e Famílias de Baixa-Renda.....	34
5. Comunidade como Sistema.....	36
<b>2.: OS PILARES TEÓRICOS DA TERAPIA COMUNITÁRIA</b>	
1. Pensamento Sistêmico.....	37
2. Teoria da Comunicação.....	46
3. Pedagogia de Paulo Freire.....	51
4. Antropologia Cultural.....	55
5. Resiliência.....	58
<b>3. VULNERABILIDADE E RISCO, CRISE E CONTEXTO</b>	
1. Pobreza: contexto de vulnerabilidade e risco.....	62
2. Risco e Crise.....	63
3. Terapia Comunitária e Crise.....	63
4. Família, Ciclo Vital e Crise.....	66

#### IV.TERAPIA COMUNITÁRIA

1. Um pouco da História.....	68
2. Objetivos.....	72
3. Características e Pressupostos.....	73
4. O Terapeuta Comunitário.....	78
1. O Terapeuta Comunitário como (novo) ator social: papel e funções	
5. As etapas da sessão de Terapia Comunitária.....	83
1. Acolhimento – regras e especificidades da condução.....	84
2. Escolha do Tema.....	84
3. Contextualização - uso de perguntas.....	87
4. Problemática – motes.....	89
5. Encerramento: rituais de agregação.....	92
6. Avaliação.....	93
7. Supervisão/Intervisão.....	94
6. Cuidando do Cuidador: uma prevenção ao <i>Burnout</i> .....	96
1. Algumas informações sobre <i>Burnout</i>	

#### V.TERAPIA COMUNITÁRIA NO BRASIL

1. Visitando algumas publicações.....	100
1. Livros.....	101
2. Dissertações.....	102
3. Congressos Brasileiros.....	105
2. A ABRATECOM.....	116
1. Objetivos.....	116
2. Os Pólos Formadores.....	118
3. SENAD: uma capacitação específica.....	121
4. Sobre os Locais de TC no Brasil.....	122

3. Terapias Mambembes: particularidades da experiência.....	124
4. Refletindo sobre Políticas Públicas de Saúde.....	126
1. A criação do SUS.....	126
2. O Programa de Saúde da Família.....	128
3. Políticas de Saúde Mental.....	132
4. Terapia Comunitária e a Prefeitura Municipal de São Paulo.....	133
<b>VII.MÉTODO.....</b>	<b>137</b>
1. Introdução: a natureza metodológica.....	136
2. Estratégias da Pesquisa.....	138
2.1. Procedimento Geral de Coleta de Dados.....	139
2.2. Procedimento Específico da Coleta de Dados.....	139
2. 3. Local.....	140
2. 4 Participantes.....	140
2. 5. Instrumentos.....	141
3. Procedimento de Análise dos Resultados.....	141
4. Considerações Éticas.....	142
<b>VIII.ANÁLISE</b>	
1. Os Entrevistados: um breve diário de bordo.....	143
2. Resultados práticos: uma ilustração discutida.....	151
3. Discutindo e considerando um pouco da ilustração.....	175
<b>IX. CONSIDERAÇÕES PESSOAIS.....</b>	<b>176</b>

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **ANEXOS.**

1- Histórico do Projeto de Implantação da TC.....	1
2- Termo de Consentimento Informado do Participante em Pesquisa.....	6
3 - Roteiro Básico de Questões das Entrevistas.....	7
4- Apêndice: Material de Supervisão.....	8



“A primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido, está em ser capaz de agir e refletir”.

Paulo Freire<sup>1</sup>

## I - INTRODUÇÃO

### 1- Introdução: ponto de partida da navegação

Entendo que um trabalho científico do porte de uma dissertação de mestrado, em especial na área de ciências humanas e sociais, parte não só de uma navegação acadêmica e profissional, mas também de uma trajetória pessoal. Todo recorte clínico, na área da psicologia, implica em significados construídos a partir de experiências de sentido do próprio pesquisador; cujos valores e crenças, relações, olhares sobre a vida, a sociedade e o homem, parecem formar uma espécie de caleidoscópio organizado, cujas lentes enfocam o caminho através do qual os significados foram sendo construídos por este mesmo pesquisador. Tal construção ocorre via um repertório de interesses que exercemos no nosso modo de acessar o conhecimento; de sentidos que damos às experiências vividas e de como compreendemos os fenômenos da vida humana e social.

O presente trabalho, portanto, representa, num primeiro plano, histórias de uma viagem por novos espaços e caminhos, via organização de elementos já reconhecidos como relevantes, quer do ponto de vista clínico e social, quer do ponto de vista pessoal. Assim, é no contexto de comunidades e das populações de baixa renda que encontro o nicho apropriado para as minhas considerações, desenvolvidas sob a forma desta dissertação de mestrado.

Em minhas escolhas, tais como a graduação em psicologia, a especialização em Terapia Familiar e de Casal na visão sistêmica e o *strictu sensu* clínico dentro do

---

<sup>1</sup> Pedagogia do Oprimido, 1970.

Núcleo de Família e Comunidade desta Universidade, tenho um interesse claro e constante no cuidar e compreender o ser humano em suas mais genuínas buscas interiores, bem como sua inserção no universo de interação com os demais, mediada pelos contextos social e cultural. Na clínica privada, tenho experimentado encontros humanos profundos que se transformam, constantemente, em ricas experiências de crescimento para todo o sistema envolvido: clientes e terapeuta. Navegamos juntos, famílias, casais e indivíduos, por águas comuns, à luz da possibilidade de construção conjunta de novos significados e novas narrativas.

## **2 - Algumas questões sobre pobreza**

As populações pobres, entretanto, têm pouco ou nenhum acesso aos serviços de atendimento psicológico, configurando, há muito tempo, uma preocupação para mim. Como psicóloga, entendo que é impossível ficar inerte aos problemas humanos. Quando se trata dos problemas dos brasileiros como eu, minha inquietação é ainda mais aguçada. Da situação de pobreza, advém muitos problemas.

Froma Walsh destaca que a cultura ocidental enfatiza a imagem de que as pessoas dominam seu próprio destino, como se viver num contexto de pobreza, fosse uma escolha. O sucesso social e econômico é ultra valorizado, enquanto a falta deste é percebida como fracasso. A responsabilidade, nesse caso, é das próprias famílias e das mães, em especial (WALSH, 2003, p. 76).

A autora é uma especialista em reconhecer a força presente nos seres humanos que possibilita a sobrevivência diante de crises profundas, a resiliência. Neste sentido, Walsh também é especialista em reconhecer como os contextos da adversidade social e econômica atingem indivíduos, famílias e comunidades tornando-os vulneráveis a crises diversas.

Os indivíduos que vivem em contextos de pobreza, experimentam um distanciamento das possibilidades de enfrentamento dos problemas cotidianos de modo digno. Muitas pessoas em situação de pobreza residem em favelas, cortiços ou na rua. São contextos de risco que aumentam, sobremaneira, a vulnerabilidade a que estão expostas, gerando, também, a possibilidade do desenvolvimento de crises. Esses contextos presentificam a carência de recursos, de informação e de escolha, tornando os indivíduos muito mais vulneráveis. Violência familiar e social; abuso de álcool e outras substâncias químicas; além de situações que envolvem mortes violentas são alguns dos problemas graves presentes nos contextos de alta vulnerabilidade. Minuchin afirma que nos contextos criados pela pobreza, aumentam as probabilidades de diversas formas de crises, carências de todos os tipos e que, a incidência de sofrimentos é imensa, ameaçando a vida cotidiana (MUNUCHIN, COLAPINTO & MINUCHIN, 1999).

As pesquisas sobre as questões relativas à pobreza, no entanto, nem sempre tratam esse tema e as pessoas mais importantes – os pobres – através de lentes que ampliem a compreensão necessária às tentativas de solução.

A socióloga Cynthia Sarti, autora de uma das mais importantes publicações brasileiras sobre pobreza, discute estas lentes. A autora afirma que as diferentes imagens construídas da pobreza, nas ciências sociais brasileiras, trataram o pobre como um “outro”, refletindo muito mais as idéias de *quem* fala, do que *de quem* se fala. Sarti lembra que Graciliano Ramos<sup>2</sup> fala do oco, do vazio do discurso do letrado como instrumento de dominação e focaliza, também, o lugar do pesquisador que discute problemas a partir de seus próprios referenciais (SARTI, 2003).

---

<sup>2</sup> Vidas Secas, apud SARTI, p.36.

Sarti enfatiza que tais estudos focalizaram muito mais a pobreza e bem menos o pobre, enquanto sujeito. Na análise do que denomina “pressuposto da falta” esteve sempre presente, ou implícito, tanto na literatura brasileira como nos estudos sobre pobreza, um enfoque centrado nas questões econômicas da carência material. A autora prossegue afirmando que os estudos subseqüentes abandonaram o enfoque econômico dos problemas de consciência de classe, para recair nas questões de “direitos de cidadania”, definindo o sujeito pobre por uma negatividade, “*como o avesso do que deveria ser*” e pela ausência de reconhecimento de direitos (SARTI, 2003, p.36).

O presente trabalho de dissertação não tem a menor pretensão de ser um estudo sociológico e de tratar, especificamente, de uma análise aprofundada da pobreza em si ou da vida social do pobre. O tema deste trabalho está centrado na Terapia Comunitária, como instrumento que permite intervenções junto a populações diversas, estando os pobres dentro deste cenário, e especialmente por assumir uma postura profissional que considero genuína, no sentido de buscar alternativas de atenção a populações indevidamente atendidas pelos programas de saúde mental. Entretanto, Sarti ao rever a literatura das ciências sociais chama nossa atenção para armadilhas, previsíveis, de duas categorias, a do *pobre desqualificado* e a do *pobre glorificado*.

Para buscar uma compreensão mais além da ambivalência de estudo sobre a pobreza, recorro a outras portas de entrada, no que se referem às desigualdades vivenciadas nos contextos de pobreza.

“A pobreza, além disso, constitui-se como uma condição social estigmatizada e desvalorizada, levando as pessoas a colocarem-se numa condição de isolamento e ocultamento de sua situação, procurando meios de dissimulação e dificultando o sentimento de pertencimento, uma vez que pertencer reverte em desqualificação”.(GRANDESSO, 2003, p.3).

O parágrafo acima ilustra a desvalorização dos indivíduos diante de uma condição de vida marcada pela injustiça social e pelas diferenças. Grandesso esclarece como a pobreza estigmatiza as pessoas. As diferenças étnicas acentuam os problemas sociais de exclusão, favorecendo uma dinâmica perversa que discrimina quem é pobre. Entre os participantes da Terapia Comunitária, um senhor relatou que as pessoas não gostavam dele por ser pobre e feio, numa declaração que evidencia sentimentos de exclusão, presentes através dos rótulos que são estabelecidos à condição de pobreza. Não bastasse a luta cotidiana da vida, os moradores de favelas são ainda mais estigmatizados. Os pobres da cidade de São Paulo, muitos deles migrantes, que deixaram sua terra natal com sonhos de uma vida melhor, estão, nas palavras de Cynthia Sarti (2003), desencantados. Estão também, desesperançados com a vida. O desemprego, a violência, a saúde mal atendida, a sensação de abandono à própria sorte trazem os sentimentos de solidão e isolamento. As dores da alma são tantas que o corpo costuma responder de acordo. Assim, as doenças não são poucas. Os problemas relativos à baixa escolaridade correspondem tanto a dificuldade de oportunidades de trabalho e ganhos salariais, como em parte são, também, representantes dos problemas sociais decorrentes da falta de informação, reforçando o isolamento social, cada vez mais intenso.

### **3- Informações estatísticas: cenários paulistas e brasileiros**

De acordo com o último censo, do ano de 2000, 13,3% da população do **Brasil** com mais de 15 anos, é analfabeta. A média de anos que o brasileiro frequenta a escola é de 5,7% para brancos, caindo ainda mais no caso de pessoas negras e pardas, representando então, 4,6%. Quanto aos rendimentos, 32,2% dos brasileiros vivem com rendimentos entre 05 e 02 salários mínimos; outros 27,5% vivem com até 02 salários mínimos e 3,5% não têm qualquer tipo de rendimento. Na região **Sudeste**, 32,2% da população vive com renda entre 05 a 01 salários mínimos; 17,7% vive somente com até 02 salários e 3,1% não têm qualquer rendimento (IBGE, PNAD, 2004).

Dados de 2001, sobre o trabalho infantil, revelam que da população de brasileiros que freqüenta a escola pública (0,6% da população brasileira) 1,0% permanece até 04 horas diárias na escola. Isso significa dizer que 4.429.306 pessoas, entre 5 e 17 anos de idade, não freqüentam a escola (IBGE, PNAD, 2004).

A desigualdade de renda reflete uma profunda desigualdade social, o que significa que a distribuição desigual de renda concentra, drasticamente, recursos, oportunidades e poder a uma diminuta parcela da população. Do outro lado da curva, uma há um contingente humano que vive em condições tão adversas, que estão abaixo da linha de pobreza. Os Indicadores da **PCV** – Pesquisa de Condições de Vida no Estado de São Paulo, realizada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) – demonstram com clareza o profundo distanciamento entre ricos e pobres no **Estado de São Paulo (ESP)**. Em 1998, os 5% de famílias mais ricas na **Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)** auferiam um rendimento total pelo menos 45 vezes maior que os 5% de famílias mais pobres e detinham 26% da massa total de rendimentos. Os 10% de famílias mais ricas na RMSP apropriavam-se, portanto, de quase 40% da massa de rendimentos, enquanto os 10% mais pobres obtinham 1% do total da renda. Essa concentração da renda familiar decorre, sobretudo, da desigualdade de remuneração das populações ocupadas, acentuada pelo perfil de distribuição dos rendimentos patrimoniais, dos rendimentos financeiros e, em menor medida, das aposentadorias e pensões. No **interior do Estado**, a distância entre ricos e pobres, embora significativamente menor, também reflete o historicamente acentuado grau de desigualdade na sociedade brasileira: os 5% de famílias mais ricas tinham rendimento total pelo menos 30 vezes maior que os 5% de famílias mais pobres, detendo 20% da massa total de rendimentos. Computando-se os indicadores compatíveis de renda familiar entre a mesma pesquisa realizada em 1994 (SEADE, 1998) e essa última de 1998, a parcela apropriada pelos 5% de famílias mais ricas passou de 23% para 25%, entre 1994 e 1998. O aumento das taxas de desemprego certamente contribuiu para este agravamento do quadro distributivo.

Com relação à saúde, tomando como referência a população estimada de 176 milhões de habitantes (IBGE-2003), 25,7 milhões de pessoas, ou seja, 14,6% de

todo o país, buscou atendimento de saúde nos 15 dias precedentes à entrevista realizada. A procura por serviços de saúde foi maior nos grupos extremos de idade, sendo a procura máxima realizada por indivíduos de 65 anos ou mais. A maioria das procuras por serviços de saúde foi motivada por doença, contabilizando 13,1 milhões de buscas (51,9%). Em segundo lugar, apareceram vacinação ou outros atendimentos de prevenção, com 7,2 milhões de atendimentos (28,6%). Em seguida vieram buscas de atendimento por problemas odontológicos (8,5%) e por acidentes ou lesão (5,2%). O serviço de uso regular mais comum foi o Posto de Saúde e sua participação relativa aumentou expressivamente entre a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 1998 e a PNAD 2003 (41,8% e 52,4%, respectivamente).

O Sistema Único de Saúde (SUS) pagou 57,2% dos atendimentos realizados. As principais barreiras de acesso referidas pelas pessoas que não procuraram serviços, quando necessitaram, foram: barreiras financeiras (23,8%), demora no atendimento (18,1%) e barreiras geográficas (12,7%).

Os estudos realizados em outros países indicam que as necessidades de saúde apresentam um gradiente social que tende a ser desfavorável em relação aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas.

#### **4-Saúde Mental e Pobreza**

Em um estudo de revisão da literatura científica a partir de 1990, Platel & Kleiman identificaram 11 estudos comunitários, realizados em 06 países em desenvolvimento, sobre a relação entre pobreza e saúde mental. Os países estudados foram Lesoto e Zimbábue (África); Indonésia e Paquistão (Ásia); Brasil e Chile (América Latina). A maioria dos estudos levantados revelou uma relação entre os indicadores de pobreza e o risco de transtornos mentais, especialmente quando associados a baixos níveis de instrução. Fatores como a insegurança e a desesperança; mudanças sociais bruscas e imprevisíveis, risco de violência, aliados a problemas de saúde e desemprego, explicam a maior vulnerabilidade dos pobres

aos transtornos mentais mais comuns. No estudo, o Brasil contribuiu com uma amostra de 2870 pessoas, moradores de áreas urbanas, que apresentavam nível de escolaridade variando entre 05 anos de estudo e analfabetos. Os resultados mostraram que 26,5% das mulheres e 17,9% dos homens estudados apresentaram depressão moderada. A depressão grave apresentou-se em 10% do total da população estudada. Embora seja feita a ressalva de que o estudo não é conclusivo, este revela informações bastante congruentes entre as más condições de vida e sofrimento das populações pobres, onde os problemas de saúde mental são acentuados pelo contexto, evidenciando a vulnerabilidade a que estão sujeitos os indivíduos (PATEL & KLEINMAN - OMS, 2003).

Estudos amplos como este, mostram através dos resultados, como a desigualdade social, aliada à falta de políticas públicas de saúde e educação, implicam em fatores que aumentam o sofrimento como um todo, de indivíduos, famílias e comunidades, tornando-os vulneráveis a crises múltiplas.

Charles Waldegrave desenvolveu um trabalho fundamental para a compreensão das questões dos contextos marcados pela desigualdade, relacionando condições sociais adversas e problemas de saúde mental. O autor apresenta uma literatura de referência que discute e evidencia a associação dos problemas, vivenciados pela população mais pobre e marginalizada culturalmente, a sofrimentos físicos e psíquicos. Waldegrave discute ainda como abuso, em todas as suas manifestações, tem conseqüências graves na vida de mulheres e crianças (WALDEGRAVE, 2001).

O trabalho é desenvolvido no Centro de Família de Wellington, Nova Zelândia. A equipe que trabalha com Waldegrave desenvolveu um tipo de terapia denominada *Just Therapy* ou Terapia de Justiça Social. Esse trabalho busca equidade e justiça social, além dos elementos essenciais da intervenção terapêutica, e mostra um excelente exemplo de que é possível desenvolver práticas mais justas, atendendo a demandas de diversidade cultural.



Em outro artigo do autor, Waldegrave faz referência a um trabalho de Brenner<sup>3</sup>, de 1973, onde afirma que este último encontrou, numa pesquisa ampla realizada durante recessão econômica nos Estados Unidos, uma forte correlação entre problemas sociais e psicológicos sofridos em decorrência da crise social. Na ocasião, houve 1% de aumento nas internações psiquiátricas em consequência do desemprego; 6% de aumento de suicídios; 4% de aumento de admissões nas penitenciárias estaduais e 6% a mais de homicídios em relação a períodos não recessivos (WALDEGRAVE, 1990, p. 22).

Os trabalhos, como os de Platel & Kleiman e Waldegrave, sobre os problemas de saúde mental evidenciam seus agravamentos em contextos onde as adversidades econômicas e sociais estão presentes. Desta forma, as estatísticas apresentadas confirmam o quadro da gravidade dos problemas, solicitando mais implementos nas políticas públicas e ações de todos os segmentos da sociedade que possam colaborar para a mudança gradativa, mas permanente, do quadro atual.

## **5- Psicologia Clínica: problemas da formação**

Mas, de que maneira essas informações interessam ao presente trabalho? Como as preocupações com as formas de intervenção, promotoras de equidade e justiça social, repercutem no campo da psicologia?

Se pensarmos que uma espécie de elite intelectual e profissional esteve à frente dos recursos psicoterapêuticos, aceitamos que as pessoas que mais necessitam dos serviços de saúde e bem-estar, com frequência, são aqueles que menos acesso têm a tais recursos.

A representação de crenças, que associam serviços de saúde mental à loucura, aliada à baixa disponibilidade destes serviços para atendimento da população são

---

<sup>3</sup> *Apud* Waldegrave, 1990.

alguns dos fatores que acabam por favorecer que somente uma parcela menor acesse os poucos serviços disponíveis e que afastam, ainda mais, a população mais vulnerável da busca e do acesso aos serviços públicos de saúde e atendimento ao sofrimento psíquico a que teriam direito.

No campo da psicologia clínica, por exemplo, o trabalho permanece muito focado no modelo intrapsíquico dos consultórios privados. Embora este trabalho encontre relevância na promoção da autonomia individual, está limitado, especialmente no que se refere ao atendimento de populações desfavorecidas. Trata-se de um serviço, cuja natureza e linguagem técnica buscam dar conta muito mais do **elitismo** do próprio profissional do que da demanda de quem é atendido. Está cada vez mais difícil o acesso da própria classe média aos consultórios. Para a população de baixa renda, a situação é lastimável. Como a psicologia vem atendendo às demandas referentes à saúde mental e ao trabalho coletivo?

Um recorte específico de tais problemas refere-se à questão da formação acadêmico-profissional. Como psicóloga, preocupa-me, especialmente, constatar que os cursos de graduação em minha área permanecem muito distantes da oferta de uma formação consistente com o desenvolvimento de saberes e competências adequados ao enfrentamento profissional de adversidades culturais, étnicas, sócio-econômicas e de gênero. O graduando em psicologia tem sua atuação limitada pelo tipo de formação oferecida nos cursos de psicologia que, por sua vez, distanciam-no das práticas menos elitizadas e mais condizentes com a realidade da população brasileira. Poucos são os cursos que contemplam a formação acadêmica com disciplinas teóricas e práticas na comunidade, por exemplo. O caminho para o elitismo clínico é endossado por uma cultura de apelo a uma carreira autônoma e liberal e reforçada por sua própria condição diferenciada em relação à população brasileira. Para MILITÃO (2003), a ação individualista funciona como ponte na formação do psicólogo, ou seja, o sonho de ser um profissional liberal, de remuneração e horários autônomos que, no imaginário do graduando, permite gozar um *status* social privilegiado.

MAGDA DIMENSTEIN (2001) afirma que os cursos de graduação produziram uma formação profissional elitista, limitando o futuro psicólogo quanto a procura de práticas de saúde mais amplas, como a saúde coletiva, uma vez que o perfil profissional também foi severamente limitado no campo da saúde pública:

“Os cursos de graduação tenderam claramente para formar um profissional que atualmente encontra dificuldade em superar as práticas cristalizadas (naturalização de práticas historicamente produzidas) e de adaptar-se às novas exigências de responsabilidade social, aos princípios da qualidade, da ética e da cidadania, postos especialmente pelo setor saúde(...), a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS”.(DIMENSTEIN, 2001, p.59).

De acordo com Dimenstein, a inserção do psicólogo na área da saúde coletiva, é revestida de uma exigência de mudança no perfil deste profissional em sua formação como psicólogo, além de um compromisso social para vir a ser um **agente de mudança** no quadro da saúde coletiva.

O trabalho coletivo caracteriza as práticas psicológicas ampliadas para um enfoque na população de baixa renda. O desenvolvimento desse trabalho coletivo implica, portanto, na existência de algumas dimensões pessoais importantes como parte do perfil: presença de valores pessoais voltados para a atenção de quem se implica e se importa com os demais; existência de uma afetividade para com as outras pessoas (o outro); existência de valores sociais que reflitam uma preocupação com a sociedade em geral em seus conflitos e problemas; a identidade com o que é coletivo e com a equidade social. A importância de manter a memória de processos históricos e políticos do Brasil (compreendidos tanto como processo e como sistema) está em permitir ver e refletir sobre a realidade dos problemas contemporâneos, à luz, tanto desses processos históricos, quando de seu modo de funcionamento, que é retroalimentador, pois, perpetua e agrava a cisão e o distanciamento entre as classes sociais; a injusta distribuição de renda e a deficiência de acesso à saúde e a

educação. Ou seja, a mudança de perfil deste profissional, com vistas a uma formação congruente com o trabalho coletivo, e as dimensões pessoais do profissional diante da realidade da maioria da população, são fundamentais à construção de vínculos que solidificam o relacionamento necessário ao trabalho coletivo. Os vínculos comprometem pessoas umas com as outras e todas, com o trabalho a ser desenvolvido. Tais características não são espontâneas na cultura dominante, que valoriza a ação individualista (MILITÃO, 2003, p.6).

Os instrumentos utilizados no fazer psicológico, também distanciam ainda mais o atendimento a pessoas inseridas em contextos de desigualdade, tanto em suas especificidades culturais e políticas, quanto psicossociais. Os instrumentos diagnósticos tradicionais, utilizados de forma comum a todos, acabam por servir muito mais ao profissional que ao atendido. Funcionam como identificador de patologias; interpretam pessoas segundo critérios alheios a quem fala; distanciam relações mais humanas e criam uma espécie de barreira entre o psicólogo e o atendido. O resultado deste tipo de prática estabelece códigos e rótulos que encerram as possibilidades de mudança. Além do mais, tais instrumentos, não atendem a demanda das pessoas que mais necessitam dos serviços de saúde mental de forma legítima, validando suas dificuldades, necessidades e sofrimentos de forma contextualizada.

Há problemas com a formação e também com a cultura diferenciada do próprio profissional, que funciona como uma espécie de **cegueira cultural**, termo criado por MARCELO PACKMAN. O autor nomeia este tipo de prática como **fronteiras culturais**. Essas fronteiras não são ocorrências naturais ou auto-evidentes, mas são entidades socialmente construídas, por sua vez também criadas, mantidas e perpetuadas por discursos e micro práticas cotidianas, através dos quais, distinções perceptivas se tornam eventos significativos, que, por sua vez, guiam a percepção das diferenças (1998).

Mas, nem sempre as práticas da psicologia são restritas ao fazer individualizado que não considera os contextos mais amplos.

## 6- Ampliando as possibilidades da prática

Uma recente pesquisa de mestrado, desenvolvida por Marra, revela a necessidade de revisão de práticas do psicólogo. A autora utilizou o conceito de diversidade, que inclui a orientação sexual, credo religioso, questões de gênero e a própria estratificação social já discutida. A multiplicidade de culturas presentes em populações como a brasileira, demanda de seus profissionais e, no caso deste estudo, dos psicólogos, um preparo maior para lidar com as diferenças. O conceito de competência cultural, que diz à capacidade profissional de atender a essa diversidade, requer uma espécie de lente grande angular a fim de permitir uma leitura do enfoque da diversidade cultural, que contemple tal complexidade. No entanto, a formação dentro dos moldes tradicionais da psicologia clínica, demanda um profundo processo de desconstrução de suas próprias fronteiras, pelo menos no que tange à psicologia enquanto ciência tradicional. A autora enfatiza que para o psicólogo estar diante do outro, aberto e coerente com uma prática que contemple a diversidade cultural, há necessidade do exercício da humildade, que facilite lembrar “a canção” do outro, desconhecida e que nenhuma abordagem ensina a descobrir.

“Para isso, não existem estereótipos, diagnósticos ou perfis prontos, é preciso destapar os ouvidos, abrir-se a uma postura desprovida de poder e carregada de respeito pelas necessidades, desejos e universo do outro” (MARRA, 2005, p.64).

Macedo, já nos início dos anos de 1980, preocupou-se com as formas de atendimento clínico dos psicólogos para além das fronteiras convencionais de clínicas privadas. A autora organizou uma importante obra sobre o trabalho psicológico em comunidades e instituições. O estudo de classes sociais menos favorecidas e do peso dos fatores sociais na formação de problemas psicológicos aponta que a orientação de uma prática voltada à comunidade envolve problemas ideológicos, profissionais e sociais e implica numa filosofia onde os direitos humanos, de fato, se estendam a todos os indivíduos, sem restrições. Macedo chama a atenção, inclusive, de que Freud já registrava uma preocupação com os problemas das comunidades pobres e pregava equidade de serviços de saúde

mental para todas as pessoas e que os profissionais deveriam tratar de criar e adaptar técnicas a essas condições (MACEDO, 1984, p.16).

Miriam Rivalta Barreto realizou uma dissertação de mestrado em 2001, centrada nas questões da Terapia Comunitária. A pesquisa teve por objetivo conhecer a trajetória vocacional do terapeuta comunitário frente ao contexto em que estes estão inseridos. Para tanto, valendo-se da pesquisa qualitativa, a autora realizou entrevistas individuais com terapeutas comunitários, cujos conteúdos foram analisados segundo as categorias contextuais de Bardin, a fim de explorar seis contextos: pessoal, familiar, social, escolar, cultural e do trabalho. Com base nas questões que nortearam as entrevistas, a autora estabeleceu categorias de análise perpassando os seis contextos. As categorias construídas foram: identidade vocacional, formação, ação-mudança, privação e o papel do terapeuta. A elaboração da análise contextual dos participantes da pesquisa buscou compreender mais especificamente como os referidos contextos repercutiram na trajetória vocacional do terapeuta comunitário. O último passo da pesquisa foi a realização de uma análise interpretativa apoiada nas teorias utilizadas, referentes à teoria sistêmica e ecológica, as questões do desenvolvimento vocacional e a teoria de base da Terapia Comunitária Sistêmico Integrativo, de Barreto.

Compreendo que a relevância desse trabalho está em reconhecer como pessoas, que não tiveram uma formação especificamente voltada para a prática de atendimento e sem ter cursado, necessariamente, graduações, desenvolveram, depois de uma capacitação, uma prática de atendimento à população através da Terapia Comunitária. O trabalho também possibilitou compreender que as experiências e vivências pessoais desses terapeutas estudados representaram um impacto fundamental no que se refere a reconhecer o sofrimento de outras pessoas, favorecendo o trabalho de desenvolver o potencial criativo presente nos indivíduos atendidos e ajudando a construção de redes solidárias de apoio mútuo.

Macedo também discutiu questões das práticas terapêuticas diante de questões como a diversidade cultural. A autora tem produzido trabalhos importantes sobre o tema. Um de seus artigos enfatiza a necessidade de que os terapeutas aprendam

características e habilidades profissionais para o exercício da prática da **competência cultural**. A autora relata a importância de se trabalhar no sentido de respeitar genuinamente as diferenças, ser flexível e aceitar modos diferentes de viver e do que se necessita para tal, além do terapeuta ser capaz de mudar falsas crenças e estereótipos<sup>4</sup>. (MACEDO, 2001),

A tarefa não é simples. Trabalhar de modo a ampliar as práticas do fazer terapêutico significa lidar com o universo cultural da diferença de cada um e com a desconstrução das lentes que podem cegar culturalmente o terapeuta. O trabalho na direção de atender a demanda de nossa população, especialmente em um nível comunitário, implica em compromisso e habilidade.

Ao analisar os desafios da diversidade cultural para terapeutas, MACEDO explica:

“Ter como clientes pessoas pertencentes a diferentes grupos, o que subentende uma multiplicidade de valores, crenças, costumes adquiridos no processo de socialização de cada um, nas sociedades de origem, grupos, subgrupos, comunidades, famílias a que pertencem e constituem as lentes culturais com que cada um vê o mundo, o outro e a si mesmo. (MACEDO, 2001, p.41)”.

Freire construiu uma obra que é referência em todo o mundo, o método Paulo Freire. Autor de dezenas de publicações, sua obra tem um caráter político fundamental, pois analisa os processos de opressão dos trabalhadores e o modo de produção capitalista como uma máquina esmagadora do potencial humano de desenvolvimento pessoal e intelectual. Em *Pedagogia do Oprimido* mostra a educação como forma de opressão, e propõe, em contrapartida, um método de alfabetização que representa um instrumento de inclusão social e cultural, revelando o potencial criativo que dos indivíduos (FREIRE, 1971).

Estudos como estes foram referências para que eu mantivesse a busca por um modo de trabalho comunitário, pautado na equidade, que pudesse ser realizado fora

---

<sup>4</sup> *Apud* PINDERHUGES, 1989.

de um *setting* terapêutico específico, ampliando a possibilidade de inclusão de um número maior de pessoas, simultaneamente.

## **7 – As Ciências Psi e as novas práticas e teorias**

Aun realizou uma síntese historiando como a família e a comunidade passaram a ter um papel de relevância como determinantes na saúde e na doença mental de indivíduos. Este trabalho ajuda a compreender como outras áreas do campo da saúde mental têm trabalhado com questões referentes a comunidades e a saúde mental coletiva. De acordo com Aun, em meados do século XX, as ciências psi como Psicologia, Psiquiatria e a Psicanálise, que antes somente se interessavam pelo indivíduo, começaram a se interessar pelos fatores sociais e integrá-los em suas teorias. Houve um grande desenvolvimento da Psicologia Social e, tanto a Psicanálise como a Psiquiatria, são fortemente influenciadas por essa nova perspectiva, favorecendo o desenvolvimento da Psiquiatria Social, da Etnopsiquiatria e da Psiquiatria Comunitária. Simultaneamente, na América Latina a Psicologia Comunitária, começa a se desenvolver (AUN, VASCONCELLOS, & COELHO, 2005, p.18).

A Psicologia Comunitária é uma área da Psicologia Social que estuda a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade; o sistema de relações, representações, identidade e níveis de consciência e pertinência de indivíduos moradores de um determinado lugar ou comunidade. O problema central é a transformação do indivíduo em sujeito. Os trabalhos no campo da Psicologia Comunitária são realizados a partir do levantamento de necessidades e carências vividas pelo grupo enquanto cliente, especialmente em relação a condições de saúde, educação e saneamento básico. Através de métodos e processos de conscientização dessa população, objetiva-se colaborar para sua conscientização progressiva a fim de que as pessoas possam assumir o papel de sujeitos de suas próprias histórias (CAMPOS, 1997, p. 10).

LANE discute o surgimento da Psicologia Social Comunitária (PSC) durante os anos 70, como forma de reação à opressão política e a dominação econômica e



ideológica que caracterizaram o regime militar. A PSC foi, segundo a autora, uma tentativa de promover uma crescente conscientização nas comunidades populares. A partir dos movimentos 1968, tornou-se necessária uma reflexão crítica do papel da universidade nos países do chamado Terceiro Mundo, que não poderiam estar isoladas do golpe militar que assolou toda a América Latina nos anos 60 e 70. Fora da universidade, médicos e psiquiatras criam na década de 70, os centros comunitários de saúde mental, como forma de superar os hospitais psiquiátricos clássicos. No entanto, mostrou-se uma mudança, mais formal que estrutural. Paulo Freire e um grupo de outros profissionais nos anos 60, realizam educação popular de adultos como instrumento de conscientização e exercício da cidadania (1997 p.19)<sup>5</sup>.

**A Saúde Mental Comunitária** visa promover a intervenção em diferentes **redes** de relações dos indivíduos como a família, amigos, vizinhos e a coletividade de forma geral, a fim de ampliar e apoiar as pessoas mais vulneráveis da comunidade que estejam vivendo uma situação de crise. A ampliação das redes favorece a redução e a prevenção de crises e também promove a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos (SLUZKI, 1997).

Intervir em diferentes níveis nas diversas redes de relações dos indivíduos, especialmente os mais vulneráveis do ponto vista social, implica em uma articulação ampla dessa intervenção. Partir do particular (como uma situação-problema) para, em seguida, intervir junto à rede ampliada (“bio-psico-sócio-política”) funciona como fortalecimento de laços que favorecem o crescimento pessoal, comunitário e solidário. (BARRETO, 2005, p.22).

---

<sup>5</sup> Algumas idéias centrais da PSC serão revistas num capítulo referente aos conceitos de comunidade.

## 8- Terapia Comunitária: introduzindo o tema central

*“Reconheço aquilo que já conheço”.*

Adalberto Barreto

O contato com o modelo da Terapia Comunitária (TC) surgiu com o desejo de participar de uma prática de saúde coletiva e, por sentir e vivenciar, em minha experiência, uma espécie de hiato. A descoberta da Terapia Comunitária é uma coincidência feliz. Um grupo organizado por Marilene Grandesso, através do nosso Núcleo de Família e Comunidade da PUC/SP (NUFAC), possibilitou que eu participasse, junto com um grupo de profissionais de saúde, de uma capacitação em TC com Adalberto Barreto no Estado do Ceará. Partindo dessa experiência construo o presente trabalho.

A TC tem-se mostrado uma poderosa forma de intervenção junto a populações de baixa renda, de indivíduos residentes em favelas ou moradias coletivas e de migrantes, excluídos, de uma forma geral, dos serviços oferecidos à classe média e aos pagantes de serviços privados. Tendo trabalhado como voluntária, essa tarefa profissional viabilizou em minha experiência, uma prática que independe da boa vontade política. Tal prática tem por objetivos, o “empoderamento” pessoal, o desenvolvimento do potencial competente de cada ser humano, o resgate de sua auto-estima e a criação de redes solidárias, como sistemas autotransformadores, gerando os próprios recursos necessários à mudança pessoal e coletiva.

A Terapia Comunitária é pautada no compromisso de atender grupos de pessoas organizadas numa comunidade. Pode ser realizada *in loco*, ou seja, nas próprias comunidades onde as pessoas residem, o que evita problemas como o deslocamento a locais distantes da moradia. Os profissionais podem se locomover para o local de atendimento. Pode também, ser oferecida como parte dos serviços de atendimento público e/ou privado, de instituições ou organizações diversas. Seu objetivo central é oferecer um espaço de expressão e escuta do sofrimento originado por conflitos pessoais, familiares e sociais motivados, principalmente, pela desigualdade social. Conflitos da ordem de transtornos psíquicos, doença grave e outros que demandem atenção individualizada, são encaminhados pelos terapeutas

à rede de atendimento especializada. A Terapia Comunitária focaliza questões amplas de sofrimento na vida cotidiana das populações, especialmente desemprego, abandono, solidão, abuso de álcool e outras substâncias químicas, entre outros. As pessoas são atendidas coletivamente e ouvidas por todos os participantes. Cada sessão compõe uma terapia com começo, meio e fim, o que permite que o usuário a frequente enquanto entender que a terapia lhe é útil e/ou, dentro de sua disponibilidade de tempo para comparecer. Esta característica favorece a adesão de pessoas, que não sofrerão sanções caso não possam ou, não queiram comparecer. Cada sessão tem a duração aproximada de uma hora e meia. Funciona por etapas demarcadas e regras a fim de garantir um funcionamento adequado.

Os encontros podem ser realizados em intervalos semanais, quinzenais ou ainda, mensais. A frequência das sessões implica em disponibilidade de espaço físico, tempo dos terapeutas e interesse da própria comunidade.

A Terapia Comunitária está fundamentada no Pensamento Sistêmico, na Teoria de Comunicação, na Antropologia Cultural, na Pedagogia de Paulo Freire e na Resiliência. Essa fundamentação será vista mais atentamente num capítulo específico, destinado a esse fim. Articulações dessas referências teóricas e as práticas da Terapia Comunitária podem oferecer uma compreensão um pouco mais ampla sobre essa terapia.

Minha busca, diante desse trabalho, implicou em estudar os fundamentos teóricos da Terapia Comunitária, procurando articular algumas fontes de conhecimento como forma de ampliar a compreensão dessa terapia.

Segundo a Associação Brasileira de Terapia Comunitária – ABRATECOM, fundada em 2004, em todo o Brasil existem atualmente mais de oito mil terapeutas comunitários. O grande interesse de diferentes profissionais por essa formação, aliado à força de resultados que a TC possibilita, mobilizou a escolha do tema como centro da presente dissertação.

Nesse sentido, o interesse deste trabalho, além de possibilitar a compreensão dos significados atribuídos à Terapia Comunitária, por participantes dessa experiência, é

construir uma sistematização teórica básica levando em consideração os principais conceitos envolvidos: comunidade, substratos teóricos da TC, questões de contexto de vulnerabilidade e risco, além de uma clara explicação do processo da realização terapêutica.

Para terminar, lembro mais um pensamento inspirador de Paulo Freire<sup>6</sup>

*“Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho:  
Os homens se libertam em comunhão”.*

---

<sup>6</sup> Pedagogia do Oprimido, p. 52.

## **II-OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

- Levantar as bases teóricas da Terapia Comunitária e os resultados práticos de sua aplicação.

### **Objetivos específicos:**

- 1- Construir uma sistematização teórica básica da Terapia Comunitária e os principais conceitos envolvidos nesta terapia.
- 2- Descrever os principais aspectos da aplicação prática dessa terapia.
- 3- Ilustrar teoria e prática com os significados atribuídos por alguns participantes da terapia em questão.

“Mas o que seria a tal comunidade? (...) é uma realidade difícil de ser descrita e mensurada, podemos, contudo, discutir algumas de suas qualidades centrais”.

Pedrinho Guareschi<sup>1</sup>

## 1. CONCEITOS DE COMUNIDADE

A palavra **Comunidade** tem origem no latim *communitas* - *analogia de communis* - que pertence a muitos ou a todos, público, comum. O dicionário da língua portuguesa HOUAISS, aponta mais dezoito definições para o termo. Entre elas, estas aparecem como mais genéricas e, portanto, mais pertinentes ao interesse deste trabalho, destacando-se os seguintes significados<sup>2</sup>:

*1. comunhão.3. conjunto de indivíduos organizados num todo ou que manifestam, geralmente de maneira consciente, algum traço de união.4. conjunto de habitantes do mesmo Estado ou qualquer grupo social cujos elementos vivam numa dada área, sob um mesmo governo e irmanados por um mesmo legado cultural e histórico.*

A expressão “comunhão”, por exemplo, contém significados relativos à partilha, a realização de coisas em comum, sintonia do modo de pensar, sentir e agir. Assim, a palavra **comunidade** sugere boas ações humanas coletivas. Alguns autores parecem confirmar a descrição acima, enfatizando seu caráter positivo, ainda que a análise crítica venha remeter aos limites do conceito, bem como propostas amplificadoras de sua utilização.

.

---

<sup>1</sup> P.56

<sup>2</sup> Numeração referente ao significado; definida pelo próprio dicionário.

## 2.1 - A Filosofia de MARTIM BUBER

Buber, pensador do século XX, judeu, cuja obra central *Eu e Tu*, estabelece um diálogo existencial-filosófico diante do maior dilema da humanidade, ou seja, existir diante do mundo que integrou o nazismo à sua história. Residindo posteriormente em Israel, vive num *kibutz*. Sua obra é também marcada por um pensamento social e político. À comunidade israelense em confronto com a vida comunal forçada e imposta pelo nazismo, Buber escreveu diversos textos e proferiu seminários sobre comunidade.

Do recorte desse pensamento, nasce a obra **Sobre Comunidade** (editada no Brasil em 1987), referência de nosso interesse no presente capítulo.

Buber busca clarificar e reformular o **conceito de comunidade** em si (*gemeinschaft*) e os termos relativos a esse conceito (*gemeinde*; *bund*; *zusammenleben*) como **sociedade e associação**. Uma grande preocupação do autor está em dissociar tais conceitos do que ele refere como “seus antagônicos”: sociedade enquanto massa e Estado (*gesselschaft*). BUBER tinha absoluta clareza do “perigo dos dogmas imutáveis na filosofia política e social (p.14)”, o que o fez afirmar a necessidade de distinções conceituais claras entre comunidade/sociedade e sociedade/Estado-Massa, e que compreende esse significado como atrelado à dominação e controle do homem. O autor defende a comunidade (*gemeinschaft*) como meio único para superar os problemas graves e negativos da sociedade, propiciando uma vida melhor para as pessoas no mundo (1987).

Suas idéias sobre comunidade sofreram influência das obras de Nietzsche, Dilthey, Landauer, Simmel. Mas é a obra de Ferdinand Tönnies<sup>3</sup>, **Comunidade e Associação**<sup>4</sup> que tem grande importância para o filósofo. Buber a utilizou como ponto de partida reflexivo para seus instrumentos conceituais centrais. Tönnies, que viveu na sua história pessoal uma dicotomia entre dois tipos de mundo, investigou e

---

<sup>3</sup> *apud* BUBER, 1987.

<sup>4</sup> nota do trad. Zimmerman que se refere a Tönnies na obra *Gemeinschat und Gesselshaft*. Original de 1887. Adotado por Weber e Durkheim e, posteriormente por Parsons (p.15).

analisou a estrutura desses dois tipos de vida humana: a *agrária* de tradições medievais e a *comercial*, urbana, em constante mudança e de objetivos lucrativos. O alvo foi determinar o processo histórico implicado em um ou outro mundo. A diferença central dessa dicotomia conduziu-o a conceituar *vontade natural* e *vontade racional*. A vontade natural (*gemeinschaft*, relativa à comunidade) conduz à liberdade e, a vontade racional (*gesellschaft*- sociedade ou associação), conduz à obrigação. Assim, na obra de Tönnies, o conceito de comunidade está associado a bem-estar, autonomia e liberdade, enquanto o de sociedade, está associado “a ter de agir” em virtude de uma obrigação externa à sua vontade. Portanto, na modernização dos meios de trabalho e capital, o *conceito de comunidade* foi substituído por *sociedade*. O autor, que é central na obra de Buber, aparece como referência importante em vários autores ao discutir questões relativas à comunidade (BAUMAN, 2001; SAWAIA, 1997, FUKUI, MARCHETTI e VIANNA, 2003).

Buber, não considera a vida em sociedade como absoluta e irreversível, mas enfatiza como desejável que a sociedade mediada por princípios de obrigatoriedade, venha a ser substituída por uma “nova comunidade” denominada de “pós-social”. O complexo conceito filosófico considera a nova comunidade como um conceito amplo e abstrato, baseado na liberdade de escolha do homem, na criatividade e livre de laços consangüíneos.

As reflexões de Buber acerca de sociedade e comunidade desencadearam diversos desdobramentos políticos e acadêmicos, o que conduziu a ampla elaboração de material de sua autoria a respeito, incluindo diversos seminários e a organização de monografias sobre a temática comunidade.



## 2.2 – A Sociologia de ZYGMUNT BAUMAN

O sociólogo de origem polonesa, Zygmunt Bauman, autor de várias outras importantes obras contemporâneas, escreveu um título dedicado a esse tema: COMUNIDADE. Bauman analisa que o conceito da palavra comunidade remete nosso imaginário a compreendê-lo como um espaço de aconchego e conforto, onde um indivíduo se sente protegido pelo outro. Este é o conceito de comunidade de Töennies, apresentado no parágrafo acima. Uma compreensão de comunidade como espaço onde estão presentes a segurança e a solidariedade. Segundo Bauman, no entanto, trata-se de um conceito idealizado de um tipo de mundo fora de nosso alcance.

*“Comunidade não é tipo de mundo que está, lamentavelmente, a nosso alcance – mas no qual gostaríamos de viver e esperamos vir a possuir (Bauman, 2003, p.9)”.*

Neste proposto, em nosso imaginário, comunidade seria um tipo de organização idealizada; um espaço privilegiado pela segurança oferecida através da confiança e solidariedade entre os membros. Entretanto, o sociólogo considera que viver em uma comunidade, tal como se propõe no modelo imaginário, implica também, no controle e na intolerância a liberdade individual. O viver coletivo/comunitário exige atitudes e comportamentos igualitários. Sobretudo, é exigida uma lealdade cega entre os participantes. Se essa lealdade for desafiada através de idéias e /ou ações diferenciadas será significada como ato imperdoável de traição aos demais membros. Não é possível para o autor, a convivência da autonomia individualizada no seio da comunidade. Assim, para o autor, o conceito de comunidade como espaço solidário e de relações amigáveis, é um conceito idealizado, utópico e extemporâneo.

Extemporâneo, por ser impensável de acordo com a realidade contemporânea. Essa realidade é dura e individualizante, não comunitária e, portanto, incongruente com as idéias de “conforto” e “aconchego” que remetem ao conceito de comunidade e

solidariedade. É idealizada uma vez que, comunidade, enquanto um conceito imaginário, é nutrida justamente por essa diferença entre realidade e utopia. A comunidade que habita nosso imaginário é radicalmente distinta da comunidade propriamente existente, que é traduzida por uma coletividade que se pretende comunidade. Segundo Hobsbawn há um paradoxo: é precisamente quando a comunidade entra em colapso, que a identidade é inventada. Identidade significa ser diferente, singular. Mas, se essa identidade é vulnerável, precária e instável, as comunidades funcionam então como um seguro coletivo contra incertezas, individualmente enfrentadas. A solidariedade é então, segundo essa análise, um ombro amigo de proteção para seguir adiante (*apud* BAUMAN, 2003, p.20).

### **2.2.1 - Um Breve Parêntesis: comunidade e subjetividade**

Considerando o paradoxo proposto acima, a implicação de autonomia individual *versus* viver em comunidade no sentido *tonniano* da expressão proposto por Bauman, penso caber um breve parêntesis. Refletir sobre a identidade (enquanto subjetivação) como diferencial de coletividade.

O processo de subjetivação implica na conquista da identidade individual (do eu diferenciado do outro, enquanto Deus e Estado absolutista e/ou dos demais homens). Os significados derivados desse pensar e existir individual estão atrelados tanto à diferenciação quanto à singularidade. A condição de sujeito individual e diferenciado custou um alto preço e demandou uma revolução humana, social, religiosa e política. Desencadeou o nascimento da psicologia como instrumento moderno de compreensão do sofrimento interno do homem. O nascimento da condição de sujeito como indivíduo, portador de uma identidade, fez emergir as dissonâncias entre os conceitos de público e de privado. Privacidade já foi uma forma de privação. Enquanto a esfera pública já foi uma saída diplomática à punição pela assunção da privacidade, tendo funcionado como meio de domínio e controle do homem-indivíduo, que passa a reconhecer na subjetivação intrapsíquica o caminho para a existência do “eu” privado como forma de expurgar a lealdade imposta pelo Estado-força (FIGUEIREDO, 1992).

O “parêntesis” acima teve por objetivo destacar o eco à voz de Hobsbawm<sup>5</sup>. Ambos autores trouxeram, historicamente, a comunidade como similar a uma coletividade organizada sob princípios mais ou menos rígidos, em cuja rede de relações, a vontade e a ação individualizadas parecem incongruentes diante da soberania dos princípios e desígnios coletivos. Bauman, Hobsbawm e Figueiredo analisam as implicações do conceito de comunidade, situando alguns recortes analíticos dos determinantes do processo histórico da civilização ocidental. Bauman reitera sua análise de comunidades como “muros de proteção” marcados pela lealdade cega. Afirmar ser a “vida comunal” compatível com as chamadas *minorias étnicas*: entidades sociais de tipos diferentes e cuja *diferença* raramente é explicitada. São derivadas de uma atribuição forçada pelo contexto social mais amplo que as diferencia de modo sórdido tanto como pessoas, como cultura, etnia ou religião. As pessoas são percebidas como “*intrusas, indesejáveis e/ou divergentes*” num jogo perverso de exclusão, discriminação e intolerância, nem sempre explícito (BAUMAN, p. 85).

Como resposta a tal “processo”, a vida na comunidade decorre de forma, mais ou menos, natural para as chamadas *minorias étnicas*. A comunidade funciona como um abrigo de proteção diferenciado do caos representado pela exclusão imposta pelo sistema amplo (“o mundo lá fora”). A fraternidade do grupo significa a única opção de fortalecimento dos vínculos, apoio social mútuo, garantia de direitos civis e às vezes, de sobrevivência. São exemplos clássicos: negros em países de soberania branca; pobres em países de populações remediadas e ricas; minorias religiosas em contextos de religiões majoritárias; assim como militâncias políticas diferenciadas em regimes pseudodemocráticos, etc.

### **2.2.2 - Comunidades: minorias, intolerância e marginalização.**

Para além dessas dicotomias que evidenciam e marginalizam, a intolerância tem muitas faces: discrimina; empurra para margem ou para fora; violenta e destrói a dignidade; ameaça a identidade individual e cultural e até mesmo, a saúde física e

---

<sup>5</sup> *apud* BAUMAN, 2003.

mental. As faces da intolerância são muitas e diferentes. Nas tristes páginas da história do século XX estão, entre tantos exemplos, os guetos de Varsóvia. Nem sempre as faces da intolerância são tão evidenciadas no discurso coletivo dominante. Mas, surgem nas diferentes formas de linguagem, manifestas através de gestos, olhares e sussurros entre “iguais” para com “os diferentes”. São manifestas através dos pequenos poderes exercidos por aqueles que se consideram diferenciados, ainda que minimamente.

No Brasil, o “racismo velado” carrega o ranço da colonização escravagista e do extermínio indígena. A etnia diferente é estigmatizada e o pobre, o morador de ruas, favelas e cortiços é também estigmatizado como indolente e “marginal”. Interessante observar a dinâmica, também perversa, de uma linguagem que remete a um significado um tanto ambíguo. A expressão “marginal”, referindo-se a indivíduos como vagabundos ou delinqüentes – aquele que comete delito – é a mesma expressão que significa, segundo o dicionário Houaiss, pessoa que vive à margem de rios; pessoa que mora na periferia; que vive à margem do meio social e é “marginalizada”. Portanto, usada como sinônimo de pessoa delinqüente, carrega consigo o mesmo significado discriminador e excludente para quem, empurrado para as margens sociais, foi marginalizado.

Poucos não foram os exemplos, nesse sentido, oferecidos na comunidade estudada: um morador local acusado de roubo numa grande loja, foi levado por seguranças e humilhado publicamente por ser pobre e morador da favela, enquanto o responsável deve ter saído calmamente, portando o fruto do roubo. Outra moradora relatou ter sido a selecionada para uma vaga de emprego, mas foi dispensada antes do contrato, quando comprovou seu local de residência. O racismo velado, e muitas vezes explícito, consagra o campeão de futebol negro como herói, mas o rejeita no seio de suas relações pessoais.

Como visto até o presente, através dos autores visitados, representando a filosofia e a sociologia, conceituar o termo comunidade exige uma reflexão mais atenta, evitando reducionismos e simplificações como uma organização humana espontânea. Ao contrário, o contexto histórico, político, cultural e geográfico criam especificidades que precisam ser avaliadas para o entendimento de quê comunidade

temos como referência. Além disso, os recortes das diferentes disciplinas constroem conhecimentos que contribuem para uma visão ampliada da vida humana em comunidades.

### 2.3 - Psicologia Social Comunitária

Campos, organizadora do livro *Psicologia Social Comunitária*, refere a diferenciações do termo comunidade. Assim, **comunidade geográfica** especifica uma forma de comunidade organizada pela localização: como bairro ou vizinhança. Já a expressão **comunidade psicossocial** faz referência à comunidade como lugar onde grande parte da vida cotidiana é vivida: pode ser formada por colegas de profissão, por exemplo. Já o conceito de comunidade para a **psicologia social comunitária** tem especificidade derivada do histórico de sua construção como área de conhecimento, influenciada pelos movimentos sociais.(CAMPOS, 1997, p.9).

Para a autora, há relações estreitas entre comunidade, cultura e consciência. As teorias sobre processos de construção do conhecimento produzidas pela Psicologia Social podem se reaproximar das práticas da Psicologia Social Comunitária, quanto à emergência de processos de conscientização usados na literatura da área.

Os conceitos articulados por Campos ajudam a compreender algumas das diferenciações possíveis entre comunidades. Facilitam ainda, localizar as especificidades de uma comunidade a que estamos nos referindo. Se retomarmos as definições do Dicionário Houaiss, percebemos que ao dizermos “comunidade”, estamos nos referindo a muitas formas diferentes de organização humana. Se pensarmos no conceito filosófico de Töennies, pensamos em refúgio. Mas qual? De que tipo? Se pensarmos na análise sociológica de Bauman, somos remetidos a pensar numa espécie de “gueto” protetor contra a intolerância, enquanto, a subjetividade é sufocada em nome da lealdade.

### 2.3.1 –Comunidade como Conceito: na linha do tempo

Freitas considera a evolução do conceito de comunidade na psicologia a partir das representações e práticas psicológicas. A definição de Psicologia Social Comunitária dos anos 60 e 70 esteve vinculada a práticas comprometidas com a libertação sócio-política da população. E, a partir dos anos 80 e 90, com a perspectiva de mudança do sistema de saúde pública a denominação de **psicologia na comunidade**, passa para **psicologia da comunidade**: o grupo comunitário passa a ser tomado como unidade de análise (FREITAS, 1997, p.13).

Para Sawaia, que estudou as origens do conceito de comunidade na história do pensamento social, esse conceito é tão antigo quanto a própria humanidade. Do ponto de vista histórico, o homem já nos primórdios dos tempos reconheceu na agregação a outros homens, um modo de sobrevivência e preservação da espécie. Passou a viver em bandos que poderiam ser as primeiras comunidades, garantindo proteção e segurança. Na Idade Média, os feudos também funcionaram como comunidades, fechadas e cercadas, onde a vida era integralmente vivenciada. O poder era totalmente centralizado e as regras, hierarquias e papéis rígidos ( SAWAIA, 1997).

Como categoria empírica, a autora descreve que o conceito de comunidade aparece presente nas ciências humanas e sociais, especialmente a partir do século XX. No campo da sociologia, as obras de Töennies, Weber e Simmel, discutem as implicações de comunidade como referencial para estudar a organização social, do ponto de visto do vivido (p.41).

Mas o conceito de comunidade aparece atrelado à idéia de uma condição de vida homogeneizada, onde não há lugar para a individualidade, o que nos remete a pensar no caráter utópico discutido na primeira parte deste capítulo, sobre análise de comunidade Bauman, que considera não haver espaço para a autonomia e a liberdade individual, em oposição à sociologia alemã de Töennies, discutida em toda produção intelectual que envolve o conceito de comunidade, ainda que em oposição a suas idéias de coletividade, consangüinidade, segurança e conforto.

Outros pensadores do século XX também fizeram referência ao conceito. Freud reiterou o significado de comunidade como um coletivo indiferenciado, enfatizando que a vida segura da comunidade é incompatível com a felicidade pessoal. Já Marx recorre ao conceito enquanto espaço de “de vida social ética e justa”, pensando a vida em comunidade como transnacional, através da vasta associação de nações (SAWAIA, 42).

Mas é a partir da década de 60 e, efetivamente, nas décadas de 70 e 80, que o conceito de comunidade invade o discurso das ciências humanas e sociais; a prática na área da saúde mental e entra no campo clínico das práticas de saúde, como elemento humanizador do atendimento ao doente mental (SAWAIA, p.35).

Kurt Lewin, Irwing Goffman, Reich, Moffat e Bleger (e inclui, fundamentalmente, Franco Basaglia) e, posteriormente, os pensadores da fenomenologia destacam-se por contemplar o aspecto social na análise da subjetividade, influenciando profissionais de saúde mental e, em especial, os psicólogos (p.45). O movimento da antipsiquiatria destaca-se como uma verdadeira revolução paradigmática na saúde mental, estimulando o nascimento das comunidades terapêuticas, entre tantas outras implicações fundamentais para as práticas das ciências humanas, sociais e de saúde. A “desospitalização” impeliu a mudanças nas políticas públicas de saúde mental e gerou novas formas de atendimento.

Sawaia historia as várias vertentes que deram origem à Psicologia Social Comunitária e as especificidades que derivaram na mudança epistemológica, social, política e ideológica de pesquisas e práticas comunitárias. Entendo que o destaque fundamental está na transformação de uma concepção de comunidade como espaço conservador, utópico e limitante, para a concepção da comunidade como uma organização relacional abrangente que permite ser estudada, trabalhada e, especialmente vivida, como *lócus* de legitimidade e transformação da vida humana, principalmente, a partir do próprio referencial de quem vive na comunidade.

“Os valores comunitários devem ser interiorizados como projeto individual para se transformar em ação, pensados e sentidos como necessidade. Como ninguém é motivado por conceitos coletivos abstratos, abandonando expectativas individuais de

realização pessoal pela causa coletiva. Mas consenso democrático não é conquistado, necessariamente, à custa de sacrifício pessoal (...). O elemento que lhe dá vida e movimento é a dialética da individualidade e da coletividade”.(SAWAIA, p. 50; 1997).

### **2.3.2 - Comunidade e Relação**

Guareschi, ao tecer reflexões sobre os conceitos fundamentais da Psicologia Social Comunitária, analisa as relações sociais. Destaca que aquilo que constitui um grupo é a existência das relações entre as pessoas, sendo, portanto, seu elemento definidor. Essas relações podem ser de tipos, intensidade e particularidades diferentes, dinâmicas, sempre mutáveis. A “massa”, multidão ou público, tem características relacionais diferentes na medida em que a maioria das pessoas se desconhece e as relações, portanto, praticamente, inexistem. As relações de dominação implicam no exercício de poder de uns, em detrimento de outros e há, evidentemente, diferentes formas de dominação. Na comunidade, por sua vez, estruturam-se as relações, por sua vez, mais democráticas e saudáveis, onde as pessoas podem superar a dicotomia dos extremos tanto do individualismo grosseiro e competitivo, quanto da subordinação mecânica como sujeito a serviço do Estado e da instituição burocrática, anulando sua subjetividade (p.96).

Na comunidade as relações se estabelecem pela expressão da subjetividade, as pessoas podem manifestar opiniões e desenvolver criatividade, legitimando a cidadania através do exercício político e social.

Pedrinho Guareschi produz uma contribuição interessante do conceito de comunidade, atribuído a Marx: Comunidade é “um tipo de vida em sociedade onde todos são chamados pelo nome”, referindo-se à vivência de identidade e singularidade, bem como possibilidade de participação e manifestação de opinião; opondo-se, portanto, à referência de “comunidade transnacional” destacada por SAWAIA, mais associada talvez, ao conceito de “massa”, que ao de comunidade (GUARESCHI, 1997 p. 94).



A proposição marxista de comunidade utilizada por Guareschi, remete à comunidade da Terapia Comunitária onde a individualidade é validada como singularidade, especialmente sob a forma de valorização das diferentes competências de cada ser humano. Só é possível pensar no coletivo a partir de cada um e todos configurando um mesmo sistema mais amplo, a comunidade e esta, solidarizar-se para a formação de redes solidárias.

### **2.3.3 - Comunidade e Instituição**

Rochael Nasciutti analisou que é preciso estabelecer um esclarecimento claro das relações entre instituições e comunidades na perspectiva psicossocial. Segundo a autora, o aspecto relacional coletivo de uma instituição pressupõe regras formais e exigências a serem cumpridas quanto ao desempenho de papéis (aspectos conscientes). De outro lado, está a singularidade individual que demanda as necessidades e os desejos de cada um (inconscientes). Assim, a instituição pode ser mediadora entre a ordem individual e a ordem coletiva, destacando uma nítida inter-relação e interdependência entre instituição e comunidade. O recorte psicossociológico de comunidade para a análise das instituições (especialmente as de saúde mental) é o de suas inter-relações com a instituição, caracterizando-se pela unidade de vida em comum e de ação coletiva e controle social formal, sendo a instituição mediadora entre a ordem social (ou coletiva) e a ordem individual (ordem informal; dos desejos) (ROCHAEL NASCIUTTI 1997, p.116).

O capítulo de Rochael Nasciutti privilegia a instituição como foco de pesquisa psicossocial. As questões institucionais podem ter um significado relevante para a prática das Terapias Comunitárias no que se refere às inserções desta prática em organizações institucionais, embora nosso foco tenha luz invertida, nesse caso. Nosso objeto de interesse é a Terapia Comunitária e as instituições fazem parte do tecido sistêmico onde esta prática pode estar inserida, sejam estas instituições ONGs e OCIPs, escolas, instituições de saúde, hospitais ou presídios, instituições religiosas e/ou empresariais. Portanto, a inter-relação da comunidade com a instituição pode se dar tanto pela constituição do lugar de subsistema da instituição,

como o inverso: a instituição vincular-se a comunidades via prestação de serviços. Em ambas circunstâncias estarão presentes tanto os aspectos relacionais formais discutidos pela autora, como seus aspectos da singularidade humana.

## 2.4 - Comunidades e Famílias de baixa renda

A análise oferecida pela pesquisa brasileira parece abrir essa espécie de “caixa preta”, para que possamos desembulhar dali de dentro, as pessoas e suas diferentes formas de organização em comunidades (CAMPOS, 1997; MACEDO, 1984; SZYMANSKI, 1994).

Szymanski (1994) considera a importância de conceituar **comunidade** como grupo geográfico organizado, a partir das relações estabelecidas, que tem objetivos comuns a luta por melhores condições de vida. Em geral, as pessoas da comunidade têm valores semelhantes ou comuns, experimentam afeto entre as pessoas residentes, uma estrutura hierárquica de poder comum, a ausência de regras formais para a interação social e papéis determinados por essas interações sociais<sup>6</sup> (SERRANO, 1992).

A experiente autora e pesquisadora brasileira no estudo com famílias de baixa renda, traz um conceito bastante diverso dos primeiros apresentados nesse capítulo (BUBER, TÖENNIES, BAUMAN). Szymanski demonstra pela pesquisa e prática do cotidiano das famílias de baixa renda, que comunidade é um conceito que se relativiza diante da cultura, da forma de organização e de diferentes necessidades. Objetivada em torno do apoio mútuo, a vida de comunidades de baixa renda é permeada por regras informais e pela presença do afeto. A hierarquia de poder passa longe da verticalização, o que significa a presença de papéis e funções distintas no funcionamento comunitário sem, entretanto, envolver autoridade de poder.

No Brasil, portanto, além de aspectos culturais específicos como a presença da afetividade e a proximidade física entre as pessoas, há especificidades das

---

<sup>6</sup> *Apud* SZYMANSKI, 1994 p. 212

condições sócio-econômicas, especialmente, no que se refere às comunidades de baixa renda. *Comunidade* neste contexto específico pode representar uma forma de conquista importante da luta por dignidade, segurança física, direitos humanos e melhores condições de vida de maneira geral, das pessoas pertencentes à comunidade.

A ajuda mútua está presente (rede solidária) como uma rede de troca e informações intensas. Não há preservação da intimidade, valorizada nas camadas média e alta da população, uma vez que as casas são muito próximas umas das outras e todos sabem de tudo o que se passa nas residenciais próximas: a “privacidade é porosa” (MELLO, 1992 *apud* SZYMANSKY, 1994).

Em nossa experiência também, o conceito de privacidade nas comunidades de baixa renda é totalmente distinto daquele compreendido pela classe média. O conceito de privacidade talvez esteja mais conectado ao “que não é público”, como da porta de casa para dentro. “O de fora” é público e comunitário e “o de dentro”, privativo. Embora os papéis familiares sejam muito bem definidos, as relações de intimidade também diferem dos padrões e valores presentes nas classes média e alta da população. O casal divide o cômodo com os filhos, delimitado por uma parede de armários. Quando há banheiro dentro de casa, é uma área comum a todos.

No espaço da comunidade há também, muita interferência, conflitos e comentários do tipo “falatório”, onde todos têm consciência do poder de controle que este tipo de situação exerce na vida uns dos outros. As relações de casamento e educação de filhos são influenciadas pelo tipo de crenças disponíveis num determinado ambiente através das trocas de confidências entre mulheres (comadres) e modelam o conhecimento de forma ativa, assim como interpretações e soluções (SZYMANSKI, 1994, p. 277).

A vida cotidiana da intimidade é regulada, de certa maneira, pelo caráter da vida comunitária, onde a troca informal de necessidades e desabafos pessoais, ajuda no enfrentamento de certos problemas, mas também, interfere na formação de valores e crenças dos moradores.

## 2.5 -Comunidade como Sistema

Grandesso (2004) descreve, fundamenta e discute a comunidade como sistema. Trata-se de um artigo único por oferecer uma fundamentação teórica consistente para a compreensão sistêmica de conceito de comunidade. Além disso, a autora por ser também terapeuta comunitária, faz considerações do lugar da experiência. Seu enfoque contempla as necessidades dos terapeutas comunitários e sistêmicos, bem como todos aqueles que querem compreender o funcionamento das comunidades sob outro enfoque.

Por tratar-se de um conceito de comunidade dentro do pensamento sistêmico, pós-moderno e novo paradigmático, elegi descrever os conceitos centrais de comunidade desenvolvidos pela autora, no capítulo dos fundamentos da Terapia Comunitária – Pensamento Sistêmico.

*“Para pensar a comunidade enquanto sistema é preciso compreender que não se trata de um simples agrupamento de pessoas, mas como uma rede de interações complexas e imprevisíveis, na qual as trocas entre os participantes, na sua intersubjetividade, mantêm uma relação de interdependência”.*

(GRANDESSO, 2005,p.2).

## 2. PENSAMENTO SISTÊMICO

**Sistema** é como um todo complexo e organizado sob determinados princípios, cujas partes interagem entre si de forma interdependente. É muito mais do que a simples soma de suas partes, porque a organização dessas partes produz características que são específicas de cada sistema. Também, é menos do que a soma das partes porque a organização destas, implica em numa forma de construção que pode inibir a manifestação dessas qualidades (ESTEVES de VASCONCELLOS, 2002).

O Pensamento Sistêmico é uma das bases teóricas fundamentais da Terapia Comunitária. Representa uma forma de ver, pensar e compreender o homem e o mundo a partir, primordialmente, da dinâmica emergente a de suas relações. Essas relações podem ser entre dentro da família, do trabalho, da comunidade, entre o homem e o meio ambiente. E de acordo com a autora, pensar sistemicamente implica também, olhar o mundo como em permanente transformação, no qual as relações são complexas, interdependentes, intersubjetivas e recursivas.

Há **subsistemas** de sistemas, sistemas de sistemas e sistemas de sistemas mais amplos. Uma casa está no bairro, que está na cidade; esta, no Estado, esse no país, e no continente e assim por diante. A Terra é um subsistema do Sistema Solar. No corpo humano estão os sistemas circulatório, respiratório, etc, que são interdependentes entre si para formar o sistema que é o corpo humano (sistemas do sistema). Cada uma destas partes interage sob determinados princípios a fim de permitir uma “orquestra afinada” em nosso corpo. Quando parte de um desses sistemas é alterada, o sistema formado pelo corpo humano responde de forma circular. Isto é, a interdependência que existe entre essas partes desse nosso corpo, é regida por uma causalidade do tipo circular recursiva e uma complexidade tal, que a parte afeta o todo e é afetada por ela, com vicissitudes próprias, não redutíveis e até mesmo, contraditórias entre si. Para um pensar sistêmico, não cabe uma compreensão de funcionamento do tipo linear, objetivo, onde a causa determina o efeito, mas sim que, a interdependência das partes relacionadas implica na causalidade do tipo circular (uma parte afeta o todo, que afeta as partes). Os mecanismos auto-reguladores colaboram na orquestração impedindo o colapso

imediatamente do organismo, diante dos vários “descompassos”. Por isso, temos febre e dor, por exemplo, como forma não só de sinalizar que algo está errado em nosso organismo, como também como meio compensatório para o funcionamento termoeletrolítico de todo o corpo, bem como, de outros sistemas que dependem de um sistema respiratório ameaçado por infecção.

Os vários mecanismos que regem os sistemas orgânicos regem também, os sistemas humanos, como as comunidades.

### **Sistemas: alguns pressupostos epistemológicos**

Segundo a visão novo-paradigmática da ciência proposta por Esteves de Vasconcellos, os sistemas podem ser compreendidos a partir de três dimensões ou pressupostos epistemológicos:

**Complexidade** – fundamentado no pensamento complexo de Edgard Morin. Em contraposição a uma visão objetiva da realidade e de explicações lineares e diretas, o pensamento sistêmico pressupõe olhar e pensar a complexidade do mundo, as relações em todos os níveis da natureza, buscando sempre a compreensão dos acontecimentos – sejam físicos, biológicos ou sociais – em relação aos contextos em que ocorrem (AUN, ESTEVES DE VASCONCELLOS & COELHO, p.77, 2005).

É olhar o mundo de forma complexa em sua permanente transformação, ampliar a visão sobre as inter-relações existentes entre todos os fenômenos do universo. Complexidade, então, requer mudança de crenças básicas, mudando o foco sobre o indivíduo como objeto de estudo para a contextualização das relações:

“Contextualizar é reintegrar o objeto no contexto e vê-lo existindo no sistema. É ampliar o foco, colocando-o nas interligações e, assim, veremos esse sistema interagindo com outros sistemas, redes de relações ou sistemas de sistemas” (ESTEVES DE VASCONCELLOS, 2002, p.112).

A autora define aqui na visão da complexidade, a importância crucial de pensar sempre de forma contextualizada, explicando que é explicitamente nesta forma de pensar que será possível visualizar e compreender os sistemas mais amplos, como as redes relacionais que representam um dos pontos altos do trabalho comunitário: formação de redes solidárias.

**Instabilidade** – esse pressuposto refere-se a incontrolabilidade dos muitos eventos da natureza. Esteves de Vasconcellos nos propõe a imagem das nuvens no céu, que diante de nossa contemplação, mudam os desenhos que se formam, ininterruptamente para a compreensão de que o mundo “*não é*” de uma determinada forma específica, mas “*está em constante transformação*”; não numa ou noutra direção, mas de forma imprevisível, irreversível e incontrolável. Instabilidade refere-se “*ao mundo em processo de tornar-se*”. Portanto, o homem só pode ser visto, considerado e assistido como um ser em relação, inacabado e, também, em processo constante de transformação. Desta forma, a partir de um pensar sistêmico e, especialmente, segundo o princípio de instabilidade, o homem passa a ser compreendido também, em sua complexidade e como alguém que está, naquele momento, de uma determinada forma. “Antonio e Maria estão com problemas em casamento” ao invés de “O casamento de Antonio e Maria é um problema”. Se aceitarmos que os homens estão em relação permanente, é para essas relações que focalizaremos nosso olhar. A substituição o verbo **ser**, pelo verbo **estar**, rejeita a imutabilidade dos fenômenos e aceita a possibilidade de transformação. Favorecer mudanças e transformações humanas só é possível ao pensarmos o mundo também a partir de sua impermanência (2002, p.116).

**Intersubjetividade** – Não existem realidades objetivas, mas as realidades vão se constituindo, nas relações e interações humanas e nas conversações lingüísticas. Toda forma de conhecimento é uma construção social. Isto implica em dizer que os conhecimentos ocorrem como uma produção entre as pessoas e o contexto e, ainda, que é possível haver várias “realidades” distintas e funcionantes. A intersubjetividade é um princípio que demanda o enfoque sobre a relação entre pessoas como co-construtores de conhecimentos sobre a realidade. E a realidade pode ter múltiplas versões. Antonio e Maria entendem que têm problemas na relação de casamento porque cada um deles significa determinados problemas de modo distinto e pouco

congruente, um e não consegue compreender bem o que se passa na visão do outro, e o entendimento sobre questões que envolvem trabalho e filhos tornam a comunicação e o significado ainda mais distinto e assim por diante.

Entre os diferentes contextos de pertencimento, estão Maria, Antonio e todos que pertencem ao sistema interconstituído pela vida de ambos. Entretanto, se pensarmos sobre a intersubjetividade que co-constrói o contexto das dificuldades do casal, ampliamos o foco sobre o sistema construído pelo problema para compreendermos o complexo contexto no qual ocorrem. Entendemos que essas realidades existem concomitantemente, que são construídas conjuntamente pelos os *sujeitos* envolvidos e, ainda, que esta é uma realidade que está construída desta forma, podendo vir a ser diferente diante novas intervenções e co-construções conjuntas.

Considerando ainda a intersubjetividade, Grandesso afirma que sujeito e objeto se interconstituem na linguagem, num contexto de relações e, que não temos um lugar de acesso privilegiado a uma realidade objetiva, fora dos limites de nossas (próprias) lentes, as quais são relativamente provisórias, são histórica e socialmente construídas e para fins determinados (2005). Podemos então, contemplar aqui o universo mais amplo do pensamento sistêmico a partir do enfoque pós-moderno de ciência no qual a realidade não pode ser vista de forma objetiva, mas como interconstituída pela subjetividade e pela linguagem, onde o observador tem um lugar de horizontalidade já que aqui também se descarta a neutralidade. Por isso, como colocado pela autora, nosso olhar utiliza lentes provisórias para ver essa realidade relativa. Como afirma Esteves de Vasconcellos, é uma realidade entre parêntesis (2002).

Outro aspecto importante do pensamento sistêmico é considerar que **um problema cria e sustenta um sistema**. O sistema, portanto, se forma em torno do problema. O problema tem uma organização, uma linguagem e significados, assim como a dissolução desse sistema é também organizada pelo problema. Embora esse conceito esteja descrito em torno de questões da Terapia Familiar, pode ser bem compreendido também, à luz da Terapia Comunitária, uma vez que nas sessões de TC a comunidade se organiza enquanto sistema, para trabalhar as questões de



sofrimento das pessoas ali presentes. O grupo comunitário inclui o terapeuta, enquanto um sistema que se organiza em torno da terapia.

Quando se encerra a sessão, o sistema também pode se dissolver, ainda que venha se reorganizar noutra sessão, mas a configuração será sempre outra. Além disso, diante dos próprios conteúdos dos problemas apresentados, o foco central é dirigido à transformação, a partir das narrativas, histórias relatadas, que passam a ter, portanto, um caráter de mudança. O foco dos problemas deixou de ser o indivíduo ou a família e sim, as próprias narrativas emergidas da terapia (MORE, 2000, p. 22).

O psicoterapeuta, segundo essa forma de pensar e ver o homem e o mundo, não é um *expert* em diagnosticar e utilizar técnicas interventivas, mas um facilitador da construção de realidades alternativas. Da mesma forma, o terapeuta comunitário não tem uma posição e um saber privilegiados em relação a comunidades e às pessoas no grupo da TC. Ao contrário, ele é um facilitador, um tradutor da linguagem do sofrimento individual e coletivo, para ser também, um co-construtor de realidades alternativas (GRANDESSO, 2000, p. 115).

Marilene Grandesso<sup>1</sup> em seu primeiro artigo sobre a Terapia Comunitária, esclarece e fundamenta a função sistêmica da TC, bem como a posição do terapeuta comunitário e a relação com os participantes das sessões:

“A Terapia Comunitária não se define apenas como uma terapia do indivíduo num contexto da comunidade, mas também e, principalmente, como um contexto de terapia para uma comunidade a partir de problema do indivíduo. (...) o sucesso da sessão como um contexto gerador de mudanças, depende em grande parte, no meu entender, do mote escolhido pelo terapeuta com o qual cada participante da comunidade vai se conectar e refletir sobre suas experiências, rever seus problemas, identificar seus recursos e competências e compartilhar suas vivências num grande momento de troca respeitosa” (2003, p.7).

---

<sup>1</sup> GRANDESSO (2004) elaborou uma fundamentação teórica consistente do conceito de comunidade como sistema, onde suas idéias estão representadas.

## A Comunidade como Sistema

*“Trabalhar com comunidades implica trabalhar na construção de contextos para que os membros que a compõem criem e/ou acessem suas próprias competências e transformem as oportunidades e adversidades em momentos de transição para outros arranjos existenciais”.*

Marilene Grandesso<sup>2</sup>

Apesar de ter desenvolvido um capítulo específico sobre o conceito de comunidade, penso que somente após ter realizado uma breve apresentação dos aspectos centrais do Pensamento Sistêmico seja possível apresentar a comunidade como sistema, baseado na análise descrita por GRANDESSO (2005).

A autora elaborou um artigo de relevância onde analisa o conceito de comunidade sob enfoque do Pensamento Sistêmico, além de aspectos do enfoque narrativo – modelo de TC desenvolvido por Grandesso. O artigo em questão é, portanto, uma contribuição de conhecimento única tanto no que se refere à Terapia Comunitária, como à descrição conceitual cuidadosa de seu trabalho pioneiro com uso da narrativa.

Desta forma, o presente subitem tratará especificamente de expor os conceitos emergidos dos significados mais importantes para compreender as comunidades e a comunidade da Terapia Comunitária, à luz do Pensamento Sistêmico e dentro do enfoque pós-moderno de terapia. Esse é um dos aspectos que distingue a teoria presente no trabalho da autora e com os quais me identifico epistemologicamente. Penso que a ressalva faz toda a diferença uma vez que as sessões de TC são estruturadas em passos pré-definidos, que caracterizam uma prática relativamente simples e possibilita ao terapeuta assumir uma postura mais estratégica, definindo uma TC como prática terapêutica moderna. A epistemologia é do terapeuta molda suas ações e define o tipo de prática terapêutica. Em concordância com as idéias epistemológicas novo-paradigmáticas apresentadas no início deste capítulo a partir das definições de Esteves de Vasconcellos e de Grandesso, entendo a prática da

---

<sup>2</sup> 2004, p.2.

TC a partir do enfoque pós-moderno de terapia, buscando moldar ações que venham a validar tais idéias.

### **Comunidade, Sistemas e Terapia Comunitária**

TC caracteriza-se como um sistema móvel:

Como a comunidade de terapia é formada pelas pessoas participantes que, por sua vez, podem ir e vir, sem obrigatoriedade de comparecer a todas as sessões. Ainda para os participantes que comparecem à terapia regularmente, não há entre as pessoas, necessariamente, um vínculo e convivência fora dali. As pessoas podem ter em comum a utilização de serviços disponíveis na comunidade, como os serviços de saúde. Mas isso não é suficiente para caracterizá-las como sistema.(GRANDESSO, 2004, p.3).

Para pensar a comunidade enquanto sistema é preciso compreender que não se trata de um simples agrupamento de pessoas, mas como “uma rede de interações complexas e imprevisíveis, na qual as trocas entre os participantes, na sua intersubjetividade, mantêm uma relação de interdependência” (GRANDESSO, 2005).

É a conversação organizada em torno das dificuldades que vai gerar trocas colaborativas e partilha de significados que conectam as pessoas e passa a delinear a comunidade como um sistema. É possível e desejável que as trocas possam gerar um sistema mais amplo organizado sob a forma de redes solidárias que promovam a transcendência da comunidade e dos indivíduos para transformação dos contextos de isolamento num fluxo mais contínuo de apoio mútuo, de dignidade e cidadania.

A autora considera o conceito de sistemas humanos de Anderson e Goolishian e Grandesso<sup>3</sup>, compreendidos como sistemas lingüísticos, geradores de linguagem e significado para destacar que as comunidades são organizadas pelas conversações geradas a partir das narrativas as quais colocam as pessoas numa rede de troca que

---

<sup>3</sup> 1998, *apud* GRANDESSO, 2005; GRANDESSO, 2000.

se dá na ação e na emoção e estruturam as formas de pensar e agir, organizando vínculos e as práticas de convivência (2005, p.6).

Os aspectos sistêmico-novo-paradigmáticos de complexidade, instabilidade e intersubjetividade, também apresentam especificidades quanto examinados diante do conceito de comunidade da Terapia Comunitária:

**Complexidade** – a interdependência entre os participantes, representantes da variada multicultural brasileira, destaca uma riqueza de contextos de vida onde a troca e, também a partilha, permitem múltiplas e novas formas de organização, possibilitando ações transformadoras a partir da experiência humana compartilhada.

**Imprevisibilidade** – como são sistemas que funcionam afastados do equilíbrio, nas comunidades da TC as relações são experimentadas a cada momento, de forma única e vivenciadas a partir das histórias de vida narradas pelos participantes.

**Intersubjetividade** – as trocas intersubjetivas ocorrem no campo da linguagem, construindo conjuntamente significados que organizam os valores e a prática da convivência.

Como sistemas auto-organizadores, as comunidades têm seus problemas, mas também têm suas soluções. A organização de redes solidárias é um dos momentos de transcendência e, uma forma de transformar os problemas humanos, geradores de profundo sofrimento. Isso permite acessar o potencial criativo e, portanto, as próprias competências das pessoas participantes, estimulando a resiliência e as possibilidades de saída dos impasses existenciais experimentados nos contextos de vulnerabilidade.

Para finalizar, faço um destaque de um aspecto que considero central na TC: as histórias de vida compartilhadas no grupo comunitário e organizadas em torno dos problemas decorrentes do sofrimento e das competências de seu enfrentamento e a postura do terapeuta. As histórias podem organizar narrativas que validam os significados de cada um e ajudam a construção de novos significados preferíveis especialmente, quando trabalhamos de modo a oferecer abertura a cada um dos participantes como um legítimo outro, aceitando genuinamente a diversidade humana.

“Ao dar voz a cada participante, legitimando suas descrições de si e da sua experiência, o terapeuta comunitário, ao assumir uma postura pós-moderna, coloca-se responsivo aos participantes, numa abertura para o diálogo e para novas possibilidades de sentido” (GRANDESSO, 2005, p.15).

## 2. TEORIA DA COMUNICAÇÃO

“Comunicação é o ato de duas ou mais pessoas, de enviar ou receber mensagens (HOUAISS)”.

A literatura especializada, entretanto, considera *mensagem* como a uma determinada *comunicação* isolada, onde há clareza de compreensão. Uma série de mensagens trocadas entre pessoas, é denominada *interação*, comunicação (WATZLAWICK, BEAVIN & JONHSON, 1967).

A comunicação é o elemento de ligação entre as pessoas. É via comunicação que fazemos contato, trocamos informações, expressamos opiniões, pensamentos e emoções. É o meio através do qual estabelecemos relações. Portanto, a comunicação humana tem um valor muito importante. Podemos nos comunicar através da linguagem verbal, mas também através da linguagem não verbal, que inclui gestos, olhares, o corpo, a postura.

Em nossas relações, dificuldades na comunicação freqüentemente implicam em problemas, pois os significados que atribuímos, podem ser “significados” pelos nossos interlocutores, de modo diferente. Podemos imaginar que nos fazemos entender, mas nem sempre é o que ocorre, implicando em problemas relacionais.

A comunicação tem propriedades e é útil conhecê-las, especialmente para compreender melhor, as relações humanas. Esta compreensão torna-se particularmente importante como forma de ampliar nosso enfoque para a prática da Terapia Comunitária.

Vejamos as propriedades ou regras, essenciais à comunicação:

### 1- É impossível não se comunicar.

Essa é uma propriedade básica. Ainda que não verbalize, as pessoas comunicam sempre muitas coisas, pois todas nossas ações são comunicação. **Todo comportamento tem valor de comunicação.**

Atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, influenciam outras pessoas que não podem *não* responder a essa comunicação. A postura imóvel, olhos fechados, olhar fixo, renúncia em falar, *definem* um modo de se comunicar, ainda que através de evitação ou recusa. Implica também, num *compromisso*, uma vez que define o tipo de interação comunicacional que seguirá daí por diante (WATZLAWICK, BEAVIN & JONHSON, 1967, p.45).

Isto implica em compreender que, embora não se verbalize qualquer palavra ou som, todas as nossas condutas têm função de mensagem e expressam algo acerca de nossa forma de ser e estar no mundo. A comunicação não-verbal é entendida como expressão facial, gestos; postura, olhar, tom de voz, seqüência e contexto de interação entre as pessoas.

Mães e bebês, por exemplo, comunicam-se de forma silenciosa, quando ele está ainda no ventre. Mais tarde os movimentos expressivos entre ambos ajudam a estabelecer o vínculo afetivo primordial da vida e da subsistência. O bebê chora, expressando dor, fome ou desconforto. E sua expressão ajuda a mãe a supor o que se passa com ele ou ela.

O comportamento pode referir emoções, sentimentos, sofrimentos e alegrias. Nosso corpo fala através de nós mesmos, via postura, olhares, gestos, expressões faciais. No entanto, diferentemente da mãe que aprende a interpretar as necessidades do bebê, o grande desafio entre as pessoas é compreender o significado de um comportamento, diante de múltiplas possibilidades. Implica ainda, numa interpretação ambígua da mensagem, trazendo conflitos relacionais e sofrimento.

## **2-Toda comunicação tem dois elementos: o conteúdo e a relação.**

O conteúdo se refere ao significado da informação que desejamos comunicar a uma ou mais pessoas. É o conteúdo que define o que uma pessoa deseja ou imagina comunicar a outra. O interlocutor dessa comunicação pode confirmar o conteúdo expresso, aceitando e entendendo esse conteúdo ou, pode desconfirmá-lo,

atribuindo um significado distinto. Significar conteúdos de forma distinta de quem iniciou a comunicação (ou conversa  o), contraria o sentido desse conteúdo.

Se nós somos validados pelos significados compartilhados que são gerados numa conversa  o, a desconfirma  o de conteúdos pode funcionar como discordância de “pontos de vista” distintos entre si, mas pode também funcionar como uma forma de desconfirmar a própria pessoa em questão.

Em suma, o que está envolvido nessa propriedade, então,    um significado atribuído através do conteúdo. Compartilhar ou não o mesmo significado dependerá da rela  o específica.

A comunica  o ao mesmo tempo em que transmite uma informa  o, impõe um comportamento. A informa  o transmitida tem um aspecto de relato, que    o *conteúdo* da mensagem. O comportamento    solicitado através de outro nível que    uma *ordem* contida naquele relato (conteúdo). Há mensagens que têm o mesmo conteúdo, mas implicam em ordens diferentes. Assim, pode-se verbalizar uma frase de diferentes maneiras e seu conteúdo    o mesmo, mas a ordem será diferente. O exemplo de WATZLAWICK (p.47).

### **3-Toda comunica  o depende da pontua  o.**

A pontua  o organiza as seq  ncias comunicacionais. Também organiza os eventos comportamentais entre as pessoas numa conversa  o, sendo, portanto, fundamental para as rela  es entre as pessoas. A comunica  o de uma pessoa em um grupo depende desta pontua  o e da seq  ncia. A Terapia Comunitária pode ser um exemplo.    preciso que o co-terapeuta inicie a conversa  o para que as regras de funcionamento sejam compreendidas por todos. As regras funcionam como pontua  o da seq  ncia de etapas da sessão de TC e os momentos de fala para cada um dos indivíduos, incluindo terapeuta e co-terapeuta. Se não houver pontua  o, não há seq  ncia. Muitos participantes falarão ao mesmo tempo, o que impediria a expressão de outros, e a oportunidade comum a todos. Poderia também gerar conflitos marcados por uma pontua  o distinta entre os participantes.



Nas diferentes culturas pode haver diferenças no modo de pontuar as seqüências. Porém, existe uma espécie de “acordo tácito” que favorece a compreensão deste tipo de funcionamento seqüencial de comunicação.

A discordância sobre como pontuar eventos, entretanto, pode conduzir a confrontos relacionais. WATZLAWICK exemplifica essa discordância com o exemplo de um casal onde o confronto conjugal se apresenta por oposição dele em relação a ela e vice-versa. Essa discordância contribuiu para acentuar as posições distintas em uma espécie de “mais do mesmo”. Isto é, ele se comporta de forma retraída para se defender de suas críticas. Ela, por sua vez, o critica porque ele distorce o que ocorre, *de fato*, no casamento. A interação conjugal é marcada por uma distorção na pontuação, onde cada um dos cônjuges percebe as seqüências de modo totalmente distinto (1967 p.52).

#### **4-Toda comunicação tem dois aspectos: digital ou analógico e ambos, são complementares.**

Embora denominação esteja baseada com no funcionamento neuronal, segundo WATZLAWICK, uma explicação mais prática destes dois aspectos, pode ser útil. O aspecto analógico refere-se ao entendimento imediato de uma mensagem e seu aspecto relacional. A comunicação não-verbal é **analógica**. A linguagem **digital**, por sua vez, é complexa e carente de semântica adequada no campo das relações.

A comunicação do tipo “**duplo-vincular**” , como o próprio nome diz, estabelece um vínculo de dupla-mensagem. Implica na expressão verbal contradizendo a mensagem corporal, onde o receptor da mensagem pode ficar confuso e inseguro por não saber ao que atender. O conteúdo e a relação são antagônicos e impossíveis de serem cumpridos. Elevando-se esta situação à multiplicidade de eventos relacionais, pode envolver um verdadeiro caos emocional, gerando um tipo de comunicação patológica.

**5-A comunicação pode ser simétrica e/ou complementar.**

A comunicação simétrica por sua vez refere-se à propriedade cuja função é manter a conversação de modo invariável, sob determinadas condições. Os interlocutores ou parceiros, tendem a refletir o comportamento um do outro. A igualdade pode ser mantida em qualquer área da relação. Essa invariância acaba por conduzir a situações sem saída, podendo envolver rivalidade entre ambos.

A complementaridade envolve comunicações baseadas na maximização das diferenças. Uma forma complementar é aquela na qual, um dos parceiros, coloca-se numa posição diferenciada, como “o de cima” e outro, ocupa o “lugar de baixo”, estabelecendo um tipo de oposição complementada pelas diferenças antagônicas.

A interdependência presente dificulta o espaço para diferenciação.

A relação complementar pode ser dada pelo contexto social ou cultural, pela natureza desses relacionamentos: mãe-filho; chefe-subordinado. Mas também pode ser estabelecida de modo idiossincrático por uma díade, como é o caso de um casal (p.63).

Chamamos de *escalada simétrica* um tipo de conversação em que cada um dos interlocutores provoca o outro progressivamente, mais e mais. O outro interlocutor rebate de forma ainda mais forte e provocativa, numa sucessão de eventos conflitivos, podendo envolver a elevação progressiva do tom de voz. Típico entre casais onde há um grau acentuado de conflitos.

### **3. PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE:** Um método de educar que ganhou o mundo

A pessoa Paulo Freire transcende a própria teoria, porque ele era o maior exemplo de um educador engajado, que tinha a consciência e o pensamento crítico voltados para o desenvolvimento e a liberdade daqueles que são oprimidos pela falta do saber, pelo poder econômico da elite burguesa.

Paulo Freire é uma das maiores personalidades mundiais no campo da pedagogia. Seus livros foram e são publicados nos principais países de língua ocidental. Seu método é reconhecido não apenas como pedagogia, mas também, como método de pesquisa e produção de conhecimento. Os ensinamentos desse verdadeiro mestre são fonte abundante de recursos para todo trabalho com comunidades. BARRETO incluiu a Pedagogia de Paulo Freire como um dos alicerces teóricos da Terapia Comunitária, na crença genuína de compreensão e respeito pelo indivíduo, na capacidade de construção de uma consciência crítica da realidade, no respeito à cultura e biografia de cada indivíduo e na capacidade de transformação social em direção à equidade e justiça social.

Tratarei aqui, portanto, de realizar uma síntese bem pequena de alguns aspectos centrais do método freireano de educação e algumas articulações com a Terapia Comunitária.

Paulo Freire pode ser compreendido tanto através da ótica de sua obra como educador e cientista, mas não divorciada de seu caráter político. Esta, talvez, seja a dimensão mais importante de seu trabalho, pautado na consciência e justiça social.

A análise sociológica está presente em toda a sua obra que critica os meios de opressão das camadas populares e a concepção de uma “educação bancária e a construção de uma relação dialógica de educação como prática da liberdade”.

A “educação bancária” envolve interesses de poder, controle e opressão. Pautada numa visão “falsa” do homem e do mundo, pratica o ato de educar como se fosse “impelir” conhecimentos de fora para dentro, uma vez que a consciência é concebida como algo “especializado” no homem, como uma seção “dentro”, mecanicamente compartimentada, passivamente aberto ao mundo que a irá enchendo de realidade. Assim, na educação bancária, cabe ao educando ser e estar passivo diante do aprendizado. Ao educador, cabe depositar neste compartimento, os conteúdos e comunicados – o falso saber – tratando de oprimir e esperar adequação por parte do educando.”(FREIRE, 1970, p.62)”.

O conceito de educação bancária, portanto, trata o homem e o mundo como se os saberes e competências estivessem, positivamente, dentro de cada homem, à espera que o mundo entre dentro da “consciência”. Desta forma, alguns teriam tais competências e outros, simplesmente, não, o que implica numa visão de mundo como se os homens estivessem nesse mundo e não sendo parte dele e o mundo parte do homem e dos outros seres humanos.

A educação para Freire tem lugar na humanização tanto do educando, quanto do educador. Educador aprende com o educando, e educando com educador e todos uns com os outros. Há um caráter revolucionário na perspectiva de educar para libertar. Educar não é o de esperar que o outro aprenda, mas é orientar-se por um pensar autêntico e de entrega do saber. Educar, acima de tudo, implica amor e uma profunda crença no outro e em sua capacidade criativa.

Penso ser necessária aqui, uma articulação com a Terapia Comunitária, pois que o terapeuta tem de crer, genuinamente, em cada indivíduo e em todos da comunidade, tem de acreditar em seu poder criativo, autocurativo e transformador de si mesmo e da realidade em seu redor. Estar plenamente apoiado nesta forma de pensamento e de ação viabiliza compreender a função autotransformadora gerada na TC. A comunidade tem uma força e um saber próprios. As dificuldades decorrentes dos desafios da vida e da sobrevivência cotidiana conduzem à desagregação de sentimentos positivos acerca de si mesmo e do mundo a seu redor. O terapeuta tem lugar de um articulador que promove diálogo, reflexão e consciência. O diálogo, para Freire, é o meio através do qual o homem adquire significação, pois é através da

troca dialógica que comunidade e terapeuta aprendem uns sobre os outros e todos sobre o mundo e a vida. Diálogo não é apenas escuta, como depósito das palavras de um sobre o outro. “Diálogo não é discurso ou combate de idéias, mas diálogo é o fenômeno humano e, uma exigência existencial da troca através da palavra; é em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado” (FREIRE, p.78).

O diálogo implica, portanto, em possibilidade de reflexão e de ação para a transformação, primeiramente individual, pessoal. A transformação só é possível a partir da consciência, do reconhecimento de si como sujeito reflexivo e ativo.

A pedagogia de Paulo Freire, além de ser um dos alicerces teóricos da Terapia Comunitária, é ponte que se interliga com outro alicerce: a antropologia cultural. O método Paulo Freire compreende o universo do educando como apropriação e consciência. Parte do trabalho inclui educar a partir do repertório vocabular do educando, de sua vida, do meio no qual está inserido, o que implica aceitação e inclusão do universo cultural deste educando. Envolve, também, a busca de temas através dos quais educador e educando procuram o significado social, a fim de permitir a conscientização e apropriação do educando sobre seu aprendizado e o mundo — superar a visão encantada sobre o ato de aprender e do funcionamento social para apropriar-se de uma visão crítica e reflexiva sobre a sociedade.

Outra reflexão necessária acerca da Terapia Comunitária remete que, por sua vez, só é possível compreender o indivíduo a partir de sua própria experiência, de seu universo. Os temas da TC são partilhados com a comunidade. Outros integrantes da terapia poderão identificar-se, ou não, com esses temas. Mas a consciência nasce da relação de ouvir e perceber se os temas presentes naquela sessão, dizem, ou não, respeito “à minha própria vida”. Trata-se, portanto, de permitir que cada um pode utilizar seus próprios recursos e significados, para criar novos aprendizados sobre si e o mundo que o rodeia.

A pedagogia da autonomia busca conscientizar através da construção conjunta de um pensamento crítico e reflexivo, compreender a realidade em redor, vislumbrá-la e permitir ações transformadoras dessa mesma realidade. Conscientização, reflexão e diálogo são conceitos e práticas fundamentais.

A obra desse magnífico brasileiro deixou um imenso legado de sabedoria, humildade e amor.

“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso. Eu amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo, que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade”

“Um homem sem sua cultura,  
é como uma zebra sem listras”.

Provérbio ancestral africano

#### 4. ANTROPOLOGIA CULTURAL

A **Antropologia Cultural** permite compreender o homem a partir de seu universo cultural e o valor que representa na formação da identidade. A cultura de um povo é transmitida através do local de moradia, da relação familiar, da linguagem, dos hábitos e costumes, da comida, da religião, da etnia, dos diferentes rituais. Todos estes aspectos representam os valores culturais de um povo e também a identidade, que torna um grupo humano único. Ser único é, simultaneamente, importantíssimo, pois é a forma como cada homem é reconhecido desde por seu próprio nome, porque há sempre uma história por trás desse nome e permite que o outro possa reconhecê-lo como tal, e não como uma outra pessoa qualquer, ou mais um. Mas, ser reconhecido apenas como diferente desse outro, somente favorece a exclusão cultural e social. Marginaliza e implica, muitas vezes, em negar sua própria cultura e, portanto, partes fundamentais de sua própria identidade, que se torna, assim, ameaçada, podendo adoecer, o adoecimento psíquico. Esta é uma situação freqüente nos processos de migração, que, especificamente, no Brasil levou milhares de pessoas a deixar sua cidade natal, em busca de trabalho e melhores condições de sobrevivência. Grandes cidades como São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, por exemplo, abrigam milhares de migrantes de todo país, para o trabalho na construção civil, na indústria e ainda como mão de obra informal — empregadas domésticas, ajudantes de obra etc. Outros tantos passam a viver à margem, empurrados pela falta de trabalho, em condições incompatíveis com a dignidade humana, vivendo em mendicância. Pertencer a uma condição de pobreza reverte em desqualificação social (GRANDESSO, 2003, b).

A grande cidade e sua cultura antropocêntrica, muitas vezes, estigmatizam sua linguagem, valores, crenças e hábitos. Atropelam o migrante, com sua gigantesca máquina discriminadora, forçando-lhe uma falsa identidade. Um excelente exemplo é representado pela personagem Macabéia, de Clarice Lispector em *a Hora da Estrela*.

Macabéia carrega em seu corpo franzino toda a “herança do sertão” e todas as formas de repressão cultural, o que a deixa alienada de si e da sociedade em que vive. Nas palavras da autora, “ela nunca se deu conta de que vivia numa sociedade técnica onde ela era um parafuso dispensável”. A busca da personagem por uma identidade processa-se quando ela se olha no espelho. Macabéia vê diferentes pessoas refletidas, nunca sua própria imagem. Diante de uma dura realidade, vê sua fantasia de amor romântico interrompida. Passa batom e volta ao espelho em busca de ver em si, a imagem da estrela de cinema, musa dos anos 50, Marilyn Monroe. Confusa entre quem é e quem deveria ser, a personagem perde sua identidade, culturalmente esfaqueada. Morre atropelada, pela pressão exercida sobre si, sua cultura e sua vida.

A passagem pela literatura de Lispector ilustra o sofrimento e a ambigüidade diante de choques culturais. A exclusão imprime marcas profundas na “alma”: perda da identidade, ausência de referenciais e sentimentos de menos-valia.

Um ser humano apropria-se de sua identidade cultural como condição de auto-estima, de aceitar-se e do valor de si mesmo, como “gente”, como um “eu mesmo” — essência da dignidade humana. Perder a identidade é perder dignidade e ter sua estima rebaixada.

Quando reconhecemos que, num mesmo Brasil, residem tantas e diversas culturas, constatamos a condição de respeito e valorizamos o aprendizado e *modus vivendi* de cada uma destas culturas. Observar a diversidade cultural, em lugar de diferença favorece aceitação, convivência e partilha. É aceitar nas palavras de BARRETO, que “uns são ricos naquilo que o outro é pobre”, o que permite compreender que, diante da diversidade cultural podemos, não só aprender com o outro sobre algo que desconhecemos, mas também lhe ensinar algo novo. Todos aprendemos uns com



os outros, no sentido freireano. Não há uma escala hierárquica de valores. A diversidade cultural é uma fonte de riqueza humana. Agregar o valor da cultura a outros conhecimentos permite ampliar os potenciais de crescimento e a resolução de questões sociais

A justiça e a equidade social só poderão existir com uma sociedade mais tolerante com sua pluralidade cultural e esse é o caminho para a construção de uma sociedade mais justa e solidária (BARRETO, 2005).

A Antropologia Cultural, ao valorizar a cultura e o saber da experiência de cada um, funciona como instrumento de validação desse conhecimento, reunindo também, como numa espécie de ponte, o conhecimento científico-acadêmico. Valoriza, pois, a riqueza tanto cultural, quanto da ciência, fortalece todos os envolvidos e amplia os horizontes de apropriação individual e comunitária. O resultado é Identificar, reconhecer e legitimar o saber local resultante da experiência vivida, que é transformada em ferramentas de enfrentamento das adversidades e abertura de possibilidades. (GRANDESSO, 2003, p.5).

“Quando podemos extrair algum significado das nossas lutas na vida, elas podem se tornar experiências transformadoras, permitindo que nos aproximemos do que há de melhor em nossa humanidade”.

Froma Walsh<sup>1</sup>

## 5. RESILIÊNCIA

O conceito de resiliência é um dos fundamentos mais importantes da Terapia Comunitária, pois representa um modo de empoderamento pessoal, familiar e comunitário. Compreender o significado da **resiliência** e os caminhos possíveis para se trabalhar nessa direção favorece, especialmente, à formação de sistemas mais amplos, como as redes solidárias.

Neste capítulo, utilizarei os conceitos e intervenções de Froma Walsh, terapeuta familiar e pesquisadora da Universidade de Chicago, que dentro do Pensamento Sistêmico é, sem dúvida, a autora mais relevante.

O dicionário define resiliência como *“propriedade que alguns corpos apresentam de retornar a forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica; elasticidade; capacidade rápida de recuperação”* (HOUAISS, p.2437). A expressão, emprestada da física, tem origem no estudo sobre a resistência dos materiais. O aço, por exemplo, é um material que alta capacidade **resiliente** - pode ser submetido a temperaturas muito altas e, imediatamente, a temperaturas de centenas de graus abaixo de zero. A forma do metal pode se modificar, mas a estrutura desse material não se altera. Resiliência, em suma, é uma expressão muito próxima à elasticidade como capacidade de ser estendido e, voltar à forma original.

---

<sup>1</sup> (2003, p.88).

## Resiliência, Crise e Contexto

Como descrevo noutro capítulo, há contextos em que as pessoas estão mais vulneráveis a crises. Walsh afirma que a crise pode ser também, a chave para a resiliência. Como diz um dos hexagramas chineses, crise é perigo, mas é também, oportunidade. Perigo porque estamos diante de uma ameaça real, que pode gerar dor e sofrimento. Mas oportunidade porque também estamos diante da possibilidade de aprendizado. Uma crise pode preceder uma transformação. Diante de algumas experiências de profundo sofrimento, podemos ter a oportunidade de desenvolver relações com outras pessoas mais próximas e enfrentarmos juntos a tempestade. Pode ser uma oportunidade de crescimento pessoal, familiar ou comunitário. O paradoxo da resiliência é que nossos piores momentos podem se transformar nos melhores, se pudermos aprender algo diferente que pode funcionar como um despertar para o que realmente tem valor (WALSH, 2005, p. 7).

Mas **resiliência** não é um conceito que designe acomodação humana do sofrimento e a crises. Ao contrário, *é um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio*. E, como a cultura de modo geral, estimula a intolerância ao sofrimento, é preciso deixar claro que também não se trata de supervalorizarmos a resiliência como invulnerabilidade, indiferença ou um super poder de tolerar extremos de sofrimento, reforçando uma postura antiética que conecta vulnerabilidade à fraqueza humana e resiliência à resistência (WALSH, 2005, p. 4).

Trabalhar na direção da resiliência não é julgar a capacidade individual e coletiva de enfrentamento social às adversidades, mas colaborar para as que as pessoas possam se reerguer após uma crise. É buscar os elementos que possam favorecer o enfrentamento das situações adversas e, principalmente, a recuperação como processo posterior à crise ou trauma vivenciado.

Walsh diferencia tratamento e cura. Para a autora, o tratamento é administrado externamente. Já a cura, é um processo que vem de dentro da pessoa (WALSH, 2003, p. 73).

A cura como processo interior está conectada à capacidade humana de se transformar a partir de suas referências. Walsh relata que a medicina oriental baseia-se num conjunto de crenças como processo de cura, explorando a resiliência interna como forma de manutenção da saúde, a despeito de quaisquer formas de adoecimento. Do ponto de vista psicossocial, esta crença no fortalecimento de processos de proteção indica que as pessoas têm uma capacidade natural de proteção e cura (WALSH, 2003,p 74).

As crenças têm, portanto, um papel fundamental na resiliência, pois orientam boa parte de nossa conduta, funcionando como mediadoras de todo o relacionamento humano e organizando as narrativas na família e na comunidade. Quando os terapeutas conhecem melhor esse sistema de cura podem melhorá-lo e mobilizar os recursos internos de pessoas, famílias e comunidades aumentando as esperanças de recuperação diante das situações adversas que detonam as crises.

Há outras dimensões que podem e devem ser mobilizadas a fim de promover a resiliência além das crenças de fortalecimento. Como na Terapia Comunitária o trabalho nessa direção é fundamental, penso ser importantes explicitar essas dimensões, destacando os aspectos centrais do processo de resiliência.

**Espiritualidade** – a espiritualidade não se refere exatamente à religião formal, embora essa também possa ser incluída na espiritualidade. Mas refere-se muito mais, a fé e as diferentes formas de comunhão com a vida. A relação próxima com a **natureza** e outros seres vivos é uma das formas de manifestação da espiritualidade. A **música** é outro bom exemplo. Para grande parte das pessoas a música eleva e alegra o espírito, acolhe as emoções e ajuda a ressignificá-las. Essa é uma das principais razões para a presença da música nas sessões de TC. A **fé**, por outro lado, está presente entre as pessoas que têm sofrido com situações de adversidade às vezes extrema. É muito freqüente tanto na TC, ouvirmos relatos de sofrimento intenso e, ao perguntarmos o que ajudou a prosseguir, a fé está sempre no centro de situações mais adversas em contextos muito vulneráveis. Invariavelmente, sou surpreendida por tais relatos de perseverança sustentados por uma fé inabalável na vida e/ou em Deus diante do sofrimento humano.

**Apoio, força e conexão** – as pessoas muito resilientes buscam ajuda quando necessário, recorrendo ao apoio de dos sistemas familiares, religiosos, sociais e de profissionais de ajuda. O apoio mútuo promove a resiliência dos relacionamentos e fortalece as famílias e as comunidades.

**Esperança** – é difícil manter esperanças diante de contextos de grande sofrimento. Mas como destacado na dimensão de espiritualidade, a manutenção e fortalecimento do sentido de esperança podem aumentar a capacidade de enfrentamento de uma situação de profunda crise ou trauma. Novamente, não se trata de aquietar indivíduos em sofrimento. Mas estimular a esperança através de intervenções de apoio, especialmente na TC, fortalece a crença na transformação e na possibilidade de dias melhores e de uma vida melhor. Se nós pudermos partilhar a crença de que trabalhamos para melhorar a qualidade de vida das pessoas, de modo geral, acreditamos também que é possível reforçar a esperança individual e coletiva para manter acesa a chama da vida e a possibilidade contínua de mudança das condições de sofrimento.

BARRETO afirma a importância de suscitar a **criatividade** dos indivíduos, criando novos modelos de enfrentamento das situações adversas. A transformação de padrões pode exigir a revisão de crenças disfuncionais para criar outras novas, que permitam as mudanças pessoais necessárias à adaptação a novos contextos (2005).

Há outras dimensões relevantes no processo de resiliência que incluem aspectos do humor e da cultura, valores específicos para seu desenvolvimento, entre outros. Além dessas dimensões, há especificidades de seus recursos em diversas situações adversas como contextos de violência e guerra, lutos e fases do ciclo de vida. No entanto, não é interesse desse capítulo, detalhar todas as características presentes na construção de padrões de resiliência e as formas de intervenção terapêutica específicas. Do contrário, o presente trabalho de dissertação trataria de outro tema, que não a Terapia Comunitária. Assim, o objetivo foi contemplar algumas questões centrais desse conceito, destacando a resiliência dentro da TC como mais um dos pilares teóricos que sustentam a crença no potencial transformador de homens e mulheres em situações adversas.

“Quem olha para o dedo que aponta a estrela, jamais verá a estrela”.

Adalberto Barreto<sup>1</sup>

## 4.VULNERABILIDADE E RISCO: CRISE E CONTEXTO

### 1. Pobreza: contexto de vulnerabilidade e risco

**Vulnerabilidade** é o **risco** que as pessoas correm em função do **contexto** em que vivem. A vulnerabilidade para o risco depende, portanto, do contexto, responsável pelo maior ou menor risco. Determinada pelas circunstâncias de vida representa uma condição de vulnerabilidade: a habitação, por exemplo, favelas, “mocós”, cortiços, geralmente lugares sem saneamento básico, cujas casas ou barracos podem sofrer todo tipo de desastre, como enchentes, desabamentos, curtos-circuitos, incêndios. Tal situação acarreta problemas em relação à saúde, à segurança pessoal e à própria vida, pois os moradores, ao sair de casa ou regressar, atravessando matagais, becos escuros arriscam-se a sofrer assaltos, estupros, assassinatos, abordagens de traficantes — toda sorte de violência. Esse contexto torna as pessoas vulneráveis, em virtude do **risco**, muito mais do que aqueles que vivem em bairros com mais recurso e segurança.

Há ainda, o sofrimento causado pelo estigma social vivido na condição de pobreza. Residentes de uma favela, por exemplo, relatam quase que inevitavelmente, ser vítimas de preconceito: acusações falsas de roubo, rejeição em vaga de emprego, assédios por vendedores em lojas, sem qualquer análise mais atenta e cuidadosa sobre a pessoa em questão, quais as competências ou seus valores e ações. Como bem ressalta GRANDESSO, *“a pobreza constitui-se como uma condição social estigmatizada e desvalorizada, levando as pessoas a se colocarem em condição de isolamento e ocultamento de sua situação, dificultando o sentimento de pertencimento”* (GRANDESSO (b), 2003, p.3 ).

---

<sup>1</sup>2005:109.

## 2. Risco e Crise

Quando a pessoa enfrenta, cronicamente, situações de **risco**, não consegue mais lidar com esse cotidiano e se depara com uma condição que ela não consegue mais manejar, passa a viver então, uma **crise**, que tem origem nas condições de um **contexto** profundamente propício à **vulnerabilidade social**.

**Crise** é compreendida, portanto, como a situação limite experimentada por uma pessoa ou um grupo, e que ultrapassa a capacidade de manejo dos problemas em função dos riscos.

BARRETO (2005) considera crise como “transtornos e desorganizações que acontecem em determinados períodos da vida de pessoas, familiares, grupos sociais, instituições e da sociedade” (p.116).

Compreender o **contexto** de ocorrência de crises sofridas pelas pessoas é fundamental, para entender o sentido de cada situação e o funcionamento de uma crise. É preciso olhar para além da própria crise, analisar seu contexto de ocorrência, para que possibilite a formulação de perguntas que favoreçam, também, a pessoa em questão compreender e sentir-se compreendida, assim como permita ao grupo de TC, à comunidade formada em torno da TC perceber o que se passa com o outro. Pode ser útil também como forma de conscientização de uma situação aproximada, cujos membros da comunidade estejam vivenciando.

## 3. Terapia Comunitária e Crise

O terapeuta comunitário deve estar atento a fim de identificar um pedido de ajuda sob um comportamento. Como todo comportamento é uma comunicação, essa comunicação, muitas vezes, manifesta-se de forma implícita. Uma queixa de depressão, por exemplo, expressa um grande sofrimento. E é esse sofrimento que

importa ao terapeuta. A partir de um questionamento cuidadoso, é possível colaborar para que a pessoa possa compreender o que jaz sob sua depressão e sofrimento.

Expressar-se verbalmente num clima de confiança tem, ainda, uma grande função de alívio. Permite também para o grupo, uma reflexão sobre o sofrimento em questão e o resgate da sabedoria daqueles que já viveram algo semelhante. As pessoas que não passaram por esse problema específico, mas experimentam desconforto dessa natureza, podem tornar-se capazes para transformá-lo e manejá-lo de outra forma, num caráter preventivo.

Isto não implica em transpor para si a dificuldade do outro, mas identificar-se com a saída alternativa, encontrada pelo grupo.

Para tratar a “doença”, muitas vezes, a pessoa necessita de um especialista, como um psiquiatra e um psicólogo. A Terapia Comunitária não tem o objetivo de tratar ninguém. Essa é uma grande diferença. A psicoterapia tem objetivos de tratamento específicos da formação destes profissionais, tem uma indicação de encaminhamento específica e diferenciada. A Terapia Comunitária, ao contrário, propõe-se a lidar com o sofrimento, favorecendo a pessoa a verbalizá-lo no contexto comunitário, como forma de apoio. “Quando a boca cala, o corpo fala. Quando a boca fala, o corpo sara”. A metáfora popular é utilizada como recurso para compreender que uma dificuldade não expressa gera um sofrimento, comunicado através de outros comportamentos, como por exemplo: comer demais ou de menos, perder o sono ou dormir muito,... Importante ressaltar que é possível evitar a medicação, uma vez que o sintoma pode ser re-significado, antes de tornar-se severo ou crônico. As situações, que requerem atenção profissional especializada e medicação, são encaminhadas de forma atenta à rede de saúde.

Ao experimentar uma crise, a pessoa assinala o limite de um modelo de funcionamento esgotado. Aquele que não consegue ultrapassar as fronteiras necessárias à mudança, passa a viver em conflito pela falta de saídas, entra em sofrimento, desenvolve comportamentos disfuncionais, como forma de se adaptar e de se comunicar. Tais comportamentos são uma espécie de sinal.



O terapeuta comunitário deve estar atento ao contexto, mas também aos sinais de crise de cada indivíduo. É um cuidado a fim de observar, como quem observa os sinais da natureza em mudança de clima ou sinais de perigo diante de ameaça. Nas pequenas cidades e no campo, o homem pode reconhecer com mais facilidade os sinais da natureza, como a chuva que se anuncia, por exemplo. Nas grandes metrópoles, o homem reconhece o risco de certas áreas urbanas em relação ao trânsito e à violência, como a conduta ameaçadora de outros homens. A preservação da própria vida e a proteção da vida de outras pessoas torna tais sinais mais evidentes para a maioria, que se esquivava, sempre que possível. Entretanto, nem sempre isso é possível. Assim, a atenção aos sinais de crise pessoal tem função primordial para a Terapia Comunitária. Identificar os sinais, em forma de pedido de ajuda, facilita, portanto, a compreensão da existência de uma crise, de seu contexto, e a busca pelos recursos comunitários para uma saída satisfatória.

Há crises que podem ser parte de um processo da vida em família, de uma comunidade e de uma sociedade. Estas situações impulsionam o abandono de estratégias que não são mais úteis e não têm mais função para seguir adiante. Em geral, uma crise surge depois de várias tentativas de resolução, sem resultado. Afeta as pessoas mais próximas como familiares e colegas, interfere no rendimento profissional e na capacidade criativa de lidar com a própria vida. O contexto em que ocorre é, portanto, fundamental. Compreender as circunstâncias de vida daquela pessoa, os aspectos mais difíceis nesse processo, as tentativas de solução já praticadas são uma pequena amostra do que se refere à compreensão mais ampla de um contexto. O apoio da comunidade, nesse caso, é bastante útil. Expressar, verbalmente, uma dor tende a ter um papel facilitador para auxiliar a reconstruir a vida.

*“A Terapia Comunitária é um instrumento transformador de sofrimento, das dores da alma. Partilhando nosso sofrimento e descobertas, estamos coletivamente possibilitando trazer a clareza para nossos sentimentos e a luz para nossa caminhada solitária” (BARRETO, 2005:116).*

#### **4. Família, Ciclo Vital e Crise**

CARTER & MCGOLDRICK E COLS (1995) descrevem que a família, ao longo de seu ciclo vital, experimenta diversas crises. Algumas previsíveis, em função da necessidade de adaptar-se forçosamente à mudança de um estágio para o outro. Outras são como intercorrências inesperadas e interrupções bruscas, em alguma etapa do ciclo de vida. A morte é por si, um fator de risco dos mais altos para a existência de crises. A elaboração da perda de um familiar, ou amigo próximo, pode requerer cuidados essenciais para que a pessoa e a família possam seguir com suas vidas. Quando a morte é de um dos pais, a crise tende a ser muito mais severa, tornando-se um dos mais graves fatores de interrupção do ciclo vital da família e gera alto nível de estresse emocional, especialmente para aquele que ficou com a responsabilidade total do cuidado, educação e provisão dos filhos.

CERVENY, BERTHOUD & COLS (1997) estudaram as questões de ciclo vital nas famílias do Estado de São Paulo. Identificaram, além das etapas conhecidas pelas autoras norte-americanas que, no Brasil contemporâneo (mais especificamente, em São Paulo), mesmo na classe média, o início da vida familiar é marcado pela tentativa de construir a vida financeira e doméstica. Considerando os contextos contemporâneos, as experiências desta etapa são altamente imprevisíveis, salvo para os indivíduos de poder aquisitivo muito alto que não interessam a nosso estudo.

Se considerarmos as muitas diferenças de estudos realizados com populações de classe média para classes economicamente mais desfavorecidas, teremos muitos resultados diferentes. Mas no que se refere às etapas principais do ciclo de vida e suas interrupções, há várias semelhanças. A etapa de iniciar a vida e lutar pela sobrevivência, advinda da condição financeira, é uma delas. Com algumas possíveis especificidades, o fator mais agravante, no momento do início da vida familiar se dá em virtude das dificuldades de se obter trabalho e rendimento suficiente para o sustento. A crise social que assola o país há décadas arrasta conseqüências ainda mais graves para as populações de baixa renda.

Se por um lado, a capacidade de adaptação da camada pobre da população pode ser bem maior, pela aceitação de empregos informais, por exemplo, por outro lado, sofre com problemas de estigma social, oportunidades muito mais reduzidas pela carência de formação especializada, agravando os aspectos pessoais específicos deste tipo de crise. Homens que passam a depender de mulheres que trabalham e trazem o sustento para casa, às vezes, têm dificuldade de aceitar essa ajuda, aumentam o abuso de substâncias como o álcool, por exemplo, apresentam, com frequência, comportamentos domésticos violentos, além de outros que podem trazer ainda mais sofrimento e desagregação familiar. A violência está presente fora de casa, nas diversas formas de pressão, discriminação e exclusão, têm reflexos acentuados dentro de casa. Para MINUCHIN, COLAPINTO E MINUCHIN (1999), a pobreza pode gerar desespero e impotência, diante da adversidade social intensa. Assim, traz tal sorte de sofrimento que perpassa as relações familiares através de saídas desesperadas, como a violência, a delinquência, o sexo impulsivo e o abuso de substâncias como álcool e outras drogas.

Sentir-se apartado e não reconhecido gera rebaixamento da condição e da estima de si mesmo, da capacidade de identificar-se positivamente, dificultando ou até impedindo saídas alternativas.

A Terapia Comunitária tem uma função importante no acolhimento dessas crises. O trabalho em grupo permite exprimir sofrimentos o que, de outra forma, não é possível. Fortalece vínculos entre as pessoas, que se solidarizam, favorece a compreensão de si mesmo e da possibilidade de encontrar estratégias mais satisfatórias de lidar com o sofrimento. Ouvir o sofrimento do outro, repetidas vezes, permite ampliar a crença em si mesmo e em sua comunidade, uma vez que os problemas são amplos e, se um superou, o outro passa a crer que é possível. A formação de redes colaborativas permite o enfrentamento de problemas coletivos, o cuidado mútuo e é uma consequência da solidariedade presente na compreensão do sofrimento.



“Mas quem tem coragem de ouvir  
amanhecer um pensamento,  
que vai mudar o mundo  
com seus moinhos de vento?”

Frejat & Dulce Quental<sup>1</sup>

## IV - TERAPIA COMUNITÁRIA

O presente capítulo pretende descrever o processo de trabalho da Terapia Comunitária, o detalhamento das etapas da sessão terapêutica e o terapeuta comunitário. Serão apresentados, também, alguns aspectos específicos do trabalho em Terapia Comunitária, da formação e da prática, o cuidando do cuidador e, por último, a Associação de Terapia Comunitária – ABRATECOM.

### 1. Um Pouco da História...

A Terapia Comunitária, em sua história de construção, nasceu como resposta a uma demanda crescente de pessoas em sofrimento, que procuravam o serviço jurídico através de Airton Barreto, irmão de Adalberto, nos Direitos Humanos da Favela de Pirambu, na Grande Fortaleza. Airton identificava que a maioria apresentava um grande nível de sofrimento psíquico e acabava necessitando de atendimento psiquiátrico, pois sofria de depressão e outros males, solicitando medicamentos. Assim, Airton pediu a colaboração de Adalberto, médico psiquiatra e professor no curso de medicina da Universidade Federal do Ceará.

Adalberto iniciou o trabalho de atendimento psiquiátrico individual juntamente com seus alunos da Universidade, no Hospital Universitário. Atendiam, em média, de 10 a 12 pessoas por dia. Percebendo o aumento crescente da demanda e a limitação de atendimentos diários, Adalberto decidiu realizá-los, diretamente na própria comunidade.

---

<sup>1</sup> O Poeta está vivo, em Barão Acústico.

Como desafios, Adalberto encontra, primeiramente, a necessidade de atender, gratuitamente, uma demanda cada vez maior em busca de tratamento e aplicar o conhecimento científico de um modo criativo, de forma a permitir que um grande número de pessoas pudesse ser atendido:

“(...) como passar do atendimento individual, cuja segurança me era garantida pela observância de técnicas e métodos científicos no espaço protegido de um consultório ou de uma instituição respeitável; para o atendimento coletivo onde eu me sentia meio desprotegido? Um espaço em que eu não tinha o controle das pessoas que chegavam e que saíam, inserido num espaço estranho no qual me sentia apenas mais um dentre eles. Eu experimentava o desconforto de não me sentir em minha própria casa no sentido amplo da palavra” (RIVALTA BARRETO, BARRETO & BAKMAN, 2003, p.35).

As expressões relatadas parecem refletir não somente o desafio de Barreto, mas as dificuldades e conflitos dos profissionais da saúde mental, diante dos desafios de atender às demandas de uma população desassistida e, ao mesmo tempo, ver-se impulsionado a mudar paradigmaticamente: sair do modelo privado pela observância das práticas terapêuticas tradicionais, para realizar atendimentos coletivos *in loco*. Especialmente no que se refere a médicos e psicólogos, os profissionais parecem tão habituados a pensar suas práticas em termos de atendimentos direcionados à busca de sintomas e diagnósticos, que não aceitam, com muita facilidade, a idéia de abrir mão do *setting* terapêutico e estar frente a frente com um grupo de atendidos (MILITÃO, 2003; DIMENSTEIN, 2001).

Para além dos desafios diante do atendimento psiquiátrico a esse grande número de pessoas, dentro da favela de Pirambu, Barreto encontrou outras dificuldades. Como sair de um modelo tradicional de atendimento psiquiátrico, calcado no intrapsíquico e passar para a inovação, criando um modelo capaz de gerar autonomia das pessoas atendidas? Como sair do modelo de formação verticalizado em que o profissional detém conhecimento e poder e passar para uma prática cuja informação e conhecimento são circulados para beneficiar tanto profissionais, como a comunidade atendida? Como respeitar as diferenças culturais, aproveitando o conhecimento tácito para gerar competências? Como sair de uma prática especializada e

comprovada, mas limitante, para atingir o sistema amplo? Como ajudar as pessoas a acreditar em si mesmas e em sua autotransformação criativa? (BARRETO, 2005, P.18.).

A Terapia Comunitária, portanto, nasceu como resposta a essa grande demanda de atendimento a populações carentes de recursos de natureza econômica, de disponibilidade de serviços de saúde, de informação. Essa população, em geral, é profundamente afetada por problemas de ordem psicossocial e de acesso aos serviços de saúde de forma mais ampla. Muitas vezes, na carência de recursos econômicos e diante de todo um panorama político e social que exclui e desfavorece condições dignas de saúde, habitação, educação, saúde, alimentação e trabalho, a própria identidade individual fica ameaçada. Sentimentos de menos-valia e desapropriação cultural podem ameaçar a identidade dos indivíduos, excluídos da condição de pertencimento social. A desagregação e a exclusão social são, em geral, agravadas por migrações forçadas. Nessa empobrecida teia, a fragilidade de laços sociais e a dificuldade das pessoas em se organizar reforçam o rebaixamento da auto-estima, já tão abalada. A desvalorização da auto-imagem culmina na pobreza econômica e emocional.

Diante de um contexto de reconhecer cada indivíduo que sofre e vê sua identidade ameaçada, é que a Terapia Comunitária Sistêmico Integrativa começa a tomar contornos e vir a ser uma ferramenta poderosa no combate à “miséria psíquica”. BARRETO (2005) afirma que seu maior desafio enfrentado foi encontrar um meio para trabalhar, de forma a ajudar o grupo de pessoas atendidas a acreditar em si mesmas e em suas competências e seu objetivo era desencadear ações transformadoras significativas, capazes de colaborar para que elas, diante do sofrimento e dos problemas enfrentados, pudessem ter as rédeas de suas próprias vidas nas mãos, como uma “terapia da auto-estima”. É uma forma de atendimento em que os indivíduos pudessem sair mais fortalecidos para o enfrentamento da batalha social, um espaço de conversação dialógica no qual cada ser humano tenha a possibilidade de se reconhecer e reconhecer o outro.

O desafio que Barreto revela na história de construção da TC encontra eco em outros autores também preocupados com a questão das adversidades sociais contemporâneas. É caso dos vários desafios enfrentados, por exemplo, por Charles Waldegrave e sua equipe do Centro de Família de Wellington, da Nova Zelândia.

Waldegrave e equipe queriam compreender os limites da prática terapêutica e aplicar uma nova crítica para intervir nas profundas experiências de sofrimento social, com o qual se deparavam. Buscavam uma forma de trabalho calcada na equidade e justiça social, capaz de conter simplicidade, destituída de excessos comuns aos modelos tradicionais de terapia, de suas limitações culturais e elitistas. Desenvolveram o *Just Therapy: Terapia e Justiça Social – uma terapia justa e sem excessos*, modelo que nasce a partir da pluralidade de conhecimentos e experiências presentes no próprio grupo do Centro de Família; do vasto conhecimento internacional das ciências sociais; da tradição de cura e dos processos de relações de saúde presentes entre os três grandes grupos: os maori, os samoa e os pakeha (europeus); das experiências distintas com gêneros diferentes, homens e mulheres; e do engajamento do grupo com a justiça social e a crença na espiritualidade universal que reconhece a sacralidade das histórias das pessoas, quando expõem seus sofrimentos (não como espiritualidade institucionalizada, mas aquela que se refere ao relacionamento em todas aquelas culturas).

A intensa demanda, criada pelas desigualdades sociais e culturais existentes na Nova Zelândia, revelam também, uma crítica direta aos modelos mentais médicos, positivistas, sexistas, brancos e rotuladores, que mais contribuíram para atitudes não-éticas do que para resolução de conflitos sociais e familiares (WALDEGRAVE, 2001, p.22).

O trabalho de Charles Waldegrave e de toda a equipe do Centro de Família tem sido uma referência para o estudo dos problemas de sofrimento psíquico, em contextos de grande desigualdade e vulnerabilidade. Esse modelo é também referência de um pioneirismo de um trabalho desenvolvido para atender as demandas, dentro de seu próprio país, ainda que possamos importar seus conhecimentos. Por último, é uma das provas de que é possível trabalhar conflitos sociais, culturais e terapia para o



atendimento de sistemas amplos da população, de forma relativamente simples, quando estamos comprometidos com uma causa pautada na coletividade.

Penso que, no Brasil, os alcances de trabalho como a Terapia Comunitária desenvolvida por Adalberto Barreto e o Movimento de Saúde Mental Comunitária representam uma possibilidade concreta de lidar com o sofrimento de nossa população.

## **2. Objetivos da Terapia Comunitária**

BARRETO aponta nove objetivos amplos da Terapia Comunitária:

- a) Reforçar a dinâmica interna de cada pessoa, como forma de que ela possa descobrir seus próprios valores e competências, tornando-se mais autônoma e menos dependente.
- b) Reforçar a auto-estima individual e coletiva.
- c) Favorecer o reconhecimento e o reforço da autoconfiança na sua capacidade de evoluir e desenvolver-se como pessoa.
- d) Valorizar a função e o papel da família e da rede formada em seu meio.
- e) Suscitar em cada pessoa, família e grupo social, seu sentimento de união e identificação com seus próprios valores culturais.
- f) Favorecer o desenvolvimento comunitário, buscar prevenir e combater as situações de risco e vulnerabilidade que impulsionam a desintegração individual e familiar, através do fortalecimento dos laços sociais.
- g) Promover e valorizar instituições e práticas culturais tradicionais, detentoras do saber-fazer e protetoras da identidade cultural.

- h) Tornar possível a articulação e a comunicação entre o “saber popular” e o “saber científico”.
- i) Estimular a participação social como requisito fundamental para dinamizar relações, promovendo conscientização e estimulando o grupo pelo diálogo e a reflexão para tomar iniciativas próprias, tornando-se agente de sua própria transformação (p. 37).

### **3. Características e Pressupostos da Terapia Comunitária**

A Terapia Comunitária está fundamentada nos Cinco Pilares Teóricos<sup>2</sup>:

- Pensamento Sistêmico
- Teoria da Comunicação
- Antropologia Cultural
- Resiliência
- Pedagogia de Paulo Freire

#### **3.1 Das características**

A TC é um espaço comunitário que tem como característica central a partilha e a escuta de experiências e histórias de vida, onde todos são co-responsáveis tanto pela escuta, como por buscar soluções. Num clima de acolhimento e calor humano intensos, todos ali presentes são co-responsáveis pela busca de soluções e superação dos desafios da vida cotidiana. Um de seus aspectos centrais é procurar promover o aquecimento e o fortalecimento das relações humanas e a criação de redes solidárias de apoio social (BARRETO, 2005, p.35).

Outra característica da Terapia Comunitária é ser um trabalho preventivo de saúde mental, na medida em que favorece a expressão de sofrimentos através do relato das experiências vividas e compartilhadas no contexto grupal. A TC é também

---

<sup>2</sup> Apresentados no Capítulo 2.

curativa, pois a verbalização no contexto de acolhimento da comunidade é terapêutica e possibilita a ressignificação dos conflitos. A TC pode ser caracterizada como um trabalho na área de Saúde Mental, terapêutico e preventivo e envolve distintos setores da Comunidade e busca comprometer as diferentes pessoas constituintes do cenário cultural e social da comunidade, como os agentes de saúde, educadores, artistas populares e outros.

Se a ênfase está no trabalho com a comunidade, o trabalho grupal é também característica, pois a TC também estimula a formação de grupos específicos por gênero, faixa etária, entre outros, que possam articular-se na busca de soluções cotidianas e funcionar como apoio social protetor contra os fatores de risco, para os indivíduos socialmente vulneráveis.

Essa terapia caracteriza-se, também, por favorecer, gradativamente, o desenvolvimento da conscientização social, ao estilo do método Paulo Freire, por conscientizar as pessoas sobre a origem de seu sofrimento e as implicações sociais da miséria, principalmente, para que possam dar-se conta de seu potencial criativo e autotransformador. Favorecer o desenvolvimento de uma consciência crítica possibilita a organização do grupo e a compreensão da influência do contexto social na origem do sofrimento humano. Promove, ainda, a troca de experiências e a criação de uma rede solidária.

Um aspecto bastante importante é sua capacidade de ser flexível, no que se refere à demanda de atendimento. O grupo comunitário pode ser um grupo pequeno ou grande, e a pessoa que esteve presente numa sessão, não tem a obrigatoriedade de comparecer a todas as outras, mas estará presente se puder vir ou se precisar. A Terapia Comunitária apresenta-se como um modelo terapêutico capaz de atender simultaneamente a um número muito grande de pessoas, configuradas como um grupo aberto (GRANDESSO 2003, p.6).

A autora levanta também outros aspectos que caracterizam essa terapia, em defesa de sua aplicabilidade:

- Ser um modelo simples, estruturado em etapas e regras delimitadas, permitindo capacitar um grande número de pessoas para esse trabalho, não demandando curso superior especializado.
- Poder realizar-se em distintos contextos e locais, desde locais públicos e abertos, até unidades de saúde, escolas, hospitais e salões comunitários.
- Permitir o atendimento simultâneo de faixas etárias e populações distintas quanto ao nível sócio-econômico e cultural. Crianças e idosos, homens e mulheres, ricos e pobres, indistintamente, podem ser atendidos num mesmo grupo.
- Ser aplicável com excelentes resultados a grupos grandes, atendendo a grande demanda de pessoas e problemas.
- Favorecer a manutenção das mudanças pela formação, incentivo e promoção de redes sociais solidárias. A autora refere-se à importância da valorização dos vínculos sociais e comunitários que, pela característica da TC, promove o desenvolvimento de redes amplas de apoio mútuo, favorecendo a manutenção da mudança individual ancorada pela comunidade.

### **3.2 Dos pressupostos**

É uma terapia que descarta o saber unitário do profissional do estilo “Salvador da Pátria”. O modelo médico pressupõe que o técnico deve deter todo o conhecimento para a solução do sintoma e o usuário do sistema de saúde, como cliente, é um “paciente” que acata e deve melhorar com a prescrição recebida. É, portanto, um modelo fundamentado nos *déficits* do indivíduo. Ao contrário, a TC parte do modelo sistêmico, compreendendo as competências de cada um para transformá-las em conhecimento e respeitando o saber das culturas e práticas populares, além de reconhecer o direito de cada indivíduo saber o que é melhor para si.

Assim, ao explicar que a Terapia Comunitária é um espaço no qual as pessoas vêm desabafar suas dificuldades, as vivências cotidianas de sofrimento, também é um espaço de escutar as outras pessoas em suas dificuldades, e um lugar onde se pode cantar e rir. Usamos a expressão: *quando a boca cala, o corpo fala*. Fala por meio de dores no corpo, ou de insônias ou sono excessivo, pressão alta e doenças diversas, alcoolismo, e tantos outros sintomas que dificultam a qualidade de vida e o cotidiano. Mas, ao contrário, *quando a boca fala, o corpo sara*. É o alívio das tensões que atormentam e os ressignificados de seu enfrentamento.

BARRETO descreve oito pressupostos fundamentais da Terapia Comunitária:

**a) Ir além do unitário para atingir o comunitário**

Diante dos diversos riscos como a oferta ao uso de drogas, estresse, violência, desemprego, insegurança e outros fatores que podem tornar as pessoas vulneráveis a crises diversas, a superação de problemas não pode depender, exclusivamente, da assistência de especialistas, mas sim da coletividade. A comunidade que têm diferentes problemas, também é capaz de ter suas próprias soluções. Assim, pode tornar-se um espaço terapêutico para o tratamento e a prevenção dos problemas.

**b) Sair da dependência para a autonomia e co-responsabilidade**

Estimular a autonomia é uma forma de estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento familiar e comunitário, evitando modelos individualizantes, que podem gerar dependência. Assim, a consciência de que as soluções podem originar-se na comunidade reforça a independência e a autoconfiança.

**c) Ver além da carência para ressaltar a competência**

Permitir o reconhecimento das competências individuais, investir na resiliência individual e comunitária como promoção da competência e da formação de vínculos solidários e redes de apoio.

**d) Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade.**

Pensar e agir de forma sistêmica, centrando-se de forma horizontal nas relações. Reconhecer, acolher e oferecer suporte ao sofrimento coletivo proporciona maior humanização das relações.

**e) Da descrença na capacidade do outro passar a acreditar no potencial de cada um**

Deixar de pensar de forma individualizada e hierárquica, para reconhecer o potencial humano de autotransformação criativa, sem negar o valor da ciência. Estimular o aprendizado coletivo que favorece uma dinâmica relacional inclusiva e o "empoderamento" pessoal e comunitário.

**f) Ir além do privado para o público**

É preciso sair do modelo de referência de trabalho em saúde mental como disponibilidade única do âmbito do privado, do exclusivo de um *setting* terapêutico, para pensar a saúde coletiva como uma prática para além do âmbito do privado. Pensar na intervenção em saúde mental comunitária é refletir sobre as questões sociais amplas e trabalhar na direção de incluir toda a comunidade. O atendimento coletivo beneficia a população atendida que se torna mais autônoma, consciente e inserida socialmente, e também beneficia os profissionais, à medida que se libertam de uma formação universitária enrijecida para atuações coerentes com as necessidades da população.

**g) Romper com o clientelismo para chegar à cidadania**

O indivíduo é agente ativo de sua própria mudança como forma, também, de assumir seu papel de cidadão. Deixa, assim, de ser “o cliente”, passivo diante do saber do profissional, hierarquicamente verticalizado.

**h) Romper com o modelo que concentra informação para fazê-la circular**

Favorecer cidadania e consciência social é também estimular os indivíduos à participação direta das decisões que alteram sua vida e a vida da comunidade. Portanto, é fundamental estimular o grupo a articulações amplas e tornar-se co-autor das decisões políticas públicas (2005, ps. 59-60).

**4. O Terapeuta Comunitário**

São propósitos do Terapeuta Comunitário:

- Reforçar vínculos entre as pessoas.
- Mobilizar recursos e competências locais.
- Respeitar as distintas culturas.
- Promover redes de proteção e inclusão.
- Favorecer e criar consciência social.

BARRETO afirma que, para capacitar-se como terapeuta comunitário, é necessário que a pessoa tenha um “perfil” adequado. O perfil refere-se a algumas características pessoais favoráveis ao trabalho junto a comunidades, no lugar de terapeuta.

- a) Estar **comprometido** com a causa da comunidade, através de valores e crenças muito claros, a fim de que seja possível engajar-se nesse tipo de atividade e todos os desafios que advêm do lidar com pessoas, vivendo, muitas vezes, em contextos distintos daqueles de sua própria cultura (DIMENSTEIN 2001, MILITÃO, 2003).
  
- b) Ser capaz de manter uma **escuta aberta** e fundamentar-se numa **postura do não-saber**, buscando formular **perguntas abertas** para compreender o ponto de vista daquele que fala e colaborar, a fim de que todo o grupo compreenda, também, o que é fundamental, para que levante idéias sobre a dificuldade relatada naquele momento e ajude a refletir sobre seus próprios problemas. Esta atitude deve funcionar como o que Adalberto chama de “garimpar o saber da vivência das pessoas”, uma vez que o saber do lugar da experiência sensibiliza atenção, cuidado de uns com os outros e as próprias histórias já vivenciadas. Esta condição facilita interações entre todos e a comunidade e pode permitir, em curto prazo, a formação de uma **rede colaborativa** entre as pessoas envolvidas. É fundamental que o terapeuta procure envolver a comunidade a participar.
  
- c) Do ponto de vista prático, são parte das tarefas do terapeuta comunitário, a estruturação e a condução da sessão, o controle do tempo de cada etapa, o processo de questionamento, a organização das narrativas que vão surgindo no grupo, a proposição de recursos técnicos de aquecimento e descontração do grupo, a ressignificação e as reformulações das narrativas, o uso de conotações positivas e as finalizações. Estas ações pressupõem uma sensibilidade para a escuta e atenção a cada um dos participantes e ao grupo (GRANDESSO, 2003, p.4).

O terapeuta funciona como uma espécie de sementeiro do terreno onde a TC deve acontecer. Assim, é importante, também, que o terapeuta comunitário tenha habilidades como articulador. Articular atividades dentro da comunidade e entre a comunidade e a rede mais ampla, é fundamental para divulgar a oferta de TC, para auxiliar na resolução de problemas e realizar encaminhamentos necessários. É,



possível, também, que o terapeuta possa criar uma equipe de trabalho comunitário, para auxiliá-lo nas articulações necessárias.

#### **4.1. O Terapeuta Comunitário como (novo) ator social: papel e formação**

A primeira dissertação de mestrado sobre Terapia Comunitária foi elaborada por Miriam Rivalta Barreto e defendida em novembro de 2001, na PUCRS. O trabalho teve como tema a Trajetória Vocacional do Terapeuta Comunitário como “um novo ator social”. Hoje, os terapeutas comunitários no Brasil são, em torno de oito mil. Desta forma, já não são mais novos, como atores sociais, mas têm um papel importante como agentes de mudança, visto que sua principal função está atrelada, a meu ver, a infundir, nos participantes, uma consciência social e, também, a compreensão que eles têm dos problemas, bem como a possibilidade de ressignificá-los por meio de uma nova consciência de si mesmos, do contexto social e da vulnerabilidade a que estão sujeitos.

A formação em Terapia Comunitária pressupõe a realização do Curso Completo, que pode ser oferecido em quatro módulos de 60 horas cada um, ou sob formato de um curso contínuo, a exemplo do que é realizado na PUC-SP e na UCSAL da Bahia. Além dos módulos teóricos, o capacitando deve realizar 70 terapias completas e 60 horas de supervisão, a fim de obter o certificado.

Os cursos de formação devem contemplar os chamados pilares, que formam a base da Terapia Comunitária: Pensamento Sistêmico, Teoria da Comunicação, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência. Os conceitos que compreendem o funcionamento da TC também são parte integrante da formação: os objetivos da terapia, o papel do terapeuta, a importância do contexto diante das crises, a força da comunidade, a mudança. No que se refere à prática, é necessário um treinamento intensivo de sessões de TC, vivências, além das supervisões /intervenções, durante todo o período de formação (BARRETO, 2005).

Além do “currículo mínimo”, os cursos podem acrescentar outros conceitos e temas como questionamento reflexivo (uso de perguntas a partir do referencial do indivíduo

como autor de sua própria história), diversidade cultural, questões da saúde, família, políticas públicas, entre outros temas que favoreçam uma articulação entre a teoria e a prática de Terapia Comunitária.

Podem capacitar-se, como terapeutas, todos que tenham afinidade com grupos de pessoas, com práticas comunitárias, sensibilidade de reconhecer o sofrimento do outro e firmeza para atendê-lo, sem se deixar abater, além de ser capaz de interessar-se, genuinamente, por outra pessoa, sem, no entanto, desejar “salvá-lo” ou “protegê-lo” de seu sofrimento, numa atitude assistencialista, o que não cabe na TC. Portanto, podem ser capacitados os que se identificam com esse perfil pessoal, independentemente de formação acadêmica.

Como se trata de acolher, ouvir as pessoas e conduzi-las, a maior missão do terapeuta comunitário é comprometer-se com ela; é saber acolher, ouvir e ser capaz de sintetizar a dificuldade escolhida, para que o grupo traga sua experiência. Isto só é possível à medida que reúna os conhecimentos adquiridos na capacitação, ao saber, que vem da própria experiência. Este é, sem dúvida, o maior requisito. Como facilitador, a sessão é estruturada em etapas definidas, regras de funcionamento e recursos de acolhimento e agregação. A música oferece, também, um recurso bastante importante: acolhe o sentimento e colabora em sua ressignificação.

A TC não é ou não pretende ser como uma psicoterapia, mas um contexto de partilha de experiências que trabalha o fortalecimento de indivíduos, famílias, comunidades e redes sociais solidárias. Nesse sentido, não cabe ao terapeuta analisar e interpretar pessoas, mas utilizar perguntas para “garimpar” as competências de cada um. Em nossa experiência como supervisoras/interventoras de Terapia Comunitária, minha companheira Marilene e eu pudemos identificar que os melhores ingredientes de um terapeuta comunitário residem em sua capacidade de lidar com o sofrimento das outras pessoas de forma serena e comprometida com a tarefa comunitária, muito mais que o conhecimento técnico e acadêmico.

Barreto ressalta que o terapeuta deve conhecer bem os objetivos da TC e ter clareza dos limites de sua intervenção para não “extrapolar” sua função. Entendo, nessa afirmação, que o papel do terapeuta comunitário é muito claro na diferenciação do

papel e da função do psicólogo e de outros técnicos da área de saúde, como médicos, por exemplo. Não cabe, também, uma postura assistencialista sob quaisquer circunstâncias (2005, p. 44).

É muito claro, na Terapia Comunitária, que toda a visão do trabalho, bem como sua prática, estão orientadas para o crescimento de indivíduos, grupos e redes, como sistemas autônomos. Desta forma, todas as ações do terapeuta devem estar pautadas na crença da capacidade de mudança de cada pessoa e de toda a comunidade, o que é totalmente incongruente com atitudes assistencialistas, de imprimir ajuda do tipo “dar o peixe pronto”. Ao contrário, o terapeuta colabora na construção de pescadores.

Em relação ao grupo comunitário, o terapeuta não tem um saber diferenciado, ele está *junto*, respeitando as diferentes culturas, formas de ser, pensar e agir de cada um e sua posição é de horizontalidade. A diversidade é um elemento importante, pois oferece uma oportunidade muito mais ampla de experiências pessoais e saídas utilizadas para superar as dificuldades vividas. E é função do terapeuta, valorizar cada uma dessas experiências. A partilha ocorre de forma horizontal e circular e, cada pessoa, na TC, torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de cada um. E todos são co-responsáveis, na busca de soluções e superações das adversidades (BARRETO, 2005, p.51).

*“A Terapia Comunitária é muito mais centralizada nos laços do que nos espaços”.*<sup>3</sup>

Parte do papel do terapeuta é ajudar a comunidade a tecer vínculos que propiciem a formação de redes solidárias, o que Adalberto nomeia como “laços” (RIVALTA BARRETO, 2001), definidos a partir da relação estabelecida entre o terapeuta e o grupo. Ainda que se trate de uma terapia pontual e única, como uma TC mambembe, por exemplo, devem ser definidos pelo terapeuta com atenção pessoal a cada um antes da sessão e do acolhimento, a partir do início e em cada uma das etapas.

---

<sup>3</sup> Barreto, 2005, p. 50.

O perfil do terapeuta comunitário refere-se a todo um conjunto de condutas de convivência comunitária. Cumprimentar as pessoas, lembrar-se de cada um e de cada uma das histórias é essencial para favorecer a formação de laços entre os participantes e, entre estes e o terapeuta. É também investir nas próprias competências, a serviço da comunidade, é saber ouvir e acolher as pessoas, utilizar perguntas que favoreçam a compreensão do problema através da ótica daquele que o sofre, é respeitá-lo como autor de suas próprias histórias, bem como agente de sua própria mudança e também a do grupo, cuidando para que todos-compreendam as funções da TC e não aconselhem, mas oferecendo espaço para que encontrem suas próprias soluções criativas, respeitando as individualidades.

O terapeuta necessita conhecer bem seu papel e dominar os conhecimentos adquiridos na capacitação, transformando-os em ferramentas que auxiliam a desenvolver sua prática, abrindo espaço de expressão para pessoas que estão à margem da sociedade, por não ter um local de acolhimento e escuta de seu sofrimento. É papel do terapeuta comunitário apoiar a dinâmica interna do grupo, para que este possa descobrir seus valores e potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente. (RIVALTA BARRETO 2001, p. 33.).

## **5. As Etapas da Sessão**

Etapas e tempo aproximado<sup>4</sup>

- 5.1.** Acolhimento – duração média: 07 minutos.
- 5.2.** Escolha do tema - 10 minutos.
- 5.3.** Contextualização - 15 minutos.
- 5.4.** Problematização - 45 minutos.
- 5.5.** Rituais de Agregação e Conotação Positiva - 10 minutos.
- 5.6.** Avaliação da Sessão –tempo combinado pela equipe.

---

<sup>4</sup> Tempo sugerido por Adalberto Barreto. Particularmente, prefiro trabalhar de maneira um pouco mais flexível nas etapas sem, no entanto, ultrapassar uma hora de quarenta e cinco minutos. O excesso de tempo, torna a sessão exaustiva e desinteressante para o grupo.

## 5.1 Acolhimento:

Acolher é bem receber, é cuidar. Acolher é agasalhar a alma, é oferecer um sorriso, um aperto de mão. É procurar saber e aprender o nome de cada um que veio participar. Acolher é considerar o outro como gente. É também cantar parabéns para quem está aniversariando naquele período. É aquecer o clima daquela comunidade para que todos se envolvam e se aproximem, uns dos outros.

O acolhimento é o momento inicial da sessão. Tem como função criar um clima para a recepção das pessoas, como uma forma de **acolher**. É mostrar a cada um, que vem participar, que é **bem-vindo**, aceito, que sua presença é importante. Em geral, utilizam-se músicas que promovam interação grupal, e também, alguma dinâmica simples, como forma de **aquecer e motivar a participação**.

Na seqüência, o terapeuta ou co-terapeuta, dá boas vindas e felicita os aniversariantes do mês. Isto ajuda a valorizar a importância de cada participante, como pessoa. O terapeuta então, explica o que é a Terapia Comunitária e explicita as regras utilizadas que favorecem o funcionamento adequado da sessão. É interessante solicitar a alguém da sessão anterior que realize estas tarefas, pois já funciona como atividade interativa, permite validar a experiência pessoal dos participantes e ajuda a garantir a compreensão e a assimilação da dinâmica.

### **Regras:**

As regras são organizadores da sessão e muito importantes, porque vão permear todo o trabalho. Quando claramente colocadas, mais facilitarão o trabalho que se seguirá com a comunidade. O terapeuta e/ou co-terapeuta apresentam-nas. Como mencionado no item anterior, quando há, no grupo, participantes mais experientes, é bom que se solicite que estas pessoas as enunciem, como forma de valorizar a experiência e o aprendizado da comunidade. Se for necessário, o terapeuta retomá-las de forma cuidadosa, sem desvalorizar as pessoas e, tampouco, perder a clareza das informações.

**Nomeando as regras:**

- Fazer **silêncio**: quando alguém estiver falando, ouvir com atenção. Evitar conversas paralelas. Quem fala de si, necessita ser escutado.
- Falar sempre da própria experiência usando a **primeira pessoa**. Não falar do outro, pois só este é quem sabe de sua experiência.
- **Não dar conselhos, não fazer sermões, não fazer discursos**. O que é bom e útil para um indivíduo, pode não ser para outro. Esta regra colabora na evitação não só do aconselhamento direto (muito usual), como de que religiosos ou líderes políticos “preguem” ao outro seus próprios modelos.
- A qualquer momento, qualquer pessoa pode sugerir uma **música**, uma **anedota** de bom gosto, um **ditado popular**, uma **poesia** ou uma **história curta** que tenha sentido com o tema que está sendo falado. Tem função de acolher a emoção, dá sentido de compreensão à experiência relatada.
- **Respeitar** as histórias e experiências de cada um. É ouvir com atenção, dar importância ao que está sendo dito e evitar julgamentos.
- **Todos podem fazer perguntas** a quem está falando, que tem o direito de não querer responder (regra criada na comunidade estudada).

**Condução da Sessão**

É útil, e enriquece o trabalho, se o terapeuta puder contar com um co-terapeuta, a fim de fazer o acolhimento, as regras e o apoio comunitário. O Terapeuta conduz e retoma as regras, se necessário. Também é bastante interessante ter um violão ou outro instrumentista que auxilie com as músicas, criando um ambiente acolhedor e alegre, uma vez que a terapia comunitária não precisa ser um espaço somente para o sofrimento, mas um espaço de acolhimento comunitário, e de resgate das diferenças culturais e das redes de convivências e apoio mútuo.

## 2- Escolha do Tema

Esta é uma das etapas mais importantes, uma vez que, neste momento, os participantes terão a oportunidade de falar de seu sofrimento, expondo-o para todo o grupo. Por isso, o terapeuta deve procurar criar um clima favorável à expressão de sentimentos, ao mesmo tempo em que precisa compreender qual é o problema. Não é o momento ainda, de as pessoas estenderem-se demasiadamente, mas nomear as dificuldades que serão escolhidas por todo o grupo. Cada participante pode dizer, de forma breve, um problema ou dificuldade que está vivenciando naquele período.

O terapeuta pergunta, aos participantes, se alguém gostaria de falar sobre algo que o perturba, que o incomoda ou o faz sofrer. É útil incentivar a participação e o envolvimento de todo o grupo, sensibilizando as pessoas a falarem de si mesmas, numa postura genuína de escuta e acolhimento.

A cada participante que apresentar o problema, podem ser feitas algumas perguntas para clarificar tanto para o terapeuta, quanto para o grupo, quanto para a própria pessoa. É fundamental compreender qual é a dificuldade central.

Quando os participantes tiverem apresentado os problemas, o terapeuta observa e verbaliza se todos que desejavam falar já o fizeram. Encerrado este momento, o terapeuta faz uma pequena síntese e apresenta ao grupo que irá escolher qual das questões será trabalhada naquela sessão. Aos primeiros que votarem, deve ser perguntado o motivo da escolha, uma vez que as pessoas votam em dificuldades semelhantes às suas próprias, identificando-se com o que está mais próximo de sua própria vivência. Isto favorece a identificação, como também, a escolha dos demais. Nas palavras de Adalberto, *“a gente reconhece o que a gente conhece”*.

### Tarefas do Terapeuta na Escolha do Tema

- Incentivar as pessoas a apresentar de forma sucinta, o seu problema, dizendo seu nome.

- Anotar nome e o problema que traz.
- Fazer uma síntese dos problemas apresentados e submeter à escolha do grupo.
- Perguntar a algumas pessoas, o porquê de estar escolhendo aquele problema, o que ajuda o grupo a ter clareza da identificação com um ou outro problema;
- Cuidar daqueles que não tiveram seu problema escolhido e sugerir que, se acharem necessário, poderão procurar o terapeuta no final da sessão. Deve-se, também, incentivar que a dificuldade seja recolocada na próxima sessão.
- Respeitar a escolha do grupo e jamais influenciá-lo. Não cabe ao terapeuta votar em alguma das dificuldades, em detrimento de outras.

### **3- Contextualização**

Esta etapa consiste em fazer perguntas e suscitar reflexões de forma a colocar as convicções e certezas daquele indivíduo em questionamento, em xeque. O terapeuta busca, também, destacar as competências pessoais e culturais que o indivíduo apresenta, usando, por exemplo, conotações positivas. Para que seja possível contextualizar o problema, o terapeuta lança mão de perguntas. O grupo também deverá perguntar.

A conversação originada das histórias enquanto narrativas, é elemento organizador de uma comunidade enquanto sistema (...). Se pensarmos a comunidade enquanto sistema lingüístico e gerador de linguagem e significado, a conversação coloca as pessoas numa rede de trocas que se dá na ação e na emoção, estruturando formas de pensar, como de sentir e agir, de tal modo que organiza os vínculos e as práticas de convivência entre elas (GRANDESSO, 2004, p.6).



A contextualização demanda do terapeuta a utilização e a organização das perguntas que vão gerar conversações subseqüentes, elementos fundamentais no que se refere tanto a suas características, quanto a seus objetivos, ampliando, para o sistema mais amplo, a rede colaborativa de apoio. Entre as tarefas do terapeuta de organizar as conversações lingüísticas, está o cuidado de controlar o uso do tempo, manter a função das regras, tudo dentro de um enquadre restrito às propostas da terapia, dentre as quais, a conversação é o “fundo” do cenário da sessão, a fim de tecer a rede para compartilhar as histórias vividas, tanto de sofrimento, quanto de competências e tornando “figura central”, a capacidade de transformar o sofrimento em aprendizado.

### **Uso de Perguntas**

A forma de perguntar é central nesse momento. O terapeuta necessita ser capaz de ser sensível aos problemas humanos e às pessoas. A ferramenta que permite transformar a linguagem, originada pelo sofrimento, em reflexão sobre os seus próprios esquemas mentais, é o tipo de questionamento utilizado, cujas diferentes formas alteram, sobremaneira, a qualidade do trabalho, nessa etapa. Se um dos objetivos da terapia é, justamente, conectar as pessoas através da reflexão sobre os problemas, criar consciência sobre si e o meio social, além do reconhecimento das próprias competências, é a reflexão conjunta, através de uma linguagem gerada nos significados compartilhados, que irá permitir a ocorrência de fenômenos geradores de emoção, pensamento e ação para a mudança.

Da arte de perguntar, surgem os elementos que serão a matéria prima para o trabalho em TC. Perguntas têm poder à medida que suscitam efeitos. Perguntas descontextualizadas e perguntas interpretativas podem soar como provocação e ter um efeito altamente indesejável. Por esta razão, é fundamental que o terapeuta seja sensível e cuidadoso, esteja bem conectado ao que se passa e tenha um bom treino com questionamentos terapêuticos. Por experiência, afirmo que, quando o terapeuta faz perguntas úteis e sintonizadas com a pessoa que expõe, o grupo parece manter uma sintonia tão afinada com o terapeuta que, freqüentemente, faz perguntas da mesma forma cuidadosa e, às vezes, até reflexivas.

As perguntas objetivas (lineares) podem ser úteis para situar um problema exposto para a compreensão clara de todos. Perguntas do tipo circular conectam o grupo com as influências recíprocas nas relações interpessoais. As perguntas reflexivas têm função de ajudar a pensar e rever conceitos pessoais, gerando novos padrões de conhecimento e comportamento, possibilitando o desenvolvimento da autonomia. Para isso, é necessário que o terapeuta assuma um lugar de não saber, evitando todo tipo de conhecimento *a priori* ou interpretação daquilo que se passa com a outra pessoa, que elabore questões com maior probabilidade de gerar autoconhecimento e despertar a criatividade das pessoas. A reflexividade gerada é um processo relacional em que o conteúdo dos significados é revisitado por cada um, podendo mantê-los, mudá-los ou ressignificá-los (PAULA, s/d).

Como se trata de reflexividade, não é possível saber de antemão se a questão formulada teve, de fato, efeito reflexivo. Não julgamos como o outro reflete, mas sabemos de seu efeito através da verbalização gerada por estas perguntas.

As respostas apresentadas permitem compreender a história, as dificuldades, a força, os valores, os sonhos da pessoa. Da escuta das respostas, o terapeuta anota palavras que funcionam como chave para construir o mote.

#### **4- Problematização**

O Terapeuta agradece à pessoa que expôs seu problema, procura elaborar uma síntese dessa etapa e busca conotar os aspectos mais significativos do que foi dito, tornando claro, tanto para a pessoa em questão, como para o grupo, o conteúdo central trabalhado. Em seguida, pede-lhe que fique em silêncio e apenas ouça as histórias dos outros, aproveitando para si, apenas aquilo que lhe for útil.

O terapeuta, então, apresenta um mote para reflexão e troca de experiências entre os participantes.

## **Sobre o Mote**

É o que Adalberto chama de “abre-te sésamo” e “alma da terapia”. Uma pergunta-chave que tem a finalidade de fazer uma conexão com o tema apresentado na contextualização e que permite a todos participar, contando suas experiências e promovendo a reflexão coletiva. Começa a ser elaborado pelo terapeuta durante a etapa de contextualização, a partir do conteúdo apresentado por quem teve sua dificuldade escolhida. É lançado ao final dessa etapa, abrindo a problematização.

O mote é fundamental, pois promove a reflexão coletiva. Permite articular os níveis individual, familiar e comunitário. Como esse processo ocorre no campo da linguagem, ajuda a trazer à tona elementos que permitem, a cada um, rever seus conceitos e esquemas mentais, favorecendo ressignificá-los. Possibilita articular os níveis individual, familiar e comunitário. Grandesso afirma que:

“O mote, embora sugerido pelo terapeuta, apresenta-se como um processo reflexivo no qual o terapeuta oferece um tema para reflexão da comunidade, surgido das ressonâncias da conversação em torno do problema escolhido para ser trabalhado. Como toda prática de terapia pós-moderna, a pessoa do terapeuta está implicada no processo que está sendo conduzido. Assim, cada pessoa, participante da Terapia Comunitária se coloca como especialista na suas histórias de dor e de superação e resiliência”. (GRANDESSO 2004).

A construção do mote demanda escuta atenta e cuidadosa do terapeuta, pois organiza o contexto de reflexão. Deve captar o significado central da experiência relatada na contextualização. Ao apresentar o mote, é importante que o terapeuta permita às pessoas a exposição de suas experiências e os relatos de como fizeram para resolver ou sair daquela situação difícil que viveram.

Martini ressalta que o mote pode dar visibilidade, trazer as várias dimensões afetivas, psicológicas ou sociais que, muitas vezes permanecem veladas, guardadas e cristalizadas pelo sofrimento psíquico. Para a autora, o objetivo é passar de uma visão estática e linear do problema para uma visão dinâmica e sistêmica da solução.

Assim, cada participante que chega, com sua própria verdade, é convidado a rever esses esquemas mentais, através da escuta das vivências e saberes dos outros.

Permanece a escuta atenta e uma pergunta subsequente, na busca de compreender e fazer o grupo comunitário também compreender, como foi que a pessoa, que está respondendo ao mote, fez para resolver aquela situação vivenciada ou, o que aprendeu com aquela experiência, uma vez que nem sempre é algo já concluído e resolvido na vida das pessoas.

Martini também aponta que as certezas e convicções de cada um aprisionam as pessoas, como que num labirinto, sem ver saídas. Quando bem elaborado, o mote tem uma força intensa colocando essas certezas em dúvida, abrindo o cenário da reflexão para o aprendizado e o fortalecimento da competência. *“Ajuda a vencer a indiferença e a banalização do sofrimento e da violência, construindo caminhos diferentes do caminho da reação”*. Por essa razão, é fundamental a importância de elaborar motes que possibilitem desencadear processos emancipatórios (MARTINI, 2005).

Os motes podem ser **coringas, simbólicos ou específicos**

O mote **coringa** refere-se a situações mais genéricas. Pode ser útil em várias situações e, especialmente, quando o terapeuta não encontra no conteúdo, um tema inédito que permita uma elaboração mais simbólica. Várias pessoas tendem a manifestar-se, cada uma identificada com um aspecto do problema trazido. Exemplos: “quem já viveu uma situação parecida e o que fez para resolver?” “Quem já passou por uma situação como a de D. Maria?”

O mote **simbólico ou específico** refere-se a uma metáfora extraída da própria fala da pessoa que apresentou sua dificuldade. O mote simbólico é, portanto, uma metáfora construída a partir do próprio conteúdo desenvolvido na contextualização. Exemplos de motes simbólicos: “quem tem uma cachaça na vida?” ou, “quem já se sentiu sem ter um par para dançar?”. Estes motes simbólicos decorrem da anotação de conteúdos específicos durante toda contextualização.

O mote **específico** é elaborado a partir de uma situação específica vivenciada no grupo. Pode ser utilizado em grupos temáticos, que estão reunidos em torno de um mesmo problema, por exemplo, pode referir-se a grupos de portadores de uma doença específica e comum a todos, profissionais de uma mesma categoria, entre outros.

Quando o mote é apresentado, todos podem expressar as experiências que se conectam com aquele tema, partilhando suas próprias histórias de dor e de conquistas também. Partilhar como superou o sofrimento reforça competências de quem fala e auxilia a compreensão de quem está em sofrimento. É freqüente ouvirmos relatos de maior autovalorização diante da escuta do sofrimento do outro. As pessoas que não superaram a dificuldade relatada na problematização, podem ter aprendido com essa experiência, e esse é o momento para que possam refletir sobre esse aprendizado. A história refletida no contexto do grupo tem a possibilidade de ser ressignificada e ancorada pelo apoio comunitário.

## **5- Encerramento: Ritual de Agregação e Conotação Positiva**

É o momento final de toda a sessão. Entendo que é, também, uma espécie de “coroamento” de toda a comunidade, por se tratar de um momento de expressão e de organização de emoções. Pode ser realizado pelo terapeuta, pelo co-terapeuta ou ambos. São feitas conotações positivas, no sentido de valorizar a coragem, a determinação e a sensibilidade de cada participante. Adalberto frisa que não se trata de valorizar o sofrimento em si, mas de reconhecer a vontade e o empenho de superar tantas dificuldades.

Geralmente, costuma-se pedir a todos que fiquem em pé, e formem dois círculos: um maior e outro menor, que abriga todas as pessoas que falaram naquela sessão, tanto as que apresentaram suas dificuldades, como as que partilharam suas experiências durante a problematização. É possível também convidar todos aqueles que sentem necessidade de receber mais calor humano naquele dia. O terapeuta procura criar um clima de intimidade e afetividade e pede que se dêem as mãos ou passem o braço uns sobre o ombro dos outros, permanecendo num balanço suave.

Após alguns segundos de silêncio, o terapeuta conota positivamente, valorizando e agradecendo o esforço, a coragem, a determinação, a participação e a vontade de superar as dificuldades, através de palavras que possam ajudar a favorecer e fortalecer a auto-estima.

O terapeuta sugere uma música, conota positivamente a pessoa cujo problema foi tema e as demais que se expuseram, tanto na escolha, como na problematização. Outras pessoas também podem e devem conotar positivamente umas às outras. Muitas vezes, os próprios usuários mais habituados já se lembram e começam a cantar.

O terapeuta pede aos participantes que reflitam e digam o que estão levando consigo para casa ou que aprenderam naquele encontro do dia.

As pessoas sugerem músicas, poesias, orações ou hinos de suas congregações, como mais uma forma de valorizar o pertencimento àquela comunidade. O objetivo da música, além de conectar as pessoas, ajuda a organizar as emoções. Assim, é possível o uso de músicas alegres, orações de quaisquer religiões como forma de organizar os sentimentos. Exemplos de músicas que podem ser utilizadas são “como uma onda no mar (Lulu Santos)”, “levanta sacode a poeira e dá a volta por cima (Paulo Vanzolini)”.

Todos se despendem com abraços, apertos de mão e votos de boa semana, ou até próximo encontro. Encerrada a sessão de TC, é o momento de atender alguma pessoa que precise realizar comentários ou ser ouvida, fazer um encaminhamento específico para a rede de saúde, ouvir e acolher alguém que necessite e/ou, aqueles que não tiveram seu tema escolhido.

## **6- Avaliação da Sessão de TC**

Como última etapa, o terapeuta realiza uma avaliação do trabalho desenvolvido durante a sessão. É um momento mais técnico, embora não menos interessante e envolvente. Aqui, o terapeuta, quando trabalha com outros que possam ser parte da

equipe, reúne-se para troca de idéias. Do contrário, procura refletir só, compartilhando no processo de supervisão. Avaliar é importante como forma de reconhecer as próprias competências e o que funcionou muito bem e os próprios limites, ou o que pode ser melhorado. Um método, que favorece a avaliar a sessão, é o preenchimento da Folha de Registro (em anexo), utilizada para computar o número de pessoas presentes, os principais problemas levantados e funciona para comprovação das sessões realizadas pelo terapeuta (vide anexos).

Avaliar a condução da sessão nesse momento, é o que chamamos de avaliação a quente, isto é, no calor do encerramento. Trata-se de um momento fundamental para refletir, ainda no calor do final da sessão, os seus resultados.

### **Avaliação de Vínculos e Impacto da TC**

Pode ser realizada nesse momento, a **Avaliação de Vínculos e Impacto da Terapia Comunitária** – um grande questionário de macro-indicadores, sistematizados com intuito de avaliar mudanças e o impacto da TC, junto aos participantes. São avaliados os tipos de vínculos do participante (qualidade e quantidade), auto-estima, acesso e encaminhamento à rede de apoio médico-social e mudanças coletivas. Como se trata de um instrumento quantitativo bastante complexo, demanda aprimoramentos. Não será, portanto, detalhado nesta dissertação.

## **7 - Supervisão/Intervisão**

É possível também realizar aqui uma **supervisão/intervisão**, quando esse profissional estiver presente. É a **supervisão/intervisão** a quente. Avaliação e/ou intervenção realizada *a posteriori* é o que chamamos de **a frio**.

A Intervisão tem papel fundamental na formação do Terapeuta Comunitário, permitindo a reflexão do trabalho, a troca de experiências e “visões” entre outros Terapeutas Comunitários, estudos de aspectos teórico-práticos, bem como a experiência das vivências do Cuidando do Cuidador (entre outras). A produção

escrita pode também ser utilizada, conforme descrito por Rivalta Barreto no livro, "Terapia Comunitária Passo-a-Passo" (p.303).

Ampliando um pouco mais os instrumentos de supervisão/intervisão, inclui nos ANEXOS deste trabalho, alguns dos instrumentos desenvolvidos e utilizados para Marilene Grandesso e por mim, nas supervisões/intervisões de TC.



## 6 - CUIDANDO DO CUIDADOR: uma prevenção ao *Burnout*

A atividade de Terapia Comunitária é muito rica como vivência e troca de experiências. O terapeuta, muitas vezes, também se beneficia de boas doses de esperança e encorajamento, oriundas do próprio grupo no qual está trabalhando. Mas, o terapeuta comunitário é, *per si*, um cuidador. Acolhe e desenvolve a terapia, cria as condições necessárias para a ocorrência de cada sessão, atende a demanda individual que muitas vezes se forma após a sessão, faz registros e avaliações das sessões, cuida de toda a rede que faz parte de um grupo de TC, além dos próprios problemas pessoais que enfrenta em seu cotidiano e com sua família.

Além do conhecimento técnico, a vivência pessoal, ao longo da vida do terapeuta comunitário, favorece seu trabalho. Sofrimentos e carências vividas pelo profissional representam a matéria prima para a TC, que em geral, envolve pessoas em situação de muita dor. Esse conhecimento é um saber que vem de dentro, o conhecimento de terceiro tipo de Shotter (1999 em GRANDESSO, 2003). Transformado em competência, permite também, reconhecer o sofrimento de outras pessoas. Entretanto, exige do terapeuta um contato constante com dores já superadas e outras, ainda presentes, além de um grau de atenção psíquica e desprendimento pessoal intensos. Uma sessão de TC pode ser muito pesada, especialmente em grupos temáticos de saúde, de pessoas em situação de pobreza, de abuso de drogas e álcool, entre outros. Com tudo isso, concorrem a responsabilidade pelo bom desenvolvimento do trabalho, a vida pessoal do terapeuta e seus problemas. Assim, o terapeuta comunitário, como outros profissionais do cuidado, pode desenvolver um estresse profissional, levando à possível desistência de seu trabalho. Portanto, penso ser interessante acrescentar alguns aspectos a esse respeito, como forma de fundamentar a importância dos cuidados com os cuidadores, no que se refere à Terapia Comunitária.

## Algumas considerações sobre *Burnout*

O conceito de ***Burnout*** surgiu na década de 1970, nos Estados Unidos e seu significado está associado a “*estar esgotado*” ou “*queimado*”, a atitudes e sentimentos negativos sobre si mesmo. Surge após sucessivos episódios de fadiga, ocorridos num determinado tempo e pode representar uma forma de adaptação às fontes de estresse. *Burnout* e estresse têm, portanto, uma relação muito íntima e ambos são fenômenos que expressam grande relevância na saúde do indivíduo e de uma instituição. A **Síndrome de *Burnout*** pode ser entendida como crise, como resposta de um processo de estresse crônico, de origem profissional (SILVA, 2000).

Esse sofrimento do indivíduo tem repercussões sobre seu desempenho profissional, afeta diretamente sua saúde e a das pessoas que com ele convivem. A pessoa em questão tende a experimentar, com frequência, medo, ansiedade, angústia, tristeza, agressividade, fadiga, insatisfação/frustração.

Os profissionais que oferecem serviços humanos diretos e de grande relevância para o usuário, estão mais suscetíveis a desenvolver a síndrome de *burnout*. No entanto, para que isso ocorra, é importante ressaltar que outras condições devem estar presentes, como por exemplo, a vulnerabilidade orgânica ou uma forma mais disfuncional de enfrentamento da situação estressante (SILVA, 2000, p. 3).

O *burnout* afeta diretamente a saúde do indivíduo, pois é resultado de uma reação do organismo quando estimulado por fatores externos desfavoráveis. Nessas ocasiões, a primeira reação é uma descarga de adrenalina em que o aparelho circulatório e o respiratório são os mais afetados, produzindo taquicardia, tontura, sudorese, diminuição da circulação sangüínea, traquipnéia (sensação de falta de ar).

Quando a situação ameaçadora que desencadeou o estresse se desfaz, a adrenalina diminui e os sintomas fisiológicos tendem a desaparecer. No entanto, diante de novos e constantes episódios de estresse, as reações fisiológicas reaparecem, muitas vezes, de forma intensificada. Repetidos quadros podem implicar num quadro de *Síndrome de Burnout*, daí, a necessidade de atividades de cuidado voltadas, especificamente, para o trabalho de quem cuida.

Trazendo para a linguagem da Terapia Comunitária, menciono com freqüência a máxima da TC, criada por Adalberto: *quando a boca cala, os órgãos falam*. Falam através das reações fisiológicas de estresse, com insônia, depressão moderada, alergias, gastrites, rinites, fadiga. de muitas formas diferentes para cada indivíduo e para cada organismo. O terapeuta, portanto, necessita também de atenção e cuidados especiais.

Nesse sentido, existe toda uma preocupação por parte dos formadores, de atender os terapeutas na direção de oferecer-lhes um espaço cuidadoso para trabalhar suas dificuldades pessoais, o alívio de tensões e preocupações com sua própria pessoa e sua vida.

A supervisão/intervisão de Terapia Comunitária tem um papel bastante importante na troca de experiências técnicas e humanas e são assistidas por um profissional experiente e treinado para esse fim. Além de obrigatória pelos critérios da ABRATECOM — Associação Brasileira de Terapia Comunitária — a supervisão/intervisão favorece um trabalho comunitário de melhor qualidade e trabalha a pessoa do terapeuta. O cuidado de participar das supervisões/intervisões diminui acentuadamente as dificuldades pessoais experimentadas pelos terapeutas, aproxima as necessidades uns dos outros no grupo de supervisão/intervisão, favorecendo a partilha essencial para o andamento do trabalho. Como pontos da atividade de supervisão/intervisão e parte da formação, são incluídas dinâmicas e vivências grupais. Este procedimento evita, em muito, o desenvolvimento de *burnout*.

O **cuidando do cuidador** tem sido usualmente desenvolvido, na forma de uma atividade, tanto como parte das supervisões/intervisões, como de uma oficina específica de trabalho (módulo de *workshop*). É parte integrante da formação do terapeuta, realizado pelos terapeutas comunitários e outros cuidadores, sempre que necessário, de tempos e tempos. Pode ser conduzido por uma equipe de facilitadores treinados, ou um facilitador acompanhado de um terapeuta corporal. Trata-se de um trabalho vivencial, com uso de dinâmicas de grupo, em que os facilitadores procuram trabalhar na direção de integrar expressão corporal, respiratória e a partilha. São focalizados diversos temas como a agressividade, o

desenvolvimento da confiança no grupo, a sexualidade, a criança interiorizada do terapeuta e suas vivências, na família e no trabalho, a saúde, os diversos tipos de sofrimento e a possibilidade de re-significar cada um destes temas, como força criativa e conhecimento, para prosseguir o caminho de ser terapeuta comunitário.

“A qualidade de vida no trabalho é uma compreensão abrangente e comprometida das condições de vida no trabalho, que inclui aspectos de bem-estar, garantia da saúde e segurança física, mental e social, e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso de energia pessoal. Não depende só de uma parte, ou seja, depende simultaneamente do indivíduo e da organização, e é este o desafio que abrange o indivíduo e a organização (SILVA 2000 p. 23)”.

## V - TERAPIA COMUNITÁRIA NO BRASIL: Estado da Arte

### 1. Visitando algumas publicações em Terapia Comunitária:

A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa foi iniciada há cerca de vinte anos. Desde de sua criação, a TC tem sido continuamente aprimorada tanto em relação aos aspectos de sua aplicação prática, como em relação a seus fundamentos teóricos. Como apresentei na introdução deste trabalho foram poucas as publicações desenvolvidas por seu fundador.

Nos últimos três anos (2003 e 2006) especialmente a partir dos primeiros **Congressos Brasileiros de Terapia Comunitária** e da fundação da Associação Brasileira de Terapia Comunitária – **ABRATECOM** é que vários trabalhos sobre a TC começam a ser publicados. Nos congressos, são terapeutas de todo o Brasil que apresentam suas várias experiências, formas de aplicação da prática, especificidades dessa prática, as utilizações da TC para o enfrentamento de situações e grupos específicos (grupos de apoio a vítimas de violência, portadores de doenças crônicas e terminais, dependentes químicos, populações diversas de contextos de alta vulnerabilidade, grupos em fóruns da Justiça, hospitais públicos, entre muitos outros).

Outro fator que considero importante para ampliação de publicações refere-se à criação dos Pólos Formadores de Terapeutas Comunitários, especialmente os vinculados a **departamentos universitários**. Como esses professores são, em geral, também pesquisadores, têm por prática a produção e a escrita do conhecimento. As universidades são PUC-SP, USP, UCSAL, UNIFESF, UNESP, UFPR, além da própria UFC, entre outras.

Em São Paulo, Dr<sup>a</sup> Marilene Grandesso, do Núcleo de Família e Comunidade da PUC-SP, capacitou-se pela Universidade Federal do Ceará em fevereiro de 2002. No ano seguinte publicou seu primeiro artigo voltado para TC: **“Terapia Comunitária: um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e redes”**.

Desde então, a autora já produziu cerca de dez artigos já publicados, uma Conferência Plenária no V Congresso de Terapia Familiar, além de atividades didáticas como professora convidada de diversos pólos de formação em todo país.

As capacitações de terapeutas são realizadas também para profissionais do Serviço Público. Em 2003, por exemplo, a Prefeitura Municipal de São Paulo iniciou a capacitação de funcionários, através da Secretaria Municipal de Saúde e o Programa de Saúde da Família. A tarefa requisitou um amplo projeto planejamento e implantação, e envolve diretamente profissionais treinados e experientes que produziram alguns trabalhos de pesquisa sobre a TC na PMSP.

### 1.1- Livros

Adalberto Barreto havia desenvolvido junto à Pastoral da Infância o **“Manual do Terapeuta Comunitário da Pastoral da Criança”**,<sup>1</sup> que serviu de base à formação de muitos terapeutas e também àquelas pessoas interessadas em compreender e estudar melhor, as bases dessa terapia. O Manual não foi publicado e trata-se de brochura solicitada diretamente ao autor.

**“Um Índio que vive em mim”**, publicado em co-autoria com o francês Jean-Pierre Boyer e editado pelos autores, descreve a história de nascimento das bases da TC e, ainda que fundamentada na Antropologia Cultural, trata-se de uma obra com enfoque autobiográfico que relata a interessante trajetória pessoal e profissional de Adalberto de Paula Barreto.

Mas, **“Terapia Comunitária Passo-a-Passo”** é, de fato, a única publicação integral e detalhada sobre a TC. Uma ampliação criteriosa do “Manual”, o livro descreve todas as bases e fundamentos teóricos: tanto os cinco pilares, como o enfoque contextual de crises e conflitos; os objetivos da terapia e sua aplicação prática. Inclui ainda, dois capítulos de Miriam Rivalta Barreto, um sobre a descrição detalhada do processo de supervisão da prática que a professora utiliza e outro, sobre instrumentos de avaliação que desenvolveu – Avaliação de Vínculos dos Participantes e do Impacto

---

<sup>1</sup> [S.d.t.]

da TC, aplicados nas populações atendidas para efeito de pesquisa de resultados (2005).

Essa obra acima citada foi referência para o presente trabalho, norteando especialmente, o capítulo “Terapia Comunitária”, além dos Anais dos primeiros dois congressos e os vários artigos escritos por Grandesso.

## **1.2- Dissertações de Mestrado**

Miriam Rivalta Barreto, realizou a primeira dissertação de mestrado sobre a Terapia Comunitária, em 2001, na área de Psicologia Social e da Personalidade através de um projeto inter-institucional entre a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e a FAFIRE<sup>2</sup>, de Pernambuco: “A Trajetória Vocacional do Terapeuta Comunitário: um novo ator social”.

Partindo do problema central de compreender como se configura a trajetória vocacional do terapeuta comunitário frente ao contexto no qual estes estão inseridos, Miriam teve entre seus objetivos específicos, conhecer como as vivências do terapeuta repercutem em sua trajetória vocacional, analisar seu processo educativo entender o papel do terapeuta na TC (definido pela autora como trabalho transdisciplinar). Utilizou a metodologia qualitativa de pesquisa e entrevistou individualmente quatro terapeutas comunitários com, pelo menos, dois anos de experiência. Como tratamento das informações, Rivalta Barreto recorreu à análise de conteúdo de *Bardin* (1977, *apud* RIVALTA BARRETO, 2001, p. 42).

Quanto à análise e seus resultados a pesquisa apontou fatores de relevância nessa trajetória vocacional como o conhecimento de si como pessoa possibilitando suas competências como terapeuta, além do reconhecimento da influência do saber acadêmico aliado ao conhecimento tácito – o “saber popular”, que se transforma numa prática que favorece o comprometimento com o trabalho comunitário.

---

<sup>2</sup> Sigla não especificada no trabalho citado.

Por último, é interessante observar o que a autora afirma acerca do processo de transformação de um grupo de pessoas para uma comunidade. Considera que essa transformação se processa a partir, principalmente, das intervenções do terapeuta comunitário:

(...) assim emergem as condições para que um grupo impessoal possa se transformar em uma comunidade dinâmica e solidária, onde o indivíduo não sofra as injunções punitivas ou discriminativas do grupo, mas que receba também seu apoio, seu suporte, sua força. Portanto, a mudança, a transformação de um grupo impessoal em uma comunidade atuante e participativa advém quando restituímos a outro o direito de tomar a palavra, de expressar-se e isso só ocorre se decidimos falar menos e escutar mais. O terapeuta comunitário precisa ter compromisso com o outro, engajamento e fé.(...) no grupo, no trabalho, na cooperação (RIVALTA BARRETO, 2001, p.33).

O agrupamento de pessoas organizado para a Terapia Comunitária, segundo a autora, somente se transforma em uma comunidade da TC, a partir dos laços que vão sendo desenvolvidos pela TC, na medida em que os indivíduos vão se “*sujeitando*”, isto é, assumindo sua condição de sujeito pensante na escuta, na ação e na emoção, o que se dá, de acordo com Rivalta Barreto, primordialmente, pela intervenção do terapeuta. Daí nascem as relações que futuramente, são transformadas em compromisso solidário.

Quando a autora se refere a agrupamento de pessoas, concordo que dada essa organização seja necessário haver um elemento agregador relacional, que possa configurar tal agrupamento em comunidade, com a TC, por exemplo.

Embora o recorte da autora seja referente ao terapeuta comunitário como agente transformador (o novo ator social), é válido refletirmos sobre a transformação do agrupamento em comunidade via TC, pois, os vários critérios de configuração de uma comunidade (por exemplo, critérios relacionais anteriores) podem estar presentes<sup>3</sup>. Desta forma, já caracterizariam a comunidade, mesmo antes da presença do terapeuta e da TC. A diferença da qualidade de tais relações é que será alterada,

---

<sup>3</sup> Conforme analisado nesta dissertação no subcapítulo “Conceitos de Comunidade” e no “Conceito Sistêmico de Comunidade”, em O Pensamento Sistêmico.”“.



sobremaneira, através da conscientização promovida pela TC, implicando numa subjetivação ativa dos participantes da Terapia Comunitária.

Quatro anos mais tarde, outra dissertação de mestrado ocupa-se da Terapia Comunitária como tema central. “Tempo de Falar e Tempo de Escutar: a produção de sentido em grupo terapêutico”, desenvolvida pelo psicólogo Amílton Carlos Camargo da Universidade São Marcos, em São Paulo. Sua área de concentração encontra-se no campo da Psicologia Social (2005).

Como tema central, Camargo buscou compreender a produção de sentido a partir das experiências dos participantes no que denominou, “um grupo terapêutico”, referindo-se à Terapia Comunitária. Utilizou como referencial teórico, a psicologia social crítica e a sociologia a partir da “noção” de comunidade. O método de pesquisa qualitativa com estratégia exploratória teve por função, oferecer visão geral e aproximada do fato estudado (CAMARGO, 2005p. 75).

O autor entrevistou em grupo, quatro mulheres através de um questionário de quatro perguntas gerais sobre a TC, sintetizando as respostas individuais, analisadas através de categoria levantadas. Camargo realizou uma análise detalhada e cuidadosa a partir das categorias construídas, articulando os aspectos teóricos discutidos nos capítulos com as falas das entrevistadas. Neste aspecto, o trabalho é muito rico ao oferecer iluminação das falas através do enfoque teórico.

Considero, no entanto, que em diversos momentos, o autor compara a TC aos processos psicoterapêuticos, ainda que em outros trechos, afirme sua distinção. Considero relevante também destacar que, quanto à análise realizada pelo autor, coube a compreensão de que a TC funcione como um instrumento de acomodação do sofrimento humano. E que a função da música seja a de interrupção da pessoa que se expõe.

Os resultados finais da pesquisa apontaram ampliação da percepção, da capacidade de empoderamento pessoal através da identificação entre os participantes, no entanto, enfatizam o conformismo (ainda que “eventual”) presente na partilha de sofrimentos durante as sessões de Terapia Comunitária.

É certo que podemos e devemos compartilhar as diferenças de olhares sobre a TC e, principalmente, suas críticas. No entanto, penso que estes resultados poderiam ser mais bem explorados a fim de compreender as questões de acomodação descritas pelo autor.

Considero que ao perguntar é preciso formular perguntas que possam favorecer a reflexão pessoal; colocar-se tanto como terapeuta, quanto como entrevistador numa posição de não-saber de antemão, mas escutar a pessoa em questão a partir do significado construído por ela, conforme enfatizado por Anderson, Combs & Freeman em Grandesso (2000) e Paula(s/d). Além disso, os próprios princípios, fundamentos objetivos e aplicação prática da TC, apontam o caminho inverso à acomodação do sofrimento humano. A posição epistemológica do terapeuta é que pode ser distinta (conforme apresentei no conceito sistêmico de comunidade).

### **1.3. Os Congressos Brasileiros de Terapia Comunitária**

#### **I Congresso Brasileiro de TC**

O I Congresso foi realizado em maio de 2003. Teve lugar em Morro Branco, litoral cearense do município de Beberibe. Esse local, de raríssima beleza, tem significado especial para os terapeutas comunitários por ser palco de várias capacitações e módulos realizados por Adalberto Barreto e equipe. O Congresso foi presidido pelo próprio Adalberto.

O Congresso organizou-se como uma primeira tentativa de sistematizar as produções científicas dos terapeutas. Contou com 50 participantes para trocar experiências, discutir suas diferentes práticas, que vinham contribuindo, há muito, com o crescimento da Terapia Comunitária por todo país. Possibilitou, também, congregar os terapeutas numa rede colaborativa. O material que segue, portanto, foi selecionado dos Anais I, organizado por BARRETO & CAMAROTTI (2003).

Como apresentado no Capítulo de Fundamentos Teóricos, os **Conceitos de Comunidade** apresentam distinções variadas tanto no que se refere ao **campo** no qual se aplica (geografia, filosofia, sociologia, política, psicologia social comunitária) quanto à **função** de determinadas comunidades a especificidade de seus objetivos. Mas como os terapeutas comunitários trabalham o conceito de **comunidade** enquanto *lócus de ação* da Terapia Comunitária?

O artigo desenvolvido sobre o conceito de comunidade apresentado no I Congresso de Terapia Comunitária, tem particular relevância como a primeira produção específica para conceituar o cenário das Terapias Comunitárias, o conceito de comunidade (FUKUI, MARCHETTI & VIANNA).

As autoras fazem referência a dois campos de conceituação. Do ponto de vista da **prática política**, está associado ao desenvolvimento de comunidades, como comunidades eclesiais de base; comunidade solidária. Do ponto de vista **empírico**, consideram comunidade como organização informal, onde o contato humano é próximo e tem uma base de interesses em comum. De acordo com as autoras, na sociologia clássica, o termo comunidade aparece em oposição à sociedade ou como termos complementares como forma de caracterizar pequenos grupamentos humanos em contraposição a agrupamentos amplos com relações formais e institucionalizadas (TÖENNIES, 1987; CUVILIER, 1950; WEBER, 1944; p.8).

Na sociologia brasileira, o termo comunidade está conectado ao termo sociedade, entendidos respectivamente como parte e todo.

Para as autoras, a comunidade da Terapia Comunitária existe em função de um objetivo comum que venha ser, de falar e ouvir os problemas uns dos outros. É uma comunidade, portanto, que existe enquanto dura a terapia. Na ocorrência da TC dentro de uma instituição, por exemplo, caracteriza-se como comunidade que se desfaz para transformar-se em rede de relações nascidas na terapia, em função de colaboração e solidariedade. O conceito de comunidade da Terapia Comunitária para as autoras, não está definido. Essa definição, segundo as autoras, somente será possível, por novas definições oferecidas pelos próprios terapeutas comunitários. (p. 10).

Outro trabalho apresentado neste mesmo congresso foi um relato de experiência sob forma de painel. O objetivo foi avaliar nossa primeira experiência de TC, do ponto de vista de quem dela participava. Através de uma conversação ampla com este fim, os agentes comunitários que fizeram parte da TC, avaliaram as contribuições e dificuldades das relações vivenciadas nas sessões de TC.

Tanto para sua vida cotidiana, como para as relações profissionais. Na presente comunidade, formada pelos agentes comunitários de saúde e moradores locais, a rede de relações já estava presente antes do início da TC. Constitui-se assim, como **comunidade psicossocial** (referente aos agentes e sua atividade profissional). E também se constitui como comunidade **geográfica**, uma vez que os membros da terapia habitavam a favela e seu entorno. (DI MAURO, GRANDESSO, GODOY & LUISI &, 2003).

Entendo que, as experiências de “terapia mambembe”, por sua vez, recaem no conceito aberto de FUKUI e Cols, uma vez que se caracterizam como comunidade, somente no momento do encontro para a Terapia Comunitária, ainda que muitas das pessoas presentes mantenham outras naturezas de relações, inclusive noutras comunidades. As especificidades e características de cada grupo de TC parecem alterar a natureza do conceito de comunidade, no entanto, permanecem como comunidade, qualquer que seja a gênese conceitual.

Como a Terapia Comunitária tem a finalidade prática de “ir onde o povo está”, seu funcionamento permite a ocupação de diferentes espaços que, a meu ver, constituem diferentes formas de organização comunitária sem, necessariamente, caracterizarem-se pela organização permanente, ainda que dinâmica. A comunidade pode, inclusive, como destacado por Fukui, Beccaro & Vianna, organizar-se enquanto da duração da sessão. Ou, vir a constituir-se como tal, a partir da construção de laços advindos da convivência terapêutica e solidária. As TCs são formadas por grupos abertos, podem ser realizadas em comunidades localizadas em locais públicos, centros comunitários, instituições religiosas, centros de saúde, hospitais, escolas, associação de moradores e residências de uma determinada comunidade (CAMAROTTI e cols, 2003).

Outro trabalho apresentado no I Congresso relatou a experiência de TC realizada numa colônia espírita de cunho assistencial, na zona rural do município paulista de Avaré. A Colônia, fundada em 1994, caracteriza-se como uma instituição destinada a atender crianças adolescentes do sexo masculino de 7 a 14 anos e suas famílias que vivem em situação de pobreza e exclusão social. Embora a instituição apresentasse uma série de atividades oferecidas para crianças e adolescentes, não havia um trabalho estruturado para os pais. A Terapia Comunitária foi introduzida, com frequência mensal, destinada a dar voz ao sofrimento da população de familiares dos meninos assistidos por aquela instituição. Essa população, profundamente carente de recursos materiais e afetivos, era formada por pessoas em situação de profunda miséria. Muitos eram familiares de indivíduos presos na região ou egressos destes mesmos presídios, catadores de lixo para reciclagem e desempregados. O trabalho procurou mostrar a relevância da TC naquela instituição, tendo representado um espaço de escuta diferenciado, na busca de resgatar a dignidade e a auto-estimados indivíduos para o enfrentamento de um cotidiano assolado pela desesperança (DI MAURO, GODOY, GRANDESSO, LUISI & SAIKALI, 2003).

A instituição, diante da vinda de participantes da comunidade externa, entretanto, vetou a participação de pessoas que não estivessem conectadas aos meninos atendidos ali, caracterizando uma comunidade fechada pela inter-relação instituição-comunidade, como analisado por Rochael Nasciutti, em seu capítulo “Comunidade e Instituição”. A instituição, como moderadora dessas relações internas e externas com a comunidade, assumiu a regulação das relações, caracterizando a comunidade pelos laços de pertencimento institucional, o que descaracteriza o caráter aberto dos grupos da Terapia Comunitária.

Há ainda, outros trabalhos que demonstram a restrição da constituição da comunidade de Terapia Comunitária por critérios institucionais. Embora possamos considerar como alternativas, o direito que uma instituição venha a ter de realizar tais restrições, e, ainda que justificada como forma de “proteção” à população, que organiza uma comunidade interna, implica na exclusão de pessoas, reproduzindo um modelo social de privilegiar escolhidos de uma mesma rede em detrimento àqueles

que não possuem laços de pertencimento institucional, ferindo o direito prioritário da terapia, de inclusão social (VIANNA, FUKUI & BECCARO, 2003).

Silva & Muniz descreveram o trabalho realizado na inter-relação dada pela Justiça e os dependentes do álcool. O trabalho mostrou a viabilização da TC como proposta metodológica, ainda que o encaminhamento seja feito pela justiça. A instituição forense ao intermediar a relação com essa população, possibilitou a constituição de uma comunidade para a terapia. O atendimento para a pessoa considerada bebedor(a) e seus familiares, garantiu-lhes escuta, acolhimento e contextualização das sofridas vivências, muitas vezes organizadas pela violência. A comunidade foi constituída pelas dificuldades tanto pelos portadores, como pelos familiares, como pelo problema enfrentado pelos profissionais com a demanda do Tribunal de Justiça (2003).

Já um trabalho que amplia as possibilidades de inclusão participativa da comunidade de forma ampla, foi descrito por Cramer & Spinelli, cujo próprio título esclarece a proposta inclusiva e participativa ampla da comunidade local, uma favela: Terapia Comunitária de porta em porta. As autoras relatam como a princípio, a participação estivesse reduzida e formada por freqüentadores da Igreja, as terapeutas partiram para a realização de encontros nas próprias residências, através do convite aos vizinhos. A casa para o próximo encontro era escolhida por todos no final e divulgada por todos. Inseridas no cotidiano da favela, caminhando por entre os esgotos abertos e o sofrimento escancarado pelos problemas sociais, as terapeutas se integraram à comunidade em busca de levar a TC como alternativa a quem precise e aceite. Principalmente, levaram oportunidade de pertencimento criando uma espécie de comunidade volante, lembrando-me da mobilização ao estilo “médicos sem fronteiras” (2003).

## **II Congresso Brasileiro de TC**

O II Congresso foi realizado em maio de 2004, em Brasília, presidido por Maria Henriqueta Camarotti. Em apenas um ano, o congresso se transformou em um evento científico consistente, reunindo 300 de participantes de várias partes do país. A partir deste congresso foram incluídas as várias categorias de apresentação de trabalhos, organizados por uma comissão científica (palestras, oficinas, mesas redondas, temas livres, painéis, vivências, reuniões temáticas).

Houve também a participação de outros profissionais fora da comunidade de terapeutas, convidados a contribuir com a ampliação de conhecimentos dos terapeutas. Pesquisadores, representantes de vários seguimentos sociais, religiosos e políticos. Foram realizadas três rodas de TC em espaços públicos amplos, exemplificando para toda a comunidade brasiliense, o alcance e as possibilidades oferecidas por esta ferramenta (CAMAROTTI, 2004).

A necessidade nortear a expansão da Terapia Comunitária tornava-se urgente. Era preciso organizar e congregar os terapeutas, discutir a formação e organizar os pólos formadores. Nasce, neste II Congresso, portanto, a Associação Brasileira de Terapia Comunitária. A assembléia de fundação foi realizada durante o próprio congresso e, seus participantes, os sócios fundadores. Como primeira presidente da ABRATECOM, Marilene Grandesso; e Maria Rita Seixas, como vice-presidente, ambas de São Paulo. A diretoria foi organizada tendo em vista profissionais representantes dos vários pólos paulistas e a experiência de trabalhos associativos. Mais adiante, apresento um capítulo destinado às especificidades da TC onde a ABRATECOM será apresentada de forma mais detalhada.

A publicação do Anais II foi organizada por Maria Henriqueta Camarotti, Lia Fukui e Liliana Beccaro Marchetti (2004). A seguir, apresento alguns destes trabalhos, tendo em vista as contribuições que entendi serem mais relevantes para a presente dissertação.

Guareschi discutiu os aspectos das relações que constroem a comunidade, trazendo imensa contribuição conceitual aos terapeutas comunitários. A inteligência e vivacidade deste pesquisador gaúcho mobilizam platéias imensas através de sua simplicidade em discutir questões tão complexas da Psicologia Comunitária Crítica. Como as idéias do autor foram levantadas no Capítulo de Comunidades e um de seus conceitos centrais será articulado a seguir, não detalharei a palestra apresentada uma vez que o conteúdo principal, já foi contemplado (2004).

Carbone<sup>4</sup> realizou um trabalho de contribuição teórica apresentada neste II Congresso. Considera o significado do campo em Terapia Comunitária como de tal forma amplo, que se dá no espaço comunitário enquanto estrutura de transformação das subjetividades. Embora a autora faça uma analogia com o campo *psi* e, mais especificamente, a terapia familiar sistêmica, entendo ser relevante a sua reflexão para a TC. A subjetividade se dá no espaço comunitário pelo sentido da manifestação da individualidade, como apropriação da identidade individual, necessária para o desenvolvimento do sentido coletivo que se dá relação. Como analisado por GUARESCHI (em CAMPOS, 1987), a comunidade existe enquanto relação, promovendo a singularidade e a legitimidade de um ser no outro.

A comunidade seria então, segundo a autora, o espaço no qual se dá a intervenção (TC). Um espaço composto pelo vínculo (relação) e a noção de pertencimento do sujeito. O espaço é tangido pelas instituições. Tanto como mediadoras da intervenção, como por pertencimento das pessoas (sujeitos da intervenção) e do profissional (terapeuta comunitário). *“Invadimos o espaço da comunidade, formando parcerias, construindo redes de fortalecimento (p.37)”*.

Grandesso, no sugestivo título *Oi gente... Eu não roubei galinhas* traz o inédito para a comunidade de terapeutas comunitários ao descrever, analisar, discutir e exemplificar, como inclui o enfoque narrativo como ferramenta de intervenção, mas também de compreensão da TC, enquanto contexto gerador de linguagem e significado. Considerando a teoria narrativa e a Terapia Comunitária, um encontro produtivo.

---

<sup>4</sup> A referência de *Campu* utilizado por Carbone refere-se a Bourdier, Lewin e Boaventura Souza Santos.



A autora tece os conceitos sistêmicos de comunidade, entendidos como sistemas humanos, via enfoque pós-moderno. A comunidade é vista então, como um contexto organizador dos vínculos e das práticas de convivência entre as pessoas. Privilegia não só a relação, como a conversação entre os interlocutores como sistema gerador de linguagem e significado. A visão novo-paradigmática de terapia é descrita pela complexidade e imprevisibilidade como pressupostos transformadores do pensar e intervir na comunidade, contrapondo a visão sistêmica moderna de estabilidade. Esse trabalho contém a história peculiar de um participante da TC, aprisionado pela repetição de um discurso em defesa própria, onde afirmava não ter roubado galinhas em sua terra natal. O salto qualitativo que permitiu a transformação dessa narrativa foi o uso do Ritual de Expição de Dívidas, com a entrega de uma documentação assinada por todos da comunidade, concedeu crédito à sua história, validando-o diante do grupo e de si mesmo, como possibilitou libertação do aprisionamento lingüístico, funcionando como uma espécie de carta de alforria para a questão que lhe atormentava e impedia de retornar à terra natal. Dois meses depois, o sr e sua família puderam deixar a cidade e voltar, de cabeça erguida, à sua terra.

O trabalho em questão tem especial significado à presente dissertação. Primeiro, por contextualizar o enfoque teórico no qual procuro referir meu pensamento e minha prática. Segundo, por ter sido terapeuta nessa comunidade e, portanto, estive direta e afetivamente envolvida na convivência com o Sr em questão, com os demais participantes, e, principalmente, com a autora. Pude testemunhar ao vivo o sofrimento do Sr José e refletir muito acerca de como favorecer a legitimidade de sua história e ajudá-lo, também, a libertar-se dela para seguir com sua vida em frente.

Finalizando, este II Congresso contribui com tantos trabalhos que meu recorte referiu-se muito mais, aos trabalhos teóricos. Os trabalhos centrados nas práticas com distintas populações, relatos de experiência abarcaram aspectos específicos da prática com comunidades (6), trabalhos desenvolvidos na rede pública de saúde (4), na área da justiça (3), terceiro setor (1) e setor privado (1). Trabalhos dirigidos às questões de formação (4), sendo que dois foram específicos da supervisão de práticas.

Quanto à intersecção entre a TC e as demais disciplinas (7), sendo que os temas variaram sobre a multicultural brasileira, formação de redes solidárias, danças folclóricas e, os sobre questões específicas da intersecção com a psicologia (2); relativos aos dilemas classificatórios do diagnóstico psicológico (1); e, ainda, um trabalho sobre uma prática original que utiliza na TC o vídeo para as sessões com pessoas portadoras de enfermidade mental crônica (1).

Como apresentei ao introduzir o II Congresso, a multiplicidade de contribuições aumentou tanto em número, quanto em qualidade de trabalhos e diferentes práticas, contribuindo para novas possibilidades de compreensão da TC e o oferecimento às populações atendidas.

### **III Congresso Brasileiro de TC**

O III Congresso de Terapia Comunitária teve lugar no Ceará, em Iparana, localizada na Grande Fortaleza. Já com uma ABRATECOM solidificada e amadurecendo através da colaboração conjunta de muitos novos associados e seus fundadores, o III Congresso nasceu com uma proposta colaborativa através de conversações estabelecidas, principalmente, pelo correio eletrônico.

Uma Comissão Científica participativa e democrática elegeu o tema “Terapia Comunitária: Tecendo Redes para a Transformação Social – Saúde, Educação e Políticas Públicas”.

Foi possível realizar um dia de Pré-Congresso e, efetivamente, dar consistência ao vivo, ao Conselho Deliberativo e Científico. Em sua primeira Assembléia, o estatuto da ABRATECOM foi revisto e foram criadas as Comissões do CDC, ampliando não somente a força da Associação em si, mas, principalmente, fortalecendo a Terapia Comunitária. Deste Pré-Congresso nasceu, oficialmente, a proposta de um Encontro Anual dos membros CDC e dos Formadores, organizado através da ABRATECOM.

A Assembléia Geral da ABRATECOM foi realizada, concluindo a primeira gestão e empossando a nova diretoria, sediada agora, em Fortaleza. Os Congressos Brasileiros que, até então, eram anuais, passam a bienais. O Estado do Rio Grande do Sul irá acolher e organizar o IV Congresso Brasileiro de TC, em 2005.

O número de participantes inscritos foi de, aproximadamente, 500 pessoas. Os trabalhos apresentados no total foram em número aproximado de cento e quarenta, entre conferências (cinco), simpósios (quatro), mesas redondas (doze com quatro expositores em cada uma), temas livres (quarenta e três), oficinas (quinze), pôsteres interativos (vinte e cinco) e conversações (quatro), desenvolvidos profissionais vindos de todas as partes do Brasil. Os temas destes trabalhos conectaram-se à temática central e seus respectivos eixos temáticos. Foram também realizadas por Adalberto Barreto, vivências de Cuidando do Cuidador.

O livro de Anais deste III Congresso Brasileiro está em fase de conclusão e deve contemplar a riqueza dos temas apresentados. A seguir, cito os temas principais desenvolvidos nas categorias conferência, simpósios e mesas redondas e conversações.

### **Conferências:**

*A Dor da Alma dos Excluídos* (Adalberto Barreto); *Direitos Humanos e Cidadania na Favela* (José Aírton de Paula Barreto); *A Importância das Terapias Complementares na Construção dos Sistemas Municipais de Saúde* (Dr Luiz Odorico M. de Andrade – Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza); *Relações Súcias, Ética e Alteridade* (Pedrinho Guareschi); *Ciranda da Vida: a Comunidade Ajudando a Construir Políticas de Saúde* (Vera Dantas).

**Simpósios - Tema:** Violência: um problema para quem?

Quatro expositores dissertaram sobre a *Reforma Agrária como Alternativa à Violência* (Genaro Ieno Neto); a *Produção da Violência e a Ética da Responsabilidade* (Maria de Lourdes Trassi Teixeira); a *Justiça Terapêutica e o Tratamento da Violência decorrente do Uso de Drogas* (Fernando Cerqueira Norberto dos Santos) e, por último, o líder comunitário José Neves Brandão, *apresentou Com a Arte se Constrói o que a Miséria Destrói*.

**Mesas Redondas** com os seguintes temas desenvolvidos por quatro expositores cada uma:

Família, Comunidade e Valores Humanos; Terapia Comunitária – Epistemologias, Práticas e Teorias; Terapia Comunitária e Rede Social; Pesquisa e Terapia Comunitária; Morte – Convivendo com a Ameaça e a Angústia; Corrupção: A Sistêmica do Silêncio; Construindo uma sociedade mais Justa: Políticas Públicas para a Família Brasileira; Violência: a Face da Tragédia Humana; Questões Desafiadoras: Crianças, Adolescentes e Idosos em Situação de Vulnerabilidade; Comunidade, Espiritualidade e Resiliência; Psicossomática: Quando a Boca Cala, o Corpo Fala; TC em Distintas Instituições e Populações.

**Conversações** desenvolvidas por quatro “conversadores” convidados a interagir com os congressistas:

A formação do Terapeuta Comunitário; Cultura e Heterogeneidade: o Multiverso Brasileiro; Políticas Públicas e TC; Diálogo entre os Saberes: o que cada Disciplina Pode Oferecer para o Terapeuta Comunitário.

Como visto, a multiplicidade temática, a interdisciplinaridade contemplada através de diferentes profissionais de áreas diversas e complementares, temas polêmicos de nosso cotidiano, outros criativos e inovadores, bem como a urgência da questão das políticas públicas, têm premiado os congressos brasileiros com trabalhos brilhantes.

“Vida de terapeuta comunitário é tecer felicidade.”

Miriam Rivalta Barreto<sup>1</sup>

## **2. ABRATECOM**

Associação Brasileira de Terapia Comunitária - ABRATECOM - foi fundada em 1º de maio de 2004 em Brasília, durante o II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, a ABRATECOM, vem se organizando como um órgão representativo de Terapeutas Comunitários e da Terapia Comunitária de todo o Brasil. Sua finalidade maior é congregar terapeutas comunitários, profissionais e pessoas interessadas na área de Terapia Comunitária e representar a classe dos terapeutas comunitários junto a outras instituições.

### **2.1. Objetivos:**

- 1.Promover a integração de pessoas e comunidades no resgate da dignidade e da cidadania e contribuir para a redução de qualquer tipo de exclusão;
- 2.Incentivar atividades culturais e terapêuticas que objetivem a integração de populações marginalizadas, em defesa da identidade ameaçada e do meio ambiente;
- 3.Promover a aproximação e intercâmbio entre os terapeutas comunitários e Entidades voltadas a pratica, ao estudo e à pesquisa da Terapia Comunitária;
- 4.Colaborar na formação de Associações Regionais de Terapia Comunitária;
- 5.Promover a realização de seminários, reuniões, debates culturais e científicos de Terapia Comunitária, visando ao aprimoramento técnico dos Associados e a divulgação de trabalhos científicos, teóricos e técnicos e dar apoio à realização de Congressos;

---

<sup>1</sup>Comunicação oral; Presidente, pelo Grupo Gestor da ABRATECOM, 2005-2007; Coordenadora do Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará.

6.Incentivar a formação de Terapeutas Comunitários dentro do máximo rigor ético e científico, junto aos pólos formadores;

7.Propor e defender medidas de apoio e incentivo às Associações Regionais, consoantes ao estudo, pesquisa e prática;

8.Informar e esclarecer a Comunidade sobre os princípios da Associação Brasileira de Terapia Comunitária – ABRATECOM, destacando as suas vantagens para a coletividade;

9.Promover a elaboração de revistas, boletins e congêneres para a divulgação de trabalhos científicos da área de Terapia Comunitária;

10.Realizar parceria com organizações governamentais e não governamentais, universidades, instituições de ensino nacionais e internacionais com o objetivo de cumprir os propósitos acima citados.

A ABRATECOM conta com um Conselho Deliberativo e Científico – CDC, como órgão máximo, presidido pela Profª Drª Maria Rita D'Angelo Seixas.

O CDC tem por função desenvolver trabalhos organizados em comissões temáticas de acordo com as necessidades da Diretoria Executiva e os objetivos da ABRATECOM. Reúnem-se o CDC e os formadores em Terapia Comunitária a partir de II Congresso Brasileiro, em 2005, anualmente. Nas palavras de Miriam Barreto, a função do encontro é “dialogar, refletir, trocar idéias; fortalecer a rede, os vínculos, a unidade e o caminho dos terapeutas e dos associados para atender à complexidade dos contextos comunitários”.

## 2.2 PÓLOS FORMADORES<sup>2</sup>

Os **Pólos Formadores** de terapeutas comunitários são unidades que oferecem formação em TC, segundo critérios estabelecidos pela ABRATECOM através de seu CDC – Conselho deliberativo e Científico. São constituídos por institutos ou associações de profissionais que desenvolvem, efetivamente, atividades de capacitação do Terapeuta Comunitário – curso de capacitação e/ou supervisão continuada da prática de terapia comunitária.

Dentre os Institutos já reconhecidos como pólos formadores ABRATECOM conta com instituições universitárias, municipais, Ongs e instituições particulares, organizadas de acordo com normas e Estatutos próprios. Para criar um pólo formador os interessados devem estar devidamente capacitados como Terapeutas Comunitários.

Por esses critérios são considerados então pólos os cursos em módulos ou em esquema semanal, com carga horária total de 360 horas, sendo 160 teóricas e 200 de prática supervisionada, perfazendo um total mínimo de 70 sessões de terapia comunitária por aluno. As pessoas que fazem a capacitação em uma semana em Morro Branco (CE) é necessário complementar sua formação, procurando um pólo formador reconhecido para fazer acompanhamento e supervisão de sua prática, até completar o número de atendimentos mínimos necessários. Todos os 70 atendimentos devem ser devidamente documentados preenchendo a folha de registro de registro de sessão, fornecida pelo pólo formador ao qual o indivíduo vincula sua supervisão.

A **missão** dos PÓLOS FORMADORES é organizar cursos de capacitação zelando pela formação oferecida. O Pólo conta com seus formadores para aulas e supervisões e, ainda, com profissionais que podem ser convidados dentre terapeutas devidamente reconhecidos pela sua experiência. Estes profissionais

---

<sup>2</sup> Parte das informações foi retirada do *site* ABRATECOM - Carta aos Pólos Formadores, assinada por sua presidente, gestão 2004-2005, Marilene Grandesso. Fonte: [ [www.abratecom.org.br](http://www.abratecom.org.br) ]. Última consulta realizada em 26/02/2006.

convidados não necessitam ser parte integrante da instituição que promove a capacitação.

A ABRATECOM somente pode reconhecer pólos formadores dentre seus associados, cumprindo ao pólo procurar a ABRATECOM, via *site* ou por outro meio, para regularizar sua vinculação. A ABRATECOM tem como associados pessoas e não, instituições. Ou seja, os responsáveis pelo pólo é que devem ser os associados. A responsabilidade pela qualidade do curso promovido pelo pólo formador é de responsabilidade exclusiva do pólo formador.

De acordo com o *site* da ABRATECOM e informações prestadas atual presidente, Miriam Rivalta Barreto, são vinte e dois pólos formadores de terapeutas comunitários, cobrindo os estados brasileiros onze estados brasileiros.

- **Bahia:** Salvador - MISMEC-BA e Universidade Católica de Salvador - UCSAL.
- **Ceará:** Fortaleza- Bom Jardim e Projeto 4 Varas. Sobral - MISMEC-Sobral.
- **Distrito Federal:** Brasília - MISMEC-DF.
- **Maranhão:** São Luís - MISC-MA.
- **Minas Gerais:** Ipatinga - MISC-MG.
- **Pará:** Belém - SOPSI- Serviço de Orientação Primária à Saúde Integral.
- **Pernambuco:** Recife - Projeto Aquarius.
- **Piauí:** Dialogue.
- **Paraná:** Curitiba - Hospital de Clínicas-UFPR e INTERCEF.
- Londrina: nas Secretarias Municipais de Assistência Social/ Secretaria da Saúde/Secretaria da Mulher.



- **Rio Grande do Sul:** Porto Alegre - MISMEC-RS.

- **São Paulo:**

Capital - CEAF- Centro de Estudos e Atendimento à Família; CEFOR- Centro de Formação da Prefeitura Municipal de São Paulo; PUC-SP; TCendo SP/NEMGE-USP Universidade de São Paulo; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo;

Obs. O Espaço Comunitário Comenius não realiza capacitações. Entretanto, agrega diversas atividades relativas à TC, incluindo supervisões/intervenções.<sup>3</sup>

Grande São Paulo - Santo André – ABC/ voltado ao funcionalismo municipal da Grande São Paulo.

Interior Paulista: Araraquara - UNESP- Universidade Estadual Paulista  
Ribeirão Preto – Ribeirão Preto pela Paz -ONG

## **Exterior**

### **França: Associação Francesa de Terapeutas Comunitários<sup>4</sup>**

Grenoble e Marselha -

- Instituto de Formação para Enfermeiros (IIFI)
- Instituto de Formação para trabalhadores Sociais (IFTS)

### **Suíça:**

- Genebra: Centro de Estudos e de Formação Continuada do Instituto de Estudos Sociais e da Alta Escola de Trabalho Social de Genebra.

---

<sup>3</sup> ONG, fundado por Dr<sup>a</sup> Dirce de Assis Rudge e Eduardo Rudge, referências na prevenção do abuso de substâncias químicas. Desenvolve diversos projetos sociais.[ [www.espacocomenius.com.br](http://www.espacocomenius.com.br)].

<sup>4</sup> Informações cedidas por Dr. Adalberto de Paula Barreto, responsável pelas formações internacionais.

## **Candidatos Nacionais a Futuros Pólos Formadores e respectivos responsáveis:**

### São Paulo:

- Pólo de Educação Permanente.
- Associação Saúde da Família.
- ASSESSO - Presidente Prudente.

### Rio de Janeiro:

- Macaé .

### AMAZONAS:

- Manaus.

## **2.3. SENAD: uma capacitação específica de terapeutas comunitários no trabalho à prevenção do abuso de álcool e outras substâncias químicas**

A **SENAD** - Secretaria Nacional Anti- Drogas é órgão do Ministério da Justiça. Com a finalidade de capacitar profissionais que trabalham com projetos de prevenção ao abuso de álcool e outras substâncias químicas tem realizado a partir de outubro de 2005, cursos nos estados abaixo relacionados.

Essas capacitações são decorrentes de uma parceria estabelecida entre o **MISMEC-CE** (Movimento Integrado de saúde Mental e Comunitária do estado do Ceará) e a SENAD. O MISMEC-CE coordena as capacitações e seus procedimentos. A SENAD financia e regulamenta a participação dos profissionais. Os Estados aderiram ao projeto da SENAD por opção e condição de organizar os vários critérios de exigência para a executar as capacitações, que pode ser oferecida por um ou mais pólos formadores. Os pólos, por sua vez, têm de se organizar de forma a atender as exigências estabelecidas. As turmas têm no mínimo, 60 pessoas inscritas para viabilizar a capacitação.

A programação dos cursos é a mesma oferecida nos pólos formadores, incluindo as supervisões/intervisões, em esquema quinzenal, com duração de quatro horas cada uma.

Os Estados que têm realizado as capacitações pela SENAD são:

Bahia, Ceará – três capacitações com 60 pessoas cada uma – Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e São Paulo.

Em São Paulo, todos os pólos formadores da capital, organizaram-se na **TEIA PAULISTANA**, nome informal dessa associação que têm uma rede de comunicação interna via *internet*, além de diversas atividades conjuntas através de reuniões ao vivo.

A formação da **TEIA PAULISTANA** permitiu um exercício democrático ímpar, dividindo responsabilidades e oportunidades de participação a todos os grupos que se revezaram entre os quatro módulos teóricos e os dois grupos de supervisão/intervisão.

## 2.4. Sobre os Locais de TC no Brasil<sup>5</sup>

Atualmente, a “comunidade” dos Terapeutas Comunitários em todo o Brasil, soma, aproximadamente, oito mil profissionais capacitados e/ou em formação, ambos já atuando em grupos de TCs. Essa comunidade é formada por pessoas trabalhando com Terapia Comunitária, nos mais distintos lugares deste país. Há também, pólos formadores e locais de TC na Europa, França e Suíça.<sup>6</sup>

Não temos, por enquanto, dados oficiais de todos os terapeutas brasileiros. A ABRATECOM realiza, no momento, o Censo-ABRATECOM, com objetivo de sistematizar as várias informações referentes aos terapeutas, à terapia e às populações beneficiadas.

---

<sup>5</sup> Fonte: [www.abratecom.org.br] .Última consulta realizada em 26/02/2006

<sup>6</sup> Segundo informações da Profª Miriam Rivalta Barreto- Grupo Gestor ABRATECOM e Dr Adalberto Barreto.

O *site* da ABRATECOM, que passou a vigorar em novembro de 2004, dispõe de algumas informações organizadas durante a primeira gestão, presidida por Marilene Grandesso, entre maio de 2004 e setembro de 2005. Neste período, organizamos as primeiras informações sobre os locais de TC no Brasil. Assim, penso ser importante apresentar algumas informações referentes aos locais de TC no Brasil.

A pesquisa informal foi feita com base no *menu locais de terapia* do *site* da ABRATECOM. Este item foi organizado por mim nos anos de setembro de 2004 a junho de 2005, a fim de promover rápida localização de informação de grupos de TC em todo o país, para facilitar o encaminhamento de pessoas, especialmente aos terapeutas comunitários (embora qualquer pessoa que tenha acesso a *Internet* possa fazê-lo).

Para construir o cadastro, realizei contato com todos os associados, solicitando algumas informações como nome dos terapeutas responsáveis, endereço e telefone completos do local, horários, dias da semana e frequência (se semanais, quinzenais ou mensal), e a indicação se o grupo era destinado a atender alguma especificidade ou tema ou se aberto à comunidade em geral. A cada novo associado naquele período, era sugerido que entrasse em contato comigo via *e-mail*, para que pudéssemos disponibilizar o grupo no *site*. Somente constam deste cadastro, portanto, os grupos daqueles terapeutas que me procuraram ou, que consegui contacto.

Tenho conhecimento informal de que muitos outros grupos foram inaugurados desde o cadastro de 2005. Por exemplo, no Hospital das Clínicas de São Paulo, há um grupo de Terapia Comunitária importante, voltado para o atendimento de portadores de transtornos alimentares e seus familiares. Grupos como esse tem realizado um trabalho de muito valor para as pessoas atendidas e para o serviço institucional como um todo. Há também, novos cursos de capacitação oferecidos pelos pólos, novos pólos e, conseqüentemente, novos terapeutas e locais de TC. Se fosse possível considerar todos eles no cadastro do *site* da ABRATECOM, garantiríamos uma divulgação muito mais ampla. Entretanto, trata-se de uma tarefa que necessita de um apoio técnico e logístico grande, além de um alto investimento econômico de uma associação jovem e de pouquíssimos recursos financeiros.

Os cursos promovidos pela parceria SENAD/MISMEC-CE, por exemplo, capacitam cerca de 60 terapeutas em alguns estados e municípios brasileiros. A progressão de novos grupos de TC é inversamente proporcional, em progressão geométrica, à nossa capacidade de registro. Os dados, portanto, não são atuais, mas representam as únicas informações oficiais disponíveis.

### **3. Terapias Mambembes: particularidades da experiência**

“porque todo o artista tem de  
ir onde o povo está...”

Mílton Nascimento

As práticas mambembes passaram ser bastante usuais, ao estilo do artista que vai onde o povo está. Onde há um pedido, uma solicitação, a equipe de terapeutas organiza, com as parceiras, a Terapia Comunitária pontual.

Marilene Grandesso e eu, num trabalho de supervisão/intervisão passamos a realizar TCs pontuais e únicas, como forma de atender um pedido de terapeutas comunitários em formação. A solicitação nasceu como forma de mobilizar toda a rede na qual o grupo estava envolvido. Isso significa coordenadores de áreas municipais, lideranças diversas, diretores escolares, chefias diretas e indiretas das pessoas em formação, colegas de UBS e todos aqueles que fazem parte da comunidade ampla do entorno do grupo de TC — a rede mais ampla possível. Nestas circunstâncias, chegamos a ter um grupo formado por quase duas centenas de pessoas. Outras TCs mambembes foram menores, mas realizamos, junto com os capacitandos, várias experiências. Simultaneamente, outras práticas similares passaram a ocorrer. Em 2005, através da ABRATECOM, firmamos uma parceria com o Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN, órgão vinculado à Secretaria Estadual de Justiça. Fizemos, na Semana Nacional da Luta Anti-Drogas, uma TC no Parque da Água Branca e outra, na mesma semana, no Pátio do Colégio, ambos em São Paulo. Nessa ocasião, passamos a trabalhar com a equipe formada pela diretoria da ABRATECOM. A Vice-Presidente, Maria Rita Seixas e sua equipe,

realizaram na mesma semana, uma TC na CEPTRANS – Companhia Estadual Paulista de Trens, outra TC mambembe. No mesmo ano, em outubro Marilene e eu estivemos na Semana do idoso, no município de Embu, na Grande São Paulo: presentes, cerca de 150 pessoas, entre aposentados e donas de casa, freqüentadores da rede pública municipal. Nessa terapia, uma forte rede solidária formou-se imediatamente após a TC, através de pessoas que se organizaram, de imediato, para colaborar na rotina diária da pessoa que teve sua dificuldade escolhida. Portadora de seqüelas de um Acidente Vascular Cerebral, solitária, sofria com as dificuldades do autocuidado, da própria alimentação e da organização doméstica.

Em novembro, Marilene Grandesso e Ceneide Cervený realizaram junto à Polícia Militar do Estado de São Paulo, uma terapia muito grande, com 450 policiais. Em janeiro do ano seguinte, o dia do Policial Militar novamente solicitou as duas terapeutas, para uma TC gigantesca, a maior que se tem notícia: mil e trezentos policiais. Evidente que a estrutura da sessão é bem demarcada, a presença de microfones e violeiros é indispensável como forma tanto de acolhimento, como de suporte aos sofrimentos levantados, contextualizados e problematizados. O ritual de agregação costuma reunir os mais belos depoimentos, pois embora seja muita gente, todos relatam ter aproveitado muito bem a experiência e levam consigo um aprendizado humano muito especial, conectados à esperança de transformação, através da rede solidária que se forma através de uma Terapia Comunitária.



## 4. Refletindo sobre Políticas Públicas de Saúde

*“How can we call human beings free and equal in dignity when over a billion of them are struggling to survive on less than one dollar a day, without safe drinking water, and when half of all humanity lacks adequate sanitation?”*

Kofee Anan

### 1. A criação do SUS – Sistema Único de Saúde<sup>1</sup>

A Constituição Brasileira de 1988 introduziu não apenas um novo modelo para a organização do Setor Saúde. Foi muito além, permitiu consolidar décadas de avaliações e debates, cuja maior expressão ocorreu no ano de 1986, durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco da reorganização da Saúde Pública no Brasil.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou elevado impacto não somente na substituição de um modelo que não atendia as necessidades da população, mas, possibilitou o início efetivo da participação da sociedade brasileira na determinação de seus destinos vinculados ao Setor Saúde.

Das diversas Leis que surgiram para disciplinar o SUS, quero destacar duas:

- **Lei 8080<sup>2</sup>**, de 19 de setembro de 1990, que expressa, entre outros, os seguintes princípios **doutrinários**: “da **universalidade** de acesso aos

---

<sup>1</sup> Informações disponibilizadas pelo site (<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>).



serviços de saúde em todos os níveis de assistência; da **integralidade** de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; da **eqüidade** e da **participação da comunidade**, que exige a presença de representantes de diferentes segmentos da sociedade (incluindo líderes da população) para compor as conferências e reuniões que venham a determinar ações de saúde”.

- **Lei 8142** <sup>3</sup>, de 28 de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade na gestão do SUS e disciplina a transferência de recursos financeiros intergovernamentais para área da Saúde. O novo modelo, portanto, não somente permite a participação da sociedade como prevê os recursos financeiros para tanto.

De outro lado, as diretrizes como **hierarquização, descentralização político-administrativa e regionalização** têm promovido o aprimoramento da implantação do SUS, em seu exercício. Mantém a visão de que todos os recursos da União, Estados e Municípios podem ser integrados na prestação de serviços à comunidade.

Hoje, as políticas públicas de saúde não mais são determinadas sem amplo processo de discussão com a sociedade. São considerados processos culturais, perspectivas sociais, avaliação de perfil epidemiológico e divulgação de informações ao usuário do sistema.

---

<sup>2</sup> Informações disponibilizadas em <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm>;

<sup>3</sup> e <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/LEIS/L8142.htm>.

## 2. O Programa de Saúde da Família - PSF<sup>4</sup>

Apesar do enorme avanço para a Saúde Pública brasileira durante o processo de implantação do SUS, o modelo assistencial manteve visão hospitalocêntrica, inspirada na absorção de alta tecnologia, refletindo, como consequência, uma certa relativização da importância da atenção primária a saúde. Nesse sentido, a rede básica de saúde transformou-se em centros de atenção à saúde pública com baixa eficácia, contando com investimentos cada vez mais escassos.

A utilização dos recursos tecnológicos destinados à saúde sem a devida racionalidade, aliados à baixa resolubilidade dos problemas, gerou um alto grau de insatisfação para todos que participavam do processo de implantação do SUS: gestores, profissionais de saúde e a população que utiliza os serviços. Por outro lado, a implementação do novo modelo fez revelar outro ângulo da gestão no Setor Saúde; a relação hierarquizada, mas não integrada entre todos seus participantes. Havia a necessidade de praticar a articulação da comunidade, buscando estimular o desenvolvimento de visão sistêmica do processo de atenção à Saúde. Nesse contexto percebeu-se, também, que a formação profissional dos profissionais de saúde acontecia de modo desvinculado da formação das políticas públicas de saúde.

O Programa de Saúde da Família, que já havia se mostrado um modelo bem sucedido em outros países como Canadá, Cuba e o Reino Unido. Foi, então, adotado a partir de 1994, permitindo uma conexão direta entre o Ministério de Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos os envolvidos.

Essa é uma nova maneira que possibilita as ações básicas de saúde e, vem a contribuir de maneira substancial com o processo de hierarquização do sistema de saúde. Assim, o PSF, com apoio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (MINISTÉRIO DA

---

<sup>4</sup> Rev Saúde Pública 2000;34(3):316-9

SAÚDE, 2000), otimiza as ações de prevenção e promoção da saúde, permitindo, dessa forma, ampliar a aplicação dos recursos disponíveis encontrando a “resolubilidade” das diferentes esferas dos governos federal, estaduais e municipais, imprimindo considerável melhora nos indicadores de saúde, além de resgatar a confiabilidade dos profissionais e da comunidade no Setor Público de Saúde.

Um dos aspectos que diferenciam esse processo é que os profissionais das equipes de saúde devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Por sua vez, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também devem residir nas respectivas áreas de atuação.

Um dos principais objetivos do PSF é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Porém, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à realização de novas práticas sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos.

Para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades.

## 2.2 Responsabilidades da equipe do PSF

As atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família são (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000):

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

O modelo garante maior vínculo e humanização da atenção básica, mesmo em cidades grandes, onde a relação dos hospitais com os pacientes é fria e nem sempre resolve os problemas de quem os procura. A diversidade é a maior riqueza. Em algumas localidades existem propostas como o uso de terapias não-convencionais – plantas medicinais, homeopatia etc; em outras, organizam-se grupos de caminhada e apresentações teatrais, por exemplo, sempre se buscando ações integrais e melhores soluções para a assistência.

Os resultados já observados em todo o país e a potencialidade do Programa Saúde da Família fizeram com que o Ministério da Saúde refletisse a prioridade no seu orçamento. Em 1998, o Programa Saúde da Família/Agentes Comunitário de Saúde, recebeu um orçamento de R\$ 218 milhões. Em 1999, esse valor subiu para R\$ 380 milhões e para R\$ 680 milhões, em 2005 (BRASIL, 2000, 2006).

Um dos principais desdobramentos de toda essa evolução foi a idealização de uma Política de Humanização da Gestão e da Atenção da Saúde – PNH. (BRASIL, 2004), onde os diferentes participantes do sistema pudessem permanecer integrados, com qualidade, ambiente de trabalho adequado, estimulando o acolhimento da comunidade, de tal forma a construir um processo coletivo de atenção à saúde. Para tanto, a visão de rede do SUS deveria contemplar o melhor planejamento das ações, procurando otimizar o uso dos recursos humanos e financeiros e estabelecendo canais adequados de comunicação entre todos os componentes, em especial a sociedade. Como exemplo expressivo dessa visão, vale a pena citar, ao menos, três das diretrizes gerais para implantação do PNH nos diferentes níveis de atenção a saúde:

- 1) “Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo à diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção da saúde”;
- 2) “Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) na hora da recepção e dos encaminhamentos”;
- 3) “Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável”.

Nesse contexto, políticas como as de promoção de saúde, surgem como elemento básico para a implementação das condições de saúde da comunidade. No ano 2000, durante a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, os Ministros da Saúde dos países participantes assumiram compromissos em implementar políticas públicas, investindo em promoção de saúde, desenvolvendo estratégias para reduzir iniquidades estimulando atuações intersetoriais com participação popular em ações integradas e multidisciplinares que incluam, de forma abrangente, as diferentes experiências sociais, políticas, econômicas e culturais dos cidadãos (BRASIL, 2002).

### **3. Políticas de Saúde Mental**

Ao final dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava que 340 milhões de pessoas sofriam de depressão no mundo, atingindo, principalmente homens e mulheres na faixa etária entre 15 e 44 anos. Em 2020, estima que depressão seja a segunda causa mais freqüente de adoecimento da humanidade. A mesma OMS. Divulga que em 1990, mais de 1,4 milhões de indivíduos cometeram suicídio no mundo, sendo esta uma das 10 causas mais freqüentes de morte na maior parte dos países que divulgam esse tipo de estatística. Muitos desses óbitos estão relacionados a suicídio (WHO, 1999). No Estado de São Paulo, as mortes por agressão atingiram o coeficiente de 43,2 mortes por 100.000 habitantes (SEADE, 2005).

São inúmeros os fatores que envolvem a esfera da saúde mental, muitos deles permanecendo fora do foco dos serviços de saúde, muitas vezes, envolvendo aspectos delicados, como graves questões relacionadas a direitos humanos. Para que uma Política de Saúde Mental seja implementada, é necessário vencer barreiras que levam a estigmatização de indivíduos com problemas nesta esfera. Essas pessoas, muitas vezes, são levadas a isolamento e humilhação, assim como seus familiares.

As Políticas Públicas de Saúde Mental representam uma preocupação séria dos gestores em viabilizar serviços capazes de atender as demandas da população. As ações no campo da Saúde Mental embora mereçam avanço constante na direção de ampliar os serviços de atendimento à população como um todo, têm buscado transformar, substancialmente, essa realidade no que se refere a oferecer **eqüidade nos serviços de atendimento à Saúde Mental**.

Ao avaliarmos os requisitos necessários para as intervenções em saúde mental, observa-se uma realidade preocupante, relacionada a formação dos diferentes profissionais de saúde, em especial os médicos, uma vez que são formados para o atendimento de doenças específicas, no estrito contexto biológico. Encontram dificuldades em considerar fatores emocionais em seus pacientes. Não são formados a observar o indivíduo como ser orgânico integrado no entorno social. Dessa forma, a atuação para o bem-estar do indivíduo e da comunidade são conquistas essenciais no aprimoramento da atenção à saúde.

#### **4. Terapia Comunitária e a Prefeitura Municipal de São Paulo<sup>5</sup>**

No ano de 2003, a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, iniciou a capacitação de diferentes profissionais como Terapeutas Comunitários. A Secretaria contratou o Dr Adalberto Barreto para realização

---

<sup>5</sup> Informações cedidas pela Profª Rosely Vissoto do CEFOR – Centro de Formação da PMSP; acrescidas de informações referentes ao trabalho da equipe de implantação, cuja referência encontra-se citada ao final.

dessa capacitação para quatro módulos de formação, divididos em etapas, cobrindo o período médio de um ano. Contratou também, quatro equipes com dois supervisores, para orientar a prática de toda a formação, com duração de quatro horas e frequência quinzenal (conforme explicitado no capítulo de TC, sobre a formação de terapeutas comunitários) por meio de parcerias estabelecidas com terapeutas experientes da NUFAC/PUC-SP; TCendo SP/Nemge-USP; CEAF-SP. Após a formação, os profissionais continuam a receber supervisão continuada, oferecida a partir de então, por supervisores internos da PMSP.

A primeira macro-região a receber capacitação foi a região Centro-Oeste. Mais especificamente, foram atendidas as Subprefeituras de Perus, Pirituba, Capela do Socorro, Sé, Parelheiros, além de profissionais do Hospital Público Municipal, da Coordenadoria de Gestão e do centro de Formação da PMSP. Este grupo conclui a capacitação em Setembro de 2004. Foram capacitados 90 profissionais.

Em março de 2004, iniciou-se o segundo processo de capacitação, oferecido aos profissionais das regiões Leste e Sudeste, das Subprefeituras da Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaquera, São Miguel, Ermelino Matarazzo, Aricanduva, Ipiranga, Jabaquara, Mooca, Penha, Vila Prudente/Sapopemba, além de alguns líderes comunitários indicados pelas Coordenadorias de Saúde. Foram capacitados 120 profissionais nesta segunda etapa.

A terceira turma iniciou-se em novembro de 2004, capacitando profissionais das Subprefeituras de Vila Maria/Vila Guilherme, Jaçanã/Tremembé, Perus, Campo Limpo, Pirituba, Lapa, Santana/Tucuruvi, M'Boi Mirim, profissionais da UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, da Associação Saúde da Família (ASF) e líderes comunitários (ALBUQUERQUE, CUSINATO, DI MAURO, e cols 2005).



Os cursos de capacitação continuam a ocorrer, progressivamente, buscando cobrir um número cada vez maior de profissionais. O objetivo é haver, ao menos um terapeuta comunitário em cada UBS (Unidade Básica de Saúde), além de atender outras instâncias do serviço municipal e comunidades em geral.

A Secretaria Municipal de Saúde tem trabalhado ativamente na direção de transformar a Terapia Comunitária numa Política Pública, buscando oferecer atendimento em atenção primária à saúde através do acolhimento, escuta e transformação de sofrimentos.

O médico Roberto Tykanori Kinoshita, foi um dos principais gestores responsáveis pela inclusão da Terapia Comunitária na Prefeitura Municipal de São Paulo, garantindo a realização das capacitações. Este considera que, apesar da importância da participação da comunidade, garantida pelos princípios do SUS, presencia-se grandes problemas na vivência cotidiana da população, indicando que, na prática, inexistem a comunidade no sentido de laços solidários. Entre os problemas identificados estão: “solidão, isolamento, individualismo, carência afetiva dos indivíduos, medo, insegurança, e desconfiança em relação ao outro”. KINOSHITA (2005) considerou que a TC é uma ferramenta para o que chamou de *comunidade por vir*. Dessa forma, a TC é um projeto capaz de estabelecer relações para a constituição de comunidades.

Legislar sobre a participação da comunidade tornou-se fundamental para atender e aprimorar o atendimento em saúde da população. A decisão tem de comportar a posição dos maiores interessados, “os clientes”, além de garantir a universalidade de direitos à saúde, constituindo-se como processo democrático definitivo. Mas TIKANORI considera que a comunidade, ainda que consultada, nem sempre está articulada para a tomada de decisões. Sofre, inclusive pela desconfiança e desinformação de direitos.

A participação de processos decisórios implica na articulação no nível das idéias e opiniões formadas a partir de um consenso ocorrido no campo relacional. O que o autor considera é que, essa é uma relação que “nem sempre está acabada, acontecida”. É o que chamou da “comunidade por vir”. Se considerarmos os diferentes conceitos de comunidades expostos no capítulo específico deste trabalho, vimos também que a comunidade enquanto sistema é considerado a partir das relações intersubjetivas que estabelece entre os indivíduos participantes, diferenciando-a de um agrupamento de pessoas (GRANDESSO, 2004, p.2). Desta forma, a TC vem representar também, um meio de articulação relacional importante para a constituição dessa comunidade como participação integral a suas próprias necessidades.

*“Tarefa difícil, porém não impossível, é organizar num território concreto todos os serviços e iniciativas que possam responder às diferentes demandas que a doença e a limitação apresentam para usuários e equipes de cuidados” (PITTA, 2001, p.37).*

“... A ciência é, e continua a ser, uma aventura. A verdade da ciência não está unicamente na capitalização das verdades adquiridas, na verificação das teorias conhecidas. Está no caráter aberto da aventura que permite, melhor dizendo, que hoje exige a contestação das suas próprias estruturas de pensamento. Bronovski dizia que o conceito da ciência não é nem absoluto nem eterno. Talvez estejamos num momento crítico em que o próprio conceito de ciência está a modificar-se”.

Edgard Morin <sup>1</sup>

## **VI. MÉTODO**

### **1. Introdução: a natureza metodológica**

A pesquisa clínica em psicologia caracteriza-se pelo interesse do pesquisador em conhecer determinados fenômenos sob a ótica da subjetividade, a qual se apresenta diante de relatos orais da experiência. Uma vez que o pesquisador em psicologia clínica é, também, um clínico em sua prática cotidiana, em seu modo de estar e ver o mundo de coisas e experiências, sua linguagem, constrói, juntamente com o participante da pesquisa, um novo conhecimento que é agregado, a partir da relação entre duas ou mais pessoas (pesquisador e pesquisado).

A pesquisa clínica pode ser realizada, como algumas de suas possibilidades instrumentais, por estudos de caso, entrevistas semi-estruturadas, grupos focais, relatos autobiográficos, análise de documentação e histórias de vida. O que vai caracterizá-la, mais especificamente, apresenta-se pela interface do clínico e do pesquisador, no desejo de conhecer uma história pessoal ou os fenômenos da vida do indivíduo ou grupo pesquisado. Na escuta atenta ao questionamento que propõe, o pesquisador permanece ainda um interventor (GIAMI & PLAZA, 2004).

---

<sup>1</sup> Ciência com Consciência, p. 33.

À medida que a linguagem do relato se apresenta, a reflexão pode ser vivida pelo pesquisador, mobilizando um novo ato de perguntar. A esta intervenção, o participante também pode produzir uma nova reflexão: seja do lugar das idéias e do pensamento seja do lugar de emoções, seja da natureza de um observador-participante-interventor. Sob tais circunstâncias, é o papel do clínico que estará presente, porque, de certa forma, é “convidado” a manifestar-se através de algum tipo de intervenção, ainda que através da linguagem expressiva de um olhar, de um tom de voz diferenciado ou, mais enfaticamente, através de uma ação verbal.

Assim, ante o relato da questão apresentada, o pesquisador está diante, também, do clínico que trabalha intervindo, conhecendo, transformando e transformando-se na relação com o outro. Depois de um encontro humano, como o que acontece entre participante e o entrevistador, ambos “são” pessoas diferentes, constituídas a partir desta relação, seja clínica no sentido terapêutico ou no sentido de pesquisa clínica.

O presente trabalho trata-se, portanto, de uma pesquisa clínica, qualitativa, com uso de entrevistas semi-estruturadas e orientada por um roteiro prévio, norteador de questões amplas e de cunho reflexivo para todos – pesquisadora e pesquisados. Foi utilizada a gravação das entrevistas em fitas de áudio.

## **2. Estratégias da Pesquisa:**

Estudo de caso Ilustrativo de participantes de sessões de Terapia Comunitária.

Este tipo de estratégia tem por função ilustrar através experiência vivida pelos participantes, a teoria e a prática estudadas nesse trabalho. Claude Rivault D'Allones explicita a utilidade do estudo de caso ilustrativo na pesquisa clínica:

“Serve para ilustrar, pela referência a uma ou mais experiências vividas (uma “porção de vida”), um raciocínio clínico. É, sem dúvida, aqui que ele – o estudo de caso – é o mais eficaz, senão o mais rigoroso ( revelar os fatos, apontar os fatos, extrair os fatos...)”.

(REVAULT D'ALLONES, 2004, p.73)

## **2.1 Procedimento Geral de Coleta de Dados:**

Ao realizar entrevistas em profundidade para estudo de caso ilustrativo, a fim de conhecer como os usuários da Terapia Comunitária significam os possíveis ganhos pessoais obtidos com o trabalho oferecido, estive diante de conteúdos de relato que me solicitaram uma determinada mobilização interna como pesquisadora, de maneira a impulsionar um funcionamento de modo cuidadoso, ainda que curioso. Ao perguntar acerca do que foi vivido durante a terapia e as mudanças decorrentes desse trabalho, entendo que estas indagações refletiram minha natureza curiosa de pesquisadora, sem abandonar minha experiência com os participantes, como terapeuta – interventora-. Procurei, portanto, manter o cuidado de estar disponível para o entrevistado, desde minha própria subjetividade. O propósito foi dar conta das informações que escutei, buscando o cuidado de manter uma escuta cuidadosa e atenta às necessidades de cada um.

Um dos entrevistados desejou relatar outros aspectos de sua vida atual, por exemplo. Outro vivia por aqueles dias, uma situação nova na família e estava preocupado com o futuro imediato. Assim, entendo que dar espaço à vida que se segue, a despeito da entrevista, é parte integrante da mesma escuta disponível de um pesquisador clínico. Parte dessas informações não consta da íntegra das entrevistas transcritas, por não dizer respeito, específico, ao presente trabalho.

## **2.2 Procedimento Específico da Coleta de Dados**

- Contato com os participantes, realizado por telefone, convidando-os, individualmente, a conceder entrevista, cuja finalidade foi imediatamente explicitada.
- Desenvolvimento de um roteiro norteador de questões amplas, utilizado nas entrevistas.

- Gravações procedidas com a devida anuência dos usuários e seus nomes alterados, a fim de preservar suas identificações.
- Fitas de áudio das entrevistas foram transcritas em texto apagadas em seguida.

### **2.3 Local:**

As entrevistas foram realizadas na própria comunidade onde residem os participantes, localizada em uma favela, na região metropolitana oeste da cidade de São Paulo. O local específico, sempre que possível, foi um espaço denominado “Casa da Comunidade”, construído pelos membros da Pastoral e da Igreja Católica, e utilizado com o objetivo de obter alguma privacidade e silêncio para proceder entrevistas e gravações. Nesse local foram realizadas três entrevistas. As outras duas foram realizadas na residência de entrevistados, a pedido dos próprios entrevistados.

### **2.4 Participantes:**

Os cinco participantes das entrevistas, selecionados de acordo com suas disponibilidades, freqüentaram o já concluído grupo de Terapia Comunitária, realizada no período de dois anos consecutivos, no qual esta pesquisadora foi uma das terapeutas. Três participantes são do grupo de Agentes Comunitários de Saúde e os outros dois participantes são moradores daquela comunidade.

## **2.5 Instrumentos:**

- Entrevistas semi-estruturadas.
- Roteiro norteador de questões amplas.
- Gravador de áudio de fita-cassete.

## **3. Procedimento de Análise dos Resultados:**

Com base no enfoque pós-moderno de terapia, trabalhei com os entrevistados na tentativa de assumir um lugar mais horizontal como entrevistadora, buscando conhecer os significados dos participantes a respeito do tema estudado. Mas é necessário considerar que a entrevista, como instrumento, e a análise conseqüente, ambas são decorrentes da intersubjetividade entre entrevistados e pesquisadora, num processo de ação conjunta entre todos os atores envolvidos nessa relação (GIAMI & PLAZA, 2004).

A fundamentação da análise foi realizada com base na Terapia Pós-Moderna Crítica, proposta por Grandesso (2004), articulada com a Teoria do Enfoque Narrativo, de Michael White (1993; 2002).

Considere as perguntas elaboradas e o relato dos participantes, observando, após várias leituras, os significados emergentes dessas questões, tanto no que se refere às regularidades, quanto às diferenças específicas de conteúdo para cada entrevista. Foram levantadas algumas categorias de significados atribuídos ao processo de terapia em questão, como recorte para compreender tais significados, de forma a ilustrar o aporte teórico apresentado.

#### **4. Considerações Éticas:**

- Todos os participantes foram informados claramente, e conscientizados sobre os objetivos e finalidades da presente pesquisa, do uso de gravação e da entrevista, que não oferece riscos de qualquer natureza, tanto à sua saúde física ou psicológica, quanto a seu bem - estar ou outros riscos quaisquer.
- Aos participantes foi entregue um termo de adesão à pesquisa, (modelo anexo), o qual foi assinado e devolvido, com número do registro geral da carteira de identificação pessoal. Ficaram cientes que, a qualquer momento, poderiam abandonar a entrevista, se assim o desejassem, por qualquer motivo, sem justificativa prévia e, também que as fitas em áudio seriam desgravadas após sua transcrição, bem como teriam seus nomes alterados, para evitar qualquer possibilidade de identificação.

Não houve, portanto, qualquer natureza de coação ou constrangimento. Os entrevistados foram informados que podem solicitar leitura e/ou apresentação dos relatórios de resultados finais da pesquisa e convidados a assistir à publicação oral e escrita do material coletado.



## 1. OS ENTREVISTADOS: UM BREVE DIÁRIO DE BORDO

As entrevistas foram realizadas na comunidade estudada, localizada numa favela na região oeste da cidade. Durante o período em que realizamos a TC as sessões foram realizadas num espaço nos fundos, de uma pequena igreja, localizada fora da favela, logo antes da entrada maior. Enquanto terapeutas da comunidade em questão, nós estivemos uma única vez dentro da favela, especificamente. Foi em abril de 2003 quando, a convite dos ACSs, realizamos uma sessão de TC dentro de novo espaço comunitário em início de sua construção: a **Casa da Comunidade**.

Em outubro de 2004, quando de meu primeiro pedido para as entrevistas de pesquisa, passei a ser recebida dentro da favela. Um dos ACSs do grupo, encontrou-me no local de realização das sessões, uma pequena igreja localizada antes da entrada da favela e foi em meu carro, conduzindo-me para dentro da favela, propriamente. Isto funcionou para mim, como uma espécie de “carta de confiança” pois, além de aceitarem me conceder entrevistas gravadas, para fins de uma pesquisa, com documentos a serem assinados (termo de consentimento informado), eu fui recebida dentro da casa de cada um dos entrevistados. Este foi, sem dúvida, o aspecto mais belo. Para mim, significou ser digna de uma confiança a ponto de partilhar um espaço até então, restrito “a intimidade e o sofrimento de cada um”. Um outro aspecto é o de eu não ter sido limitada por qualquer um que pudesse ter poder diferenciado. Por último, sentia-me absolutamente à vontade: em casa!

Penso ser importante destacar que passei a ter “um tipo” de acesso e trânsito razoáveis dentro dessa comunidade. Fui levada a conhecer os graves problemas sanitários, os problemas de saúde decorrentes dessas condições como esgotos a céu aberto, esgotos sob moradias e o mais triste, crianças brincando no esgoto...e, convidada a fotografar com a câmera digital que carregava na bolsa.

Sempre que possível, optei por realizar as entrevistas na Casa da Comunidade em virtude de tornar a qualidade da gravação em áudio o melhor possível, além de facilitar minha própria escuta. Antes, no entanto, dirigia-me à residência, cumprimentava os familiares, como habitual dentro dessa comunidade e, esperado

de mim, também. Isto é claro porque me foi dito por um dos participantes, o quanto esse tipo de atitude significava positivamente para a comunidade.

A apresentação dos entrevistados, portanto, não poderia se distanciar dos sentimentos e emoções que experimentei nesse período tão especial do trabalho no que se refere tanto ao ato da entrevista, quando da experiência humana embora uma não possa ser divorciada da outra.

Uma de nossas participantes de TC com frequência colocava uma flor, das que enfeitavam a igreja, nos seus cabelos. Lembro que, num determinado momento durante a realização das TCs pensei que cada uma daquelas pessoas era, de fato, uma flor. Portanto, o nome fictício que foi escolhido para cada entrevistado, representa uma flor.

Após os dados básicos de informação, seguem pequenos trechos no estilo Diário de Bordo<sup>1</sup>, que realizei quase que imediatamente após as visitas à comunidade.

## **ENTREVISTAS:**

**CRAVO**, 55 anos, agente comunitário de saúde, viúvo, cinco filhos, o primeiro dos entrevistados.

“Fui recebida em casa”

Às 17:30 horas de uma terça feira, o entrevistado foi encontrar-me em frente à Igreja em cujo salão, realizávamos as sessões de Terapia Comunitária. Informou que faríamos a entrevista na casa de Margarida, uma vez que não tinham mais as chaves do salão paroquial. Foi minha surpresa. Após dois anos, eu fui convidada a entrar num território, até então, reservado somente à própria comunidade.

C. sugeriu que fôssemos de carro, pois a casa de Margarida, e que é sua contraparte por parte de sua falecida esposa, fica do lado oposto à entrada da favela onde se localiza a Igreja. Paramos em frente. Levou-me, primeiramente, para conhecer sua casa que distava duas portas depois do local combinado. A casa de

---

<sup>1</sup> Em anexos.

Cravo tem somente um cômodo. Ele levantou uma parede com a ajuda de um cunhado, dividindo o espaço do quarto e do pequenino cômodo. Neste, há uma geladeira antiga, fogão e pia, uma pequena mesa de apoio e um espaço, com cortina em volta. A porta dá direto na viela – estreita e escura passagem quase na entrada da favela, onde estacionamos meu carro. Há três camas beliches e um colchão pequeno (guardado em pé e escorado no armário) e que é colocado, no único espaço livre de chão como cama para o filho mais jovem, de 12 anos. O garoto empinava pipas na rua quando estacionamos. Há também, uma pequena televisão e um guarda-roupas. Numa das camas, o filho de 19 anos dormia, vestindo bermuda sem camisa, após chegar do trabalho. Noutra cama, a filha de 13 anos estava deitada e assistia à TV por entre as frestas do beliche. Como já havia nos contado durante a Terapia Comunitária, não há banheiro nessa pequena casa. No espaço com cortina, Cravo mostrou-me que fará no futuro, um banheiro.

*“Pra você ver que, quando eu falava o quê eu passo aqui, com seis pessoas - quatro moças sem banheiro...para usar, tem que ir na casa da minha sogra, que é na esquina. É do lado, mas de noite, toda hora... (respira fundo)...um dia vou vender isso aqui e poder comprar algo melhorzinho”.* A casa é pintada, toda de uma cor alegre e suave, mas as paredes são recobertas de massa grossa. Cravo explicou que a parede do fundo era um “morro”. Para escorar a casa, entraram três caçambas de terra. Disse ser seguro, pois o parente é “pedreiro dos bons”. Sobre a casa de meu entrevistado, existem mais duas casas distintas, cuja entrada é realizada por outras vielas.

A favela em questão tem por sua característica geográfica uma espécie de grande vão como uma imensa concha semi-inclinada. O em redor é constituído de ruas, avenidas, escolas, casas e prédios. Por falta de espaço, a favela cresceu e continua a crescer para baixo do solo.

A casa de Margarida é ampla quando comparada à de Cravo. A sala tem dois ambientes: uma cozinha razoável e bem organizada contendo uma mesa com três cadeiras branquinhas de metal, toalha e dois vasos de flores bico-de-papagaio: *“ela enfeitou para receber você”*. Sentamos à mesa, Cravo e eu, para iniciarmos a entrevista, enquanto Margarida preparava um café e ouvia muito atenta, nossa

conversação. Depois, ela se senta à mesa conosco e participa da entrevista. Posteriormente, realizei duas outras entrevistas individuais com ela.

**Gerânio**, 32 anos, auxiliar de Pedreiro, casado, dois filhos PEQUENOS. participou da TC com a esposa, que sofre de grave deficiência visual.

A Entrevista ocorreu num domingo de agosto e de sol tímido. A escolha do dia da semana foi de Margarida, imaginando ser o melhor para todos os outros participantes e candidatos a entrevistados, por não ser dia de trabalho. Cheguei por volta de 10:30 hs, após a missa. Fui recebida pelo Padre, por Margarida, outros agentes e seus familiares. O Padre me pergunta se serei uma “daquelas” que leva as pesquisas e esquece de todos. Solicita que “os presenteie” com um exemplar quando o trabalho de dissertação estiver concluído, ao que respondi que o faria com satisfação. Em seguida, este me questionou por que a TC havia sido encerrada em sua paróquia. Quando respondi que três das ACSs haviam assumido essa função, pareceu ser uma novidade. Pergunto, se ele não sabia informei-lhe como seria importante para as “novas” terapeutas comunitárias terem a sua colaboração para divulgar o trabalho. Após explicações de todos, fico ciente de que uma das ACSs deixou a TC e o trabalho como agente. Em seguida, a mesma pessoa vem subindo a rua. ao me ver (e a meu carro), vem em minha direção e me cumprimenta... Retornava de um baile *funk* e estava, visivelmente, alcoolizada. Traz consigo uma colega, em estado ainda mais alterado de consciência. Esta abraça o marido de uma ACSs, criando uma situação um pouco desagradável. O casal se despede de mim, retorna para dentro da igreja e pede-me que eu retorne noutro dia “mais calmo” para entrevistá-los. As duas moças vindas do baile vão embora. Chega outra ACSs, desculpa-se por ter um compromisso familiar, abraça-me carinhosamente e vai embora num automóvel. Várias situações semelhantes ocorrem, pois todos parecem ocupados com a família, o lazer e atividades na igreja.

Sáímos, Margarida e eu, para entrar na favela. Margarida quer me ajudar a encontrar outros entrevistados. Encontramos D. Ela me abraça, sorri e diz que está muito bem. “Se melhorar estraga” (sic). Afirma que não poderá me ceder a entrevista porque tem compromissos com a igreja e poderá me atender outro dia. Mas sugere que eu entreviste Gerânio, que foi nosso usuário por algum tempo e hoje está muito

bem. Soube da minha pesquisa e quer ajudar. Pediu que me avisassem que ele gostaria de ser entrevistado. Esta entrevista é, portanto, um presente a esse trabalho de pesquisa. Nós nos despedimos de D.

Margarida e eu fomos à Casa de Gerânio, que me recebe com um sorriso largo. Convida-me para entrar. Ele reside num barraco muito pequeno. Logo avisa Cristina, sua esposa, de minha presença. Primeiramente, ele gostaria de realizá-la em sua casa. Quando entrei acompanhada de Margarida, tratava-se de um barraco muito pequeno, de um ou dois cômodos e toda a família estava em casa. Havia barulho, pois a televisão estava ligada e as crianças brincavam. Cristina, a esposa de Gerânio que está quase cega, recebeu-me com um sorriso acolhedor. Mas estava ocupada, limpando a casa e cozinhando. A mãe de Cristina, paralisada e sem possibilidades de fala (afasia), em virtude de um A.V.C., estava deitada e parecia contemplar a cena, com olhar perdido. Apesar da gentileza de Gerânio e sua esposa, Margarida sugere que utilizemos a Casa da Comunidade, onde teríamos mais silêncio. Sugeri então, que fôssemos para lá a fim de permitir que a família prosseguisse em sua rotina de domingo e nós pudéssemos conversar com mais reserva. Assim, pudemos preservar as informações e a gravação em áudio.

Caminhamos os três pelas vielas estreitas. Passamos pela casa de Margarida, onde esta me apresenta o marido e o comunica aonde iremos.

A **Casa da Comunidade** é um espaço de alvenaria com dois pavimentos. É construída aos poucos, com dinheiro obtido pelos padres e em vendas e rifas realizadas pelos paroquianos. No piso inferior, ainda não está concluído, há uma entrada e uma sala pequena e escura, onde realizei a entrevista de ambos – Gerânio e, em seguida, a de Margarida. No piso superior, há uma capela onde algumas crianças estão sendo evangelizadas.

.

**MARGARIDA**, 40 anos, agente comunitária de saúde, casada, quatro filhos.

A entrevista de Margarida foi realizada na própria Casa da Comunidade, logo que Gerânio se foi e, avisou-a para encontrar-me. Margarida fala comigo animada.

Procuro trabalhar de modo a realizar boas perguntas, que possam ajudá-la a significar de modo amplo aquela TC que realizamos. Mas parecendo ter atingido “o ponto de saturação” da entrevista, encerramos. Fiz algumas fotos dela e do local, a seu pedido. Depois M. acompanhou-me até a saída, em frente à igreja, onde o esposo de D. e outros conhecidos da comunidade, ensaiavam. Entro, cumprimento-o e ouço: “estou ótimo. Se melhorar, estraga”. Despeço-me e vou embora.

E é nesse momento que me dou conta de uma espécie de cansaço, que retirou parte de minha atenção na entrevista com M. A preocupação de ambas, M. e eu, de obtermos entrevistados naquele domingo; a pouca disponibilidade de muitos em seu dia de folga, tornou M. constrangida. De minha parte, penso que o impacto de saber que uma ACS em capacitação de TC, abandonou essa oportunidade, o trabalho e chegava alcoolizada, também me preocupou de alguma forma. Talvez, uma espécie de lamento, auto-referente e antropocêntrico, refletindo acerca das competências desperdiçadas...Num segundo momento, pensei ainda, na frase repetida igualmente pelo casal, individualmente e em momentos tão distintos: “se melhorar, estraga...” Ambos perderam uma filha linda, de oito anos, de um câncer devastador, no cérebro, meses antes e quem visitei no hospital, pouco antes do Natal de 2004. Mas foi somente durante a orientação, que pude me dar conta que conduzi a entrevista de modo muito menos interativo e amplo.

Assim, passadas algumas semanas, solicitei à Margarida, um novo encontro.

## **SEGUNDA ENTREVISTA COM MARGARIDA.**

O encontro com Margarida foi marcado em sua residência, situada na favela, mesmo local da entrevista I – realizada com Cravo. É uma casa confortável para os padrões locais. É pequena, muito organizada e limpa. M. vive com marido e quatro filhos entre 20 e 10 anos de idade. No dia da entrevista, M. abrigava uma sobrinha solteira, 19 anos, que dera à luz há menos de uma semana. Levamos cerca de quinze minutos para que a entrevistada pudesse deixar sua casa e me acompanhar.

A segunda entrevista realizada com a mesma pessoa participante, Margarida, teve a finalidade de aprofundar alguns aspectos que ficaram pouco esclarecidos na entrevista anterior. A entrevista foi realizada também espaço comunitário, “**Casa da**

**Comunidade**”, que vem sendo construído com apoio da Igreja Católica e membros da Pastoral, da qual a entrevistada em questão toma parte. M. estava visivelmente abatida e parecia preocupada. Conversamos sobre os problemas que experimentava e suas preocupações com a jovem e o bebê, por cerca de quarenta minutos antes de iniciarmos o conteúdo específico da entrevista, referente a meu trabalho. Sugeri voltar noutro dia para a realização da entrevista. M. afirmou ter sido muito útil a minha presença e que gostaria de voltar a falar sobre a terapia nesse momento. Percebo, então, que, de fato, sua expressão facial e sua postura, M. parece estar mais animada, falando sobre a família e a vida. A transcrição, que segue nos anexos entregues somente à banca é, portanto, uma entrevista realizada na sequência dessa longa conversa sobre preocupações com a família, sua história e a vida cotidiana.

**ANTÚRIO**, 38 anos, casado com camélia, pai de cinco filhos e dois enteados, desempregado e faz “bicos” ocasionais. É católico-carismático e desenvolve atividades em sua igreja diariamente.

A entrevista foi realizada na Casa da Comunidade, numa quarta-feira à tarde. Antúrio é bastante dispersivo e persiste falar sobre questões religiosas e ligadas à sua prática, sendo necessário retomar algumas vezes o tema sobre o qual conversássemos. Antúrio é alegre, falante e muito bem-humorado. Atrasou-se cerca de quarenta minutos para encontrar-me e depois, fez uma grande recepção, com direito a sorrisos e abraços. Como está sem trabalho formal, Antúrio faz “bicos” e tem muito tempo disponível, no qual se volta para a igreja. Nos finais de semana, habitualmente, Antúrio vai à outra comunidade, localizada no extremo oposto de sua residência, participar de atividades da Pastoral, entre outras. Atualmente, Antúrio ocupa a maior parte de seu tempo com sua fé. Por ter desavenças internas com o atual pároco de sua comunidade, explicou-me, detalhadamente, os problemas que vem enfrentando nesse sentido. Solicitou, então, que me pudesse realizar um longo relato sobre tais questões, pois precisava desabafar. Por se trata de um depoimento pessoal e distinto do tema do presente trabalho, a primeira parte foi retirada do todo da entrevista.

**CAMÉLIA**, 37 anos, casada com Antúrio, cinco filhos, dois enteados, agente comunitária de saúde, terapeuta comunitária em final de formação. É a responsável financeira pelo sustento familiar. Como o marido, é católica de orientação carismática, desenvolve atividades na Pastoral de outra comunidade católica distante, mas somente nos finais de semana.

As entrevistas de A. e C. foram individuais e guardaram distância de cerca de dois meses entre uma e outra. Camélia atendeu prontamente ao meu pedido de conceder uma entrevista, num sábado de verão. Cravo saiu em seguida. Camélia reside no Centro da Favela, em local de acesso um pouco difícil. Quando cheguei à comunidade num sábado muito quente, fui recebida, casualmente, por Cravo, que me conduziu à casa de Camélia, preferiu que realizássemos a entrevista em casa, em seu quarto. Sentamos sobre a cama de casal. O barraco é pequeno e de alvenaria. Tem uma cozinha e um banheiro, uma sala e o quarto, que é delimitado por um armário guarda-roupas. Apesar das filhas estarem ali perto, com som e TV ligados, conseguimos realizar a entrevista com tranquilidade, sem maiores interrupções. Esta é a última das entrevistas realizadas para a presente pesquisa. Camélia é Agente Comunitária de Saúde e foi capacitada como Terapeuta Comunitária, na primeira turma da PMSP. Camélia e mais duas ACSs assumiram a TC naquela comunidade, substituindo a terapia que realizamos até então. Posteriormente, uma delas, deixou a atividade como ACS e também como terapeuta. Atualmente, C. e A. desenvolvem a TC na UBS com a participação de outra pessoa em capacitação de Terapia Comunitária de outra UBS.

### **Observações:**

A princípio, eu pretendia entrevistar seis participantes, sendo três Agentes Comunitários de Saúde e outros três, não Agentes, membros da Comunidade em geral. No entanto, muitos destes antigos participantes não foram mais localizados por mudança de moradia e/ou, por falta de informações sobre de como localizá-los ainda que eu tivesse pedido informações a diferentes fontes. Por fim, optei por manter o número de cinco entrevistados, à luz de uma representação geral das histórias vivenciadas e dos resultados práticos da Terapia Comunitária realizada. A seguir, passo a algumas das falas dos entrevistados, que se destacar.





## 2. Resultados Práticos – uma ilustração discutida a partir dos participantes da Terapia Comunitária

Os participantes da presente pesquisa vivem dentro em uma comunidade cujo contexto vulnerável torna o cotidiano um desafio diário de força, coragem e determinação. As histórias vividas na infância, ainda na terra natal, costumam ser tão dolorosas que o elemento amenizador, é o passado – *já foi*. Algumas “doçuras” vividas nesse momento costumam ser preservadas como um raro perfume ao qual se remete a lembrança às imagens das brincadeiras num pequeno riacho, a natureza pródiga ou o sabor de uma comida da terra. E basta. A carência material, de trabalho, sustento e condições de vida, e muitas vezes, forçou a migração de todos eles. Em algumas circunstâncias explicitadas, como por Antúrio e Camélia, também a carência de compreensão, apoio e, possivelmente, afeto.

O contexto de pobreza, como já discuti anteriormente<sup>1</sup>, estigmatiza e exclui, representando, por si só, um fator de alto risco para o desenvolvimento de crises diversas. O contexto da vida na favela aumenta, sobremaneira, a vulnerabilidade dos indivíduos, que vivem, todo o tempo, sob o risco de algum tipo de ameaça iminente como a oferta para o consumo de substâncias tóxicas como as drogas ilícitas e o álcool. É fato corriqueiro ser muito mais fácil comprar uma dose de cachaça do que um prato de comida. A violência familiar, a falta de informação podem ser fatores que colaboram para o desenvolvimento de crises múltiplas.

Penso, no entanto, que todos os participantes sejam bons exemplos da expressão *resiliência*, na medida em que, cada um, tem uma vida a ser conquistada diariamente para si e para suas famílias. Especialmente diante de tantas ofertas de abandono à própria sorte, onde a “lei do mais forte” seria o mais fácil. Assim, nossos participantes são como heróis do cotidiano porque escolheram o caminho da dignidade tendo o trabalho, a fé, o estudo e a vida em família como opção.

---

<sup>1</sup> Ps. 4 e 62

Em comum, todos eles têm, além de tudo, na linguagem de Adalberto, “o perfil” para o trabalho com a própria comunidade. Segundo Margarida, por exemplo, “quem não vive para servir, não serve para viver”, explicando a importância que dá aos problemas sanitários e sociais da sua comunidade. Sempre se importando com quem sofre mais do que ela mesma.

Cravo, que tem um talento de músico, compôs algumas canções falando de pessoas que sofrem por morar nas ruas, sob viadutos, além de músicas sobre a própria TC. Talento nato e autodidata, já nunca frequentou qualquer curso ou professor.

Ao buscar compreender o significado da TC na vida dessas pessoas, deparei-me com algumas com as histórias pregressas, isto é, os sofrimentos que foram motivadores da participação no início da TC.

Como utilizei um roteiro amplo, se transformasse cada questão numa categoria, teria uma análise enorme em extensão e não, necessariamente em conteúdo. Porém, a função dessas questões era abarcar os aspectos centrais, tanto da sessão (acolhimento, escolha de problema, música, motes, rituais...), como especificidades sobre o enfrentamento da vida diária e da relação de trabalho, já que se tratava do grupo de agentes comunitários de saúde, em sua maioria. Além dessas informações, a fala livre e o depoimento espontâneo me foram fundamentais para que, cada um, pudesse acrescentar livremente, as informações que desejasse. Principalmente porque não fui uma entrevistadora/pesquisadora clínica somente, mas a ex terapeuta comunitária que, por referência dos próprios participantes das sessões de TC (não apenas os entrevistados), é psicóloga. Não é possível negarmos ambas as condições. Portanto, ouvi-los de forma livre tornou-se fundamental para os entrevistados participantes desta pesquisa, mas também, para mim. A escuta atenta e interventiva é parte integrante de minha formação e prática, mas também já é parte de mim mesma e há bastante tempo (como referi no método, de acordo com Giami & Plaza).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> P. 137

A escolha foi, portanto, utilizar algumas das falas como casos ilustrativos dos aspectos teóricos apresentados nos capítulos.

Optei, então, por agrupar as informações da seguinte forma:

- Problemas e sofrimentos vivenciados antes do início da TC
- Dificuldades ou sensação ter sido prejudicado nas sessões à TC
- Significado atual da TC, possíveis mudanças e modo atual de enfrentamento dos problemas cotidianos
  
- Sentimentos em relação ao clima da sessão, em geral
- Relacionamento profissional entre os Agentes Comunitários de Saúde
- Uso de especificidades da TC – Tipos de Perguntas Acolhimento, Regras, Rituais, Músicas
  
- Imagens e depoimentos sobre a TC

Os exemplos de trechos de falas dos participantes, recortados abaixo, ilustram algumas das crises experimentadas por vários dos participantes e os problemas vivenciados, antes do início do processo de Terapia Comunitária, desenvolvido naquela comunidade:

● **Problemas e sofrimentos vivenciados antes do início da TC:**

Os problemas vivenciados pelos participantes mostra um história de sofrimentos diversos, que vem de muito tempo :

**Antúrio apanhou até os dezesseis anos:**

*Era muito difícil porque(...)você apanhar até quase os 16 anos de idade(...) eu tô com 38 anos e eu apanhei a metade da minha vida, quase... Pra parar, eu tive que sair correndo e falar que eu ia pular dentro do rio.*

A ambigüidade em relação à “revolta” estava presente para Antúrio em relação à educação de filhos:

*“porque eu não sinto revolta dos meus pais, nunca senti(...) mas pra mim, eu sentia como se fosse uma revolta com eles (filhos). E nesse meio tempo, não era revolta, era algo que tava acontecendo e se tornava revolta, porque minha mente bagunçava muito, porque era assim: como que eu vou criar meus filhos de um jeito, se eu fui criado de outro?”*

**Antúrio fala da dificuldade de educar os filhos sem bater e dialogar com eles:**

*“Tinha vez, que eu pegava e batia; tinha vez, que eu pegava começava a conversar com ele e ele começava a chorar(...) Então eu não sabia decifrar (o sentimento). Acabava fazendo(...) é porque quando eu pegava, eu não tinha dó, né?”*

Destaca-se aqui, a dificuldade de Antúrio de diferenciar-se de um padrão familiar já conhecido de educação, vivendo um dilema de não saber como e o quê fazer para educar seus filhos de forma diferente da que foi educado e fugir à repetição.

**Gerânio bebia, usava drogas e brigava muito com a esposa:**

*É porque a gente brigava muito, brigava direto mesmo. Eu bebia também. Eu entrei lá na terapia também por causa disso (...) Eu pensei muito na minha família, né? Porque a cachaça estava acabando com o meu casamento, com a minha esposa...*

A consciência de Gerânio de ter abandonado o consumo de drogas, voluntariamente, em querer deixar de beber e buscar a TC para “ancorar” a sua mudança, revela uma força belíssima de vontade e determinação, que demonstra seu caráter mais resiliente quando se refere a pensar no outro: a família.

**Camélia fala do ambiente da favela como um contexto vulnerável ao risco, tendo favorecido com que seu filho mais velho, viesse a ser usuário de drogas.**

*(...)aqui assim, por mais que a gente tente falar que não influencia, o ambiente influencia, de morar aqui na favela, porque aqui ele andou com pessoas erradas, aqui de dentro, então o ambiente influenciou.*

**Camélia também associa os problemas vivenciados pelo filho, à conduta familiar:**

*Eu achava que o problema era lá fora, depois eu vi que o problema estava aqui também, dentro da minha casa, pela questão da rigidez, pela questão de não deixar sair porque depois ele saía, revoltava, chegava muito tarde.*

Camélia trouxe muitas vezes o sofrimento em relação ao filho, suas preocupações e por muitas vezes, mandava-o de volta aos cuidados de sua mãe, noutro Estado. Depois, trazia-o de volta como se fosse a duração e a permanência de cada estadia, que o tornasse vulnerável ao consumo. O efeito, possivelmente, reflexivo da TC, trouxe mudança de padrão a longo prazo, como veremos mais adiante.

**Cravo fala do sofrimento da impotência para agir, diante da população atendida como ACS:**

*(...)fica difícil para a gente resolver um monte de problemas, e aqui... têm vezes que a noite, a gente nem conseguia nem dormir, pensando, como é que eu vou fazer. Chega lá no posto, que é o nosso ponto de apoio não tinha condições, não tinha recursos para ajudar, a gente sozinho, não dava, aí caçava um jeito de uma... como é que fala... particular... como é que fala... (ONG).*

**O marido de Margarida bebe com frequência à noite e se torna violento e possessivo. Margarida, no entanto, não compreende suas experiências cotidianas na família como “problemas”, mas sofre com as questões da comunidade:**

*Na verdade, os problemas que acontecem dentro de casa, nunca me atingiram, não sei se é porque eu já tinha uma vida muito próxima do problema dos outros, era a comunidade, as crianças da pastoral, muita coisa assim, sabe?! Então os de dentro de casa pra mim não era nenhum problema, nem é problema até hoje. Problema é pra ele que continua bebendo, adoecendo, né? Então, pra mim não é problema não, não me atingiu ainda.*

**•Dificuldades ou sensação ter sido prejudicado nas sessões à TC:**

Ouvir queixas e críticas, buscar conhecer os significados quanto aos aspectos do que não funcionaram bem, são fundamentais para o aprimoramento do trabalho. Mas como diferenciar o que é uma construção pessoal de uma construção coletiva? Na presente ilustração, procuro conhecer o que pensam meus cinco participantes. Vislumbro então, a importância de criar um modo de avaliação constante e amplo para conhecermos e reconhecermos as dificuldades que a TC e seu modo de condução, possa oferecer a seus participantes.

**Cravo fala das dificuldades de se expressar num grupo onde todos trabalham juntos, se conhecem e há uma expectativa de já saber do que o outro vai dizer:**

*Foi complicado no início pra alguns problemas íntimos, no caso, né, porque pra problema comum, não tem problema de falar, porque problema que todo mundo sabe. Quando a gente trabalha junto há muito tempo, tem muita coisa que o outro já sabe que o outro tem aquilo e tal, e até reclama às vezes, né. Muitas vezes a gente fica ofendido porque o outro não entende porque tá acontecendo aquilo, e a gente não tá querendo explicar pra todos eles lá, de uma vez.*

**No início, para Antúrio, havia a dificuldade de falar sobre seus problemas, entre pessoas estranhas:**

(...) é difícil a gente falar sobre os problemas da gente, principalmente porque tem gente estranha, né? A gente tem aquela cisma, assim, de falar e aquela pessoa pegar e soltar por aí...

**Antúrio experimentou dificuldades por não ter seu problema escolhido pelo grupo:**

*(...) Eu começava a sentir no início, como eu não era escolhido pra falar sobre os meus problemas? Será porque? Será que os outros eram mais importantes do que eu?*

O cuidado aqui é fundamental e Antúrio o denuncia com clareza: a possibilidade de sentir-se mais uma vez excluído é muito intensa.

**Essa compreensão de Antúrio mudou através do tempo, sentindo-se ajudado também pelo problema e os depoimentos de outra pessoa:**

*depois que a terapia começou a caminhar e a gente ouvindo os problemas dos outros, a gente acaba caindo em si. A gente acaba sentindo que o problema daquela pessoa acabava ajudando a gente... Mesmo que eu se eu não cheguei a colocar, mas aquilo que a pessoa colocava, acabava tirando as dúvidas que a gente tinha. E era aí que eu fui cair em si. Fui vendo, enxergando... que o problema que eu tava passando, em vista do problema que aquela pessoa tava passando, era pequeno. Enquanto que eu estava sentindo que eu não tinha aquela força pra falar, enquanto eu não era escolhido... mas enquanto aquela pessoa falava eu já tirava as minhas dúvidas... era aí que eu tava conseguindo.*

**Antúrio começou a construir sua confiança no grupo, após a 3ª sessão:**

*Mas da 3ª(sessão) em diante, a gente falava... Ah... dá pra desabafar um pouco o que tá perturbando a gente, o que tá machucando, os nossos problemas. Dá pra soltar porque essas pessoas... elas estão vindo e eu tenho certeza que elas não vão falar( para outras pessoas, fazendo comentários na comunidade). E a gente acaba confiando. E é isso que é o bom.*

Quando outras pessoas falam de si e de seus problemas, aumenta o sentimento de pertença e a consciência de que é possível falar de mim e de meu sofrimento.



**•Significado atual da TC, dois anos depois de sua realização. Possíveis mudanças.**

Após dois anos do término da TC realizada, é tempo de cada um dos participantes ter avaliado sua experiência no grupo e construído um significado particular da experiências, observando se houve mudanças ou não em sua vida pessoal.

**Margarida reconheceu os seus próprios limites como ACS, e que seu trabalho alcança o que o outro permite, possibilitando assim, uma ação por parte do usuários da comunidade,sem que isso fosse transformado em sentimento de culpa ou incompetência.**

*O que mais nos ajudou foi perceber o nosso limite, porque a gente estava indo no limite deles, entendeu? Se o nosso limite era até aqui, a gente queria ir até mais, e num limite que dali pra lá eles tinham que começar. E o que ajudou muito na terapia, a gente descobriu o nosso limite, você pode ir até ali, dali pra lá é eles, né?*

**Para Cravo, a TC representou um canal de alívio dos sofrimentos cotidianos com a família e o trabalho, tanto no que se refere aos usuários, quanto aos colegas:**

*Alívio nos problemas que a gente tinha antes e que a gente não tinha aonde ir, com quem falar, com quem dialogar...quando a gente começou a participar da terapia, a gente começou a descarregar um pouco as coisas, né, e arranjar espaço pra agüentar a carga diária, a carga do trabalho, e tudo, né? Diálogo com as pessoas, que muitas vezes é um diálogo pesado, e a gente vai guardando tudo aquilo, então pra mim no caso foi uma maneira de tirar alguma coisa pra dar espaço pra continuar colocando mais coisa, né?*

**Camélia deixou de funcionar modo autoritário com os colegas, para dar mais oportunidades ao outro, de realizar sua própria tarefa e a seu próprio modo:**

*eu tinha essa mania de querer que todo mundo fosse igual a mim, porque toda a vida foi assim. E eu fui descobrindo isso aos poucos, e a terapia também me ajudou a ver isso... que eu sempre fui uma pessoa assim, de liderança... e assim... eu não espero... Você tem a sua tarefa e não fez, eu corro e vou lá e faço, só que a terapia me ajudou a não ser mais assim, eu*

*tenho as minhas coisas pra fazer e o outro tem as dele... e ele tem que fazer a dele e eu tenho que fazer a minha.*

**Cravo relativiza alguns problemas e situações, como os sofrimentos do passado. Hoje participa de uma psicoterapia individual:**

*Hoje é bem mais leve e, situações que antes eram muito complicada, agora a gente já consegue sair mais fácil, né? E ainda tem mais essa vida que eu falei, né, de lá também que minha vida é muito difícil. E também foi em função da terapia, se não num ia nem saber que podia fazer isso, né, que eu podia tá participando também dessa da individual lá, né?*

**Margarida refere à TC, a função da TC de colaborar com mudança interna de cada um, a partir da reflexão dos temas trabalhados em outras pessoas. Fala também de sentir falta do grupo, quando não podia vir à TC:**

*Ah! foi muito bom! Foi muito bom mesmo. O dia que a gente não vinha participar, ficava pensando, será qual foi o assunto que foi trabalhado, será que poderia me ajudar em algum ponto. O que eu perdi?! Então foi muito bom, desde o início, naquele período que vocês estavam cortando o cordão umbilical nosso. Ai que a gente tinha mais sede de participar, porque a gente sabia que dali uns dias vocês não vinham mais (...) Cortou o cordão, mas a gente continua ligado, né? Pelas lembranças, por tudo o que foi falado.*

Margarida refere a passagem do grupo aos novos TCs, como “cortar o cordão umbilical”.

### **•TC e o modo de enfrentamento dos problemas cotidianos**

Especificamente sobre o modo de enfrentamento dos problemas do cotidiano de cada um, conhecer um pouco mais de perto como têm lidado com sua rotina, ajude-me na busca de compreender uma função da TC realizada, a médio prazo.

**A TC funcionou como forma de reafirmar a decisão de Gerânio de parar de beber e usar drogas, já iniciada antes de freqüentar a TC:**

*Eu estava começando a parar e lá me ajudou muito nessa parte aí. Agora eu me seguro (...)Criei mais força de vontade para não beber, quando vem aquela vontade eu me seguro, já pensando na terapia também né, no que a gente conversou lá...*

**O relacionamento e a educação dos filhos também se modificou com a TC:**

*Outra coisa é sobre os meus filhos também.Eu aprendi até a ter mais paciência com os meus filhos, eu não tinha paciência com eles. A coisa mais difícil que tem é eu bater nos meus filhos. Corrijo eles conversando, não batendo.*

**Familiares e vizinhos falam de sua mudança de comportamento:**

*O pessoal mesmo, meus vizinhos, falam que eu mudei bastante, eu vejo isso, a minha família vê isso, minha mãe lá também. O que minha mãe mais pedia era pra eu parar de beber...*

**Gerânio relata sua experiência de ter parado de beber:**

*E lá na terapia, eles falava muito que a pessoa tem que ter muita força de vontade, que a pessoa não pode deixar a vida acabar por causa de bebida, e eu tenho. Quando vem a vontade. Eu me agüento. Não bebo e muda o sentido e passa, vou mudando o meu pensamento na bebida e não bebo, isso está com três anos já que eu parei.*

**Sua esposa tem enfrentando a perda de visão, de forma mais positiva:**

*Ela aprendeu a se controlar mais com a terapia.*

**Camélia aprendeu que pode resolver algumas dificuldades e conviver com outras, que não dependem dela somente, como o a questão do filho e o consumo de drogas ilícitas:**

*Algumas se resolveram. Teve outras, que continua até hoje, né? E eu coloquei na minha cabeça que assim: algumas eu vou conseguir resolver, e tem outras, que eu não vou conseguir resolver. E o tempo vai me ajudar conviver com eles.*

**Para Antúrio, a TC colaborou para reforçar sua fé religiosa e certificar-se de suas convicções:**

*“eu tinha muitas coisas que passava por mim, que passava comigo dentro de casa e que eu ficava naquela né? O que será que é Deus? Que é que tá fazendo com que eu mude? Ou, o que tá me prejudicando? Teve um certo momento que eu coloquei: eu penso, eu faço as coisas, eu penso as coisas e...acontece! É parte assim, que vem dentro da mente da gente. Mas Deus, Ele age na gente, no momento em que a gente começa a se entregar... e foi onde que eu consegui entender.*

**Margarida relata que poderia ter aproveitado melhor a TC e ter se colocado mais:**

*Podia ter falado mais, poderia ter aproveitado muito melhor a terapia, ter falado mais, me exposto mais, acho que ia me ajudar mais e ajudar os outros que estavam participando ali.*

**Para Antúrio a TC o ajudou e ajudou outras pessoas também:**

*“a terapia me ajudou bastante(...) muito mesmo e não foi só a mim, ajudou bastante gente. O pessoal que teve lá, o Sr J., que foi embora. Eu soube pelos filhos dele que ele estava se sentindo bem, que ele soltou bastante o que machucava ele... e teve mais gente aí que a gente soube que estava bem”.*

**Antúrio refere a utilidade da TC também para seu irmão que esteve em SP, freqüentando algumas sessões da TC (J. tem problemas de ordem psiquiátrica):**

*...Porque quando ele esteve aqui, ele sentiu muita vontade também na terapia, teve muito conhecimento muito bom aqui que ele teve(...) Ajudou ele muito porque ele precisava desabafar. Ele soltava tudo o que estava sentindo. Mesmo que era coisa que ele tava tendo visão, ele tava soltando, ele sentia vontade e ele soltava, ele desabafava, ele falava... e com isso, ele ficava mais tranquilo. Desabafo. Ele se sentia ajudado por todos que estava ali...*

**●Sentimentos em relação ao clima da sessão, em geral:**

Compreender como o ambiente da TC funcionou para cada um, possibilita uma reflexão não só do trabalho realizado, mas como é visto pelas pessoas participantes, de um modo geral.

**Antúrio:**

*Eu me sentia mais à vontade. Era um momento que a gente ia partilhar, né? Não era que a gente ia ouvir só os problemas da gente... A gente ia ouvir os problemas dos outros e a gente acabava ajudando também, através dos problemas da gente, a gente acabava ajudando as pessoas... Era assim que eu me sentia. Eu me sentia muito à vontade era muito gostoso partilhar com o pessoal.*

**Para Cravo, a solidariedade a ajuda mútua colaboraram para desmistificar a “psicologia”:**

*Eu acho que foi o entendimento de como funciona, né? Porque é aonde uma pessoa ajuda a outra. Antes eu pensava que psicologia era como um tratamento médico, né, tinha o problema, que seria a doença, e tinha um remédio pra curar, e com a terapia não, eu descobri que o remédio tava dentro da gente mesmo, era só buscar ele, né. Através de uma senha de um desejo que se abre ali, e a gente descobre que a gente tem o poder da auto-cura, de conseguir resolver os nossos próprios problemas, né? Eu não sabia disso antes, acreditava mas nunca tinha colocado em prática, né, era só na teoria.*

**Gerânio relembra a música como uma boa lembrança e a TC como “ajuda”:**

*Vixi! Eu lembro de muita coisa! Quando vocês começavam falar, e faziam aquelas perguntas pra gente; lembro quando se reunia todo mundo, quando uma pessoa começava a chorar que a gente ia cantar pra eles. Até a cançãozinha: “encosta a cabecinha no meu ombro e chora” né essa? Eu lembro dessa parte também, essa Terapia Comunitária ela me ajudou muito. Demais, mesmo!*

**Cravo acredita que todos gostassem de participar da TC e “sentia-se feliz” por si e pelos demais:**

*(...) a gente se sentia feliz de ver que as pessoas que participavam também saíam felizes de lá, né? Não era uma coisa que alguém falava: “Ai, eu não gostei”, todo mundo, até hoje quando a gente faz terapia por aí, o povo sempre fala que os que continuam participando, ou mesmo os que vão uma vez e não vai mais, mas não sai falando mal, sai se sentindo bem.*

A visão positiva do ambiente da sessão de TC está presente em todos os entrevistados inclusive, sentindo falta quando não era possível participar.

#### **●Relacionamento profissional entre os Agentes Comunitários de Saúde**

Um dos pontos centrais da TC realizada concentrava-se em compreender as vicissitudes e repercussões nas pessoas que trabalhavam diariamente juntas, além de viverem num espaço muito próximo desta comunidade, além da natureza do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. O relacionamento profissional melhorou na medida em que as pessoas passaram a se respeitar mais nas suas diferenças e, no enfrentamento dos problemas cotidianos presenciados diante da comunidade atendida pelos Agentes Comunitários de Saúde.

**Cravo refere-se à TC como “alívio” da pesada carga de trabalho:**

*Eu penso no alívio, né? Alívio nos problemas que a gente tinha antes e que a gente não tinha aonde ir, com quem falar, com quem dialogar... quando a gente começou a participar da terapia, a gente começou a descarregar um pouco as coisas, né, e arranjar espaço pra agüentar a carga diária, a carga do trabalho, e tudo, né? Diálogo com as pessoas, que muitas vezes é um diálogo pesado, e a gente vai guardando tudo aquilo, então pra mim no caso foi uma maneira de tirar alguma coisa pra dar espaço pra continuar colocando mais coisa, né?*

**O respeito às diferenças é presente para Cravo:**

*A gente aprendeu, né. Aprendeu a contornar algumas situações da maneira mais suave, né, que não machuca quem tá de frente.*

**Margarida atribui à TC o valor de “um grande passo para o trabalho” tanto no que se refere à população atendida, quanto à convivência entre o grupo de ACSs – maior tolerância:**

*a terapia foi um grande passo pra nós aqui, para o nosso trabalho, o quanto nos ajudou, ainda continua ajudando, porque os problemas continuam e a gente tem que encarar eles assim no dia-a-dia, tanto pra gente não absorver aqueles problemas pra gente(...) a gente aprendeu a conviver.(...) acabou por gostar do jeito, da maneira de cada um; a gente acabou se descobrindo cada um de nós na terapia. Isso ajudou muito mesmo, nós ficamos um grupo de trabalho mais unido, já sabendo como é o gênio de cada um.*

**Camélia relata a TC como espaço que contribuiu para o respeito às diferenças e aumento da tolerância também:**

*É, eu acho que mudou, que a questão da gente se respeitar, lá com a gente. A pessoa não tava legal e a gente não tinha paciência, sabe, de entender aquela pessoa. E com a terapia a gente viu que a gente tem que respeitar o outro, né? a diferença.*

O que Antúrio relata neste trecho demonstra que a função da TC de promover mudança individual através da experiência coletiva e da partilha.

**Para Gerânio, era mais fácil expressar suas dificuldades quando havia mais pessoas conhecidas para ele:**

*Quando tinha mais umas pessoas desconhecidas, você ficava menos tímido. Se tinha mais gente conhecida, você ficava menos tímido.*

**●Modo de realizar a TC/ uso de perguntas / o que não ajudou**

Compreender como a condução das sessões, realizada pelas quatro terapeutas juntas e, de um modo particular de trabalho, com utilização de algumas formas de intervenção específicas foi percebida e significada pelos participantes.

**Sobre os tipos de perguntas (uso de perguntas do tipo reflexivas):****Gerânio**

*Era mais fácil quando a gente conhecia todo mundo. Com pergunta ou sem pergunta.*

**Para Antúrio, as perguntas eram difíceis no início, tornando-se menos difíceis à medida em que se habituava com a TC, com as terapeutas e com o grupo:**

*Porque tem muita coisa íntima da gente que a gente não conta mesmo. Não é por nada, é porque é muito cedo(...)de início, todas as perguntas pra gente que tá começando é difícil... É difícil pra gente assim, que tá começando a desabafar, a soltar nossos problemas logo de cara, logo no início, sem conhecer...Mas a gente vai ficando à vontade, porque acaba conhecendo as pessoas, que tá começando com o trabalho, igual vocês começaram e a gente começou a conhecer. A gente começou a sentir mais à vontade né? E aí que a gente se sentia em casa...*

**Camélia acredita serem facilitadoras:**

*Ajudava sim. É talvez na hora a pessoa, por exemplo, eu? Vocês fizeram umas quando foi assim escolhido o meu caso, depois eu fiquei pensando, mas porque vocês fizeram essa pergunta para mim? E na hora, talvez a resposta, assim a gente pega tão de surpresa, que é uma coisa que tava tão guardada, que a gente fala, pôxa mas isso eu nem lembrava mais... Então assim, as perguntas de fazer a pessoa pensar um pouquinho porque tá daquele jeito e a gente nem percebia porque a vida da gente tava daquele jeito, então a pergunta fazia a gente acordar.*



**Mas completa sua avaliação sobre as perguntas, lembrando uma dinâmica proposta:**

*Aquela dinâmica foi muito legal, porque veio perguntas que a gente nunca fez e que a pessoa também nunca fez pra gente, ou a gente fez e não teve resposta, sabe assim. Então foi bem legal pra gente, eu mesma disse pôxa eu nunca fiz essa pergunta pra ele, eu nunca dei essa resposta pra ele, entendeu? Então, faz a gente se acordar. Foi bem... aquela dinâmica foi muito legal, aquela troca de papéis né? Foi muito legal.*

(Camélia refere-se à troca de papéis e dramatização).

**Margarida, numa fase simples, resume os resultados da “arte de perguntar”:**

*As pergunta ajudava bastante. Ela (Lene) tem uma técnica assim de perguntar as coisas né...?Saía em cima daquilo que você seria capaz de responder, entendeu? Ajudou bastante.*

**Cravo comenta o uso de perguntas através da metáfora “abrir fechaduras”:**

*(...)não agredia, mesmo o sentimento mais profundo que fosse da pessoa, não se sentia agredido, parecia que já abria a resposta já, a pergunta já abrindo a resposta...Vocês conseguiram abrir muitas fechaduras difíceis lá, às vezes chegava cansado(...) Então, o modo que vocês faziam a pergunta, o modo que vocês usavam no final, era tudo muito bem preparado, e improvisava ainda né?*

As diversas formas de perguntas representaram significados particulares e distintos. Para Gerânio aponta importância do processo como um todo, não tendo discriminado a forma de perguntar; Camélia, que teve um impacto inicial com as perguntas, considera que foram muito úteis e colaboraram com o efeito reflexivo. Cravo vai mais além e considera a forma de perguntar como o elemento essencial para abertura dos sofrimentos no grupo; Margarida especifica a arte de quem e como pergunta, reforçando a sabedoria e a experiência da terapeuta. E Camélia, atenta, recorre à imagem de uma das dinâmicas terapêuticas utilizadas para “abrir fechaduras grupais”.

**●Perguntas ou intervenções que possam ter entrado muito na intimidade de cada um:**

Até onde vai o conceito de privacidade, tão preservada na “clínica” e tão debatida na TC?

**Camélia avalia em etapas – sobre a intimidade, sobre aquilo que alguém jua ínitmo e todos já sabem e sobre o questionamento como forma de intervenção que ajuda a falar sobre algo que não se deseja:**

*Não, eu acho que não. Eu acho que essa questão de entrar na intimidade, mesmo que se teve alguma pergunta assim, foi bom. Aí eu volto naquela questão de que a gente acha que para nós é tão íntimo, mas que todo mundo está sabendo, entendeu. Porque eu tinha, quando vocês vieram trazer a terapia aqui e foi até uma das questões que a gente levantou, é de virar fofoca(...)eu tinha esse receio porque as pessoas falam mesmo, comentários, aumenta, mas quando parte da própria pessoa, e foi uma descoberta que eu achei muito legal na terapia, que quando é a própria pessoa que fala, mesmo que seja uma coisa tão íntima, que às vezes ela acha tão íntima mas que todo mundo tá sabendo, quando a pessoa consegue falar, então já não é mais uma fofoca, sou eu quem estou falando, né... e isso foi uma descoberta muito grande na terapia.(...)Eu acho que teve sim. Teve perguntas que foram bem fortes, e a pessoa até achava assim, pôxa ninguém sabia disso, sabe. Mas só é que é a questão que eu falei, a pessoa acha que ninguém está sabendo, mas todo mundo ta sabendo.*

Interessante observar no depoimento, realizado a partir de uma questão que eu mesma levantei com todos que, segundo Szimannsky, a intimidade da comunidade de baixa renda é muito diversa da intimidade enquanto valor da classe média. Portanto, entrar muito na intimidade, na definição de Camélia, parece estar muito mais voltada à dizer algo que não se tinha planejado dizer, publicamente...

“No espaço da comunidade há também, muita interferência, conflitos e comentários do tipo “falatório”, onde todos têm consciência do poder de controle que este tipo de situação exerce na vida uns dos outros. As relações de casamento e educação de filhos são influenciadas pelo tipo de crenças disponíveis num determinado ambiente através das trocas de confidências entre mulheres (comadres) e modelam o conhecimento de forma ativa, assim como interpretações e soluções” (SZIMANSKI, 1994, p. 277).

**Antúrio explica que se permite a oportunidade de falar aquilo que lhe incomoda e resolveu enfrentar esses problemas, porque todos têm o direito a ter problemas, mas também tem o direito de resolvê-los. Para tanto, entende ser necessário dar-se a essa oportunidade. Antúrio acredita ser importante participar de muitas sessões para “se soltar” e participar, colocando suas dificuldades ns sessões:**

(...)teve gente que teve lá e que não soltava(...), tanto que ficaram calados. Não soube dar oportunidade pra aquilo que estava passando, para aquela terapia que tava acontecendo. Só ia a 1ª vez. Saía fora e não voltava mais. Não soube dar oportunidade pra aquilo que estava passando, para aquela terapia que tava acontecendo. Só ia a 1ª vez... Ah, isso aqui já vai me ajudar... Hoje eu me sinto assim... Porque as pessoas não dão oportunidade pra eles mesmo... E até hoje tem essa dificuldade aqui dentro.

### **Uso de especificidades da TC – Acolhimento, Regras, Rituais, Músicas**

*Sobre o Acolhimento genuíno como caminho de construção de confiança:*

**Antúrio refere acolhimento como “carinho”:**

*Não, eu me senti muito acolhido, não só pelo grupo. Principalmente por vocês, as terapeutas, que tavam sempre dando carinho. Que começou com a gente aí, que tavam sempre dando uma atenção pra gente, eu me senti muito acolhido... Porque, no caso de vocês, vocês já chegaram e a primeira coisa que conseguiram foi o carinho da gente, tudo. Deu carinho pra gente. Foi a confiança, foi através daí.*

**Sobre o uso das regras:**

**Gerânio considera os aspectos positivos das regras, evitando comentários externos:**

*A gente sabia que os outro não ia ficar comentando. A gente também não podia. Muito bom. Tinha que ficar quieto, não falar para poder escutar. É isso que aprendi. A minha mulher também. É bom mesmo.*

**Cravo classifica as regras como educativas e algumas como “ melhores”:**

*todas foram boas, algumas melhores do que as outras né, porque algumas educavam não só na terapia, como fora de lá também, em outras ocasiões né, a gente também aprendeu(...)a gente descobriu que realmente é uma coisa importante*

**Camélia fala do aspecto “pedagógico” das regras para uso na vida cotidiana:**

*e assim a gente se educa sabe, a gente até... a gente mesmo assim, fora da terapia, a gente se pega, ah não, não vou fazer isso não... e até as pessoas mesmo que vão na terapia, elas falam, ah não, não posso falar isso... assim sabe... (risos).(...)a gente acaba se educando mesmo sabe, de aprender a escutar o outro, porque a gente não sabe escutar, a terapia ajudou muito a gente fazer isso... pelo menos comigo foi... a gente tem mania de só falar né... fala, fala, fala... principalmente, assim no meu caso que sempre trabalhei com comunidade... a minha vida toda, desde pequena...*

**Margarida atribui às regras o “sucesso” da TC:**

*Por isso que a terapia deu certo aí, por causa das regras, se a gente não tivesse aquelas regras, de que quem escutava ficava ali né, e não saia comentando, isso já teria virado uma fofoca imensa aqui né?*

**E ilustra a importância das regras, citando atitudes de seu pai em casa, após algumas sessões de TC:**

(Seu pai frequentou sessões de TC, assiduamente, em dois períodos distintos que veio de Minas Gerais. Margarida refere, então, a importância que ele deu às regras):

*E meu pai ouvia as regras e meu pai levava na risca. O que ele ouvia lá ele não contava pra ninguém: “Ah, porque a mulher lá falou que o quê a gente ouve lá tem que ficar lá, não pode contar pra ninguém”.*

**As regras ajudaram a diferenciar papéis e limites, tanto na TC, quanto na rotina profissional:**

*As regras foi mais nos ajudou foi perceber o nosso limite, porque a gente estava indo no limite deles, entendeu? Se o nosso limite era até aqui, a gente queria ir até mais, e num limite que dali pra lá eles tinham que começar. E o que ajudou muito na terapia, a gente descobriu o nosso limite, você pode ir até ali, dali pra lá é eles né?*

**Sobre a música:**

**Antúrio considera que o bom uso de músicas e que, estas funcionavam como mais uma forma de acolhimento:**

Pelo meu ponto de vista, foi sempre bom, porque tinha gente que até chorava naquele momento, porque através do que uma pessoa estava falando o problema dele... Aquela pessoa que não tinha coragem de falar, acabava chorando, porque inventavam uma música naquela hora, que batia naquele machucado. Aí a pessoa começava a chorar e acabava sendo ajudado. Mesmo que não falava nada, acabava sendo ajudado.

**Cravo pensa como compositor e como “arranjador” das sessões de TC:**

*Têm vezes que a gente não acha nem uma música que dê muito certo com que tá sendo falado, aí a gente canta uma assim, que antes alguém lá já tentou cantar no mesmo grupo...*

**Mas complementa com sua experiência de participante da TC, com uma observação importante sobre não interromper a pessoa que estiver falando:**

*Eu acho, que o mais importante é não parar... não deixar a pessoa parar de falar, porque naquela hora ela está jogando tudo né, então se a pessoa canta alguma coisa que faz ela parar de falar o que está falando, ela pode realmente até esquecer o que estava falando, e ficar alguma coisa ainda... que deveria jogar e não jogou, né, então eu acredito que a música tem que ser na hora exata, então para isso tem que ser muito observador também, pra saber a hora certa de cantar alguma coisa.*

**Margarida compreende a música como uma espécie de “alma” da TC, funcionando também, como um disparador da expressão verbal:**

*A música ela alegra o ambiente né... ela faz refletir mais, dá mais emoção... a música é muito boa. Em nenhum momento, a música atrapalhou, pelo contrário ela ajudou a pessoa a refletir mais né.? Nos problemas. Porque a música ela traz uma mensagem muito boa, pra quem tá falando, está participando, ouvindo. Às vezes a pessoa não queria nem falar, mas ouviu aquela música, ela começa a lembra de fatos que aconteceram na vida, atrás né... e depois fala.*

**Camélia compreende a música como valorização da pessoa:**

*Eu acho que é tão importante, porque a pessoa se sente tão assim, valorizada, (...) tem até música pra mim lá...cantaram até uma música pra mim . E a pessoa poder ficar com aquela música na cabeça, quando ela sentir vontade de cantar, ela cantar depois sabe... pra lembrar da história dela. Eu acho que é legal a música, acho muito legal.*

### Os rituais de agregação

**Antúrio relaciona a agregação à confiança:**

*(...) pra mim, foi tudo bom. Tudo bom, porque a gente aprendeu muito também. Até pra igreja, também é um acolhimento, porque as músicas também eram de acolhimento(...). Eu aprendi muito através disso aí... Aquelas músicas, aquele momento que a gente abraçava a gente já sentia mais à vontade, a gente já sentia mais confiante né? Era o momento que a gente mais sentia.*

**Cravo significa o calor humano da agregação advindo do grupo:**

*O calor humano que a gente passava. A certeza de uma harmonia que a gente passava pra todo mundo, que no final eles falavam isso sempre. Chegava a pessoa dura lá, no final já tava lá dançando com a gente, né? Tinha uns que perguntavam até: “Por que vocês fazem isso?”, e a gente explicava, e depois eles entravam no embalo com a gente, né?*

**Gerânio fala da “beleza”:**

*Era lindo aquilo. Todo mundo junto e falava. E abraçava, né? Gostei bastante. Nós também aprendeu muito com aquilo ali, de todo mundo falar, coisas boas, né? Aprendia bastante ali. Acho bonito demais.*

**Camélia – o a**

*Na vida ,a gente às vezes não faz mais isso, porque o mundo ensina a gente a ser... a não ser um mais perto do outro, sabe. E na terapia, a gente aprende de novo a questão de abraçar, pegar na mão, o balanço. Até na terapia hoje, eu falo que é quando a gente balança assim né, é igual quando a mãe da gente balança a gente quando era criança.*

**Camélia prossegue sinalizando como o processo de socialização e a dureza da vida cotidiana numa grande metrópole, afasta o contato físico e endurece as pessoas. Ao contrário, lembra o capítulo de comunidade como “aconchego”:**

*Tá longe da mãe e não tem mais aquele carinho, então é pra gente lembrar... Então assim, é importante assim, a gente tá juntinho um do outro, sabe assim? Porque hoje a gente passa assim, um pelo outro, não conversa mais, não liga mais um pro outro. Se o outro tá com problema, a gente não percebe mais. E com a terapia assim, a gente ainda continua assim, o pessoal, os agentes já não participam mais tanto como a gente queria que eles continuassem participando porque não dá mais tempo mesmo. Agora, as atividades aumentaram em tudo. Então, prá eles não dá mais tempo. E muitos também, assim, eu acho que foram perdendo o interesse. Talvez pela questão de já ter participado várias vezes. O que eles fazem é mandar o povo para nós.*

**O que mudaria na sessão de TC:**

**Para Antúrio seria importante falar mais em Deus, durante as sessões de TC:**

*Eu não mudaria nada. Do jeito que vocês fizeram está muito bom. A única coisa que eu mudaria , no meu ponto de vista, é falar mais em Deus. Porque Deus, não importa a religião, não importa nada, porque Deus é um só.*

**●A imagem do processo de TC realizado:**

Um símbolo, uma lembrança, uma idéia – a imagem é o significado representativo da experiência vivida.

**Antúrio- carinho:**

*De receber um carinho, de receber uma amizade forte, começando através de um trabalho como esse. E quando eu fecho meus olhos, eu lembro mais disso porque tem muita gente que necessita de um carinho desse... É essa oportunidade... que tem muita gente que não tem...*

**Gerânio – o “braço de ferro”:**

*Ah, eu nunca que vou esquecer, porque foi bom demais. Aquele braço de ferro que a outra de vocês, muito bacana ela, convidou para eu fazer com o outro. Aquilo me fez também aprender que não é assim, na força, que a gente consegue as coisa.*

**Cravo – acolhimento de uma equipe:**

*Então, pra mim foi assim... E a imagem foi muito boa porque o acolhimento por parte de vocês foi ótimo, né? Sempre foi. E a gente tentou também dar o máximo da gente pra continuar, e no final virou uma equipe, né?*

**Antúrio - beleza**

*E o trabalho seus é muito bonito... É bonito, é bonito mesmo. Tanto que a pessoa acaba se entregando o mais rápido possível, né? Através dessa boniteza tão grande que vocês fazem, desse serviço que vocês fazem, né?*

**Gerânio -felicidade**

*Felicidade, porque trouxe tanta felicidade pra mim, né? É bom você aprender as coisas e, com as conversas que vocês conversavam lá, dá força pra gente. Você aprende a ter mais força nas coisas, a ter mais força de vontade.*



### **Cravo – a descoberta do valor de cada pessoa**

A pessoa tem muito valor, basta a gente descobrir o valor que a gente tem né? E com esses meios, essas técnicas de perguntar as coisas, a gente ia descobrindo o nosso valor né, e aí comecei a me abrir, a falar dos meus problemas, meus sofrimentos, minhas alegrias, minhas tristezas (risos) e fui me envolvendo né...

### **Cravo -abraço**

*Eu pra mim... eu acho que foi o período que eu mais fui abraçado, muito calor humano foi passado para mim, e isso me ajudou muito... eu tinha muito carinho.*

### **Margarida – horizontes se abrindo...**

*Marcou muito, foi um período assim na nossa vida muito marcante, que acho que jamais a gente vai esquecer(...)Abriu muitos horizontes, os nossos horizontes foram abertos, a gente olhava e via uma barreira na nossa frente sabe, tudo era barreira, e com a terapia os horizontes foram se abrindo, a gente descobriu muita coisa né?*

### **Cravo – desejo de multiplicação da TC**

*eu espero que isso se multiplique o máximo que puder...porque é muito bom e o povo precisa disso, muita gente precisando disso(..). Principalmente da classe mais pobre, que não tem condição de pagar uma psicóloga particular...*

### **3.Discutindo e considerando um pouco da ilustração...**

Os depoimentos dos participantes da Terapia Comunitária foram colhidos após entrevistas realizadas em profundidade, com duração que variou de uma até três horas de duração. Tornariam-se, portanto, “pequenos estudos de caso”, em virtude da riqueza de material.

Meu foco não se concentrou, no entanto, numa análise em profundidade como poderia ser ao utilizar entrevistas tão intensas e extensas. Prefiro neste presente trabalho, dedicar-me um pouco mais aos aspectos teóricos da TC, e ilustrar os aspectos teóricos da TC, com alguns dos resultados práticos de sua aplicação. Deste modo, levantei algumas categorias agrupadas pelo conjunto do roteiro orientador de questões (anexo), agregando algumas das especificidades de cada um desses depoimentos.

Um dos aspectos mais interessantes da realização das entrevistas concentrou-se, principalmente, na oportunidade imensa que tive de ouvi-los acerca de nosso trabalho como terapeutas e, em especial, sobre os pontos favoráveis da Terapia Comunitária, no que se refere à vida que segue seu caminho. E lembrando a pesquisadora Cinthia Sarti, há um aspecto importante para o entrevistado pois, para a socióloga, as entrevistas constituem, sobretudo, uma oportunidade singular nas vidas das pessoas pesquisadas, a oportunidade de falar e, principalmente, ser escutado. São prova rara de reconhecimento de sua existência por alguém que não pertence a seu mundo (SARTI, 2003,p. 24).

O desejo maior é, que de fato, a experiência da entrevista tenha sido uma oportunidade para os entrevistados, como foi para mim como pesquisadora. Penso que sim, uma vez que foram longas conversações em torno não só do processo de TC, mas da vida de cada um deles. A troca nos colocou, a ambos, num processo dialógico no qual fomos encadeando escuta e falas, revivendo lembranças mas, principalmente, refletindo sobre cada fala, cada pequena história, revisitando o tema da Terapia Comunitária.

Os trechos extraídos desta conversação forma ilustrando também, alguns aspectos que são considerados mais críticos pela “comunidade *psí*” dos não TCs, além de outros profissionais da saúde, que conhecem a Terapia Comunitária em contatos pouco profundos. Penso que boa parte dessas “dúvidas”, tenham ao menos duas faces: primeiro, conhecer pouco a Terapia Comunitária e desconhecer o processo de amadurecimento desse trabalho, a tarefa dos TCs e da ABRATECOM para nos organizarmos enquanto terapeutas e formadores, criando caminhos para um trabalho muito sério e sustentando à custa de um desejo imenso de transformar nossos sonhos e valores, numa prática justa e ampla, com qualidade. A segunda face de tais “dúvidas” deve-se também, a posição epistemológica do terapeuta, como afirmei através da citações de Grandesso, no capítulo de Pensamento Sistêmico. A prática do terapeuta pode ser moderna e vertical, mas pode ser uma prática dialógica, onde o terapeuta tem muito claro seu lugar de horizontalidade junto ao grupo comunitário, buscando abrir os recursos disponíveis para que as pessoas ali presentes se encontrem, verdadeiramente, desenvolvendo sua auto-estima e suas competências, descobrindo a força que têm para se ajudarem mutuamente, alavancar recursos para se organizar enquanto grupo ou comunidade, lutando pela dignidade e a inclusão social. Penso que este seja o fim maior: consciência de que todos têm sofrimentos mas também, o direito ao desabafo pessoal, coletivo e solidário, criando redes colaborativas e organizadas para uma vida melhor.

E o fim maior do presente trabalho foi buscar os subsídios teóricos para ampliar os fundamentos da TC. Os resultados práticos à luz do corpo teórico foram uma espécie de ponto de partida cada um dos aspectos ilustrados pelas falas. A intenção, de fato, foi apresentar na prática, a compreensão e os significados que os participantes da TC têm e não o inverso: a visão que o pesquisador e/ou teórico tem da TC.

Penso que seria possível ter analisado muitos aspectos (e material não faltou, uma vez que cada uma das entrevistas durou em torno duas ou mais horas). Mas a finalidade não foi realizar um tratado e solucionar todas as dúvidas. Ao contrário, o prazer de estudar me fez ir um pouco além de um lado, mas tenho a convicção clara que uma dissertação de mestrado deve se limitar. Pode, no entanto, abrir espaço para a discussão e a possibilidade do nascimento e o incentivo, a novos outros

trabalhos que seguirão. Os Congressos Brasileiros já tem amadurecido e ampliado, de modo muito consistente, a idéia de que é necessário e bom que se discuta e se produza conhecimento.

Como uma prática ainda muito nova, essa é a terceira dissertação sobre o tema (ainda será?). Outros trabalhos deste porte devem ser produzidos, ampliando a produção de conhecimento e o diálogo, tão necessários ao desenvolvimento Terapia Comunitária, da ciência e dos diversos seguimentos acadêmicos, sociais e políticos.

Trago-te palavras, apenas... e, que estão escritas do lado de fora do papel...  
Não sei, eu nunca soube, o que dizer-te e este poema vai morrendo,  
ardente de puro, ao vento da Poesia... como uma pobre lanterna que incendiou!

Mario Quintana<sup>1</sup>

## Considerações Pessoais

Concluir a presente dissertação não será possível sem que eu faça uma espécie de **Diário de Bordo**<sup>2</sup>. Um pequeno depoimento pessoal sobre as navegações dessa longa viagem:

A Terapia Comunitária é um trabalho construído por muita gente: uma comunidade inteira. E é onde me sinto mais feliz, como parte de um grande grupo e de uma equipe. No consultório também, nunca estou só, mas diante de outro(s) que se apresenta(m) a mim para percorrermos a viagem juntos.

A presente viagem, no entanto, só é possível diante de um longo isolamento, necessário a reflexão e a construção material do trabalho. É uma atividade só possível a duas mãos. Esta foi a parte mais difícil para mim. Isolar-me. Por diversos momentos, senti-me um peixe fora d'água. Aos poucos, experimentei o prazer de estar acompanhada *no* e *pelo* próprio texto, na construção de um material tecido pela a história de muita gente. Descobri também, em amigos muito especiais, interlocutores preciosos. E agora, encerro esta etapa concluindo que ainda isolada, estive sempre muito bem acompanhada.

---

<sup>1</sup> Eu queria trazer-te uns versos – Mario Quintana

<sup>2</sup> Material construído para supervisão de TC por Marilene Grandesso e por mim, disponível em Anexos.

Trabalhar em Terapia Comunitária permitiu-me a abertura de novos significados para minha própria vida profissional e pessoal. Profissional porque assimilei uma nova prática poderosa e muito útil para lidar com as populações não assistidas adequadamente por programas de saúde mental . Permitiu, assim, realizar objetivos nutridos desde o período de minha graduação. Na minha vida pessoal, os ganhos são ainda mais significativos, uma vez que lidar diretamente com o sofrimento de grupos de indivíduos e assistir a uma diversidade de problemas pessoais e sociais diferentes dos meus, tornou-me muito mais tolerante com minha própria vida, alterando, sobremaneira, o significado e o valor de todas as coisas. A comunidade foi e é para mim, uma fonte riquíssima de soluções criativas para o enfrentamento de crises.

Lembrando a grande amiga Miriam Rivalta Barreto: *“vida de terapeuta comunitário é tecer felicidade”*.

Meus entrevistados nessa pesquisa foram alguns dos membros de uma comunidade a qual me ensinou, no sentido *freireano* da palavra, lições para toda a vida. São colaboradores muito generosos que doaram contribuições valiosas para construção desse trabalho.

Ao finalizar, desejo ter feito alguma diferença para mais alguém além de mim mesma. Que todas as contribuições que recebi, dos entrevistados, da própria comunidade, da minha orientadora, da valiosa banca examinadora e dos amigos, tenham sido dignamente contempladas na escritura dessa dissertação para que outras pessoas leiam este trabalho.

Ao futuro bem próximo, desejo que novos trabalhos e pesquisas sejam construídos na direção de favorecer práticas profissionais “descolonizadoras”, questionando o que está posto e que sejam capazes de mobilizar um olhar profissional mais sensível à sua própria gente e ao sofrimento humano.

Que os trabalhos no futuro ajudem profissionais a tomar para si a importância de pensar e agir no plural.

Que permitam o nascimento de profissionais capazes de amar o ser humano, em toda sua diversidade.

Que impulsionem o trabalho pela dignidade humana, por uma sociedade mais justa, horizontal e solidária.

Como diz Marcelo Pakman, *gente que trabalhe na dimensão da alma*.

“Existe una forma menor de oración que trata de movilizar fuerzas sobrenaturales.

Existe una forma mayor de oración que constituye un llamado a la solidaridad. Como tal, apunta a la comunidad de los que oran juntos.

Les invito a orar conmigo:

Que Dios en los cielos nos acuse a todos del mismo crimen- resistencia a darse por vencido- y que todos lo merezcamos. Amén”.

MARCELO PAKMAN <sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> 1987,p.262.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, CUSINATO, DI MAURO, SAMPAIO e cols. A implantação da Terapia Comunitária na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: - novembro de 2003 a junho de 2005. Painel apresentado no **III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**: Iparana-CE: Programação e Anais I, Setembro, 2005.

ANAN K. *Millenium Report*. United Nations, Nova York: 2000. In MOREL, CM A. Pesquisa em Saúde e os Objetivos do Milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência e Saúde Coletiva** Vol. 9, nº 2, p.263 abril/junho. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

AUN, J.G., ESTEVES DEVASCONCELLOS, M.J. & COELHO, S. V. **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais**. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Martins Fontes. São Paulo: 1977. In BARRETO, M.C.R. A Trajetória Vocacional do Terapeuta Comunitário: um novo ator social. **Dissertação de Mestrado** Inter-Institucional PUC-RS/FAFIRE-PE. Recife: 2001.

BARRETO, A. **Terapia Comunitária Passo-a - Passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

**BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE**, POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (DOCUMENTO PARA DISCUSSÃO), BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 48 p., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 19 p. 2004.

**BRASIL, Ministério da Saúde**, Cadernos de Informação em Saúde, 2006 - internet:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm#cadernos>

**BRASIL, Ministério da Saúde-Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família, Rev Saúde Pública - Informes Técnicos. 2000; 34(3): 316-9**



BUBER, M. **Sobre Comunidade**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciências e Saúde Coletiva**, 2003, vol.8, no. 1, p.109-124. ISSN 1413-8123.

CARTER, B., MCGOLDRICK, M & COLS. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMPOS, R.H. F. Introdução e Psicologia comunitária, cultura e consciência. In CAMPOS, R.H.F. (org) **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

CECONELLO, A. M. & KOLLER, S.H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de Psicologia**, nº5, vol I.p. 71-93. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

CERVENY, C.M.O., BERTHOUD, C.E.M. & COLS. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

DI MAURO, R., GODOY, S.S., GRANDESSO, M., & LUISI, L.V.V. Terapia na Rede Pública Municipal de São Paulo. Painel apresentado no **I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. Morro Branco: 2003.

\_\_\_\_\_ & SAIKALI, M. O. J. Terapia Comunitária na Colônia Espírita Fraternidade: Relato de Experiência. Painel apresentado no **I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. Morro Branco: 2003.

DIMENSTEIN, M. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul. /dez. **Psicologia em Estudo**. Maringá: 2001.

ESTEVES DE VASCONCELLOS, M. J **Pensamento Sistêmico: o Novo Paradigma da Ciência**. Editora. Campinas: PUC-Minas & Papirus, 2002.

FIGUEIREDO, L.C.M. **A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação**. São Paulo: EDUC: Escuta, 1992.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido** (17ª edição, 1987). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FREITAS, M.F.Q. In CAMPOS, R.H. F. (org) **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

FUKUI, L., MARCHETTI, L., VIANNA, S. Terapia Comunitária e o Conceito de Comunidade: uma Contribuição da Sociologia. **Anais da I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. (BARRETO, A. & CAMAROTTI, M.H.). Morro Branco-CE: 2003

**FUNDAÇÃO SEADE**, SP Demográfico, 2005, nº 3, São Paulo, SP, 15 p. - internet:  
[http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/nov2005/SP\\_n3\\_net.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/nov2005/SP_n3_net.pdf)

GIAMI, A. Pesquisa em Psicologia Clínica ou Pesquisa Clínica? In GIAMI, A. & PLAZA, M. **Os Procedimentos Clínicos nas Ciências Humanas: Documentos, Métodos, Problemas**. (p.35-52) São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GRANDESSO, M. A. **Sobre a Reconstrução do Significado: Uma Análise Epistemológica e Hermenêutica da Prática Clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

\_\_\_\_\_ (org) **Terapia e Justiça Social: Respostas Éticas a Questões de Dor em Terapia**. I Jornada Paulista de Terapia Familiar. São Paulo: APTF, 2001.

\_\_\_\_\_ (a). Terapia Comunitária: um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e redes. Palestra apresentada na Mesa Redonda -Atendendo à Família Brasileira de Baixa Renda – **no 3º Fórum de Debates – Família Brasileira – Identidade Brasileira**. CEAF – Centro de Estudos e Assistência à Família. São Paulo: Setembro de 2003.

GRANDESSO, M. (b) Família e Comunidade: textos e contextos de pertencimento. Palestra apresentada **no I Encontro de Ex-alunos do NUFAC – Núcleo de Família e Comunidade da PUC-SP**. São Paulo: abril, 2003.

\_\_\_\_\_ (c) **La Terapia como Reconstrucción de Significado: Consideraciones sobre el Lugar de La teoría**. Mesa Redonda. Congreso da ASIBA –VI Congreso de la Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires y IV Congreso Panamericano de Terapia Sistémica – Tres Décadas de Teoría, Practica y Formación. Buenos Aires : octubre de 2003.

\_\_\_\_\_. Oi Gente...Eu não Roubei Galinhas. In **Anais II -Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. In CAMAROTTI, M.H. FUKUI, L. & MARCHETTI, L.B. (org). p-30-35. Brasília: MISMEC-DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Terapia Comunitária: uma Prática Pós-Moderna Crítica. **Palestra apresentada no III Congresso de Terapia Comunitária**. Iparana-CE: setembro de 2005.

GUARESCHI, P. Relações Comunitárias – Relações de Dominação. In CAMPOS, R.H. F. (org.) **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. **Psicologia Social Crítica como prática de libertação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

HOUAISS, A, VILLAR, M. S. **Dicionário HOUAISS da Língua Portuguesa**. Instituto Antonio Houaiss. Editora Objetiva. Rio de Janeiro: 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.- **IBGE**. Indicadores Sociais Mínimos. [Site. do IBGE]. [capturado 12 Janeiro 2006]; disponível em <http://www.ibge.gov.br/indicadore sociais minimos/tabelas/aspectos demograficos/educacao e condicoes de vida /trabalho e rendimento/indicadores sociais/trabalho infantil>; 2006

Informações sobre Condições de Vida no Estado de São Paulo. [Site da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE]. [capturado 30 Novembro 2005]; disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/pcv/index.php> ; 2006.

Informações da Legislação de Saúde. [Site de informações em saúde] [capturado 15 Março 2006]; disponível em <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>, 2006.

KINOSHITA, R. T. A Comunidade por Vir. Mesa Redonda apresentada no **III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. Iparana: Programas e Anais I, Setembro, 2005.

LISPECTOR, C. **A Hora da Estrela**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

MACEDO, R.M.S. (org.) Terapia Familiar no Brasil: O Estado da Arte. **Vol II. Anais do I Congresso Brasileiro de Terapia Familiar**. São Paulo: APTF, 1994.

MACEDO, R.M.S. (org.) **Psicologia e Instituição: novas formas de atendimento**. São Paulo: Cortez Ed., 1984.

MARTINI, M.G.P. **Mote: a alma da Terapia Comunitária**. [Site ABRATECOM] [capturado 22 Dezembro 2005]; disponível em <http://www.abratecom.org.br/publicacoes.asp>, 2006.

McGOLDRICK, M. (ed.) **Novas Abordagens da Terapia Familiar: Raça, Cultura e Gênero na Prática Clínica**. São Paulo: Roca, 2003.

MEDINA, M. G. PEREIRA, R.A.G., HARTZ, Z.M.A., SILVA, L.M.V. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil*. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva –. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

MILITÃO, J.S. **Como fazer trabalho comunitário?** (Coleção Questões Fundamentais de Educação). São Paulo: Paulus. 2003.

MINUCHIN, S. COLAPINTO, J. & MINUCHIN, P. **Trabalhando com Famílias Pobres**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MORÉ, C.O.O. Atendendo a demanda: proposta de um modelo de sistematização de intervenção psicológica junto a postos de saúde comunitários. **Tese de Doutorado**. São Paulo: PUC, 2000.

PAKMAN, M. (trad. ROSAS, E.V.) Educação e Terapia em Fronteiras Culturais: por práticas sociais críticas nos serviços humanos. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n.11, p.7-20. Rio de Janeiro: ITF, 1999.

PATEL, V. & KLEINMAN, A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. **Bulletin of the World Health Organization** , 81 (8) 2003. p.609-615. ISSN 0042-9686.

PAULA, R.F. **A Arte de Perguntar e suas Aplicações na Terapia Comunitária** [S.n.t.].

PITTA, A.M.F. Equidade e Justiça na Organização em Saúde Mental. In GRANDESSO, M. **Terapia e Justiça Social: respostas Éticas a Questões de Dor em Terapia**. I Jornada Paulista de Terapia Familiar.

**Programa de Saúde da Família.** Informativo Institucional Técnico. Revista de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde, 34(3): 316-19. Junho, 2000.

REVAULT D'ALLONES, C. O estudo de Caso: da Ilustração à Convicção. *In* GIAMI, A. & PLAZA, M. **Os Procedimentos Clínicos nas Ciências Humanas: Documentos, Métodos, Problemas.**(p.69-74). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

RIVALTA BARRETO, M.C., BARRETO, A. P. & BAKMAN, G. Entrevista com Dr. Adalberto Barreto. **Nova Perspectiva Sistêmica**, ano XII, nº 22, outubro. Rio de Janeiro: ITF-RJ, 2003.

\_\_\_\_\_. A Trajetória Vocacional do Terapeuta Comunitário: um novo ator social. **Dissertação de Mestrado Inter-Institucional.** Recife: PUC-RS/FAFIRE-PE, 2001.

ROCHAEL NASCIUTTI, I. A Instituição como via de acesso à comunidade. *In* CAMPOS, R.H. F. (org.) **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia.**Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

SAWAIA, B.B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. *In* CAMPOS, R.H. F. (org.) **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia.**Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

SARTI, C. A. **A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SZYMANSKI, H.G. Família/Comunidade como Objeto de Estudo. *In* MACEDO, R.M.S. (org) **Terapia Familiar no Brasil, Estado da Arte, Anais II do I Congresso Brasileiro de Terapia Familiar.** São Paulo: APTF, 1994.

SCHNITMAN, D. F. *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*, p191-200. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SILVA, F.P.P. BURNOUT: Um Desafio à Saúde do Trabalhador. **Revista de Psicologia Social e Institucional.** Universidade Estadual de Londrina. Vol 2, nº 1, junho. 2000.

SLUZKI, C. E. **A Rede Social na Prática Sistêmica: alternativas terapêuticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SLUZKI, C. E. (b) Conferência. **XXIII Congresso Internacional da Associação Panamericana de Psicologia**. São Paulo: 1997.

WALDEGRAVE, C. **Social Justice and Family Therapy**. Dulwich Centre Newsletter. Richmond-Australia: 1990(1).ISSN 1030-2883.

\_\_\_\_\_. “*Just Therapy*” com famílias e comunidades. In GRANDESSO, M. **Terapia e Justiça Social: Respostas Éticas a Questões de Dor em Terapia**. I Jornada Paulista de Terapia Familiar. São Paulo: APTF, 2001.

WALSH, F. Crenças, Espiritualidade e Transcendência – Chaves para a Resiliência Familiar. In McGOLDRICK, M. (ed.) **Novas Abordagens da Terapia Familiar: Raça, Cultura e Gênero na Prática Clínica**. São Paulo: Roca, 2003.

\_\_\_\_\_. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. São Paulo: Rocca, 2005.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D. **Pragmática da Comunicação Humana**. São Paulo: Cultrix, 1967.

WHITE, M. & EPSTON, D. **Medios Narrativos para Fines Terapéuticos**. Buenos Aires: Paidós, 1993 (original australiano de 1980).

WHITE, M. **Reescribir la Vida: Entrevistas y Ensayos**. Barcelona: Gedisa, 2002.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)**, An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations, NAN 97.3, 1999, Genebra, 18 p. – internet [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/46.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/46.pdf)

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)**, Mental Health Policy Project, 2201, Genebra, 28 p.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)**, Working with countries: mental health policy and service development projects, 2002, Genebra, 54 p.



## **Nosso Projeto de Implantação da TC: breve histórico**

A Terapia Comunitária (TC) representou uma forma de concretizar um projeto pessoal nutrido desde os tempos de minha graduação. Por esta razão principal, identifiquei-me, imediatamente, com os princípios e a prática da TC.

O que significa dizer que, a navegação por histórias de vida e sabedoria da experiência dos indivíduos que formam a comunidade atendida, revelou-se um contato humano pleno de entusiasmo no qual tenho um forte sentimento não apenas, de aprendizado constante, como de ser em parte, um agente da mudança: estou diante da comunidade atendida, num permanente esforço reflexivo, sobre a natureza e as condições da vida humana e sua complexidade do subsistir. Sou como “instrumento de ação e diálogo” (FREIRE, 1970).

### **Formação da equipe de terapeutas comunitárias:**

O trabalho de Terapia Comunitária deste grupo nasceu a partir da realização do primeiro módulo de capacitação (de quatro, ao todo). Do grande grupo, com cerca de 30 pessoas, formamos uma equipe de quatro pessoas. Motivadas de pelas possibilidades de atendimento a populações de baixa renda, refletimos sobre a necessidade de iniciar imediatamente a prática, quando do retorno a São Paulo. Roseli Di Mauro, nossa colega, psicóloga da Prefeitura Municipal de São Paulo, articulou os primeiros contatos. Roseli apresentou os princípios da TC e nossas primeiras idéias de realização da prática. A coordenadora de sua unidade, na Região Metropolitana Oeste da Cidade de São Paulo, felizmente, entusiasmou-se também, facilitando os contatos seguintes. Permitiu a inclusão das outras profissionais, três voluntárias no projeto. Realizamos, ainda no mês de fevereiro



de 2002, a primeira reunião com a coordenadora da unidade e as quatro psicólogas em questão: Roseli Di Mauro da PMSP, Marilene Grandesso, Sylvia Saueia Godoy e eu, todas do NUFAC - PUC-SP.

Durante nosso diálogo, foi solicitado um projeto escrito, posteriormente encaminhado, diretamente por nós quatro e a Coordenadora em questão, ao Coordenador de Saúde da Sub Prefeitura daquela Região. Aprovado o projeto. A princípio, pensou-se em iniciar o trabalho numa comunidade organizada por uma associação de moradores, mais próxima a UBS- Unidade Básica de Saúde. Nessa reunião, o Coordenador de Saúde sugeriu que iniciássemos numa favela, onde estaria a população que enfrentava adversidades mais severas (maior índice de pobreza, más condições de habitabilidade e problemas sociais diversos). A orientação foi procurar o grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o padre da pequena igreja local. Estes, seriam nossos interlocutores entre a comunidade e as terapeutas.

Foi combinado um encontro no próprio seminário, localizado bem próximo ao local da terapia. Realizamos uma apresentação informal dos objetivos e principais procedimentos do trabalho. O padre, um entusiasta das comunidades de base, pastoral, logo se interessou em contribuir com músicas e nos ofereceu algumas letras, logo contagiando os três agentes presentes. Combinamos uma reunião com todo o grupo de Agentes Comunitários na semana seguinte, no Centro de Convivência. Neste dia, realizamos uma apresentação mais detalhada dos objetivos e estratégias da Terapia Comunitária. Apresentamos e esclarecemos trechos de uma fita de vídeo-cassete na qual há uma sessão realizada pelo Dr Adalberto Barreto, em sua comunidade de Fortaleza, na favela de Pirambu. O título é “Esperança e Desesperança na favela”. Na fita, os estrangeiros falam de sua “fome” afetiva e os brasileiros falam de sua fome alimentar.

O caráter humano da sessão assistida, o clima de confiança e acolhimento em que ocorre a sessão de TC, mobilizou um pedido do próprio grupo de agentes para que começássemos as sessões de Terapia Comunitária, com eles mesmos, pois, Na rotina profissional diária, o ACS realiza atividades como visitas domiciliares e atendimento a grupos dentro da própria Unidade Básica de Saúde – UBS. Todos os agentes relatavam lidar com problemas diversos no contato com a população. Na rotina de trabalho dos agentes comunitários, estes realizam o contato direto com os moradores da comunidade e os problemas que enfrentam. Assim, experimentavam sentimentos impotência diante de tantos sofrimentos e a crença de que a responsabilidade pelas soluções desses sofrimentos, teria de ser encontrada por eles, como parte de suas tarefas. Uma das ACS comentou naquele dia que, sentia muita tristeza e dificuldade de lidar com o problema das outras pessoas, quando ela própria, tinha tantos por resolver. Outro, dizia perder o sono com frequência, pensando no problema enfrentado por uma família visitada naquele dia e que precisava encontrar uma solução. Juntos, solicitaram a Terapia Comunitária entendendo que esta seria, no mínimo, um espaço de escuta e acolhimento desses problemas. A crise pessoal enfrentada por cada um, e por todos em seu contexto de trabalho profissional gerou o grupo de terapia comunitária. A partir das primeiras sessões, os usuários foram convidados e passaram a tomar parte também das sessões.

Como costuma dizer Adalberto Barreto, um sofrimento pode gerar competências. As transformações advindas a partir dessa TC são parte deste presente trabalho.

## **A Comunidade**

Incrustada no alto de um morro, a favela onde residem os usuários do primeiro grupo de Terapia Comunitária é uma espécie de concha gigante. “Verticalizou-se para baixo”. Tem diversas das moradias que foram organizadas sob outras.

Problemas de esgoto a céu aberto, esgotos que passam sob moradias, gente doente da saúde física e da informação, carências de toda sorte. Conflitos de relacionamento familiar, violência doméstica, sofrimentos por discriminação étnica e social, desemprego, solidão, abuso de álcool e outras substâncias, ansiedade, e crises diversas desencadeadas por fatores psicossociais, caracterizaram as questões centrais de sofrimento dessa população, e muitos dos temas que foram trabalhos nas sessões de TC.

### **O Grupo de Trabalho:**

O processo de Terapia Comunitária na comunidade em questão, foi realizado por dois anos consecutivos, em sessões semanais e ininterruptas, com duas horas de duração, em média.

Foi realizado pelas quatro psicólogas já descritas e no qual a TC ocorreu junto a uma população de usuários composta por doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da mesma Unidade Básica da rede municipal, os quais foram dispensados de seu trabalho na unidade pelo período de permanência na TC, de aproximadamente, duas horas. Também participavam da terapia alguns moradores locais arrebanhados ou pelos ACS em sua atividade profissional e/ou por outros líderes comunitários; moradores da região e/ou freqüentadores da paróquia local que tomavam conhecimento do trabalho através do padre durante as missas. Outros usuários foram encaminhados por unidades da rede pública municipal naquela região. O número de participantes regulares concentrou-se entre os doze agentes comunitários, alguns usuários mais assíduos e outros ocasionais. O número de usuários era, portanto, bastante variado, chegando há ocorrer sessões com número maior de usuários (30 ou mais) e sessões com baixo número de participantes, mesmo entre os ACS (seis ou oito). Houve uma variação quanto à permanência e à saída de usuários, já que esta é uma das metas da TC: a não obrigatoriedade de participação continuada, uma vez que cada encontro caracteriza-se por ser uma terapia completa com começo, meio e fim. Quando o indivíduo identifica mudanças, tende a deixar de freqüentar o grupo. No caso

específico da assiduidade dos ACS, prevaleceu o pedido por TC como ferramenta de ajuda em seu próprio trabalho.

Questões diversas como reuniões de urgência na U. B. S., férias com viagem à cidade natal, feriados prolongados, mau tempo com chuvas torrenciais, alteravam o número de usuários presentes a cada sessão e/ou a qualidade das sessões. Se formos considerar uma média de participação de usuários em geral (ACS e os demais) podemos considerar a presença de 12 a 15 participantes.

### **O Encerramento de nossa participação:**

O trabalho foi encerrado para oferecer espaço às três agentes selecionadas para atuarem naquela comunidade através da primeira capacitação de funcionários da PMSP. Para encerramos nossa atividade naquele local e realizarmos a passagem da TC às novas terapeutas, realizamos um trabalho específico de desligamento, que durou cerca de dois meses até o último encontro.

## **Roteiro Orientador de Questões para Entrevista**

“É importante saber nessa entrevista no a Terapia Comunitária quê influenciou, se ajudou afinal, qual é o resultado da TC. Por isso, eu estou conversando com vocês e as pessoas que participaram porque vocês podem nos ajudar a dar uma idéia de como é que foi o trabalho, o quê é que contribuiu, se houve alguma mudança nas pessoas, enfim o que é que foi que o trabalho introduziu de diferente ou de mudanças aqui entre vocês. Desde já, eu agradeço por você aceitar dar essa entrevista e ajudar na pesquisa”.

1- Como você vê hoje a Terapia Comunitária que foi realizada, o clima em geral da comunidade, da relação entre as pessoas?

2- Ajudou você a pensar nas dificuldades?

3- Em algum momento se sentiu prejudicado?

4- Sobre as perguntas que nós fazíamos, elas ajudavam vocês a pensarem nos seus problemas? A por para fora aquilo que incomodava?

5- As perguntas eram muito particulares, quer dizer, entravam muito na sua intimidade?

6- Alguma vez você se sentiu incomodado com essas perguntas?

7- Prejudicou você em alguma coisa? Você sentia que a pergunta podia te prejudicar na frente dos outros (*-o que restringiria a resposta-*)?

8- Das regras, da música e dos rituais, o quê gostou e o que não gostou? O que foi útil?

9- Hoje, como você está vivendo a sua vida e enfrentando os seus problemas?

10- O que você gostaria de dizer, que ainda não foi perguntado?



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE PSICOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

A presente pesquisa, por meio de entrevistas, tem por objetivo compreender os significados que os participantes de sessões Terapia Comunitária atribuem a esse trabalho no que se refere à sua eficácia na vida cotidiana, na capacidade de enfrentamento de adversidades e em suas relações interpessoais. A pesquisa para fins de obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica está sendo desenvolvida na PUC-SP sob responsabilidade da psicóloga Liz Verônica Vercillo Luisi e orientação da Profa. Dra. Rosa Maria S. de Macedo. Estando ciente desse objetivo, permito que a entrevista seja gravada e transcrita e autorizo a utilização e publicação dos dados obtidos para fins de ensino e pesquisa.

Declaro estar também ciente de que:

- qualquer publicação deste material excluirá toda informação que permita minha identificação por parte de terceiros;
- posso encerrar minha participação no trabalho a qualquer momento que julgue necessário;
- a presente pesquisa não me causará danos de quaisquer naturezas;
- terei acesso aos dados que me dizem respeito.

---

Nome do Entrevistado  
RG

---

Profa. Dra. Rosa Maria S. de Macedo - Orientadora

---

Pesquisador Responsável : Liz Verônica Vercillo Luisi - RG: 10886214/ SSP-SP CRP 06/20513  
Endereço: Av. Rouxinol, 55 cj 112 Moema – SP/SP Cep: 05416-000 Fones:(11)30549574/99063230

São Paulo de de 2005

APRESENTANDO O DIÁRIO DE BORDO
--------------------------------

Quando iniciamos a prática em Terapia Comunitária, entramos para uma grande viagem que nos remete a diferentes passagens, paisagens e destinos. A cada sessão trilhamos um caminho onde só conhecemos o instrumento de transporte: os passos da sessão. As experiências, emoções e sentimentos compartilhados, as construções de sentido, e reconstruções de significado serão diferentes para cada usuário e cada terapeuta, a cada sessão.

Somos tocados por muitas dores e condições tão adversas de vida. Muitas vezes, ao realizar a avaliação, podemos nos dar conta de uma música, uma história contada ou outro tipo de intervenção que utilizamos e obtivemos dali, um contexto favorável àquelas pessoas ali reunidas a nosso redor. Noutras vezes, entendemos que poderia ter sido diferente, poderíamos ter lançado mão de outro tipo de recurso. Em todos esses momentos, nossas ressonâncias pessoais podem aflorar emoções e vivências, favorecendo algum tipo de mudança também para o terapeuta.

O sofrimento relatado é de natureza humana, mas, as oportunidades e condições de vida são tão distintas que podem nos surpreender como somos tocados pelo outro em suas narrativas...

O Diário de Bordo é um instrumento que criamos como forma de registro das experiências do Terapeuta Comunitário em suas navegações pelas rodas de TC (Marilene e Liz). Trata-se de relatar numa espécie de diário, as passagens mais significativas vividas a cada sessão pela lente do terapeuta comunitário a fim de registrar passagens profundamente humanas e que serão perdidas se não registrarmos.

Todas as passagens importantes podem ser registradas: das emoções, sentimentos e ressonâncias do terapeuta à utilização de técnicas específicas e seus resultados; do problema eleito pelo grupo ao mote utilizado; da música e do aquecimento ao ritual de agregação.

Não tem um formato específico. Cada navegador pode utilizar-se de seu próprio estilo pessoal e a forma com que se sente mais confortável para fazê-lo. Pode ser uma pasta em seu PC, um pequeno caderno, uma agenda ou o que preferir. Pode ser um relato livre e é possível seguir algum tipo de roteiro, se desejar. É individual e intransferível. Lembre-se, é um diário. A pedido de uma terapeuta comunitária em outra supervisão, elaborei um roteiro para facilitar-lhe os registros. É apenas uma sugestão e, usando a metáfora de Marilene Grandesso numa de nossas TCs, “é uma como se faz numa bandeja, você escolhe e pega somente o quê e se, o desejar”. Afinal, regra número um é não ar conselhos, pois o que é bom para um, pode não nada bom para outro.

Utilize algum tempo de sua semana para fazer registros de suas atividades em Terapia Comunitária. Relatórios de Sessão representam o documento que comprova suas horas de atividade, por exemplo.

A avaliação funciona como uma espécie de *mecanismo homeostático* ao oferecer um *feedback* imediato para compreender o que funcionou melhor ou não. Miriam Rivalta Barreto, que também desenvolve um modelo sistematizado de supervisão em TC concorda com relevância dos registros para o desenvolvimento do terapeuta comunitário, ao afirmar que a escrita promove um salto qualitativo na arte da TC e do trabalho nos diferentes espaços coletivos e é uma espécie de fotografia do antes e o depois (em BARRETO, 2005).



“O Diário de Bordo” é um registro seu e um auto-relato das suas experiências como terapeuta comunitário em formação. Suas experiências são ricas e você poderá usá-lo para trazer questões à supervisão, ou rever mais tarde, um exercício de reflexão. Poderá ser útil também, assim como outros registros, para uso em trabalhos para apresentação acadêmica e científica.

Boa viagem!

<b>ROTEIRO SUGESTIVO PARA O DIÁRIO DE BORDO</b>
---

**1- Informações de Sessão**

grupo / local / data / participantes / outras informações desejadas.

**2- Quais as questões mais relevantes?**

- a- em que sentido?
- b- De que maneira?
- c- O que fiz com isso?
- d- O que tenho feito para isso?
- e- O que estou fazendo para isso?

**3- Das pessoas que apresentaram maior dificuldade, penso que ajudei? Como e de que maneira?**

**4- Que ressonâncias eu tenho com as questões que foram apresentadas e trabalhadas hoje?**

**5- O que aprendi sobre mim mesmo(a) nessa sessão?**

**6- De onde eu, como terapeuta, tiro minha força para trabalhar com esse grupo?**

**7- O que eu estou levando daqui hoje?**

**8- Principais intervenções técnicas (rituais; motes; músicas) e criativas utilizadas.**

## DA SUPERVISÃO/INTERVISÃO

Este anexo tem por objetivo apresentar o material utilizado durante o processo de supervisão/intervisão. Preferimos adotar o termo intervenção, pois implica numa posição de horizontalidade do conhecimento, na participação ativa dos terapeutas e na troca colaborativa de todos os envolvidos, onde os diferentes olhares e visões são compartilhados. O primeiro momento que tomei contato com a expressão, ela foi utilizada por MARIA JOSÉ ESTEVES DE VASCONCELLOS durante o V Congresso Brasileiro de Terapia Familiar, em Salvador, julho de 2002. Encarregada de organizar o encerramento do congresso, trazendo uma visão dos trabalhos apresentados, Maria José reuniu vários profissionais formadores, representativos da maioria dos estados brasileiros para uma intervenção deste congresso. Assim, trata-se de uma particularidade no trabalho em TC, incluir a visão novo paradigmática de Maria José e consistente com nosso modo de pensar, no NUFAC-PUC-SP. A partir de 2006, Adalberto que conheceu a intervenção, passou a adotá-la oficialmente.

O material que se segue foi utilizado nas intervenções da Prefeitura Municipal de São Paulo, na UNESP e, depois, aprimoradas no Curso de TC do NUFAC-PUC.

Foram anexados os questionários que trabalhamos durante as intervenções, o **Diário de Bordo** e as **avaliações da intervenção**. Incluí o material desenvolvido pela Prof<sup>a</sup> Miriam Rivalta Barreto para o livro Terapia Comunitária passo-a-passo, que utilizei no último ano como meio para ressaltar a importância dos registros escritos.

Não foi agregado um trabalho importante, realizado com frequência nas intervenções, que é o **Mercado de Trocas**. Foi criado por minha companheira de TC e de intervenções, Marilene Grandesso. Trata-se de uma atividade realizada no início de cada encontro com intuito de que cada terapeuta contribua num dia, com as dinâmicas, técnicas de aquecimentos, rituais que conhece ou desenvolveu para troca entre todos. Muitas das técnicas que utilizo foram aprendidas com outros terapeutas em formação e com a própria comunidade. Como são várias técnicas diferentes, preferi apenas mencionar o trabalho, que tem se mostrado bastante útil.



## Folha de Registro de Sessão de Terapia Comunitária

1. Data \_\_\_\_\_ 2. Local de realização \_\_\_\_\_

3. Nome dos terapeutas

--	--	--

4. Número de participantes

Em primeira vez		Total
Em retorno		

4.1. Distribuição por Gênero:

Masculino	
Feminino	

4.2. Distribuição por faixa etária

Crianças (0-12 anos)	Adolescentes (13-17 anos)	Adultos(maior que 18 anos)

5. Três temas principais da sessão

1.
2.
3.

6. Qual o tema escolhido

--

7. Qual o MOTE apresentado?


8. Principais dificuldades encontradas na realização da sessão

1.
2.
3.
4.
5.

9. Observações

--

**CURSO DE TERAPIA COMUNITÁRIA  
NUFAC-PUC-SP  
FORMULÁRIO I - SUPERVISÃO CONTINUADA**



Prezado(a) Terapeuta comunitário(a):

É com satisfação que recebemos você a fim de partilharmos do processo de supervisão em Terapia Comunitária, participando de mais uma etapa de sua formação.

Preferimos pensar esse momento como *Intervisão*, isto quer dizer compreender nosso trabalho conjunto como um grande compartilhar de idéias, pensamentos, saberes e competências distintas que se conectam e iluminam a teia da TC.

Para iniciar, pedimos a gentileza de que preencha os dados abaixo, para melhor nos organizarmos.

Desde já, obrigada.

Liz

Membro da Equipe do Curso de TC e Supervisão Continuada.

**I - Informações Pessoais:**

Nome Completo:	
Endereço:	
CEP	Cidade:
Estado:	
Telefone Resid. (    )	Tel. Com. (    )
Celular: (    )	e-mail:

II - Onde e quando você realizou sua formação em TC?

III – No que consistiu sua capacitação (quais os módulos que você realizou, onde como)?

IV – Quantas sessões de TC você já realizou até agora?

V - Onde? Com quem? Há alguma especialidade neste(s) grupo(s)?

VI – Para quem entregou seus relatórios? Quando e quantos no total?

VII – Quais são, no seu entender, suas principais competências quanto à TC?

VIII – E quanto às suas principais dificuldades, quais são?

IX – Em relação à supervisão continuada, quais são suas expectativas? E interesses?

**X - Comentários e Sugestões.**



## **ESTRUTURA DE SUPERVISÃO**

### **MODELO de MIRIAM RIVALTA BARRETO**

- **Escrita:**

Importância de estimular o grupo de tcs-supervisionandos a exercitar a produção escrita, considerando as diferentes atuações no espaço coletivo, a fim de o tc possa se perceber sua prática, o próprio progresso e as mudanças em relação ao início de seu trabalho e o momento atual.

- **Sistematização:**

A frequência dos encontros de supervisão deve ser quinzenal ou, no máximo, mensal.

Apresentar um cronograma com datas e horários previamente agendados para uma boa organização e, portanto, sistematização do trabalho.

Considerar um local adequado para reflexões teóricas, práticas e dinâmicas vivenciais. Disponibilizar de material didático -pedagógico, bem como som, cds e colchonetes.

- **Acompanhamento Individual:**

Uma vez a cada dois meses, pelo menos, agendar encontros individuais a fim de promover uma reflexão particularizada sobre o desenvolvimento da prática de cada tc.

- **Metodologia:**

Durante a formação: uso de referências bibliográficas para leitura prévia e divisão de mini-grupos para estudo e apresentação de temas como os pilares, eixos teóricos e temas afins.

Num segundo momento: exercitar com o grupo, a prática de cada etapa da TC, evidenciando cada uma.



**restituição do problema** → a partir da fala do usuário, o tc retoma avalia, verbalmente a todos, se compreendeu o que este quis dizer (devolução terapêutica, *feed-back*, *acolhimento* e *compreensão terapêutica*). Apenas após a devolução da adequada ao significado compartilhado com do usuário, é que o tc abre para que outros usuários possam se identificar e apresentar o nome da dificuldade pela qual está passando.

Exercitar a **restituição do problema** com o grupo de supervisão é importante, uma vez que é a partir de sua compreensão que o grupo terá facilidade em fazer a **escolha do tema**. Não pode haver identificação com o que não está compreendido. Para o treino, o supervisor pode preparar previamente, diversos temas.:

- Terceira Etapa: construção do mote: Quarta etapa da sessão

**laçar o mote** – coringa, simbólico ou específico→ alma da TC. O exercício é fundamental, pois é a questão que vai permitir reflexão dos usuários; isto é, rever seus esquemas mentais e preconceitos, suas próprias experiências, favorecendo a ressignificação dos mesmos.

**A qualidade da escuta favorece um bom mote.** Não precisa haver muita pressa.

O supervisor pode apresentar um tema escolhido acompanhada por uma síntese da contextualização para que os tcs elaborem um mote. Deve também, solicitar que os supervisionandos elaborem uma síntese da contextualização do tema escolhido na última sessão da qual estes participaram.

**Exs:** medo de morrer.

**Mote Coringa:**

---

---

**Mote Simbólico ou Específico:**

---

---



**CURSO DE TERAPIA COMUNITÁRIA**  
**NUFAC-PUC-SP**  
**Avaliação de Atividade Diária - SUPERVISÃO**

Nome:

**1** - O quê eu estou levando da supervisão hoje – aprendizados, ganhos, novas competências e outros.

**2** - O quê eu espero nas próximas supervisões – estratégia de trabalho, atividades, necessidades e/ou dificuldades não contempladas, sugestões diversas.

NUFAC/PUC-SP  
CURSO TC –26/08/2005  
AVALIAÇÃO DA PRÁTICA  
DIFICULDADES E BONS RESULTADOS ETAPAS

Esta é uma avaliação acerca das dificuldades e dos bons resultados em cada uma das etapas da TC a fim de que você possa refletir sobre cada uma delas e partilhar com os demais. Por favor, responda às questões, por escrito e entregue ainda hoje. Obrigada e um bom trabalho

a- Quais as dificuldades que você enfrenta na etapa...?

b- Quais são os bons resultados que você tem obtido?

Explique.

1-ACOLHIMENTO

Dificuldades – / Bons Resultados:

---

---

---

---

---

---

---

2- ESCOLHA DO PROBLEMA

Dificuldades / Bons Resultados:

---

---

---

---

---

---

---

### 3- CONTEXTUALIZAÇÃO

Dificuldades / Bons Resultados

---

---

---

---

---

---

---

### 4- ESCOLHA DO MOTE

Dificuldades / Bons Resultados:

---

---

---

---

---

---

---

### 5- PROBLEMATIZAÇÃO

Dificuldades / Bons Resultados

---

---

---

---

---

---

## 6-RITUAL DE AGREGAÇÃO

Dificuldades / Bons Resultados

---

---

---

---

---

---

---

## 7-AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Dificuldades / Bons Resultados:

---

---

---

---

---

---

