

# Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras

Compreendendo suas interfaces e aplicações



Maria Henriqueta Camarotti  
Teresa Cristina Guedes de Paula Freire  
Adalberto de Paula Barreto  
(Organizadores)

# Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras

Compreendendo suas interfaces e aplicações



Maria Henriqueta Camarotti  
Teresa Cristina Guedes de Paula Freire  
Adalberto de Paula Barreto  
(Organizadores)



Brasília, agosto de 2011

Organização:

*Maria Henriqueta Camarotti*  
*Teresa Cristina Guedes de Paula Freire*  
*Adalberto de Paula Barreto*

Revisão Bibliográfica:

*Iara Carvalho*

Revisão Ortográfica:

*Leticia Aquino*  
*Maria Beatriz Barillo Ribeiro*

Projeto Gráfico e Diagramação:

*Fernando Brandão*

Impressão:

*Charbel Gráfica e Editora*

T315 Terapia comunitária integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações /Maria Henriqueta Camarotti, Teresa Cristina Guedes de Paula Freire, Adalberto de Paula Barreto, organizadores. -- Brasília: MISMEC-DF, 2011. 394 p.; 21 cm.

ISBN: 978-85-64911-00-0

Inclui bibliografia.

1. Terapia comunitária integrativa. 2. Psicologia. I. Barreto, Adalberto de Paula. II. Camarotti, Maria Henriqueta. III. Freire, Teresa Cristina Guedes de Paula.

CDU 316.6

Bibliotecária responsável: Danusa Regina Damini Guimarães – CRB 1 / nº 1874

# *Agradecimentos*



*Agradecemos a todos que caminharam conosco na construção deste livro.*

*Com carinho especial a todos os terapeutas comunitários  
e aos autores pelo esforço e dedicação.*

*Aos tradutores Daniel do Amaral Filho e Maria Auxiliadora Kneipp.*

*Aos revisores Danusa Guimarães, Iara Carvalho, Leticia Aquino,  
Maria Beatriz Barillo Ribeiro e José Baião.*

*A Fernando Brandão, Fausto Salim e sua Gráfica Charbel.*

*Ao Mismec-DF e Abratecom, eternos companheiros de caminhada.*

*Aos nossos familiares e amigos que, com imenso carinho, nos inspiraram.*

## A TERAPIA DO COTIDIANO

Farei meu cotidiano com eles,  
Nossa terapia comunitária.

Se não houver cadeiras,  
Usaremos tijolos.  
Se não houver salas,  
Sentaremos à beira do riacho,  
Debaixo de uma mangueira...

Trataremos apenas do possível, sem segredos.  
Falaremos de coisas simples,  
Do nosso dia-a-dia.  
A noite mal dormida,  
Um amor que partiu,  
Um sonho que não se realizou...

Cantaremos juntos, nossas cantigas,  
Aqueles que ouvimos desde criança,  
Ou aquelas que encantam os nossos corações  
E embalam nossa carência afetiva...

Vamos celebrar a vida,  
Cantando e batendo palmas...  
Pois é assim que se celebra,  
Com alegria e felicidade, ritmo e poesia...

A Adalberto e Airton Barreto,  
À TCI e aos terapeutas comunitários da complexa rede solidária da vida.

*Marcelo Abdala*  
Nova Friburgo – RJ, 10/09/2009



Sobre os autores .....	8
Prefácio 1 .....	12
<i>Selma Hinds</i>	
Prefácio 2 .....	13
<i>Nicole Hugon</i>	
Apresentação.....	16
<i>Maria Henriqueta Camarotti, Teresa Guedes Freire e Adalberto de Paula Barreto</i>	
Algumas palavras .....	18
<i>Adalberto de Paula Barreto</i>	
Introdução.....	26
<b>A Trajetória da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa</b>	
<i>Miriam Rivalta Barreto, Adalberto de Paula Barreto e José Airton de Paula Barreto</i>	

## PRIMEIRA PARTE

### TCI, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Filosofia e a Terapia Comunitária Integrativa:	
Uma compreensão à maneira clássica.....	53
<i>Julia Camarotti Rodrigues, Maria Henriqueta Camarotti e Pedro Paiva Barcellos</i>	
Terapia Comunitária Integrativa, Psicologia e Sociologia:	
Na compreensão e no apoio das relações interpessoais.....	79
<i>Vinicius Farani López e Maria das Graças Farani López</i>	

Terapia Comunitária Integrativa e a Sociologia .....	94
<i>Rolando Lazarte</i>	
Psicologia Comunitária e Terapia Comunitária Integrativa: Práticas que se estreitam.....	110
<i>Josimar Alcântara Mendes</i>	
Terapia Comunitária Integrativa e o Pensamento Complexo: Os setes saberes necessários à rede solidária.....	122
<i>Marcelo Pimentel Abdala-Costa</i>	
Terapia Comunitária Integrativa e Psicodinâmica do Trabalho: Tecendo o contexto da Saúde Laboral.....	137
<i>Sarah Maria Coelho de Souza e Dulcicleide de Araújo Melo</i>	
A função social da música nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa .....	162
<i>Maria da Conceição de Matos Peixoto</i>	

## SEGUNDA PARTE

### TCI E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

A compreensão do grupo na Terapia Comunitária Integrativa.....	177
<i>Liliana Beccharo Marchetti</i>	
Terapia Comunitária Integrativa e Terapia Narrativa: Ampliando possibilidades.....	196
<i>Marilene Grandesso</i>	
A Terapia Comunitária Integrativa e a Teoria do Apego .....	225
<i>Teresa Guedes Freire</i>	

Educação Terapêutica do Paciente e Terapia Comunitária Integrativa .....	241
<i>Nicole Hugon</i>	
A Terapia Breve Centrada na Solução e a Terapia Comunitária Integrativa .....	264
<i>Jean-Pierre Boyer</i>	
A atitude de “não saber” desenvolvida por <i>Brief Family Center</i> e a TCI .....	279
<i>Ricardo Rodari</i>	
Terapia Comunitária Integrativa e Exercícios para Liberação do Trauma (TRE): Abordagens novo paradigmáticas respondendo aos desafios atuais.....	292
<i>Mariano Pedroza</i>	
O Simbolismo da Dor: Quando a boca cala os órgãos falam .....	311
<i>Adalberto de Paula Barreto</i>	

### TERCEIRA PARTE

#### TCI E AS APLICAÇÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

Terapia Comunitária Integrativa e Estratégia de Saúde da Família: Práticas convergentes.....	337
<i>Flavio Goulart</i>	
Terapia Comunitária Integrativa e o diálogo Freiriano na construção do curriculum escolar .....	363
<i>Maria Lucia de Andrade Reis e Guilene Salerno</i>	
Sou mais forte que a doença: a Terapia Comunitária Integrativa no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	382
<i>Fabiola Slaviero, Marília da Rosa Giudice e Miriam Tereza Vali Solé Rocha</i>	



## *Sobre os Autores*

**ADALBERTO BARRETO:** Professor da Faculdade de Medicina da UFC. Doutor em Psiquiatria pela Universidade René Descartes – Paris. Doutor em Antropologia pela Escola de Altos Estudos de Ciências Sociais de Paris e Universidade de Lyon 2 – França. Licenciado em Filosofia e Teologia pela Universidade Santo Tomás de Aquino – Roma e Universidade Católica de Lyon- França. Criador da Metodologia da Terapia Comunitária Integrativa. **abarret1@matrix.com.br.**

**AIRTON BARRETO:** Advogado, Terapeuta Comunitário. Membro do Emaús Vila Velha, Fortaleza, Ceará. Precursor da Terapia Comunitária juntamente com seu irmão, Adalberto Barreto.

**DULCICLEIDE DE ARAÚJO MELO:** Assistente social, pós-graduada em Estratégia e Gestão Empresarial pela UFCE, terapeuta comunitária integrativa, Diretora Secretária do MISMEC-DF Gestão 2010/2012. **dulci@correios.com.br.**

**FABÍOLA SLAVIERO:** Psicóloga, terapeuta comunitária. **fabiolas5cba@gmail.com.**

**FLAVIO A. DE ANDRADE GOULART:** Professor titular aposentado da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRZ. **goulart.fa@gmail.com.**

**GUILENE SALERNO:** Professora da Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre, Psicóloga e Terapeuta Comunitária do Pólo Formador CAIFCOM. **guilene@cpovo.net.**

**JEAN-PIERRE BOYER:** Psiquiatra Hospitalar, Chefe de Departamento de Adictologia do Hospital de Grenoble- Fr., terapeuta comunitário e formador da TCI na França.

**<http://dr.jpboyer.free.fr/>  
[jpboyer0545@gmail.com](mailto:jpboyer0545@gmail.com).**

**JOSIMAR ANTÔNIO DE ALCÂNTARA MENDES:** Psicólogo e terapeuta comunitário em formação. **[josimards@yahoo.com.br](mailto:josimards@yahoo.com.br)**.

**JULIA CAMAROTTI RODRIGUES:** Psicóloga, mestre em psicologia, terapeuta comunitária, instrutora da Escola de Filosofia Nova Acrópole. **[juliaccg@yahoo.com.br](mailto:juliaccg@yahoo.com.br)**.

**LILIANA BECHARO MARCHETTI:** Psicóloga clínica e hospitalar, psicoterapeuta familiar e terapeuta comunitária integrativa; psicóloga colaboradora no PROJEPSI – Projeto de Neuropsiquiatria da Epilepsia do IPq HCFMUSP; sócia fundadora da ABRATECOM, ABRATEF e APTF; coordenadora, professora e supervisora do Pólo Formador em TCI – TCendo.sp – ensino e desenvolvimento. **[lilibmarchetti@hotmail.com](mailto:lilibmarchetti@hotmail.com)**.

**MARCELO PIMENTEL ABDALA-COSTA:** Especializando em sofrimento psíquico na contemporaneidade, psicólogo, terapeuta comunitário atuando em Saúde Mental Comunitária, processos grupais, etnicidade, psicologia comunitária e complexidade. **<http://mitco-nf.blogspot.com>  
[marceloabdala\\_psi@yahoo.com.br](mailto:marceloabdala_psi@yahoo.com.br)**.

**MARIA DA CONCEIÇÃO DE MATOS PEIXOTO:** Mestre, musicoterapeuta, terapeuta comunitária e atua no CAPS ad em Goiânia. **[somdosafetos@gmail.com](mailto:somdosafetos@gmail.com)**.

**MARIA DAS GRAÇAS FARANI LÓPEZ:** Presidente do Pólo Formador de Terapia Comunitária na Bahia – MISC-BA, terapeuta comunitária, pós-graduada em psicologia Junguiana pela APPJ (Associação Paulista de Psicologia Junguiana). **gracafarani@yahoo.com.br.**

**MARIA HENRIQUETA CAMAROTTI:** Neurologista, psiquiatra, homeopata, especialista em saúde do trabalhador, mestre em psicologia, Gestalterapeuta, formadora da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil e em Moçambique, presidente do MismecDE, consultora em saúde mental. **henriquetac@gmail.com.**

**MARIA LUCIA DE ANDRADE REIS:** Terapeuta Comunitária, Formadora e Coordenadora do Pólo Formador CAIFCOM Sul de Minas. **malureis@uol.com.br.**

**MARIANO PEDROZA:** Psicoterapeuta Holístico, Analista Bioenergético (CBT), Formador em Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no Brasil e na África e Trainer Internacional em Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE). **marianopedroza@gmail.com.**

**MARILENE GRANDESSO:** Doutora em psicologia clínica, terapeuta de família, casais e indivíduos; terapeuta comunitária, fundadora e coordenadora do INTERFACI – Instituto de Terapia, Família, Casal, Comunidade e Indivíduo; professora do NUFAX-PUC-SP. **mgrandesso@uol.com.br.**

**MARÍLIA DA ROSA GIUDICE:** Enfermeira e terapeuta comunitária. **marilia\_giudice@hotmail.com.**

**MIRIAM TEREZA VALI SOLÉ ROCHA:** Médica e terapeuta comunitária. **miriamsolerocha@brturbo.com.br**

**MIRIAM RIVALTA BARRETO:** Psicóloga, terapeuta comunitária com especialização em terapia familiar e psicopedagogia. Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade. Assessora Pedagógica na formação

em TCI junto ao MS. Presidente da Abratecom – gestão 2005-2007. Membro do MISMEC – CE, Diretora do Centro da Família e da Comunidade (CE). Profa. TCI e Resgate da Autoestima no Brasil e exterior. **miriam@baydenet.com.br**.

**NICOLE HUGON:** Médica chefe da Clínica Saint Barnabé, especializada em alcoologia, terapeuta comunitária e formadora em Marseille-França. **hugonn@wanadoo.fr**.

**PEDRO PAIVA BARCELLOS:** Psicólogo, instrutor da Escola de Filosofia Nova Acrópole. **pedropaivabarcellos@gmail.com**.

**RICARDO RODARI:** Psicólogo, educador social, terapeuta comunitário, Prof. da Haute Ecole de Travail Social – Genebra, Suíça. **r.rodari@bluwin.ch**.

**ROLANDO LAZARTE:** Doutor em sociologia (USP), terapeuta comunitário, escritor. Membro do Pólo Formador do MISC-PB/ Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Paraíba e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental Comunitária da UFPB. **elzarat@gmail.com**.

**SARAH MARIA COELHO DE SOUSA:** Assistente social, pós-graduada em psicodinâmica e clínica do trabalho pelo Instituto de Psicologia – UnB, terapeuta comunitária integrativa, Vice-Presidente do MISMEC-DF Gestão 2010/2012. **sarahvida1000@yahoo.com.br**.

**TERESA GUEDES FREIRE:** Psicóloga, mestranda em psicologia Clínica pela UnB e Terapeuta Comunitária. **http://terapiacomunitariapsicanalise.blogspot.com**  
**teresa.guedes@uol.com.br**.

**VINÍCIUS FARANI LÓPEZ:** Mestre em Família na Sociedade Contemporânea pela UCSal (Universidade Católica do Salvador), Psicólogo (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública) e pós-graduado em Psicologia Junguiana pela APPJ (Associação Paulista de Psicologia Junguiana). **vinicius\_fdc@yahoo.com.br**.



## *Prefácio 1*

Passaram-se quase 25 anos desde que um jovem médico psiquiatra cearense, Adalberto Barreto, criou a metodologia da Terapia Comunitária Integrativa com o intuito de acolher o sofrimento e cuidar de tantos excluídos, em uma favela, em Fortaleza, Ceará. Um sonho sonhado; um sonho que ao longo destes anos passou a ser compartilhado por inúmeras pessoas, do Norte ao Sul do Brasil, que cruzou fronteiras e foi acolhido em outros países, outros continentes.

Este livro, que agora chega às nossas mãos, fruto do trabalho cuidadoso de profissionais competentes e realizadores, traz uma multiplicidade de olhares lançados sobre a TCI. Olhares estes que passeiam por todas as etapas desta fascinante metodologia, instigando a desejar conhecê-la e entendê-la cada vez mais.

Cada texto apresenta as inúmeras experiências de seus autores bem como encerra estilos muito pessoais que me fazem recordar o quanto as diferenças enriquecem e fazem crescer. Este livro, oportuna iniciativa de nossos companheiros Maria Henriqueta Camarotti, de Adalberto Barreto e de Teresa Guedes Freire, vem em auxílio não só dos que já fazem parte do contingente da TCI, como dos que se interessam em ampliar seus conhecimentos em todos os sentidos.

Agradeço a possibilidade de conhecer melhor cada autor e seu caminhar e, convido você, cara leitora, caro leitor, a passear por estas páginas, deixando-se guiar por elas e permitindo-se encantar com este movimento de generosidade e inclusão que é a Terapia Comunitária Integrativa.

*Selma Hinds*  
Presidente da Abratecom<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Associação Brasileira de Terapia Comunitária.

## *Prefácio 2*



A ideia deste livro nasceu, conversando (Nicole e Keta), nas noites disso e daquilo, entre Marselha e Brasília... A Terapia Comunitária Integrativa (TCI), como uma prática inovadora, carrega uma revolução tranquila, em sintonia com o movimento das transformações humanas deste novo século. Seus alicerces teóricos são bem conhecidos pela comunidade dos terapeutas comunitários. Ela é fundamentada em descobertas de Paulo Freire, Teorias da Comunicação, Pensamento Sistêmico, Antropologia Cultural e a Teoria da Resiliência.

Estes eixos teóricos fundamentam também a origem de outras práticas inovadoras e de desenvolvimento teórico no campo médicopsicossocial, que podem ser entendidos como diversos ramos de uma árvore enraizada na mesma terra.

As ideias são seres vivos que nascem e crescem, evoluem e se alimentam entre si, numa rede de cérebros humanos interconectados. As conversações entre indivíduos, livros, internet, artigos nas revistas científicas, congressos etc. são jardins de mentes nos quais estas ideias germinam, crescem, polinizam, encontram-se, casam-se, brincam entre si, desenvolvendo o que o Prof. Adalberto Barreto chama de “choque criativo”. Nós fomos sensibilizados ao perceber ideias e práticas de diferentes áreas que sintonizavam com os princípios básicos da TCI.

No campo da filosofia e das ciências humanas, a palavra chave é “complexidade”. A TCI oferece um exemplo concreto da possibilidade de uma globalização humana, democrática, não colonizadora, da convivência entre culturas diversas, trabalhando com a complexidade, numa ida e volta permanente entre teoria e prática, pensamento e

ção, indivíduo e grupo, vendo seres humanos em suas relações complexas com os outros, com o meio ambiente, a cultura, a história, etc.

No campo das abordagens terapêuticas, a palavra chave é “*acreditar nos recursos do outro*”, mudando de modo radical o olhar do “cuidador”, enfatizando a competência das pessoas e dos grupos na busca de soluções para seus sofrimentos. Essa fé na competência das pessoas, das famílias, das comunidades encontra-se em abordagens diversas, algumas aqui apresentadas na segunda parte do livro.

No campo das políticas públicas, o tema chave é: *participação do povo na promoção da saúde*. Neste sentido, a TCI pode ser um recurso nas situações em que o sofrimento humano, a perda da solidariedade e dos valores culturais tradicionais gera solidão, intolerância, sofrimento social e perda de autoestima. Com a globalização, em todas as partes do mundo, a palavra solidariedade é o *mote* para superar os desafios deste século. Os desafios no campo da saúde são, entre muitos, a superação dos limites do modelo biomédico, a promoção da saúde, do bem-estar, a prevenção das patologias causadas por fatores ambientais, estresse, consumo de álcool e outras drogas, etc...

A princípio, estes campos não pareciam comunicar-se suficientemente com o campo da TCI. Não encontramos na literatura sobre a TCI referências suficientes sobre outras práticas, e por outro lado, não foram encontradas referências sobre essa abordagem nas publicações de outras disciplinas. Portanto, a TCI parecia um pouco isolada dentro do campo das práticas psicossociais, apesar de seu importante avanço no Brasil e em outros países. Esta falta de base teórica causou problema na criação da referência sobre a TCI no *Wikipedia*: O artigo foi criticado por não ter ligações suficientes com outras entradas (referências). Nós percebemos esta lacuna, e defendemos a criação de um espaço comum de intercâmbio entre a TCI e as várias áreas afins.

Essa troca pode ser compreendida em dois sentidos: primeiro, como a TCI poderia enriquecer e transformar estas disciplinas afins,

e, segundo, como outras abordagens podem oferecer ideias criativas na prática da TCI. É de novo a ideia do choque criativo.

A comunidade dos Terapeutas Comunitários contribui para a pesquisa-ação que se desenvolve nas muitas áreas onde acontecem as Rodas de TCI, entre elas a saúde, áreas sociais e das ciências humanas em geral. Esperamos que este livro contribua para a reflexão compartilhada e vivenciada por todos.

*Nicole Hugon*<sup>2</sup>

Marselha, 15 de junho de 2011.

---

<sup>2</sup> Médica, especializada em alcoologia e terapeuta comunitária, diretora técnica da Clínica Saint Barnabé em Marselha, Fr.



## *Apresentação*

A cada ano a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) vem ampliando os seus horizontes, rompendo fronteiras, ocupando novos espaços e andando de braços dados com outras abordagens. Esta multifacetada metodologia permite que nos aproximemos de outros olhares e, juntos, dos vários pontos de vista, observemos as questões humanitárias vivenciadas nos grupos comunitários e nos encontros de formação dessa terapia.

Este livro é fruto de um sonho: ampliar o alcance e compreensão da nossa terapia comunitária, colocando-a disponível para o diálogo aberto e profundo com as inúmeras áreas do conhecimento. Esta obra é uma antena que se propõe sintonizar os caminhantes desta jornada humana, percurso tão maravilhoso trilhado pelos terapeutas comunitários.

A proposta é proporcionar subsídios para que os estudiosos da TCI possam responder algumas de suas inquietações, e aprofundar as correlações percebidas com as diversas referências disciplinares. Este Livro representa uma aliança entre os diferentes olhares e os princípios e práticas desta metodologia. Imaginamos que esta obra possa estimular a produção científica dos parceiros desta jornada, como também a leitura dos textos escritos e publicados pela rede de estudiosos da Terapia Comunitária.

Os capítulos estão organizados em três partes: Filosofia e Ciências Humanas; Abordagens Terapêuticas; e, Aplicações nas Políticas Públicas da Saúde e Educação. A primeira parte versa sobre a TCI nas áreas humanas, áreas cruciais para se compreender qualquer abordagem que busca intervir positivamente na qualidade de vida das populações.

A segunda parte propõe-se a estudar a aliança da TCI com as várias abordagens psicológicas e sociais: estudo do grupo, terapia

breve centrada na solução, TRE (exercícios para liberação do trauma), teoria do apego, terapia narrativa, educação terapêutica do paciente, terapia breve centrada na solução em finalmente, a atitude de “não saber”, desenvolvida por *Brief Family Center*

A terceira parte inicia um diálogo, que acreditamos ser imensamente profícuo, com as políticas públicas da saúde e educação. Nessa direção, a TCI tem condições de ser um instrumento facilitador na implantação das mudanças necessárias para a melhoria, e quiçá, reflexão paradigmática da saúde e da educação.

A ideia desse Livro foi gestada em terras francesas, numa conversa nossa com Nicole Hugon. Depois lançamos a proposta na rede Abratecom, que, de imediato, respondeu com muitos simpatizantes que se disponibilizaram a escrever seus capítulos. Mesmo sem ter podido fazer parte da equipe de organizadores a Nicole está conosco nessa ideia, nesse Livro, muito grata minha amiga!

Desde essa semente até hoje, foram acontecendo muitas trocas de ideias, idas e vindas de textos, concordâncias e discordâncias, erros e acertos... Entendemos que estávamos surfando nos ideais da Terapia Comunitária, que tem sempre nos ensinado a viver o choque criativo. Em alguns momentos até ouvíamos a “musiquinha” entoada pelas mãos do Adalberto quando fala da criatividade que surge da diferença.

Enfim, concluímos nossa obra e porque não dizer: começamos nossa obra, porque agora vem a melhor parte: a participação dos leitores! Entendemos que a intersecção dessas disciplinas seja apenas um começo para o desenvolvimento de inúmeras outras parcerias e estudos. Nós, organizadores, acreditamos que demos o primeiro passo nessa caminhada e esperamos que outras iniciativas fortaleçam os alicerces da TCI no campo científico.

Brasília, 15 de junho de 2011

*Maria Henriqueta Camarotti*

*Teresa Guedes Freire*

*Adalberto de Paula Barreto*

Neste ano a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) completa 25 anos de existência. Em todos estes anos temos trabalhado na consolidação da sua identidade. Já sabemos que a TCI não é uma psicoterapia de grupo, pois não concentra sua ação na patologia, prerrogativa dos profissionais da saúde mental. Ela se propõe a suscitar uma dinâmica que possibilite a partilha de experiências e a criação de uma rede de apoio aos que sofrem. A TCI centra seu foco no acolhimento coletivo do sofrimento das pessoas. É um grupo terapêutico, pois acolhe de forma calorosa as dores da alma. Ela é uma ação cidadã que transcende classes sociais, credos e partidos políticos.

Assim como cada etapa da história do universo é marcada pela invenção do homem de criar uma nova forma, de lutar contra o esfriamento devido a sua expansão, a TCI se propõe ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflituoso. A TCI tem se tornado um espaço de interconexão das diversas redes de apoio não governamentais – AA, NA, ALANON, pastoral das diversas igrejas e governamentais – PSF, CAPS, escolas, justiça etc. Recursos esses que precisam ser reconhecidos e valorizados em todo programa de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A comunidade age onde a família e as políticas sociais falham. Nós afirmamos que a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro e no respeito às diferenças. Os profissionais devem ser parte dessa construção. Ambos se beneficiam: a comunidade gerando autonomia e inserção social e os profissionais se curando de seu autismo institucional e profissional, bem como de sua alienação universitária.

A Terapia Comunitária Integrativa apresenta três características básicas:

**Primeira.** A discussão e a realização de um trabalho de promoção da saúde mental, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros.

**Segunda.** A ênfase no trabalho de grupo, promovendo a formação de grupos de mulheres, jovens, pessoas de terceira idade etc, para que, juntos, busquem soluções aos problemas cotidianos e possam funcionar como escudo protetor para os mais frágeis, sendo instrumentos de agregação social.

**Terceira.** A criação gradual da consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano e, sobretudo, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras.

A Terapia Comunitária Integrativa, que se orienta pela abordagem sistêmica, busca soluções a partir do próprio grupo. Portanto, esta abordagem permite a construção de diálogos, a partir da escuta ativa, oferecendo a chance de se fazer uma opção, em face das inúmeras estratégias que emergem a partir de uma problemática apresentada por um indivíduo e escolhida pelo grupo. Desta forma, se constroem laços de afetividade entre as pessoas que reforçam a trajetória identitária de seus membros. É preciso, pois, que o terapeuta apoie o dinamismo interno do grupo, para que este descubra seus valores, suas potencialidades, e se torne mais autônomo e menos dependente.

O modelo da TCI é construído no cruzamento dos caminhos do tradicional e do moderno. Na terapia tradicional (popular), a cura passa pela pertença aos valores culturais. O processo de cura não implica apenas em prescrever medicamentos, mas, sobretudo, estabelecer laços com o grupo e com os valores de sua própria cultura. Toda a sociedade humana dispõe de seus mecanismos terapêuticos.

Não somos nós, terapeutas comunitários, que definimos o que é cura, e, sim, o indivíduo integrado no seu tecido cultural e social. A cura recobre tantas realidades, quantas sociedades, culturas e subculturas.

O terapeuta é o catalisador que acelera, modera e orquestra o trabalho terapêutico do grupo. Sua função terapêutica compreende, apenas, acolher o grupo, suscitar questionamentos, provocar discussões, trazer elementos clarificadores, para que o grupo desenvolva a sua vocação terapêutica.

Trata-se, sobretudo, de uma terapia com vocação preventiva que permite ao homem que sofre enfrentar a nova realidade que o ameaça, uma terapia que o leva a não se alienar de sua própria cultura e perder-se de sua própria identidade; que o ajuda a sentir-se membro de uma comunidade que tenha reconhecido o seu jeito de existir. A terapia comunitária permeia os múltiplos aspectos da construção social como o econômico, educacional, político e de saúde.

A TCI é muito mais centralizada nos “laços” do que nos “espaços”; laço é, sobretudo, a relação estável e dinâmica com a terra, os sistemas simbólicos e os vizinhos. Com a migração, os indivíduos perdem suas raízes, perdem seus laços e suas referências identitárias. O conceito de laço define uma outra visão do sofrimento e do processo terapêutico. A TCI favorece uma tomada de consciência das implicações humanas, na gênese das crises e dos conflitos, para que a própria comunidade possa sentir-se implicada e copartícipe dos acontecimentos.

Na TCI não existe a diferença provocada pela verticalidade de uma instituição terapêutica entre pacientes e terapeutas, mas, sim, uma horizontalidade. Assim, o poder fica diluído e é circulante, todos contribuem e todos recebem.

Na Terapia Comunitária ocorre uma partilha de experiências de vida e saberes de forma horizontal e circular em espaços públicos. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta ativa das histórias de vida. Todos são corresponsáveis na busca de soluções e

superação dos desafios do cotidiano em um ambiente caloroso. Na Roda de TCI, a palavra é o remédio, o bálsamo, a bússola para quem fala e para quem ouve. É da partilha de experiência entre as pessoas que se alivia o sofrimento das dores e se vislumbram novas pistas de superação de seus problemas. A comunidade torna-se espaço de acolhimento e de cuidado, sempre atenta às regras: fazer silêncio, não dar conselhos, não julgar, falar de si em primeira pessoa, propor músicas, poesias e histórias apropriadas.

Essa proposta terapêutica busca intervir no sentido de criar condições para transformar um grupo humano impessoal em uma comunidade dinâmica, solidária, onde o indivíduo não sofra apenas as injunções punitivas ou discriminativas do grupo, mas que receba, também, seu apoio, seu suporte e sua força. Busca, ainda, aumentar o grau de coesão do grupo, para que ele sirva de escudo, de apoio emocional, e permita, também, avaliar, com os pés no chão, as projeções e introjeções de cada um. O grupo terapêutico permite, a cada um, reconstruir uma nova identidade, sem perder a continuidade de sua história. Ele passa a ser visto como uma pessoa, participando de uma comunidade, que se interessa e se preocupa com todos. Dessa forma, a comunidade passa a servir de escudo protetor contra as ameaças fragmentárias da atual sociedade.

O terapeuta comunitário para ser bem sucedido no seu trabalho precisa entender que a diversidade é outro elemento importante. Ele deve *defender a ideia de que SER diferente não quer dizer ser doente e poder afirmar que, na cultura, não existe hierarquia, pois todo indivíduo tem seu lugar e sua contribuição, e que não existe um centro do saber – o saber de tal ou qual país – por exemplo, o saber dos Estados Unidos, o saber da Europa – uma vez que toda cultura e todas as pessoas têm sua forma de conhecer, fazer e celebrar.*

O terapeuta comunitário precisa entender que as culturas e os saberes não têm sido valorizados como deveriam. Ele só será um bom

terapeuta se conseguir lidar com a diferença, sem querer “colonizá-la”. É preciso admitir que a riqueza está na diferença. *Cada um é rico naquilo que o outro é pobre.*

A Terapia Comunitária Integrativa, nessa perspectiva, injeta pensamentos positivos sobre a pessoa e sobre a sua relação com o mundo, revitalizando sua capacidade de reação e mobilização das energias vitais, em função de uma transformação integral – física, mental, emocional, espiritual e social.

A Ecologia do Espírito permite entender as diversas expressões da cultura brasileira, com sua diversidade de crenças e religiões. A pessoa pode ser católica, umbandista, ateu, espírita, curandeira, não importa. A ela não deve ser imposta nenhuma hierarquia nessa diversidade, nenhuma exclusão. Daí porque o terapeuta comunitário precisa ser uma pessoa aberta. O próprio nome já está dizendo: *terapeuta comunitário*, uma pessoa aberta para a comunidade, para acolher as diferenças, como valores dignos de serem levados em consideração. Faz parte do crescimento ver a pessoa humana como filho de Deus, como irmão universal, e não compartimentado numa religião, cor ou classe social.

Tudo isso só será possível se o terapeuta tiver fé na comunidade, acreditar na comunidade como um sistema sábio, com possibilidades próprias de superação e de resolução dos problemas. A TCI se baseia sob dois pressupostos fundamentais: **Toda pessoa, qualquer que seja sua condição socioeconômica ou cultural, mesmo que desconheça, possui recursos e saberes úteis aos outros. Estas competências provêm das dificuldades superadas e dos recursos culturais. Sob estas bases, as partilhas ocorrem de forma horizontal e circular, uma vez que o que é valorizado não é a diferença de situação econômica ou universitária, mas a variedade das experiências de vida. Todos se encontram no mesmo patamar.**

A conduta do terapeuta deve seguir uma ética que se baseia no respeito ao outro e na importância de uma escuta que permite ao

outro explicitar suas motivações profundas, suas dúvidas e verdades. **A TCI é pautada pela ética das relações a serviço dos valores da vida, igualdade, justiça e cidadania.**

A condição de dirigente da terapia o impede de condenar atitudes contrárias aos seus valores pessoais. O conhecimento de que ele dispõe deve estar a serviço do crescimento do grupo, e não em benefício de um poder pessoal. É importante que fique claro que o que nos une na terapia é o forte desejo de juntos buscarmos soluções para nossos problemas, consolidarmos os vínculos interpessoais, resgatarmos a capacidade terapêutica do grupo e mobilizá-lo na construção da cidadania.

A TCI consolida sua identidade, quando passa a aceitar seus limites e tem a humildade de “aceitar desconhecer”. É desta consciência que nasce o desejo da colaboração interdisciplinar, de estabelecer o diálogo com outras áreas do conhecimento. Daí porque fazemos os encaminhamentos para os especialistas, as instituições especializadas, quando necessário.

Este livro é uma tentativa de demarcar as proximidades e diferenças entre a proposta da TCI e outras aéreas disciplinares, numa perspectiva de proporcionar um intercâmbio de informações entre as várias abordagens do sofrimento humano e da promoção da vida, numa dialética que mobiliza as diversas competências em torno de um mesmo interesse. Cada ator, cada especialista precisa além de conhecer bem sua disciplina, seu terreno de atuação, ter conhecimento dos conteúdos e métodos das outras abordagens para salvaguardar a comunicação necessária e indispensável à formação deste novo espaço do conhecimento. A proposta da TCI na busca de soluções compartilhadas exige que:

- Relativizemos nossos modelos e esquemas. Para isso precisamos rever conceitos, romper com os estereótipos dos outros modos de pensar e agir, frutos de uma educação preconceituosa, totalitária e fechada a outras. Essa postura dificulta uma ação interdisciplinar e transcultural;

- Precisamos instalar a dúvida em nossas certezas (toda certeza é uma prisão). Só pode haver crescimento quando questionamos, duvidamos, pois, a dúvida nos abre a novas perguntas e gera um movimento de busca; instala-se o diálogo, emergem as inovações;
- Ter a humildade para nos abrir a novas formas de perceber o homem, imerso em suas relações e contextos socioculturais;
- Ousar transpassar fronteiras geográficas e conceituais. Neste esforço de construção coletiva pela partilha de estratégias de superação das dificuldades do cotidiano precisamos fazer uma ruptura com dois obstáculos:

O **narcisismo individual** que quer impor sua verdade, funcionando como um obstáculo para a ação coletiva, **já que ele se alimenta de um** discurso e prática excludentes de outras, empobrecimento de toda ação (“espelho, espelho meu, existe alguém mais inteligente do que eu?”).

Em segundo lugar o **neocolonialismo** que quer impor a verdade única, modelo único e leitura única, como uma nova forma de dominação, colonização. Um ponto de vista é apenas a vista de um ponto. Todo discurso e prática hegemônicos, predatórios, impositivos, controladores, etnocêntricos são verdadeiros empecilhos **a ações** colaborativas. Poder respeitar as funções dos outros é uma questão ética e cidadã, onde o outro é visto como um valor, um conhecimento a ser valorizado, integrado.

Desta forma podemos substituir o saber totalitário e tirânico que tenta legitimar-se, para podermos estabelecer um diálogo incessante entre profissionais, com a comunidade, numa verdadeira ecologia do espírito, ou seja, ser capaz de pensar o homem na sua relação com o universo.

Precisamos superar as diferenças epistemológicas, os diversos códigos de expressão, integrar os distintos enfoques conceituais em prol

de uma causa que nos anima e concentrar esforços provenientes das distintas abordagens para promover a saúde e a qualidade de vida. Precisamos de um diálogo permanente, para não nos sectarizarmos.

Somente assim poderemos lograr uma melhor solução dos problemas que se apresentam e construir uma unidade do saber, integrando as diversas formas de saber filosófico, econômico, político. Integrar, articular, relacionar os diferentes conhecimentos. E de tal forma que o homem deixe de ser objeto da ciência para ser percebido como sujeito consciente de seu destino.

*Adalberto Barreto*

Morro Branco, 3 de junho 2011



## *Introdução*

# A Trajetória da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa

*Miriam Rivalta Barreto, Adalberto de Paula Barreto e  
José Airton de Paula Barreto*

## **1. O BERÇO DA TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA INTEGRATIVA (TCI)**

A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI) nasceu em 1987 do encontro entre o “saber acadêmico” e o saber “construído pela experiência de vida na superação dos desafios do cotidiano” para responder às demandas do Centro de Direitos Humanos da Comunidade do Pirambú, a maior favela do Estado do Ceará, Brasil. A promoção desse encontro foi uma iniciativa do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a coordenação do psiquiatra, teólogo e antropólogo, Prof. Dr. Adalberto Barreto e do advogado Airton Barreto.

As primeiras e principais demandas trazidas pela comunidade que procurava o Centro de Direitos Humanos da Comunidade do Pirambú eram individuais e centradas na busca de medicamentos para controlar problemas, tais como: insônias, crises nervosas, sentimentos e ou situações de abandono, discriminação, desemprego e fome, além da violência doméstica, alcoolismo e outras drogas.

No entanto, a solução para essas demandas estava atrelada à busca de psicofármacos por parte da população. As pessoas que procuravam o Centro de Direitos Humanos não faziam a relação entre os seus sofrimentos e o macro-contexto social, econômico, político, cultural, étnico, de gênero e espiritual no qual estavam inseridas. Em verdade, a comunidade aguardava que a solução para as suas dores viesse de esferas externas, ou seja: técnicos/especialistas, políticos ou religiosos, gerando assim relações de dependência e assistencialismo.

Para Barreto (2008), o resultado desse ciclo de dependência também sinaliza o adormecimento do potencial humano e cultural, não permitindo que indivíduos, famílias e a própria comunidade descubram soluções a partir das competências locais. Isto é, esse processo tem como consequência a descrença em si e no outro, na sua história, em suas raízes, enfim, em sua cultura.

Essa realidade centrada no indivíduo, nos medicamentos e nos técnicos, políticos ou religiosos foi, num primeiro momento, um grande desafio para o Prof<sup>o</sup> Dr. Adalberto Barreto, pois como passar de um modelo que gera dependência para um modelo que nutre autonomia e protagonismo? Como romper com a concentração da informação e fazê-la circular numa linguagem acessível para que todos possam se beneficiar dela? Como resgatar o saber dos antepassados indígenas, africanos, europeus, orientais e a competência adquirida pela experiência de vida dessas populações? Como acolher o sofrimento sem ter que medicá-lo como se fosse patologia? E ainda: como ultrapassar um modelo centrado na procura espontânea, na atenção individual, na cura medicamentosa e possibilitar uma ação de promoção da saúde coletiva? (BARRETO, 2008).

Mas, segundo o Prof<sup>o</sup> Adalberto (2001, 2008), o maior desafio de todos foi descobrir estratégias para fazer o grupo acreditar em si mesmo, em suas competências, valorizar e respeitar sua origem, crer em seus valores e princípios, nos recursos disponíveis na comunidade e na sua cultura. Enfim, como se trabalhar para romper o fenômeno da desvalorização pessoal, familiar e comunitária.

E foi nesse contexto de indivíduos confusos e descrentes de seus referenciais estruturantes que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI) surgiu enquanto prática social e complementar à rede de apoio; buscando favorecer a saúde coletiva e promover os direitos dos indivíduos, famílias e comunidades à justiça social, igualdade e dignidade.

Nesse sentido, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa se consolidou como um “espaço no qual se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular, onde cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. E todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação de desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso”. (BARRETO, 2008, p. 35).

O próprio nome (Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa) contém as intenções e prerrogativas dessa prática. O termo “terapia”, por exemplo, cuja origem é grega, significa acolher, ser caloroso, cuidar, servir, atender. A palavra “comunidade”, separada em seus principais radicais, deriva os termos “comum” e “unidade”; na Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa, parte-se do princípio de que as pessoas têm algo em “comum”: os sofrimentos, alegrias, conquistas, e há a busca de soluções, apoio recíproco na partilha de experiências e na superação de suas dificuldades, fazendo com que a reunião do grupo seja uma unidade que comporta também as diferenças.

Como “sistêmica” entende-se que os sofrimentos que indivíduos, famílias e comunidades enfrentam no dia a dia como, por exemplo: estresse, alcoolismo e outras drogas, desemprego, depressão, violência, fratura dos vínculos sociais, conflitos familiares e outros estão relacionados com o macro contexto social, econômico, político, cultural, étnico, de gênero e espiritual. Por isso mesmo, “os indivíduos, famílias e comunidades pertencem a uma rede relacional capaz de autorregulação, protagonismo e crescimento” (BARRETO, 2008, p. 179).

E essa também é uma prática “integrativa” porque diz respeito tanto à luta contra o isolamento e a exclusão quanto à valorização da diversidade das culturas, do saber fazer, das competências construídas de geração em geração. Na Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa, a cultura é vista como um precioso recurso pedagógico e uma excelente aliada para a promoção da cultura da paz, da saúde, da cidadania, da abundância de vida para todos.

## 2. OBJETIVOS

Assim sendo, a TCI tem quatro principais objetivos:

- Apoiar indivíduos, famílias e comunidades na descoberta e **valorização de seus valores**, princípios e potencialidades, para que se tornem mais autônomos e menos dependentes dos especialistas, políticos e religiosos;
- Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de exclusão de indivíduos, famílias e comunidades por meio da restauração e fortalecimento dos vínculos sociais e de encaminhamentos socioeconômicos e educacionais;
- Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas de saber “popular”, “científico” e “político”;
- Intervir nas determinantes sociais da saúde, em especial na redução do estresse e fortalecimento e ampliação da rede de apoio social.

Para tanto, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa mantém seu foco no acolhimento e na reflexão do sofrimento cotidiano, gerado por situações estressantes, por meio da partilha e escuta amorosa e respeitosa. Dessa forma, possibilita que os indivíduos, as famílias e as comunidades possam “digerir” seus dilemas e, quando necessário, fazer ou recomendar encaminhamentos a rede de apoio social como, por exemplo: unidades de saúde, grupos de autoajuda, movimentos populares e associações, delegacia da mulher.

Isso porque o objetivo da TCI é no trabalho de grupo no qual o foco da sua intervenção é no sofrimento, jamais na patologia. Isto é, essa prática não é uma psicoterapia, em que prerrogativa é de responsabilidade dos especialistas (BARRETO, 2008). Ela se propõe a suscitar uma dinâmica que possibilite a partilha de experiências de dificuldades, alegrias e superações, criando uma rede de apoio aos que sofrem, fazendo das crises uma oportunidade especial de crescimento.

### 3. APLICABILIDADE

E também por ter esse caráter de trabalho em grupo cujo foco é o sofrimento, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa tem sido desenvolvida nos mais diferentes contextos como, por exemplo, clubes, igrejas, penitenciárias, associações de bairro, ONGs, praças públicas, escolas, instituições públicas e privadas, com populações de qualquer nível socioeconômico e diferentes faixas etárias.

Essa pluralidade de possibilidades de contextos é possível na TCI porque, nessa prática, os indivíduos, famílias e a comunidade estão no centro, e as interações que ali ocorrem complementam a rede de apoio social disponível no diferentes contextos.

No entanto, os espaços onde as Terapias Comunitárias são desenvolvidas precisam ser, sobremaneira, agradáveis e tranquilos, de modo que se permita a disposição das cadeiras em círculo e se possibilite a escuta. A limpeza, a ventilação e a disponibilidade de banheiros e bebedouros também fazem parte da organização do espaço onde serão realizados os encontros.

O acesso geográfico aos locais de realização da atividade também é outro fator fundamental. É preciso facilitar a presença da comunidade, de preferência sem levar em conta custos financeiros.

Agora, em qualquer contexto em que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa for aplicada, é aconselhável agradecer a disponibilidade do espaço aos responsáveis, mas esclarecer que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa transcende classe sociais, partidos políticos, ideologias, opções religiosas, condições financeiras, etc. Todos são bem-vindos. O lema é incluir, incluir sempre.

### 4. PÚBLICO-ALVO

A terapia comunitária é um espaço aberto a todo ser humano, de diferentes faixas etárias (crianças, jovens, adultos e melhor idade), independente de raça, cor, credo, condição financeira; basta ter o

desejo de celebrar experiências significativas vivenciadas ao longo da vida, por meio da partilha de sofrimentos e alegrias do cotidiano. Os participantes contam com o apoio, atenção e respeito da comunidade, com o intuito de superar preconceitos, ressignificar o vivenciado, “desculpabilizar-se”, tomar consciência da sua participação na gênese dos dilemas do cotidiano e suas implicações sociais, bem como reconhecer e expressar suas habilidades e competências, consolidando a rede de diálogo a serviço da superação das preocupações em questão.

A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa precisa ter garantido o espaço de expressão das suas inquietações do dia a dia, isto porque, independente da faixa etária, todo ser humano, pode:

- Estar sujeito aos sofrimentos decorrentes do macro contexto social, econômico, político, cultura, étnico, de gênero e espiritual;
- Expressar de diferentes maneiras seus conflitos, medos, dúvidas, preocupações, inquietações, dilemas do cotidiano e receber atenção e respeito;
- Acreditar, respeitar e ressaltar o seu próprio potencial e o do outro;
- Favorecer o diálogo, a reciprocidade pela qual quem ensina também aprende, sem lugar privilegiado;
- Assumir-se como sujeito sócio-histórico-cultural;
- Rejeitar qualquer tipo de discriminação e preconceitos;
- Acreditar que mudar é possível, que o ser humano é dinâmico e inacabado;
- Incentivar a alegria, o querer bem, a solidariedade, a esperança, a generosidade, a humildade, o comprometimento e engajamento consigo mesmo e com o outro, a curiosidade, a tomar conscientemente decisões e a liberdade.

Quanto ao número de participantes, temos que ter sempre em mente que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa é um espaço

aberto à comunidade. Isso implica conviver com entradas e saídas constantes dos membros da comunidade/instituição, ou seja, lidar com os imprevistos. O importante a ressaltar é que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa pode acontecer com grupos de diferentes tamanhos (5, 6, 7, 8, 9, 10, 30, 100....), com o horário de início e término, favorecendo a presença da comunidade. Pois é a presença efetiva da comunidade que vai permitir ao terapeuta comunitário a realização da sua prática. O tempo de duração é de 1h15m a 1h30m, isto é, frequentemente a TCI tem essa duração, sendo que, para alguns grupos, esse tempo pode ser menor como, por exemplo: TCI com crianças, adolescentes, usuários dos caps, etc. A periodicidade das rodas deve ser preferencialmente semanal, considerando a disponibilidade da equipe de terapeutas comunitários, bem como da comunidade ou instituição.

Outra questão importante a ser dita é que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa pode ser aplicada a grupos abertos/espontâneos nas comunidades e ou instituições ou com grupos específicos como, por exemplo: diabéticos, hipertensos, adolescentes e gestantes.

## **5. OS EIXOS TEÓRICOS**

Os eixos teóricos que dão sustentação a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa são: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a pedagogia de Paulo Freire e a resiliência. É preciso que o terapeuta comunitário tenha conhecimento desses eixos teóricos e possa, assim, aplicá-los em sua prática.

### **5. 1. O enfoque sistêmico**

Essa abordagem indica que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se forem percebidos como partes integradas de uma rede complexa, cujas ramificações ligam e relacionam as pes-

soas num todo, que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade. Para resolver os problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais, é necessário ter consciência desse pertencimento e das relações que se estabelecem a partir daí.

Em outras palavras, a abordagem sistêmica é uma maneira de abordar, de ver, de situar, de pensar um problema em relação ao seu contexto. Propicia aos participantes da TCI perceber que o ser humano está imerso no conjunto de suas relações com a família, com a comunidade, com a sociedade, com seus valores e suas crenças. É uma visão necessária não apenas ao terapeuta, mas a todo o grupo que participa das terapias que precisa entender o contexto no qual o indivíduo e o grupo estão inseridos.

## **5. 2. A Teoria da Comunicação**

Esse eixo teórico sinaliza para o terapeuta comunitário que é pela verbalização dos problemas/sofrimentos/dilemas/preocupações que se pode compreendê-los com maior clareza. A explicitação envolve necessariamente a expressão, a linguagem, a comunicação e, para que haja uma boa comunicação, segundo Watzlavick (1998), é necessário compreender alguns princípios básicos, tais como:

- Todo comportamento é uma comunicação;
- Toda comunicação tem dois componentes: a mensagem e a relação entre as pessoas que estão se comunicando;
- Toda comunicação depende de pontuação;
- Toda comunicação tem duas formas de expressão: a verbal (falada e escrita) e a não-verbal (analógica ou gestual);
- A comunicação pode ser simétrica (baseada na semelhança) ou complementar (baseada na diferença).

Tais princípios demonstram que a consciência que se tem de si é fruto de uma relação de comunicação com o outro.

### 5.3. Antropologia Cultural

Para a antropologia cultural, o grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais é o referencial a partir do qual cada membro de um grupo constrói sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazer suas opções no cotidiano. A cultura é, portanto, um elemento referencial fundamental na construção da identidade pessoal e grupal.

E é esse reconhecimento da identidade que permite ao sujeito o exercício pleno da cidadania e o rompimento com a dominação e a exclusão social, pois o autorreconhecimento implica a aceitação da existência e do direito do outro à expressão e à convivência. Assim, quando houver o reconhecimento de que, mesmo num único país, convivem várias culturas e que todas elas merecem ser respeitadas, será possível perceber com mais clareza que a diversidade cultural é boa para todos e verdadeira fonte de riqueza de um povo e de uma nação. Se a cultura for vista como um valor, um recurso que deve ser reconhecido, mobilizado e articulado de forma complementar com outros conhecimentos, mais facilmente os potenciais de crescimento de uma nação se revelarão, mais problemas sociais encontrarão sua resolução e, então, se efetivará a construção de uma sociedade mais fraterna e mais justa.

### 5.4. A Pedagogia de Paulo Freire

A situação de ensino-aprendizagem na qual a TCI se apóia requer um fundamento pedagógico para a prática terapêutica comunitária. Uma referência fundamental para a compreensão dessa relação é a pedagogia de Paulo Freire<sup>1</sup> (1980, 1983, 1989). Para esse educador, ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador experiente e que sabe tudo para um educando

---

1 Sobre Paulo Freire ver: *Pedagogia do Oprimido* (1983), *Educação como prática da liberdade* (1989), *Pedagogia da esperança: um encontro com a pedagogia do oprimido* (1993), *Conscientização* (1980), entre outros. Sobre Paulo Freire e TCI ver: BARRETO, Miriam Rivalta. *Trajatória vocacional do terapeuta comunitário: um novo olhar social*, 2001.

inexperiente que não sabe nada. Ensinar é, antes, um exercício de **diálogo**, de troca, de reciprocidade. Para ser funcional, essa troca exige uma associação pertinente entre **teoria e prática**. A aprendizagem só se efetiva quando o educando relaciona os conteúdos programáticos à sua realidade (familiar, comunitária, eclesial, escolar, etc...). A relação com a realidade passa pelo plano de expressão dos educandos por meio da explicitação do seu saber e da apreensão dos novos saberes, de modo que educandos e educadores se assumam como sujeitos sócio-histórico-culturais.

Do ponto de vista de Paulo Freire (1980, 1983, 1989, 1993), é necessário que haja, entre outros fatores, respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e ética; corporeificação das palavras pelo exemplo; risco; aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação (preconceituosa); reflexão crítica sobre a prática; reconhecimento e assunção da identidade cultural; consciência do inacabamento; reconhecimento de ser condicionado; respeito à autonomia do ser do educando; bom senso; humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos educadores; apreensão da realidade; alegria e esperança; convicção de que a mudança é possível; curiosidade; segurança, competência profissional e generosidade; comprometimento; compreensão de que a educação é uma forma de intervenção no mundo; liberdade e autoridade; tomada consciente de decisões; saber escutar; reconhecimento de que a educação é ideológica; disponibilidade para o diálogo; querer bem aos educandos. O perfil acima aproxima a função do educador da função de terapeuta comunitário e convida ambos a um contínuo fazer e refazer, agir e refletir.

## 5. 5. Resiliência

A resiliência é outra base importante para a Terapia Comunitária e vem da própria história pessoal e familiar de cada participante. A matéria-prima do processo de conscientização são as crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um, expostos ao grupo de forma que se possam descobrir as implicações sociais das experiências pessoais e

a gênese da miséria e do sofrimento humano. O esforço individual e o coletivo para identificar e nomear as dores também alimenta a luta por melhores condições de vida para as pessoas, para as famílias, para a comunidade. Muito mais do que, nas teorias gerais ou nas teorias especializadas, é no conhecimento e valorização das vivências dos membros da comunidade que reside a competência essencial do terapeuta. Não que um dispense a outro, mas as teorias gerais e especializadas, muitas vezes, precisam ser adaptadas para dar conta da singularidade de cada grupo/comunidade/família/sujeito.

Além desses principais eixos teóricos, considerando a realidade do grupo que está em formação, outras questões teóricas podem ser acrescentadas como, por exemplo: uma formação em TCI com ênfase no combate e na prevenção do uso de álcool e outras drogas, relacionando as políticas públicas sobre drogas e a atenção à violência, ao tratamento e reinserção social de usuários e familiares.

Outros eixos norteadores ainda podem ser levados em consideração, de acordo com a necessidade dos grupos, como: uma TCI relacionada à promoção da vida e da cidadania; a terapia comunitária na prevenção e atenção à violência no contexto familiar e comunitário, etc. Uma formação voltada à educação para a autonomia: da dependência à autonomia, codependência. A formação poderá englobar também noções básicas de saúde mental em contextos no quais se trabalha com esse público.

Em vários estados do Brasil, cidades foram devastadas pelas chuvas, assim, nesses contextos, poderia ser sugerida uma formação em TCI com ênfase em calamidades públicas: os efeitos de estresse e do trauma para indivíduos, famílias e comunidades.

Ou seja, dependendo das necessidades próprias dos diversos contextos, a formação dos futuros terapeutas poderá englobar também outros eixos norteadores que correspondam às dificuldades vividas por um determinado grupo, com o intuito que a comunidade pense conjuntamente sobre seus problemas e suas soluções através do incentivo do terapeuta.

## **6. DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA E AS SUAS REGRAS**

A prática da TCI é feita em seis etapas principais: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização ou partilha de experiências, encerramento reflexivo e apreciação. Todas essas etapas apresentam tempo mais ou menos determinado:

### **6.1. Acolhimento**

Hora do aquecimento em grupo, de dar as boas vindas, desenvolver uma atividade recreativa, que ajude a descontrair e permita ao grupo relaxar; hora de explicar em poucas palavras o objetivo da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa e apresentar também as regras que garantam a escuta respeitosa e evitam as manipulações ideológicas. São quatro regras, a saber: não dar conselhos, nem julgar ou fazer sermão, discurso; ouvir quem está falando; falar na primeira pessoa; apresentar música, piada, história relacionada ao tema em questão.

### **6.2. Escolha do Tema**

É o momento em que o terapeuta comunitário destaca a importância de falar dos sofrimentos do cotidiano, lembrando ao grupo que, em cada encontro, somente **um** tema será escolhido e refletido coletivamente.

### **6.3. Contextualização**

Agora, o participante que teve seu tema escolhido é convidado a dar mais informações sobre o que está vivendo. Nesse momento da Roda, todos os presentes podem fazer perguntas que favoreçam ao protagonista uma reflexão de si, dos seus vínculos e suas perspectivas futuras, permitindo que o sofrimento do cotidiano seja ressignificado no contexto em que está inserido.

#### **6.4. Problematização ou Partilha de Experiências**

Hora de lançar o mote, ou seja, a pergunta chave que permite a reflexão coletiva, uma vez que a situação trazida pelo protagonista, muito provavelmente, fez emergir situações semelhantes vivenciadas e suas respectivas estratégias de superação pelos outros participantes do grupo.

#### **6.5. Encerramento Reflexivo**

Todos os presentes podem falar sobre o que aprenderam com as experiências de vida relatadas, enfatizando a conotação positiva.

#### **6.6. Apreciação**

É o momento em que a equipe de terapeutas comunitários aprecia o desenvolvimento da sua atuação, com o objetivo de aprimorar suas próximas atuações.

As interações entre os participantes da roda estão presentes em todas as etapas, possibilitando o acolhimento respeitoso; a troca de experiências; o reforço e a ampliação dos vínculos; o empoderamento e incentivo à corresponsabilidade na busca de novas possibilidades comunitárias e existências.

### **7. A FORMAÇÃO EM TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA INTEGRATIVA**

A formação em terapia comunitária tem uma carga horária que totaliza 360 h/a distribuídas em:

- 80 h/a Teóricas Presenciais;
- 80 h/a Vivências Terapêuticas Presenciais;
- 80 h/a Intervisões Presenciais;

- 120 h/a de Prática – que corresponde a 48 rodas de terapia comunitária.
- 40h/a de formação continuada – após o término da capacitação inicial

O curso de formação em Terapia Comunitária geralmente ocorre em módulos de 40h/a, contendo: teorias, vivências terapêuticas e treinamento das rodas de terapia comunitária. Sendo que, nos intervalos entre os módulos, acontecem as intervisões e as práticas regulares de terapia comunitária nas comunidades/instituições, totalizando a carga horária de 360horas/aulas. Essa metodologia modular da formação em Terapia Comunitária é o modelo preferencial, pois ela assegura a prática como ponto de partida das reflexões teóricas necessárias para clarificar e consolidar uma ação reflexiva.

Os critérios de seleção para participar da formação em terapia comunitária são: ser escolhido dentro de sua área de abrangência territorial ou institucional; ter conhecimento sobre a rede de apoio de sua comunidade; ter interesse e disposição para trabalho de equipe e comunitários, ter disponibilidade para participar de práticas vivenciais terapêuticas durante o curso; condição de participar das aulas do curso, conforme o formato de desenvolvimento da programação; ter disponibilidade para realizar uma terapia comunitária semanal; e idade acima de 21 anos.

As atribuições do terapeuta comunitário, em sua prática, equivalem à organização do diálogo, favorecendo a consciência social transformadora, devolvendo aos seres humanos a condição de autoria de sua própria história e sujeito de suas escolhas.

Para que isso de fato se efetue, o terapeuta comunitário deve: conduzir as rodas, atento ao acolhimento do grupo, todos devem se sentir acolhidos; observar as regras (silêncio, não julgar, não dar conselhos, etc.) e fazê-las valer; centrar as perguntas em torno das estratégias de superação das dificuldades. As perguntas feitas devem favorecer a reflexão de si e dos seus vínculos familiares, profissionais, comunitários e devem estar ligadas ao processo e não aos resultados.

O terapeuta deve estar preparado ainda para fazer emergir as “pérolas”, os saberes construídos pelo grupo, possibilitando tanto ao protagonista quanto ao grupo presente clarificar suas questões e, com isso, fazer suas próprias descobertas.

O terapeuta tem de conhecer a rede de atenção comunitária existente na localidade para que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa possa dar apoio às outras atividades e especialidades da rede; deve ainda ser ainda poliglota de sua própria cultura, ou seja, conhecer os diferentes códigos culturais utilizados na expressão do sofrimento.

O terapeuta deve estar pronto para realizar encaminhamentos para a rede de apoio social (governamental e não governamental), nos seus diferentes níveis de complexidade. Isso pressupõe que ele tem que ser bem consciente dos objetivos da terapia e dos limites de sua intervenção para não extrapolar sua função. Essa prática se propõe a suscitar uma dinâmica que possibilite a partilha de experiências e criação de uma rede de apoio aos que sofrem.

E, por fim, o terapeuta deve registrar os dados da roda de Terapia Comunitária Integrativa para apreciação de sua atuação (aprimoramento da prática) e organização das informações (desencadear ações complementares). **Veja anexo 1.**

Vale ainda ressaltar que qualquer pessoa que conclui a formação pode ser terapeuta comunitário ou animar uma roda de TCI, visto que esta prática não é uma psicoterapia, não trabalha a doença e nem visa buscar nenhuma cura, muito menos centra-se na patologia. O acolhimento e o cuidado passam pela inserção dos indivíduos, famílias e comunidades na rede de apoio social. Na TCI o foco da atenção está no acolhimento do sofrimento cotidiano em espaços coletivos, públicos e comunitários.

## **8. MAPA DE ATUAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA INTEGRATIVA.**

No Brasil, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa atua em todas as regiões e é legitimada e regulamentada pela ABRATECOM

– Associação Brasileira de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa ([www.abratecom.org.br](http://www.abratecom.org.br)).

Na Europa, atua na França, Suíça, Alemanha, Itália e Dinamarca e é representada pela AETCI – Associação Europeia de Terapia Comunitária Integrativa ([www.aetci.romandie.ch](http://www.aetci.romandie.ch)).

Na África, em Moçambique, está sendo implantada numa parceria entre o Ministério da Saúde e Ministério das Relações Exteriores do Brasil, Ministério da Saúde de Moçambique (Misau), Instituto Brasileiro de Ação Popular (Ibrap) e Movimento Integrado de Saúde Comunitária do DF (MismecDF). Na América Latina, está sendo desenvolvida na Argentina, Uruguai e Chile.

Sua validação mais recentemente aconteceu durante a **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, realizada entre 27 de junho e primeiro de julho de 2010, em Brasília-DF, aprovando a TCI como **política pública PRIORITÁRIA NACIONAL**.

Todas essas conquistas se deram pelo reconhecimento dos resultados obtidos com a prática da TCI em diferentes contextos e com a participação de populações na promoção da saúde e da cidadania.

Entre os resultados obtidos, estão: o fortalecimento da autoestima e o empoderamento de indivíduos, famílias e comunidades; a possibilidade de articulação proveitosa entre o “saber científico” e o “saber popular”; a participação ativa da comunidade na busca de soluções para os seus sofrimentos do cotidiano de forma horizontal e circular; a valorização e o reconhecimento das redes sociais de apoio solidário; o reconhecimento das competências individuais, familiares e comunitárias.

Além dos resultados mencionados, outros fatores contribuíram para que Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa se faça presente em todo território nacional, atingindo o patamar de **política pública PRIORITÁRIA NACIONAL nas esferas municipais, estaduais e federais**, América Latina, Europa e África, isto é, a TCI, enquanto uma ação terapêutica criativa e efetiva, permite:

- Perceber o ser humano e seu sofrimento em rede relacional;
- Desconcentrar a atenção na doença e concentrá-la na promoção da saúde, integrando todas as dimensões da vida humana, indo além do sintoma, identificando não só a extensão da patologia, mas, também, o potencial daquele que sofre;
- Respeitar a singularidade, a diversidade cultural e o direito à saúde para todos, independentemente da faixa etária, credo, cor ou condição financeira.

Hoje, em território nacional, somam-se 44 (quarenta) pólos formadores (**Ver anexo 2**) habilitados para capacitar profissionais de diferentes áreas nessa prática terapêutica com eficiência e eficácia, além das parcerias governamentais e não governamentais. Atualmente são 25.000 terapeutas comunitários formados e em formação, desenvolvendo a TCI em: associações de bairro, escolas/universidades, corporações, cooperativas, salas de espera das unidades de saúde, pastorais de diversas igrejas, pontos de cultura, empresas, redes de saúde, CRAS, penitenciárias, praças públicas, instituições públicas e privadas, rede de apoio não governamental: AA, NA, ALANON.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Todos juntos somos forte, Somos flecha e somos arco  
Todos nós no mesmo barco, Não há nada pra temer”*  
(Saltimbancos, Chico Buarque)

A criação da TCI tem longa e bem sucedida trajetória; suas bases estão no casamento entre o saber científico e o saber popular, entre a teoria e a prática reflexiva; seu método, diferente de modelos que podem gerar dependência, preza pelo solucionar juntos, pelo respeito e agregação das diferenças, pelo empoderamento de cada indivíduo, pela valorização cultural da comunidade. É acima de tudo uma prática calcada no respeito, na escuta amorosa e no saber circular para o fortalecimento das redes de apoio.

Em resumo, podemos dizer que a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa possui três características básicas, segundo o Professor Adalberto Barreto: a discussão e a realização de um trabalho de saúde mental preventivo e que busca engajar todos os elementos culturais e sociais presentes na comunidade. A ênfase da terapia é no trabalho em grupo para que as pessoas busquem juntas as soluções para os problemas cotidianos e assim também possam se tornar instrumentos de agregação social. A criação de uma consciência social para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações de seus problemas e possam descobrir suas potencialidades transformadoras.

A TCI vem se fortalecendo ainda mais no Brasil com seu reconhecimento por parte da sociedade e do poder público em 2010. Também alguns países da Europa, da América Latina e em Moçambique, na África, já desenvolvem a TCI. Os bons resultados obtidos nas rodas de terapia em todo mundo, a facilidade de seu desenvolvimento nos mais variados espaços e a participação da população de forma geral consolidam essa prática como método eficaz e criativo para a promoção do bem estar social.

Nesse sentido, a formação de terapeutas comunitários (por meio dos pólos formadores autorizados e com sua carga horária e conteúdos específicos) torna-se também profundamente relevante para a melhoria e prevenção na área da saúde, nas relações humanas de forma geral e representa uma mudança de paradigma no “pensar e fazer” em sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2008.

BARRETO, M. C. R. **A trajetória vocacional do terapeuta comunitário**: um novo olhar social, 2001 (Dissertação. Fafire-PE, PUC/RS).

FREIRE, P. **Conscientização**. 3. ed. São Paulo: Novaes Ltda, 1980.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**: introdução de Francisco C. Weffort. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

MORGADO, A; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 1, p. 19-26, 1994.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, M. R. (Orgs.). **Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1987.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1998.

# ANEXO 1

## FICHA 2: ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Estado: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Pólo Formador de TC: \_\_\_\_\_

Localização:

Endereço do local da TC	Data	Horário

Integrantes da Equipe:

Nome	Telefone	E-mail
1-		
2-		
3-		

Número de Participantes na Terapia Comunitária

	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Total
Feminino					
Masculino					
Total					

Marque os itens numerados abaixo que correspondem aos temas propostos na TC. Detalhe o tema no espaço ao lado do item marcado, se necessário.

(1) Estresse	(8) Depressão
(2) Conflitos familiares	(9) Trabalho
(3) Droga	(10) Rejeição
(4) Alcoolismo	(11) Prostituição
(5) Conflitos	(12) deficiências Mentais
(6) Abandono	(13) Discriminação
(7) Violência	(14) Outro. Qual

Tema Escolhido na Roda: \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

### PÓLOS FORMADORES EM TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA INTEGRATIVA

Fonte: ABRATECOM: ABRIL/2011

	Pólo	Cidade	Estado
Região Norte	1. MISMEC- AM facyarraes@hotmail.com	Manaus	Amazonas
	2. SOPSI - Serviço de Orientação Primária a Saúde Integral sopsi@oi.com.br	Belém do Para	Pará

	Pólo	Cidade	Estado
Região Nordeste	3. MISC- MA lindia-luz@hotmail.com	São Luis	Maranhão
	4. MISC-PB marfilha@yahoo.com.br	João Pessoa	Paraíba
	5. Espaço Família aureasilva2005@yahoo.com.br	Recife	Pernambuco
	6. Aquarius aquariusnac@gmail.com	Recife	Pernambuco
	7. Instituto Maria dos Prazeres narcizochagas@gmail.com	Teresinha	Piauí
	8. MISC/Sobral	Sobral	Ceará
	9. MISMEC - CE projeto@4varas.com.br	Fortaleza	Ceará
	10. MSMCBJ - CE apaula_02@hotmail.com	Fortaleza	Ceará
	11. Centro de Estudos da Família e da Comunidade - CE miriam@baydenet.com.br	Fortaleza	Ceará
	12. MISC -BA gracafarani@yahoo.com.br	Salvador	Bahia
	13. UCSAL	Salvador	Bahia
	14. COFAM - Centro de Orientação Familiar josenog@terra.com.br cofam.ba@ig.com.br	Salvador	Bahia

	<b>Pólo</b>	<b>Cidade</b>	<b>Estado</b>
<b>Região Sudeste</b>	15. Afinando a Vida doramusicoterapia@hotmail.com	Guaxupé	Minas Gerais
	16. MISC - MG marlenerg@terra.com.br	Ipatinga	Minas Gerais
	17. MISC dos Vales maurinoBERToldo@yahoo.com.br	Governador Valadares	Minas Gerais
	18. CAIFCOM Sul de Minas malureis@uol.com.br	Pouso Alegre	Minas Gerais
	19. Instituto Mantiqueira	Delfim Moreira	Minas Gerais
	20. Instituto Noos biacostamilan@gmail.com	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	21. Centro de Estudos da Família e da Comunidade - RJ selhinds@uol.com.br cefcjrj@uol.com.br	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	22. CEAF - Centro de Estudo e Assistência a Família adalsalete@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	23. Tcendo.sp - Ensino e Desenvolvimento lilibmarchetti@hotmail.com liafukui@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	24. INTERFACI: Instituto de Terapia Família, Casal, Comunidade e Individuo interfacci@yahoo.com.br mgrandesso@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	25. Pólo de Formação em Terapia Comunitária UAKTI*ARA mariaselma55@yahoo.com.br	São Paulo	São Paulo
	26. SMS/CEFOR silicusinato@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	27. MISC/Ciranda Social silicusinato@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	28. PROTEF DA ESOFS - Programa de Terapia Familiar da Escola de Psicodrama Sistêmico	São Paulo	São Paulo
	29. MITECOM/AMADURECER - Movimento Integral de Terapia Comunitária arterterlopes@yahoo.com.br	São Paulo	São Paulo
30. UNIFESP/HSP - Curso de Especialização em Terapia Comunitária	São Paulo	São Paulo	
31. UNIFESP/Enfermagem "Nos te apoiamos" eryana.ops@terra.com.br	São Paulo	São Paulo	

	Pólo	Cidade	Estado
Região Sudeste	32. ASF - Associação Saúde da Família ayrescac@yahoo.com.br	São Paulo	São Paulo
	33. GEEBEM telma841@terra.com.br	São Paulo	São Paulo
	34. Pólo Formador de Terapia Comunitária maltempi@terra.com.br	Presidente Prudente	São Paulo
	35. ABC elianeguerranunes@yahoo.com.br;	Santo André	São Paulo

	Pólo	Cidade	Estado
Região Sudeste	38. MISC São Carlos cristianoneto@ufscar.br	São Carlos	São Paulo
	39. Piracema - Núcleo Regional de Atenção a Família joseosimonetti@gmail.com	Sorocaba	São Paulo

	Pólo	Cidade	Estado
Região Sul	40. Pólo Formador em Terapia Comunitária de Londrina graca.martini@sercomtel.com.br	Londrina	Paraná
	41. Hospital de Clinicas - UFPR t.dalla@uol.com.br	Curitiba	Paraná
	42. CAIFCOM SC caifcom@caifcom.com.br	Florianópolis	Santa Catarina
	43. CAIFCOM RS caifcom@caifcom.com.br	Porto Alegre	Rio Grande do Sul

	Pólo	Cidade	Estado
Região Centro oeste	44. MISC - TO marijpaz@yahoo.com.br	Palmas	Tocantins
	45. MISC-MT misc.mt@gmail.com	Sorriso	Mato Grosso
	46. MISMEC/DF mismecdf@terra.com.br henriquetac@gmail.com	Brasília	Distrito Federal
	47. MISC/GO mauromend@yahoo.com.br	Goiânia	Goiás





PRIMEIRA PARTE

*TCI, filosofia e ciências humanas*



# *Terapia Comunitária Integrativa e a Filosofia à Maneira Clássica*

*Julia Camarotti Rodrigues, Maria Henriqueta Camarotti e  
Pedro Paiva Barcellos*

## **INTRODUÇÃO**

O objetivo deste capítulo é destacar as relações existentes entre os princípios da Filosofia à Maneira Clássica (FMC) e a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). A proposta comum dessas duas áreas do conhecimento é o desenvolvimento do potencial humano. Diferentemente da crença comum, a filosofia sempre foi compreendida pelos pensadores ocidentais e orientais, não só como um ramo do conhecimento intelectual, mas, sobretudo, como uma via de crescimento prático, que permite ao homem conquistar a si mesmo, descobrir seus recursos internos para concretizar seus sonhos e progredir enquanto humanidade (LIVRAGA, 2010).

Classicamente a filosofia não apresentava outro sentido que não fosse prático, que ajudasse o ser humano a se posicionar diante de si mesmo, das pessoas, do mundo, do universo (LIVRAGA, 2010; STOKES, 2007). Nessa direção, a TCI se aproxima da Filosofia à Maneira Clássica, pois a proposta dessa metodologia também é fornecer ferramentas para o homem encontrar em si e na sua rede de apoio comunitária algum grau de sabedoria passível de ser aplicada em seu cotidiano.

Como reflexão comparativa, pode-se perceber que as possibilidades são infinitas e neste capítulo serão destacadas algumas dessas relações, o que permite reavivar a importância da TCI como fomento ao crescimento humano. Clarear essa relação pode servir como fundamento para a educação e o desenvolvimento comunitário e contribuir muito para o avanço crescente da Terapia Comunitária

Integrativa no Brasil e no mundo. Muito gratificante observar que no aprofundamento dos princípios e na prática da TCI, existe uma proximidade imensa com o conhecimento filosófico milenar, já tão estudado e investigado pelos pensadores clássicos e seu discipulado.

*A filosofia é a busca da sabedoria.* Este é o conceito central da Filosofia à Maneira Clássica, conceito este contido na visão do grande filósofo Pitágoras<sup>1</sup>, que dizia não ser um sábio, mas um buscador da sabedoria (LIVRAGA, 2010). Essa é uma condição muito importante para quem busca: *saber que não tem*. Quem já tem não precisa buscar. Há quase dois mil e quinhentos anos Sócrates<sup>2</sup> afirmava que “só sei que nada sei”, e por isso almejava e buscava a sabedoria. O estoicismo, linha filosófica representada por Epicteto<sup>3</sup> defendia essa idéia,

A verdadeira filosofia é, evidentemente, o amor à sabedoria. É a arte de viver bem a vida. Como tal, precisa ser resgatada pelos gurus religiosos e filósofos profissionais para não se deixar explorar como um culto esotérico, ou um conjunto de técnicas intelectuais desconexas, ou um jogo de quebra-cabeça que sirva apenas para exibir sua inteligência. A filosofia é destinada a todos e só é praticada de modo autêntico por aqueles que a associam à ação no mundo, visando a uma vida melhor para todos. (EPICTETO, 2006, p. 69).

Todo ser humano tem uma curiosidade natural e uma tendência a querer saber mais do que já sabe. Podemos observar essa busca em qualquer criança com suas célebres perguntas: “O que é isso?” Por

---

1 Pitágoras foi um filósofo e matemático grego que viveu entre os anos 570 a.C. e 497 a.C. Foi o fundador da uma escola pitagórica, cujos princípios foram determinantes para a evolução geral da matemática e da filosofia ocidental.

2 Sócrates foi um filósofo que viveu em Atenas, Grécia, nos anos de 469 a 399aC, e é considerado um dos mais importantes ícones da tradição filosófica ocidental e um dos fundadores da atual Filosofia Ocidental. As fontes mais importantes de informações sobre Sócrates são Platão, Xenofante e Aristóteles.

3 Epicteto foi um filósofo grego estóico que viveu a maior parte de sua vida em Roma, como escravo a serviço do cruel secretário de Nero que, segundo a tradição, uma vez quebrou-lhe uma perna. Apesar de sua condição, dedicou-se a buscar respostas para a felicidade e a realização pessoal, que seriam consequências naturais de atitudes corretas.

qué?” “Como é isso?” etc. Mas, no mundo atual, grande número de pessoas tem se focado na busca da sobrevivência e de coisas meramente materiais, o que ofusca a busca do *saber*. Retomar a curiosidade natural é fundamental para aquele que busca a sabedoria.

Mas o que seria **Sabedoria**? Originalmente, sabedoria era compreendida como uma síntese de conhecimento que permite que a pessoa se posicione e saiba manejar qualquer necessidade específica da vida. Assim, a sabedoria é uma capacidade prática e não meramente intelectual. É um conhecimento vivenciado que ajuda a viver melhor (LIVRAGA, 2010; DELIUS et al.,2005).

Desta forma fica claro que um conhecimento tem muito mais valor se puder ser experienciado. Para que alguém possa se apoderar desse conhecimento é preciso aplicá-lo em todos os campos da vida, de tal maneira que nossa vida pessoal e coletiva se torne mais harmônica. Por exemplo, alguém não poderia dizer que sabe nadar apenas por ter lido dezenas de livros sobre técnica de natação. Para se compreender de fato o que é *nadar*, é preciso mergulhar na água e praticar.

Da mesma maneira, o terapeuta comunitário precisa, além de ser consciente de seu aprendizado pessoal, confiar no conhecimento vivido pelo grupo. A principal característica da TCI é trazer à tona, por meio da valorização da experiência, as potencialidades das pessoas e da comunidade, levando assim ao desenvolvimento individual de seus integrantes e, ao mesmo tempo, potencializar os valores e o crescimento desse grupo. Adalberto Barreto (2007), criador da Terapia Comunitária Integrativa, postula que a solução vem do grupo, das suas interrelações e compartilhamento de experiências. Quando esta compreensão vem à tona, fica claro que o trabalho comunitário e a construção de redes solidárias colaboram para o crescimento humano e a superação da exclusão social, solidão, preconceito, isolamento e dificuldades (CAMAROTTI; OLIVEIRA, 2009). Contribui, ainda, para uma sociedade menos excludente e rica de valores e virtudes humanitárias (CAMAROTTI, OLIVEIRA, 2009).

## PRINCÍPIOS E CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA

Alguns princípios e contribuições da filosofia clássica, como a grega, a romana, a egípcia e a oriental, são importantes para analisar alguns conceitos básicos utilizados no desenvolvimento da TCI. Epicteto (2006) defendia a importância de se ter clareza de alguns conceitos para o crescimento humano:

A habilidade no uso da lógica e do debate e o desenvolvimento da capacidade de definir as coisas com seus nomes certos são alguns dos instrumentos que a filosofia nos oferece para alcançar a clareza de visão e a tranquilidade interior que constituem a felicidade verdadeira. (EPICTETO, 2006, p. 69).

Para favorecer e clarear a correlação da TCI com a Filosofia à Maneira Clássica serão discutidos conceitos sobre Sociedade, Estado, Cidadania, Indivíduo e Ética. No desenrolar dos temas, serão traçados alguns paralelos entre esses conceitos e os princípios e regras da Terapia Comunitária Integrativa.

## DA SOCIEDADE

Sociedade é o conjunto de pessoas que compartilha propósitos, preocupações e costumes, e que interage entre si, constituindo uma comunidade. A origem da palavra sociedade vem do latim *societas*, uma “associação amistosa com outros”. *Societas* é uma palavra derivada de *socius*, que significa “companheiro”, e assim o significado de sociedade está intimamente relacionado àquilo que é social (WIKIPEDIA, 2011).

Não se sabe ao certo quando surgiram as primeiras sociedades humanas. Os estudos recentes das ciências sociais ainda não precisam como e quando ocorreram as primeiras formações sociais. No entanto, o que podemos inferir é que a vida em sociedade sempre foi vista como algo inerente à vida humana.

O homem sempre travou relações com outros seres humanos, não somente por imperativos biológicos, mas também por outras questões mais complexas, levando as pessoas a amarem-se, ajudarem-se, odiarem-se ou destruírem-se, mas nunca a serem indiferentes uns em presença dos outros (LIVRAGA, 2006). Portanto, podemos observar a vida em sociedade como algo natural e necessário para a vida e experiência humana.

O filósofo Platão<sup>4</sup>, em sua obra *A República* (2007), caracteriza a sociedade como uma associação de pessoas motivadas pelas necessidades básicas de sobrevivência em comum. Sobreviver em grupo é muito mais fácil do que sobreviver isoladamente. A necessidade de vestimenta, comida, segurança, além das demandas afetivas e psicológicas, que também podem ser vistas como básicas, só podem ser alcançadas, de maneira satisfatória, através dessa associação.

A partir do progresso mínimo de uma sociedade surgem outras demandas, cada uma peculiar aos diferentes subgrupos ou situações. Crianças, adolescentes, jovens, adultos, homens, mulheres, enfim, todas essas subestruturas possuem necessidades específicas, expectativas específicas e possibilidades de ação também específicas. No entanto, sem um fator ordenador dessa sociedade, muitas dessas demandas serão abafadas, castradas de tal maneira que a realização fica restrita a algum grupo ou indivíduo (LIVRAGA, 2010).

Em sua reflexão sobre sociedade, Platão (2007) destaca o papel fundamental dos anciãos como elemento ordenador dos grupos. Esses homens e mulheres que passaram pelas diferentes faixas etárias poderiam ter a sensibilidade necessária, através da busca e conquista de algum grau de sabedoria, para estimular todas as gerações vindouras. Na visão platônica, os anciãos plasmam as redes de potencialida-

---

4 Platão foi um filósofo e matemático do período clássico da Grécia Antiga (428 a 348 aC), autor de diversos diálogos filosóficos e fundador da Academia em Atenas, a primeira instituição de educação superior do mundo ocidental. Ajudou a construir os alicerces da filosofia natural, da ciência e da filosofia ocidental. Com grande sofisticação escrita abordou diferentes temas, entre eles a ética, a política, a metafísica e a teoria do conhecimento.

des e de expressão do conhecimento adquirido e representam, para o grupo social, bastiões do conhecimento.

Adalberto Barreto (2008), criador e sistematizador da Terapia Comunitária Integrativa, reaviva este valor ao ressaltar o conhecimento adquirido pela experiência de vida e pela idade:

*“Na experiência de vida, as carências e os sofrimentos quando superados transformam-se em sensibilidade e competência, levando-nos a ações reparadoras de outros sofrimentos...”* (BARRETO, 2008, p. 102)

O criador da TCI ressalta que o terapeuta comunitário tem na sua postura a valorização do saber da vivência, da experiência de vida, além do saber acadêmico próprio a cada profissional. Nas Rodas de TCI, que acontece de forma precisa e sequenciada, esses saberes formam uma harmonia, dançam e se entrelaçam numa sincronização potencializadora da transformação.

Na filosofia de Platão (2001), fica evidente a busca do equacionamento das necessidades individuais e a sua interrelação com as necessidades coletivas do grupo. Não se pode falar em saúde, em harmonia, em bem estar ou em qualidade de vida sem haver um respeito mínimo das necessidades individuais, ou pelo menos das subestruturas inseridas nas comunidades. Ao mesmo tempo, não se constrói ambientes sadios e de crescimento sem a busca coletiva.

Na Terapia Comunitária Integrativa o conceito e compreensão de comunidade é esteio fundamental. A TCI parte do conceito de comunidade como um grupo de pessoas que partilham condições semelhantes de vida – econômica, política, religiosa e espiritual- mesmo tendo diferentes formas de viver e sentir essas condições (BARRETO, 2008). Complementarmente, a sociologia entende por comunidade um grupo heterogêneo, informal, com predominância de contatos face a face e com interesses comuns (FUKUI; MARCHETTI; VIANA, 2003). Fukui, Marchetti e Viana (2003) chamam a atenção de que é importante distinguir o conceito de comunidade do conceito de associação, que é uma organização mais formal, com estatuto, quadro administrativo, dirigente e reconhecimento legal.

O terapeuta comunitário desperta para a fina missão de, sem perder de vista as demandas individuais, concatenar as etapas do grupo na direção de um aprendizado coletivo onde todos se beneficiam sem prescindir de suas peculiaridades. Esse ator social viabiliza a circulação da informação, a promoção das responsabilidades, a valorização dos recursos próprios do grupo e o surgimento de inovações e de soluções autogestionadas (BARRETO, 2008).

O terapeuta comunitário tem essa missão de atuar como integrador das diferentes partes e necessidades que compõem uma comunidade. Ele tem condição de se colocar como um agente sensível (o que o próprio método da TCI estimula), um catalisador capaz de garantir a idéia de unidade por meio de uma dinâmica construtiva onde todas as demandas possam ser escutadas e valorizadas. A capacitação nessa metodologia permite adotar uma posição inovadora em sua área de trabalho além de acrescentar uma diversificação de atuação e dá possibilidade de exercer um trabalho social mais efetivo (FUKUI; MARCHETTI, 2007).

Platão (2007) diz que para fortalecer o conceito de Unidade, a consciência só tem dois caminhos possíveis: desligar-se de todas as coisas que lhe são estranhas ou harmonizá-las entre si de modo a que todas sejam funcionalmente uma (LIVRAGA, 2010). No espírito platônico, essa harmonização só é possível quando cada parte integrante do todo tem a sua identidade respeitada e potencializada pela dinâmica inteligente do grupo. Fica muito evidente a identificação dos princípios da TCI com esse ideal platônico. Numa Roda de TCI as pessoas descobrem suas potencialidades, suas 'pérolas' são evidenciadas e todo o grupo se beneficia. Todos têm problemas e todos têm suas soluções; esta frase adalbertiana reafirma o potencial de transformação do unitário no comunitário, do individual no participativo, defendendo que a construção é coletiva e que cada um é rico naquilo que o outro é pobre.

## DO ESTADO

Estado designa o conjunto das instituições – governo, forças armadas, funcionalismo público etc – que controlam e administram uma nação. A palavra vem do latim “status” que significa modo de estar, situação, condição (WIKPEDIA, 2011). A conceituação do Estado, sob a perspectiva da Filosofia à Maneira Clássica, pode contribuir para a compreensão e aplicação da TCI.

No entanto, hoje vivemos um grande problema social que é o distanciamento das instituições públicas em relação a algumas camadas da sociedade. Em outras palavras, o Estado não assume integralmente os seus cidadãos. Esse afastamento é extremamente negativo e os benefícios gerados pelo centro organizador não alcançam todos os integrantes da sociedade. Apesar dos esforços de superação, o que podemos constatar hoje no Brasil, e em muitos países, é uma situação de injustiça social, onde milhões de pessoas e famílias são segregadas, sem acesso aos direitos e necessidades básicas. Por exemplo, em 32% dos municípios brasileiros tem mais da metade de sua população vivendo na pobreza (IBGE).

Essa segregação é algo completamente contrário aos princípios nos quais o conceito clássico de Estado se baseava. Este, de acordo com Platão (2007), tinha como principal finalidade promover a realização e a felicidade de todos. Afirmava, inclusive, que se alguma dessas unidades não fosse contemplada com os bens gerados por ela mesma, o conjunto não poderia ser considerado um Estado. Portanto, de alguma maneira o *centro organizador* com seu conjunto de valores, princípios, direitos e deveres teria de ser coerente com todas as necessidades dos integrantes da sociedade e alcançá-los de tal maneira que todos recebessem seus benefícios. Assim, das pequenas comunidades indo até os grandes centros, se refletiria o Estado e deste até todos os rincões dessa sociedade.

O Estado deve ser esse agente integrador capaz de atender a todas as necessidades de uma sociedade e também as necessidades individuais de crescimento e realização humana. O Estado deve não só prover

aos integrantes de uma cidade as necessidades de alimentação, segurança, saúde, lazer, etc, mas deve criar através da educação um meio de realização plena para cada indivíduo. Assim como o indivíduo deve ser o referencial central, capaz de proporcionar a expressão justa de todos os elementos que compõem uma personalidade, o Estado deve ser esse mesmo agente, mas em uma dimensão coletiva.

Essas ideias se apresentam um tanto quanto utópicas para os cidadãos modernos que vivem num mundo diferente desses ideais. Na história da antiguidade alguns exemplos são muito ricos que servem de modelos para um Estado na concepção clássica. Na civilização egípcia, por exemplo, o faraó, representante máximo do país, servia de modelo ético e moral para o povo. Este soberano se guiava por Maat<sup>5</sup>, símbolo da lei e da justiça. De forma escalonada, todos os administradores do país representavam essa justiça, incorporando o faraó e todos os seus princípios e leis. Desde o líder de um grande território até o chefe de família, todos carregavam o exemplo de inspiração desse preceito. Essa era a maneira de ter de fato uma unidade entre toda a sociedade (LIVRAGA, 2010).

Os faraós fazem parte da história antiga, mas, de alguma maneira podem continuar inspirando a presente civilização como referência de um Estado uníssono com a ideia de Justiça, afinada com as necessidades de sua população. Na civilização egípcia, o que podemos perceber é que apesar de um centro bem definido e emblemático – o faraó, existiam diferentes camadas nesse sistema piramidal que garantiam a reprodução do Estado em todas as estâncias da sociedade. Através de líderes e administradores, todos podiam se conectar com o eixo central, que, por sua vez interligava o povo à cúspide da civilização. O entendimento era que os princípios que regiam o Egito no seu sentido amplo, eram os mesmos que regiam as cidades, as vilas, as mais afastadas comunidades, as famílias e os indivíduos.

---

5 A deusa egípcia Maat representa a ordem divina que surgiu no momento da criação. Seu nome “significa o que é correto, verdadeiro, justo e adequado” (Wilkinson e Neil, 2010).

Esse exemplo é muito válido para o nosso momento, pois enriquece nossa compreensão da TCI como catalizadora da capilaridade do estado de direitos. Essa metodologia pode ser vista como instrumento de viabilização das políticas públicas, proporcionando a unificação e aproximação das comunidades e seus integrantes com o Estado, mesmo que ainda frágil em nossa modernidade. Pereira (2007), exemplifica a importância das Rodas de TCI em um programa público com parceria com organizações da sociedade civil. Esta autora utilizou a TCI desde a seleção e capacitação até o desenvolvimento do Programa. Esta experiência reafirmou a função da TCI como modelo e capacitação para aproximação entre o Estado e as pessoas das comunidades (PEREIRA, 2007).

As políticas públicas hoje trabalham de uma forma hierárquica de mão única, sem acolher as reais necessidades da comunidade. Além disso, essas ações não costumam identificar as características culturais que interagem na comunicação entre Estado e comunidades, nem tão pouco valorizam as vias naturais que potencializariam a propagação das informações.

O terapeuta comunitário integrativo, através do desenvolvimento das Rodas de TCI, pode promover a aproximação entre essas pontas, hoje tão afastadas. Estado e comunidade, se comunicando mutuamente, ouvindo e respeitando seus direitos e compromissos para com o grupo. E o que podemos observar é que essa aproximação humana é capaz de aprofundar e melhorar muito a relação entre o Estado e população, pois nesse caso o governo e suas medidas pode se apresentar não apenas como algo separado e afastado responsável apenas por cobrar impostos, atender as demandas sociais e apresentar campanhas informativas e preventivas, mas se apresenta como parte integrante daquela comunidade. O terapeuta comunitário é preparado para ser o animador do grupo sem perder sua humanidade e sensibilidade como ser vivente.

Espalhado pelo país afora temos inúmeros exemplos de unidades públicas de saúde que utilizam o método da TCI como elemento

integrador entre as propostas de assistência e as demandas das populações (PEDROZA, 2003; BASSO; PINHEIRO, 2004; OLIVEIRA et al., 2007; SAMPAIO et al. 2007; SAMPAIO ; CUSINATO, 2007; HORTA; DASPETTI, 2007; CARVALHO et al., 2007; CAMAROTTI, 2007). Os Centros de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – representam exemplos de utilização das Rodas da TCI como elo entre os usuários, equipe técnica e gestores dessas instituições. Em uma sessão de TCI, o terapeuta faz parte, ainda que durante algumas horas ou minutos, daquela comunidade e possibilita um fortalecimento real da condição de co-partícipe do processo, não impondo soluções, mas buscando-as em conjunto, construindo e fortalecendo as ferramentas daquele grupo, promovendo a autonomia e não a dependência. Desta forma, a TCI tem sido considerada um instrumento de agregação das potencialidades e soluções nas diversas comunidades, bem como de promoção da capilaridade do sistema de cuidado à saúde (CAMAROTTI, 2007).

## DA CIDADANIA

Outro conceito importante fundamentado pela Filosofia é a cidadania. Compreender cidadania pode complementar a noção de Estado e enriquecer algumas correlações com a Terapia Comunitária Integrativa.

Ao analisar o período Helenístico<sup>6</sup>, percebe-se que o conceito de cidadão era fortemente difundido na Roma antiga. Para a filosofia, *cidadão* era o ser consciente dentro do Estado (LIVRAGA, 2009). Esse status não era atribuído pelo simples fato de nascer naquele lugar, mas por uma conquista consciente através da percepção de si mesmo e do seu papel frente à sociedade. Cidadão é aquele que interliga os

---

6 Designa-se por período helenístico o período da história da Grécia e de parte do Oriente Médio compreendido entre a morte de Alexandre o Grande em 323 a.C. e a anexação da península grega e ilhas por Roma em 146 a.C. Caracterizou-se pela difusão da civilização grega numa vasta área que se estendia do mar Mediterrâneo oriental à Ásia Central. Foi naquele período que as ciências particulares tiveram seu primeiro e grande desenvolvimento.

valores que conduzem uma sociedade, seus princípios e leis. Nesse caso não se trata de uma posição passiva, mas ativa, construtiva e que deve somar ao todo (LIVRAGA, 2010).

De acordo com Livraga (2010), ao citar Platão, o cidadão, apesar de diferentes aptidões e anseios, deve ser o referencial das leis de uma sociedade. Deveria assim usufruir e obedecer aos seus direitos e deveres de forma consciente, e nunca por um processo massificador.

Dentro do corpo teórico da Terapia Comunitária Integrativa o conceito de cidadania é vastamente discutido. A TCI trás uma contribuição na mudança de uma política assistencialista para um modelo de coparticipação solidária, um novo paradigma que possibilita o desenvolvimento comunitário e social da população, levando a sua autonomia (CAMAROTTI; GOMES, 2009). Dessa maneira, podemos perceber a função da TCI como valorizadora das potencialidades individuais dos integrantes de uma comunidade e o papel desses na sociedade. Marilene Grandesso, terapeuta comunitária e terapeuta de família, afirma que “esta metodologia promove redes de solidariedade social e a troca de experiência entre os participantes. Tendo o sofrimento humano como contexto e motivador da discussão, enfatiza-se a competência e fortalece-se a autoestima e o empoderamento das pessoas.” (GRANDESSO, 2007, p. 28).

Tal processo poderá ocorrer não por uma imposição, mas pela melhora da autoestima e percepção das contribuições que cada indivíduo é capaz de dar para a sociedade. Ferramentas conquistadas por uma história de vida única, da cultura de origem, das suas raízes mais profundas, vão TECENDO o cidadão consciente e participativo.

A reflexão sobre cidadania nos moldes da filosofia clássica consubstancia o aprofundamento do papel dessa metodologia como fomentadora da autonomia e construtora da resiliência individual e comunitária. É um processo que favorece o resgate da identidade individual e coletiva, da autoestima, da confiança em si, da ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução (SENAD, 2006).

## DO INDIVÍDUO

Como foi apresentado anteriormente, podemos afirmar que a vida em sociedade é necessária para que o homem possa atender as necessidades básicas de sobrevivência. Portanto, as necessidades humanas são complexas e a presença de um agente integrador e ordenador é fundamental para que os diferentes subgrupos de uma comunidade possam encontrar o seu canal de expressão e assim satisfazer, em algum grau, suas demandas. No entanto, Platão (2007) enfatiza outras necessidades ainda mais sutis e que são fundamentais para a realização humana. Ele destaca a necessidade do desenvolvimento das virtudes para que uma cidade possa de fato progredir. Fazendo um paralelo com a vida subjetiva, podemos constatar que o sujeito também necessita de virtudes para manifestar suas potencialidades de forma plena.

Aristóteles<sup>7</sup>, em *Ética à Nicômaco* (1973), diferencia a felicidade entre os diferentes seres da natureza. Comenta, assim, o que seria felicidade para a planta, se não poder usufruir de uma terra fértil, água, luz, etc. O animal, que além de compartilhar das necessidades das plantas, também precisaria, para ser feliz, de experimentar algum grau de emoção, ainda que no seu sentido mais instintivo. O ser humano, por sua vez, compartilha da felicidade das plantas e dos animais, mas para sua plenitude, precisa viver o que lhe é peculiar: a felicidade produzida pela prática da virtude.

De fato, o ser humano é capaz de sentir um prazer especial quando exerce a generosidade, o bem, a justiça, a coragem, e todas as demais virtudes. E são justamente essas virtudes que podem permitir ao homem sentir a referência clara de sua identidade humana, pois são valores passíveis de serem vividos nos diferentes papéis e contextos sociais no qual está inserido. Diferentes filósofos clássicos compar-

---

7 Aristóteles foi um filósofo grego que viveu entre os anos 384 a.C. e 322 a.C. Aluno de Platão e professor do imperador Alexandre, o Grande, deixou escritos sobre diversos assuntos, como a física, a metafísica, a poesia, o teatro, a música, a lógica, a retórica, o governo, a ética, a biologia e a zoologia.

tilham o conceito de indivíduo como um conjunto de princípios e valores com os quais o sujeito se identifica e que pode servir como referência sólida de conduta.

No entanto, é importante ressaltar que esse conjunto de valores e princípios não é algo que pode ser imposto, mas é fruto de uma identificação do sujeito, em parte natural e em parte como fruto da educação (PLATÃO, 2007). Immanuel Kant<sup>8</sup>, em *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* (1964), ressalta que o homem tem internamente um referencial de perfeição, de virtude, apesar de não encontrar necessariamente nenhum referencial externo, empírico.

C.G.Jung<sup>9</sup> (2003, 2006) fala sobre o processo de encontro com o self (si-mesmo), do indivíduo na sua dimensão psicológica existencial. A esse processo ele dá o nome de *Individuação*<sup>10</sup>, que se dá através de um constante trabalho de autoconhecimento e de um gradativo deslocamento da consciência para o centro do seu ser (STOKES, 2007). A necessidade desse processo para a saúde era central para Jung, que afirmava: “Só aquilo que realmente somos tem o verdadeiro poder de curar-nos”.

Esse conceito de indivíduo e suas implicações podem ser de grande valia para a TCI, uma vez que essa metodologia parte das referências individuais para a construção coletiva (CAMAROTTI, 2007). No desenvolvimento da TCI a comunidade traz para a roda

8 Immanuel Kant foi um filósofo prussiano que viveu entre os anos 1724 e 1804, geralmente considerado como o último grande filósofo dos princípios da era moderna e um dos pensadores mais influentes. Levou uma vida reta e dedicada aos estudos filosóficos, realizando trabalhos sobre ciência, física, matemática, moral e etc.

9 Carl Gustav Jung foi um grande pensador e psiquiatra suíço que viveu entre 1875 e 1961. Foi fundador da psicologia analítica, também conhecida como psicologia junguiana ou profunda. Ele resgatou idéias da filosofia clássica e foi profundo estudioso dos símbolos e mitologias antigas.

10 Uma pessoa tornar-se si mesma, inteira, indivisível e distinta de outras pessoas ou da psicologia coletiva. Este é o conceito chave da contribuição de Jung para as teorias do desenvolvimento da personalidade. Como tal, está inextricavelmente entrelaçada com outros, sobretudo, SELF, EGO e ARQUÉTIPO. <http://www.rubedo.psc.br/dicjung/verbetes/individua.htm>

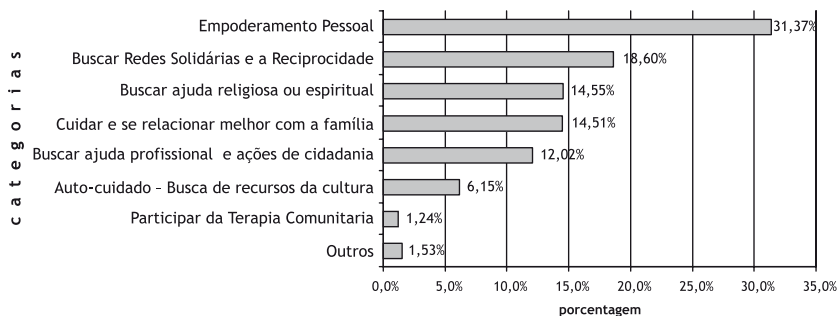
as virtudes e os valores com os quais se identifica e, no decorrer do processo, a identidade coletiva vai sendo amalgamada pelo grupo. Além disso, o terapeuta contribui com esse processo, atuando como um garimpeiro que resgata as pedras preciosas, princípios e valores trazidos pelo grupo auxiliando o desenvolvimento e fortalecimento do indivíduo.

Na TCI, o terapeuta é o “garimpeiro” da comunidade. Ele é capaz de facilitar a autorrevelação, de pessoa e comunidade do seu potencial interno e externo. Esse ator social pode ser visto como um centro equidistante, capaz de aproveitar o potencial da comunidade e canalizá-lo para a promoção da saúde e crescimento, em seu sentido mais amplo, transformando-a em uma unidade harmônica.

No fechamento da Roda, quando o terapeuta e todos os participantes fazem a conotação positiva, evidencia-se aquilo que se admirou, que foram valores inquestionáveis e eternos, cultivados pela humanidade. Nesse momento a Roda termina, deixando a marca das preciosidades trazidas pelo grupo e potencializando-as como exemplos para os demais. “Simbolicamente o grupo adquire uma configuração de um ‘ninho social’ que acolhe para que todos se desenvolvam” (CAMAROTTI; GOMES, 2009, p. 222).

Em pesquisa realizada em 2005/2006 com base em 10.007 rodas de TCI realizadas em todo Brasil, através do Projeto com a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), o empoderamento pessoal (31,37%) e a busca de redes solidárias e reciprocidade (18,60 %) foram as estratégias mais utilizadas pela população diante dos problemas enfrentados. No gráfico abaixo estão citadas as outras estratégias utilizadas pelos participantes das Rodas: busca de ajuda religiosa ou espiritual (14,55%), se relacionar melhor com a família (14,51 %), busca de cuidados profissionais e ações de cidadania (12,02%), auto-cuidado e busca de recursos da cultura (6,15%) e, finalmente, a busca das Rodas de TCI (1,24%) (SENAD, 2006).

## GRÁFICO 1: Estratégias de enfrentamento da população diante dos problemas vivenciados. (Relatório Final do Convênio SENAD / UFC / MISMEC-CE, 2006.)



Essas estratégias corroboram a ideia de que os participantes das Rodas de TCI são estimulados a buscar atitudes que fomentem a autoestima, solidariedade e sentimento de ajuda mútua. Isto sugere que a Terapia Comunitária Integrativa ajuda a construir indivíduos mais virtuosos, compatíveis com compreensão da Filosofia à Maneira Clássica, ou seja, com princípios e valores que podem servir de exemplos e tijolos para uma sociedade harmônica e justa.

### DA ÉTICA

Na Filosofia Clássica, *ética* é o termo utilizado para os assuntos morais. A palavra *ética* é derivada do grego e *significa aquilo que pertence ao caráter*. Nessa referência, este termo não se resumia à moral (entendida como costume ou hábito), mas, buscava a fundamentação teórica para encontrar o melhor modo de viver e conviver (WIKIPÉDIA, 2011).

Segundo a tradição grega, *ética* é uma referência que permite ao indivíduo o alcance de uma unidade interna (LIVRAGA, 2010). A vivência da *ética* ocorre quando as múltiplas partes que compõem

a vida de uma pessoa são harmonizadas e se manifestam de forma coerente. Harmonia não representa um contexto ideal e sim uma maneira de se posicionar perante os fatos, quaisquer que sejam eles. É a capacidade de partir de múltiplas coisas e chegar a uma síntese, como o músico que parte de muitas notas musicais e chega a uma sinfonia, ou engenheiro que parte de uma infinidade de materiais de construção e chega a uma casa.

Quando alguém não faz uma síntese harmônica daquilo que conhece, sua vida pessoal fica parecida com um Frankenstein: desenvolve apenas um aspecto de sua vida e o todo fica capenga. Pode se tornar assim um religioso fanático, um artista que não sabe se relacionar, ou alguém muito sociável, mas que vive angustiado por não saber lidar com o mistério da morte.

Em geral há uma incoerência entre onde a pessoa está, o que ela quer e o que ela sente, deixando-a impotente perante a vida. Todas as tradições ressaltam a importância de viver o aqui-agora, porque o passado já passou e o futuro não chegou. Para o filósofo romano Sêneca<sup>11</sup> (1993), é preciso *ser e estar* presente para poder colher segmentos de sabedoria de cada experiência da vida – seja ao lavar prato ou diante de uma situação inesperada.

A filosofia nos permite harmonizar as múltiplas experiências para caminhar qualitativamente ao longo da vida, tornando o indivíduo cada vez mais pleno. Trata-se da busca pela sabedoria, por uma unidade, que possibilita ser coerente em qualquer situação – da mais simples à mais complexa, em casa, no trabalho ou em qualquer outro lugar. Para isso, é fundamental a busca de si mesmo, conforme

---

11 Sêneca, que viveu entre os anos 4 a.C. e 65 d.C., foi um dos mais célebres escritores e intelectuais do Império Romano. Sua obra literária e filosófica, tida como modelo do pensador estoico durante o Renascimento, inspirou o desenvolvimento da tragédia na dramaturgia europeia renascentista.

afirmava Sócrates<sup>12</sup>: “*conhece-te a ti mesmo e conhecerás o universo*”. Epicteto (2006) resume bem essa idéia ao afirmar:

O propósito da filosofia é iluminar os caminhos de nossa alma que foram contaminadas por convicções infundadas, desejos descontrolados, preferências e opções de vida questionáveis que não são dignas de nós. O principal antídoto a tudo isso é o auto-exame minucioso aplicado com bondade. Além de erradicar as doenças da alma, a vida de sabedoria também pretende despertar-nos de nossa apatia e introduzir-nos no caminho de uma vida ativa e alegre. (EPICTETO, 2006, p. 69).

Como a TCI pode ampliar as fileiras de um mundo mais ético e harmônico? Essa pergunta tem reverberado constantemente nas mentes de todos os terapeutas comunitários que buscam a formação em TCI como forma de se melhorar para melhorar o mundo. Segundo a terapeuta comunitária e terapeuta de família, Maria Rita Seixas (2007),

Vivemos numa transição, mas as pessoas, as comunidades, a humanidade, buscam consciente ou inconscientemente encontrar valores harmonizadores e facilitadores de uma vida mais completa, duradoura e prazerosa. (SEIXAS, 2007, p.84).

Esta autora (SEIXAS, 2007) afirma que o terapeuta deve ser empático e compreensivo, e que, sua atitude servirá de modelo para a família atendida e defende que as instituições transmissoras de valores relacionais – éticos, morais e legais – se empenhem na sua missão. Ela relembra ainda que pensadores como Capra, Morin e Maturana

afirmam que a única maneira de construirmos uma nova sociedade e sairmos do caos é através da transcendência do nosso individualismo,

---

12 Sócrates, que viveu entre os anos 469-399 a.C., foi um filósofo ateniense que contribuiu enormemente para a atual Filosofia Ocidental. Ele nunca deixou nada escrito de sua própria autoria, mas foi imortalizado por filósofos como Platão, Xenofonte e Aristóteles. Sabe-se que ele não valorizava os prazeres dos sentidos, e exaltava as virtudes da beleza, da justiça e da bondade. Dedicava-se à Maiêutica ou parto de idéias, acreditando que o saber devia vir de dentro, não de fora. Foi condenado e executado, mantendo sua integridade moral até o fim.

do respeito e amor próximo, ou seja da compaixão pelo outro, diminuirmos as situações de injustiças em que hoje vivemos. (SEIXAS, 2007, p. 85).

## **ALGUNS PRINCÍPIOS DA TCI E DA FILOSOFIA CLÁSSICA**

O conceito do não julgar está impregnado em toda filosofia clássica. Sócrates lidera essa idéia partindo do pressuposto de que “só sei que nada sei”, levando a tácita constatação de que não posso julgar alguém se tenho a convicção de ser um eterno aprendiz. Epicteto em sua obra *A arte de viver* (2006) nos reafirma esse preceito:

Procurar uma oportunidade de aprendizagem nas situações requer uma grande dose de coragem, pois a maioria das pessoas que nos cerca insiste em interpretar os fatos da maneira mais óbvia: sucesso ou fracasso, bom ou mal, certo ou errado. Essas categorias simplistas e polarizadas não permitem que se visualize outras interpretações mais criativas – e úteis – dos acontecimentos que talvez sejam muito mais vantajosas e interessantes. (EPICTETO, 2006, p.54).

O pensamento acima resume muito bem a proposta da TCI de não julgar. O julgamento restringe as possibilidades, bloqueia as expressões e inibe a fala das pessoas. Contrariamente, escutar com respeito, acolhimento caloroso leva as pessoas a expressar sem censura suas emoções e história de vida. A partir desse ambiente caloroso e confiável, o grupo caminha na direção do crescimento e da ética da responsabilidade.

O estoicismo, doutrina filosófica, surgida na Grécia e florescida em Roma por volta do ano de 155 a.C., propõe viver de acordo com a lei racional da natureza. O homem sábio obedece à lei natural, reconhecendo-se como uma peça na grande ordem e propósito do universo, devendo assim manter a serenidade perante as tragédias e coisas boas. Essa compreensão filosófica defende que o homem torna-se livre e feliz quando aprende que o seu verdadeiro bem não está nos objetos externos, mas, numa sabedoria pela qual não se deixa escravizar pelas paixões e pelas coisas externas.

Epíteto (2006), filósofo estóico, reflete sobre o grande aprendizado que cada coisa ou acontecimento da vida proporciona ao ser humano.

Cada dificuldade na vida nos oferece uma oportunidade para nos voltarmos para dentro de nós mesmos e recorrermos aos nossos recursos interiores escondidos ou mesmo desconhecidos. As provações que suportamos podem e devem nos revelar quais são as nossas forças. (EPICTETO, 2006, p. 67).

Na TCI, Barreto (2009) reafirma que “quem ver o dedo que aponta a estrela jamais verá a estrela” e convida todos para encontrar o tesouro interno de sabedoria, compreensão e transcendência. Camarotti (2007), refletindo sobre resiliência individual e comunitária, considera que as queixas e as disfunções fisiológicas são a ponta do iceberg do sofrer humano. Nas Rodas de TCI a aplicação da sequência metodológica facilita a compreensão desse sofrimento e estimula o brotamento da resiliência dos participantes e o consequente fomento da resiliência comunitária.

Em vez de desviar os olhos dos acontecimentos dolorosos da vida, olhe para eles diretamente e contemple-os com frequência. Enfrentando as realidades da morte, das enfermidades, das perdas e decepções, você se liberta das ilusões e falsas esperanças e evita pensamentos mesquinhos de inveja. (EPICTETO, 2006, p. 49).

As pessoas comparecem às Rodas acometidas por uma confusão de emoções, sensações e sentimentos. Na medida que as fases da TCI se desenvolvem, fluindo no seu começo meio e fim, as pessoas vão se apropriando de si mesmas, clarificando seu processo pessoal e o sentido dos fatos e acontecimentos. É na narrativa da história do outro que encontra sentido na sua própria história.

Imbricando os princípios da filosofia clássica e da TCI, percebe-se que ambas buscam o autoconhecimento. Esse processo pode ser exercido de forma solitária, como em muitos caminhos filosóficos, ou pode ser descoberto num processo grupal. As Rodas de TCI é

uma excelente oportunidade dessa descoberta. E por ser um aprendizado coletivo ela propicia a mudança de comportamento da pessoa, irradiando-se para os familiares e para comunidade onde vive.

Nós nos situamos corretamente dentro do esquema cósmico quando identificamos nossas relações naturais com os outros e a partir daí definimos os nossos deveres. Esses deveres emergem naturalmente dessas relações fundamentais, com as familiares, as entre vizinhos, as do local de trabalho e da cidade ou país em que vivemos. Desenvolva o hábito de examinar os papéis que você desempenha – de pai ou mãe, filho ou filha, vizinho, cidadão, líder – e os deveres naturais que se originam desses papéis. Ao saber quem você é, e a quem está ligado, saberá o que fazer. (EPICTETO, 2006, p. 43).

A busca da sabedoria que a filosofia propõe complementa a construção da autoestima e solidariedade proposta pela TCI. Diante do esfacelamento de nossas comunidades há que haver facilitadores da organização pessoal e social para que se cumpram as leis universais. Resumem-se na possibilidade de passagem do Caos para o Cosmo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede de Terapia Comunitária Integrativa e as Escolas de Filosofia à Maneira Clássica Nova Acrópole espalhadas pelo Brasil e outros países são pontos de agregação e desenvolvimento da harmonização do grupo humano. Ambas são pautadas em princípios da ética, justiça, beleza, bondade, fraternidade, solidariedade. Ambas tem como formato prático a lógica da construção de redes solidárias difundidas de forma geométrica em inúmeras partes do mundo.

Os estudos da filosofia à maneira clássica se complementam com a visão e prática do terapeuta comunitário, se estimulando mutuamente e se inter-ajudando na tarefa suprema da transformação social. De mãos dadas elas podem preparar melhor as pessoas para sua caminhada.

Percebe-se que ambas as escolas são semeadoras da construção de um ser humano mais livre e engajado na transformação da humani-

dade como um todo. Os participantes dessas duas redes, terapeutas e discipulados, são luzes espalhadas pelos caminhos e agregadores da evolução coletiva.

Importante observar com prudência os costumes de sua família, de seu país e de sua comunidade. Desempenhe os rituais de sua comunidade com o coração puro, sem cobiça ou extravagância. Agindo dessa maneira, você participa da ordem espiritual de seu povo e ajuda a promover as aspirações fundamentais da humanidade. (Epicteto, 2006, s/p).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Os Pensadores)

BARRETO, A. Community therapy: building webs of solidarity. In: ANDOLFI, M.; CALDERÓN DE LA BARCA, L.(Orgs.). **The Oaxaca Book**. 2007. p. 24-25.

\_\_\_\_\_. **Terapia comunitária passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LR, 2008.

BASSO, M.C.; PINHEIRO, I.S. Terapia comunitária com pacientes psiquiátricos no Hospital Regional de Planaltina. In: CAMAROTTI, M. H.; FUKUI, L.; MARCHETTI, L.B. (Orgs.). **A terapia comunitária no Brasil** - Anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasília, 2004. p. 103-107.

CAMAROTTI, M.H. Community therapy: working with health in public spaces. In: ANDOLFI, M.; CALDERON DE LA BARCA, L. (Orgs.). **The Oaxaca Books**. Oaxaca, 2007. p. 26-27.

\_\_\_\_\_. A doença como fonte de transformação: um estímulo a resiliência comunitária. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. **Terapia comunitária - tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

\_\_\_\_\_.; GOMES, D. O. Terapia comunitária: a circularidade nas relações sociais. In: OSORIO, L.C; VALLE, M.E.P. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

CARVALHO, C. A. et al. Terapia comunitária: uma ferramenta para o aperfeiçoamento do trabalho em equipe do Programa de Saúde da Família. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. (Orgs.). **Terapia comunitária - tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CURSO de formação em terapia comunitária com ênfase nas questões relativas ao uso de álcool e outras drogas. Convênio SENAD/ MISMEC-CE/ UFC Nº 16/2004, 2006. Relatório apresentado pela Universidade Federal do Ceará e MismecCe (Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará).

DELIUS, C. et al. The story of philosophy: from antiquity to the present. Berlin: Editora H F Ulmann. 2005

EPICTETO. **A arte de viver: uma nova interpretação de Sharon Lebell**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

FUKUI, L.; MARCHETTI, L. B.; VIANA, M. S. L. Terapia comunitária e o conceito de comunidade: uma contribuição da sociologia. In: **A terapia comunitária no Brasil** – Anais dos trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasília, 2003.

FUKUI, L.; MARCHETTI, L. B. Perfil : considerações sobre a pessoa do terapeuta comunitário. In: GRANDESSO, M.; RETO, M. (Orgs.). **Terapia comunitária- tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GRANDESSO, M. Applicability of the community therapy dialogue among different contexts. In: ANDOLFI, M.; CALDERÓN DE LA BARCA, L.(Orgs.) **The Oaxaca Book**. 2007. p. 28-29.

HORTA, A.L. M.; DASPETT, C. Terapia comunitária como instrumento de diagnóstico de saúde e de necessidades de funcionários do PSF da Zona Norte de São Paulo. In: RANDESSO,

M.; BARRETO, M. (Orgs.) **Terapia comunitária- tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

IBGE. **Mapa de pobreza e desigualdade**, 2003 . Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1293&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1293&id_pagina=1) >. Acesso em: 23 mar. 2011.

JUNG, C. G. **Os arquétipos do inconsciente coletivo**. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Memórias, sonhos e reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

KANT, E. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Campanhia Editorial Nacional, 1964.

LIVRAGA, J. A. **Curso de filosofia à maneira classica**, Sociopolitica II. Brasília: Icone, 2006.

\_\_\_\_\_. **Curso de filosofia moral**. Brasília: Icone, 2009.

\_\_\_\_\_. **Curso de introdução a filosofia à maneira classica**. Brasília: Icone, 2010.

OLIVEIRA, M. T.; et al. Terapia comunitária na formação médica da UFPE. In: RANDESSO, M.; BARRETO, M. (Orgs.). **Terapia comunitária - tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

PEDROZA, M.G. Adaptando-se ao caos: uma experiência de TC no corredor de hospital público. In: CAMAROTTI, M. H.; FUKUI, L.; MARCHETTI, L.B. (Orgs.). **A terapia comunitária no Brasil-Anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. Brasília, 2004.

PEREIRA, C. P. G. Trabalhando famílias em um programa público: a terapia comunitária como modelo no atendimento e na capacitação. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. (Orgs.). **Terapia comunitária- tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

PLATÃO. **A república**. São Paulo: Martin Claret, 2007.

RIVALTA-BARRETO, M. C. Community therapy- promoting social inclusion in the school institution. In: ANDOLFI, M.; CALDERÓN DE LA BARCA, L.(Orgs.) **The Oaxaca Book**. 2007. p. 30-31.

SAMPAIO, H. P. T.; COLS. Implantação da terapia comunitária na Secretaria Municipal da Saúde na cidade de São Paulo. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. (Orgs.). **Terapia comunitária-tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

\_\_\_\_\_.; CUSINATO, M. A. C. A terapia comunitária na atenção básica. Região Sudeste do Município de São Paulo. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. São Paulo:Casa do Psicólogo, 2007.

SEIXAS, M. R. D. A fragilidade dos valores e a ética do terapeuta. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. P. 83-90.

SENAD. **A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária**. Brasília, 2006.

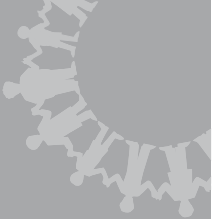
SÊNECA. **Sobre a brevidade da vida**. Trad. William Li. São Paulo: Nova Alexandria, 1993.

STOKES, P. *Philosophy, the great thinkers*. London: Acturus Publishing Limited. 2007.

WIKIPEDIA. Disponível em: < [http://pt.wikipedia.org/wiki/Evolu%C3%A7%C3%A3o\\_das\\_Sociedades](http://pt.wikipedia.org/wiki/Evolu%C3%A7%C3%A3o_das_Sociedades) >. Acesso em 1 maio 2011.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica> acesso em 20 jun. 2011.

WILKINSON, P. ; PHILIP, N. **Guia ilustrado**. Zahar: mitologia.2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.



# *TCI, psicologia e sociologia na compreensão e apoio às relações interpessoais*

*Vinicius Farani López e  
Maria das Graças Farani López*

## **INTRODUÇÃO**

Desde o momento do seu desenvolvimento, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) tem tido como objetivo a construção de redes sociais. Por conseguinte, torna-se de fundamental importância a busca pela compreensão das relações interpessoais na contemporaneidade para elucidar de forma mais clara a atuação da TCI no contexto atual. Frente à complexidade que o tema exige, o presente trabalho utiliza como eixos de análises os aspectos subjetivos do sujeito, da cultura e da sociedade. Assim sendo, as conexões da TCI com a psicologia (em especial a psicologia junguiana) e a sociologia se apresentam como utensílios ricos de compreensão da tríade sujeito-sociedade-relações.

Tendo em vista o contexto globalizado no qual os sujeitos encontram-se imersos, vale o trabalho de compreender o que o mundo tem produzido de efeitos na vida coletiva e seus efeitos no particular contexto brasileiro e na intimidade subjetiva das pessoas em relação. Afinal, as redes conectivas extrapolam limites e distâncias dia após dia como nunca visto anteriormente, gerando de um lado o contato com o novo, com a diversidade, mas por outro, a dificuldade de escolha e a fragilidade dos laços de intimidade. Estes efeitos têm repercutido no Brasil, mas que por sua vez cada região, vilarejo e indivíduo são também produtores de reações específicas frente a essas influências externas.

## A CONTEMPORANEIDADE

Resgatando o pensamento da Terapia Sistêmica abordado por Adalberto Barreto (2008) afirma-se que:

Para enfrentar a vida com prazer e buscar a solução para nossos problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais, precisamos estar conscientes de que fazemos parte desse todo. Precisamos estar conscientes da globalidade em que estamos inseridos, sem perder de vista a relação entre as várias partes do conjunto a que pertencemos. (BARRETO, 2008, p. 27).

O pensamento sistêmico acima transcrito define o conceito básico utilizado na TCI de que o sujeito encontra-se imerso em uma complexa rede de relações no qual inclui o sujeito, a sociedade, o contexto no qual está inserido, sua história e a conscientização de si.

Autores da sociologia como Bauman (2001, 2004), Lypovetsky (1983, 1989, 2004), Giddens (1993) e Petrini (2003, 2005, 2006, 2007) têm apresentando a contemporaneidade como um momento de fragilidade nos laços afetivos pelo constante processo de exaltação do novo, da troca, mas que também promove a valorização do sujeito enquanto único. Facilita-se, então, a vivência de múltiplas possibilidades, mas, com o risco da perda do enraizamento e da dificuldade de fazer escolhas.

Para Lypovestky, (1983, 1989, 2004) a norma é a busca pelo novo. Na pós-modernidade a norma é a pluralidade, diversidade, o não apego às estruturas e códigos estáticos.

O código do Novo é precisamente o instrumento de que a sociedade individualista se dotou para esconjurar o sedentarismo, a repetição, a unidade, a fidelidade aos Mestres e a si própria e tudo isto com vista a uma cultura livre, cinética e plural. (LYPOVESTKY, 1983, p. 88).

O tempo da pós-modernidade é o agora, o tempo presente, o *carpe diem* e a glorificação da satisfação dos desejos imediatos. O futuro que se tornou ameaçador frente a tantas propostas e desejos como as

das guerras que não concretizaram os sonhos tão almeçados, e o passado cada vez mais desvalorizado frente à impaciência do consumo e das rápidas produções. Restam à sociedade burguesa o estado presente e a incapacidade de um futuro sem desespero. “Hoje vivemos para nós próprios, sem nos preocuparmos com as nossas tradições nem com a nossa posteridade” (LYPOVETSKY, 1983, p.49).

A percepção do passado como limitante ao desenvolvimento do homem pode ser visivelmente observada nos modelos das casas familiares. As casas com seus objetos antigos, vasos, tapetes, relógios de parede abrem espaço ao modelo de casa *clean*, onde a ausência de objetos, de história, dá lugar ao vazio. Vazio este repercutido inclusive no número de crianças no ambiente familiar, afinal, a família extensa agora tem os cuidados do “planejamento familiar”.

Segundo Frei Betto (2007) em material apresentado no site Adital (site reconhecido pelo UNESCO) de maneira contundente: “É a cultura do grande vazio respirada pelos jovens de hoje. Caminham de Prometeu a Narciso e, no meio do percurso, deixam à margem o heroísmo de Sísifo. Não lhes importa que a pedra role ladeira abaixo, importa é desfrutar da vida”. (BETTO, 2007).

O que se torna contraditório na contemporaneidade é a constante busca pela não-dor. O abandono enquanto mecanismo de não entrar em contato com o doloroso processo de resignificação. Ou seja, as relações interpessoais não podem ser compreendidas como uma solução fácil para os sofrimentos humanos, afinal, muitas das vezes, são as próprias relações humanas causadoras dos problemas psíquicos mais profundos na alma do ser, mas, é através delas que o sujeito pode aprender a dar novos sentidos à vida, a encontrar novas respostas, novas possibilidades.

A sociedade vive a fragilidade de não mais saber enfrentar a dor, a insegurança, impulsionando a vida a uma incessante busca, que só reforça sua fragilidade frente à manutenção e a construção dos vínculos. Nas palavras do analista junguiano Aldo Carotenuto “é como se a própria sociedade fosse estruturada de modo a condenar a pos-

sibilidade de atravessar momentos difíceis, estado de sofrimento, de ansiedade e de vazio” (CAROTENUTO, 1994, p.195).

Estes efeitos de vazio tornam-se visíveis quando o desenvolvimento da personalidade dos sujeitos passa não mais a contar com a valorização do outro. O outro passou então a ser um estranho e a solidariedade e o apoio mútuo por muitos, se tornam esquecidos, restando aos sujeitos o convívio secreto com sua própria dor. O Dr. Jordan Peterson (2011) abordou relativo aspecto no simpósio “*Towards a new understanding of psychopathology*” realizado pela *University of Toronto* em 19 de março de 2011 com o título da palestra de “self-deception and psychopathology” ao afirmar que os sujeitos quando imersos em sofrimento psíquico passam a vivenciar a vida através de fantasias infantis, tornando a dor ainda maior com o sentimento de impossibilidade, aprisionamento e abandono.

A cultura parece não mais querer lidar com os conflitos, buscando limitar o tempo da dor, sem, portanto, possibilitar o aprendizado que esta confere, e assim, prefere o caminho individual que parece exigir menos esforço. Todavia, “(...) nada de importante pode ser feito quando não se pagou um preço alto” (CAROTENUTO, 1994, p.195).

Por outro lado, o tempo atual não é apenas formado por abandonos e fragilidades. As mudanças tornam-se possíveis e a liberdade de escolha e transformação possibilita o despertar da criatividade e da re-descoberta. Ou seja, as relações passam a não mais se manterem por hierarquias ou estruturas, mas por desejo, vontade, incluindo a possibilidade de mudanças pessoais e coletivas.

O que então se encontra é a possibilidade de mudanças frente às novas tarefas da vida. Para Gelson Roberto (2005), analista junguiano e presidente do Instituto Junguiano do Rio Grande do Sul, o momento é de grandes transformações que merecem novas perspectivas, mas também, novas respostas. A perda da noção do limite, a fragmentação e a desreferencialização do sujeito são fatores presentes hoje na crise do ser. Sobre isso G. Roberto afirma que

“... a crise não é só de terror e incerteza. No refluxo dialético da vida, uma conspiração renovadora se instaura. Novos movimentos subjetivos se organizam frente aos desafios da vida contemporânea” (ROBERTO, 2005, p.71). Inclusive, cita que, frente à nova realidade, emergem novas formas de compreender o consciente e o inconsciente, tendo que dar conta de um universo multiexistencial com “vários níveis, em movimentos horizontais e verticais, atravessados por múltiplas inserções. Uma nova concepção de homem, de psique, de mundo” (ROBERTO, 2005, p.71). Seria o momento da criação de novas possibilidades, da re-invenção, de novas formas de estar no mundo em relação.

Pensando em contextos mais íntimos, a re-invenção alcança os relacionamentos afetivos como a família e a escolha do parceiro amoroso e até nas relações de amizades, afinal, torna-se natural as mulheres e homens divorciados, os homossexuais passam a desfilar pela ruas em suas paradas mundialmente conhecidas, os debates sobre casamento homossexual e família monoparental também tornam-se cada vez mais constantes e abertos. As transformações sociais afetam diretamente todas as estruturas das vidas pessoais e íntimas.

## **A REALIDADE BRASILEIRA**

No contexto brasileiro as mudanças socioculturais sobre as relações interpessoais se apresentam de forma marcante e visível. A queda do modelo patriarcal de família, a valorização do indivíduo em detrimento do coletivo e a ampla expansão da tecnologia têm ocasionado no Brasil efeitos paradoxais no que tange às relações humanas.

Viga Gordilho, coordenadora da pós-graduação da Escola de Belas Artes da UFBA, em entrevista à revista Vogue Brasil, afirma que “Para se tornar universal, você tem de ser, antes de tudo, regional. Para ser antena parabólica, é preciso conhecer primeiro as próprias raízes”.(GORDILHO, 2007, p.47) Este comentário de Gordilho torna-se bastante propício no que tange ao trabalho da TCI visto

a importância que o contexto cultural de cada pessoa que participa das rodas terapêuticas é valorizado e é reconhecido como ferramenta fundamental na vida de cada sujeito.

Segundo Stuart Hall (2006) um dos fundadores do *Centre for Contemporary Cultural Studies*, da Universidade de Birmingham, Inglaterra, o interesse pela busca da compreensão do local vem do fato de que “juntamente com o impacto do ‘global’, surge um novo interesse pelo ‘local’”.(HALL, 2006, p.77). E é exatamente neste ponto que a TCI sintoniza-se com a sociologia contemporânea, pois, no momento que o mundo abre espaço para o novo, para o moderno, para o contexto de globalização, de outro modo, também se cria a necessidade de explorar o que é local, o que é único em um contexto plural. “Assim, ao invés de pensar no global como ‘substituindo’ o local, seria mais acurado pensar numa nova articulação entre o ‘global’ e o ‘local’” (HALL, 2006, p. 77). E é justamente essa estratégia de unir o local com o global que a TCI cria seus portos, unindo o individual com o coletivo resgatando as particularidades históricas para ampliar os horizontes.

Para Darcy Ribeiro (2006) o povo brasileiro se caracteriza na mistura, na mescla, no conjunto das diferenças. Ribeiro (2006) afirma que falar de negro, índios e portugueses não é falar de uma cultura essencialmente brasileira. Mais do que segmentos das diferentes tradições culturais e formações sociais, o Brasil é formado por um *povo novo*, uma mescla que dá origem a uma “etnia nacional, diferenciada culturalmente de suas matrizes formadoras, fortemente mestiças, dinamizada por uma cultura sincrética e singularizada pela redefinição de traços culturais delas oriundos” (RIBEIRO, 2006, p.17). O autor sugere tratar-se de um *povo novo*, porque possui também novo modelo de estruturação societária, e porque se vê e é visto como um novo gênero humano, inclusive pela alegria que convive com situações de carência e sofrimento desde os registros da sua história colonial.

Apesar das características mencionadas de um *povo novo*, ele também traz no seu âmago estruturas antigas, porque nascem das con-

fluências de expansões marítimas européias, e do contato com povos pré-existentes na terra “descoberta”, ou trazidos como escravos. É nesta mistura que se dá a complexidade da realidade brasileira e, como afirma Ribeiro, muitos são os modos de ser brasileiro: “sertanejos do Nordeste, caboclos da Amazônia, crioulos do litoral, caipiras do Sudeste e Centro do País, gaúchos das campanhas sulinas, além de ítalo-brasileiros, teuto-brasileiros, nipo-brasileiros etc.” (RIBEIRO, 2006, p.19).

A TCI é um espaço de música, dança, troca de experiência e conhecimento, um espaço do abraço. Não poderia ter sido desenvolvida em lugar mais propício do que no território dos “homens cordiais”. O “homem cordial” é uma definição dada por Sérgio Buarque de Holanda no livro “Raízes do Brasil” (1978) no qual denomina o brasileiro como um povo que tem a peculiaridade de transformar as relações em algo intimista. “Seria engano supor que essas virtudes possam significar ‘boas maneiras’, civilidade. São antes de tudo expressões legítimas de um fundo emotivo extremamente rico e transbordante.” (HOLANDA, 1978, p.107).

Sérgio Buarque (1978) identifica no “homem cordial” a característica expansiva, de vida exterior, contato com o outro. Não é difícil identificar o povo brasileiro como possuidor destas características, lugar do carnaval, dos contatos, das amizades fáceis e do comunicar com qualquer pessoa que esteja por perto (fila de banco, supermercado etc.). No entanto, não impede o aparecimento de atos de violência, abandono e negligência.

Em análise linguística, pode-se compreender o “homem cordial” brasileiro na utilização constante do uso do sufixo “inho”. “A terminação ‘inho’, aposta às palavras, serve para nos familiarizar mais com as pessoas ou objetos e, ao mesmo tempo, para lhes dar relevo” (HOLANDA, 1978). O uso de tais vocábulos é o modo brasileiro de tornar as relações acessíveis ao sentimento.

O Brasil então se encontra imerso em uma complexa e constante construção e reconstrução de seus valores, podendo ser identificado na cultura contemporânea o paradoxo encontro entre a valorização da máquina, do dinheiro, do novo, da velocidade e da perda de contatos de intimidade com a busca da necessidade humana de encontro, da busca pelo sentido de vida. É neste contexto socioeconômico-histórico-cultural que a TCI vem despertando o sentido de rede, de unidade e de grupo.

### **A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PESSOAL**

Para a Terapia Comunitária Integrativa, assim como para a psicologia junguiana, a tomada de consciência do sujeito é o primeiro passo para a reconstrução de si e da sociedade. Reconhecer o problema é poder olhar de frente e saber qual é o alvo que precisa ser alcançado e solucionado, conhecer a si mesmo é também saber reconhecer o outro.

O encontro do sujeito consigo mesmo possibilita a ampliação do contato com o outro, tendo como efeito fundamental a distinção e a quebra da simbiose. Reconhecer “quem eu sou” para poder lidar com o outro, produz no sujeito a capacidade de distinguir o seu sofrimento do sofrimento do outro, gerando assim o sentimento de liberdade, mas, sem, no entanto, perder a compreensão de que o outro tem um papel importante na vida de relação.

A construção dos vínculos interpessoais encontra-se no drama da construção da identidade individual, no processo de ser, estar no mundo. A construção da identidade é caracterizada na psicologia junguiana como processo de ampliação da consciência (individualização). É, portanto, uma busca pelo autoconhecimento, por aprendizado de estar no mundo, um processo de aprender gradativamente a lidar com as manifestações do inconsciente no dia a dia e com a realidade do mundo externo. Apesar de ser um processo de busca por

autonomia, visa o retorno ao mundo, estar mais presente e consciente de si para estar mais presente no outro, um processo que Carl Roger (1977) denomina de “tornar-se pessoa”.

Jung (1978, 1988, 1996) define o conceito “individuação” como o processo de desenvolvimento do sujeito, processo este que se inicia desde o nascimento até a morte. Para Jung, o criador da Psicologia Analítica, a busca pelo desenvolvimento faz parte do homem e o bloqueio desta energia criadora é fonte principal para as crises, neuroses, sentimento de impossibilidade, depressão ou agressividade dos indivíduos. O processo de individuação seria, portanto, a busca pelo desenvolvimento da consciência pessoal, relacional e espiritual. O que se torna marcante nos textos de Jung e seus seguidores é a necessidade do outro para a construção do “eu” individual. O reconhecimento de que o homem precisa do outro para o crescimento e conhecimento. Mas que obviamente este processo não se dá de forma linear e harmônica, mas como uma elipse com diferentes direções, altos e baixos.

Para Jung (1986), a construção da relação exige a consciência do eu, tendo, por conseguinte a necessária distinção do outro. “Apenas onde existe essa distinção, pode aparecer um relacionamento” (JUNG, 1986, p. 195). A construção de relações conscientes são passos longos e trabalhosos que se fazem necessários para que, cada vez menos, a relação passe a sofrer os efeitos do inconsciente. Seria, portanto, um processo de busca pela autonomia, não um individualismo, mas uma busca por maior compreensão de si e do outro para poder trilhar uma jornada a dois com maior clareza. “Não existe nenhum relacionamento psíquico entre dois seres humanos, se ambos não se encontrarem em estado inconsciente” (JUNG, 1986, p.195). Entretanto, torna-se relevante o fato de que a consciência não vem dada a priori, mas antes, é uma função desenvolvida ao longo do tempo na relação do eu com o mundo.

O ser humano é relacional por natureza (CARVALHO, 2005), o homem necessita se relacionar e constituir vínculos. Desde o momento em que o homem ainda é feto necessita de um outro, não só

em forma de preservação da espécie para sua proteção e alimento, assim como para se desenvolver. “Sabemos que os bebês que não recebem carinho ou confiança sofrem do que se chama de depressão anaclítica. Eles têm maior tendência ao retardo mental e fisiológico e a doenças graves do que aqueles que recebem atenção emocional” (HOLLIS, 2002, p.18). O vínculo, portanto, tem força preponderante na vida humana, tanto no sentido destrutivo quanto positivo e é devido a este valor que Ana Carvalho afirma que “é no outro e através do outro que o ser humano individual, bem ou mal, se constitui” (CARVALHO, 2005, p.189).

O compartilhar cria vínculos, cria interações. É na busca e na relação com o outro que se descobre um mundo novo, uma nova forma de se relacionar com as situações da vida interna e externa, e também, é através do outro que o homem descobre a si mesmo. E então, pergunta Ana Carvalho: “Pode-se conceber alguma sociedade humana onde não existam vínculos interpessoais?” (CARVALHO, 2006, p.189). O vínculo é uma resposta pessoal à necessidade de vivenciar, de partilhar e de aprender a viver. O vínculo, além de possibilitar a interação social, é uma necessidade fundamental do homem.

Cada indivíduo é formado por uma nova combinação de elementos das mais diversas ordens, sendo elas psicológicas, sociológicas, biológicas e outras mais. Cada indivíduo possui em si um organismo vivo único, singular com uma proliferação de possibilidades, ideias, tesouros e tragédias. O homem enquanto sujeito psíquico carrega as marcas da dor e da alegria, do desespero e da realização, e, portanto, tenta encontrar na multiplicidade que é viver algum sentido para sua própria existência.

## **A TCI E A CONTEMPORANEIDADE**

Como estratégia de enfrentamento a esta complexa realidade que rodeia as relações, a TCI tem como um dos lemas fundantes: ver além da carência para ressaltar a competência. É perceber que o sofrimento

também é gerador de competências. É no conflito que se produz o som e o desejo pela transformação, pela mudança e pela busca. É reconhecer o saber produzido pela vida.

Frente ao contexto sociocultural no qual a Terapia Comunitária Integrativa tem se desenvolvido, esta passa a ter um importante papel humanitário. O tema da construção de redes abordado pela TCI torna-se um link fundamental na conexão do sujeito com o mundo externo, o que repercute diretamente no mundo interno. Conexões e intercâmbios são frequentemente abordados no mundo da internet, facebook, chats, blogs, messenger e tantos outros recursos eletrônicos, mas, no panorama da TCI, a conexão não se dá apenas por imagens, e redes elétricas de longas distâncias, ao invés, aproxima e busca a solidariedade do que está ao lado. Adalberto Barreto corrobora esta ideia quando afirma que:

A Terapia Comunitária é um espaço de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, objetivando a valorização da história de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. Tem como base de sustentação o estímulo para a construção de redes solidárias e promoção da vida. (BARRETO, 2008, p. 33).

A TCI visa focar a conexão do sujeito consigo e suas potencialidades. A criação de redes solidárias resgata a construção em conjunto. O sujeito passa a aliviar as tensões e os estresses da vida cotidiana dividindo sua vida, história, frustrações e alegrias em um ambiente de aceitação e cuidado. O foco do trabalho terapêutico passa a não ser a patologia, mas visa abordar os reflexos de uma vida solitária e sofrida na alma de cada um que se permite participar de um momento de reflexão e de cuidado de si.

A construção das redes solidárias, portanto, podem ser compreendidas como o fortalecimento da solidariedade e do contato com o próximo. Visto a paradoxalidade encontrada no contexto atual no qual todos estão conectados virtualmente, mas correndo o risco da

despersonalização e do sentimento de abandono, a TCI aproxima o sujeito com sua intimidade e sua história.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TCI surge em um complexo momento cultural de possibilidades e mudanças que de um lado podem vir a facilitar sua atuação e que é também gerador de sentido à sua atuação, mas, de outro modo precisa atuar de forma positiva contra recursos de uma cultura que pode proporcionar a perda de sentidos de unidade.

A cultura contemporânea indicada pelos autores supracitados possibilita aos sujeitos o encontro com um manancial de possibilidades nunca antes visto. De um lado este aspecto traz a possibilidade de mudanças e avanços tecnológicos e redes globalizadas, mas que de outro pode gerar ao sujeito a despersonalização, perda de sentido e sentimento de isolamento em um mundo tão vasto e de contatos virtuais.

Visto pela ótica da valorização da pluralidade, da multiplicidade e da possibilidade de acesso ao conhecimento geral em proporções globais, vem como ferramenta libertadora, desprendendo o sujeito das normas e regras como nunca antes experimentado. A pós-modernidade, neste sentido, encontra-se a favor do processo de individuação sugerido por Carl Gustav Jung. Para tal ator e seus seguidores, o sujeito é capaz de compreender apenas uma pequena parcela de si, tendo uma imensidão psicológica para descobrir e se descobrir. A pós-modernidade, então, tendo como lema a “re-invenção” dos sujeitos e dos espaços, desperta o interesse pela re-construção também psicológica, tornando-se propício terreno para a Terapia Comunitária Integrativa.

Por outro lado, o tempo atual traz consigo o sentido de individualidade, da troca rápida sem o tempo para a conscientização, do contato e da intimidade. Não se tem mais o tempo necessário para a proximidade, nem a paciência e o cuidado do esforço e da dedicação.

A incansável busca pelo novo tem despertado também a perda do contato com a raiz, com a história e, por conseguinte, possibilita o encontro com as múltiplas possibilidades que o mundo gera. Assim, aproximando os indivíduos do risco da perda de sentido e do encontro com a imensidão do caos sem saber que caminho trilhar.

Em meio a um contexto sociocultural que valoriza a velocidade e a troca em detrimento das relações de intimidade, o papel da TCI tem sido o de clarificar os caminhos trilhados, resgatar a origem e a autoestima, despertando nos sujeitos a possibilidade da abertura ao outro, à parcerias e ao apoio mútuo. A TCI então produz a construção de redes sociais não como um arcabouço teórico ou virtual, mas como uma realidade próxima e acessível.

A TCI, surgida nesse caldo multicultural, tem se mostrado eficiente em diferentes contextos brasileiros e internacionais, pois promove o que de mais básico o sujeito necessita, que é facilitar o contato com o próximo. Nas rodas terapêuticas os sujeitos passam a vivenciar o contato, o encontro com o outro, ao passo que desenvolve a si e torna-se consciente de seus próprios atos e dificuldades. A tomada de consciência é definitivamente um processo libertador do sujeito e o apoio mútuo proporcionado pelas redes solidárias que tanto prega a Terapia Comunitária Integrativa vem como suporte importante no doloroso processo da vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. 3. ed, Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

\_\_\_\_\_. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

BETTO, F. **Geração pós-moderna**. In: Adital: Notícias da América Latina e Caribe, 2007. Disponível em: <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=27963&busca=frei%20betto>> Acesso em: 15 mar. 2011.

BUBER, M. **Eu tu**. São Paulo: Centauro, 1974.

CARVALHO, A M. Em busca da natureza do vínculo: uma reflexão psicoetológica sobre grupos familiares e redes sociais. IN: **Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar** / João Carlos Petrini, Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti (orgs) – Petrópolis: Vozes, 2005.

\_\_\_\_\_. ; POLITANO, I, FRANCO, A L. S. **Vínculo interpessoal: uma reflexão sobre diversidade e universalidade do conceito na teorização da Psicologia**. Anais do I Seminário Internacional: Família contemporânea: desafios à intimidade e à inclusão. Salvador: UCSal, 2006.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GORDILHO, V. **Uma baiana do mundo: as instalações de Viga Gordilho fazem uma ponte entre o Recôncavo, a Europa e a África e mostram como se pode ser global sem abrir mãos das raízes**. Revista Vogue Brasil, 2007.

HOLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil**. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1978.

JUNG, C. G. AION. **Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo**. Petrópolis: Vozes, vol. IX/2, 1998.

\_\_\_\_\_. **O desenvolvimento da personalidade**. Petrópolis: Vozes, vol. XVII, 1986.

\_\_\_\_\_. **A vida simbólica.** Petrópolis: Vozes, O.C. XVIII, 1998.

LIPOVETSKY, G. **A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo.** Lisboa: Antropos, 1983.

\_\_\_\_\_. **O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas.** São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

\_\_\_\_\_. **Os tempos hipermodernos.** São Paulo: Barcarolla, 2004.

PETERSON, J. **Self-deception and psychopathology.** In: Palestra apresentada no congresso “Towards a new understanding of psychopathology”, *University of Toronto, 19/03/2011. (não publicada).*

PETRINI, J. C. **Pós-modernidade e família: um itinerário de compreensão.** Bauru, SP: EDUSC, 2003.

\_\_\_\_\_. **Mudanças sociais e familiares na atualidade: reflexões à luz da história social e da sociologia.** Revista eletrônica da UFMG: memorandum. N. 8, 2005.

\_\_\_\_\_. **Família, dádiva, mercado: entre o dom e o cálculo.** Anais do I Seminário Internacional: Família contemporânea: desafios à intimidade e à inclusão. Salvador: UCSal, 2006.

\_\_\_\_\_. Políticas sociais dirigidas à família. IN: **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais.** Ângela Borges e Mary Castro (org). São Paulo: Paulinas, 2007.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil.** São Paulo: Companhia das letras, 2006.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa.** São Paulo: Martins Fontes, 1977.



# *Sociologia e Terapia Comunitária Integrativa<sup>1</sup>*

*Rolando Lazarte*

## **INTRODUÇÃO**

Para tentarmos perceber as relações entre estes dois termos, teríamos que ter uma noção clara do que sejam, de um lado, a Sociologia e, do outro, a Terapia Comunitária. No entanto, por serem ambas, coisas em movimento, corpos de conhecimento e/ ou movimentos heterogêneos e contraditórios, em constante mudança, apenas poderemos ter alguns vislumbres, umas poucas intuições, e fazer algumas incursões nas interfaces da Sociologia e Terapia Comunitária.

De um lado, da Sociologia, temos um corpo, de conhecimentos, diverso, complexo e contraditório, integrado por formas de pensar oriundas de distintas etapas da história da humanidade, voltadas para o ser social, o ser humano, a sociedade, nos seus diversos aspectos. Do outro lado, da Terapia Comunitária, temos uma prática recente, com mais de 22 anos de existência, oriunda do Nordeste brasileiro, e em expansão para outros países da América do Sul, Europa e África. Nem uma nem outra são neutras, nem poderiam ser, pois têm propósitos, finalidades, objetivos e motivações.

## **INTERFACES: SOCIOLOGIA E TERAPIA COMUNITÁRIA**

Feitos estes esclarecimentos iniciais, necessários para construir o foco destas reflexões, passemos à interface essencial, objectual, referente ao ser, entre Sociologia e Terapia Comunitária. Quanto à Sociologia nos referimos à Sociologia Humanista que integra as contribui-

<sup>1</sup> Neste texto, sempre que se utiliza a expressão “Terapia Comunitária”, está se referindo à Terapia Comunitária Integrativa.

ções da vertente compreensiva de Max Weber, desalienadora de Karl Marx e integradora de Émile Durkheim. Por outro lado, concebemos a Terapia Comunitária Integrativa, como um conjunto de formas de ser, fazer, pensar e sentir, de agir e de estar no mundo, de relacionamento das pessoas consigo mesmas, com os outros, o ambiente, o futuro, o passado, a história pessoal e grupal, a identidade, a memória, as raízes histórico-sociais e os valores culturais. Ou seja, entendemos aqui a Terapia Comunitária como um fato social no sentido durkheimiano (DURKHEIM, 1974), ou, um fenômeno social total, no dizer de Gurvitch (1987).

Na interface que nos interessa, a da construção de saberes, práticas, visões de mundo e formas de relacionamento social, vamos nos ater aos estudos de Durkheim (1974, 1983), Weber (2005, 2009) e Marx (1978, 1986). Quanto a Durkheim, remetemos os leitores a “*As regras do método sociológico*” (1974), quando o autor trabalha o conceito de consciência social e consciência coletiva como lugar das representações. Nesta análise, retomada em “*Da divisão do trabalho social*” (1983), as diferenças individuais, no seio da sociedade, são vistas como elementos dinamizadores, por vezes antecipadores de mudanças necessárias no todo social. Em relação a Weber, remetemos à leitura de “*A ética protestante e o Espírito do Capitalismo*” (2005) e “*Economia e sociedade*” (2009). No que diz respeito à Marx, a noção da contraditoriedade (na história, nas relações sociais, nas relações entre formas de consciência e de existência, entre exploração/alienação e emancipação) perpassa toda a sua obra.

## **OS PROPÓSITOS DA SOCIOLOGIA E A TERAPIA COMUNITÁRIA**

Desde o seu começo, a Sociologia se propôs à melhoria da condição humana. Embora tenha tido significados diferentes para cada uma das correntes principais do pensamento sociológico, a saber: a Sociologia compreensiva de Max Weber, a Sociologia dialética de Karl Marx e a Sociologia orgânica de Émile Durkheim; existem coin-

cidências essenciais como às que se propõe a Terapia Comunitária, fazendo-se necessário rastrear com precisão.

Para Marx, o conhecimento do social deveria conduzir a uma sociedade sem classes, em que as pessoas, libertas de qualquer mediação, tivessem para si de volta o que lhes roubara a sociedade capitalista: a própria essência da pessoa, seu ser social, expropriado tanto pela estrutura econômica que separa os seres humanos e os contrapõe uns aos outros por interesses opostos e conflitantes, quanto pelas estruturas ideológicas (o Estado, a religião, as ideias dominantes, a falsa consciência ou consciência alienada).

Este tema é desenvolvido por Marx em vários de seus textos: *A ideologia Alemã*, (*Teses sobre Feuerbach*, 1986), *Para a Crítica da Economia Política* (1978) e *Sobre a questão judaica* (2010). A libertação da consciência seria possível pela eliminação das relações de propriedade e de produção que criam a ilusão de um mundo de objetos autônomos com relação aos seres humanos. A destruição deste “mundo da pseudo-concreticidade” é desenvolvida por Karel Kosik em *Dialética do concreto* (2000) e envolve uma ação ao mesmo tempo na consciência social e na existência social.

Na TCI, busca-se o retorno do indivíduo a si mesmo, o fim da alienação, e, nesse sentido, a convergência com o pensamento de Marx é total. Na TCI este regresso do ser humano a si mesmo, esta desalienação, ocorre, em parte, pela pedagogia de Paulo Freire, que restitui à pessoa o seu lugar no mundo, a sua autonomia e a sua autoestima. As comunidades e os indivíduos recuperam-se para si através de um reencontro consigo mesmos que se processa nas rodas da Terapia Comunitária, como parte da rede social. Esta desalienação ocorre, também, porque na Terapia Comunitária a pessoa aprende a se ter de volta, independentemente dos papéis sociais que poderiam aprisioná-la.

Convém citar a “catividade no rol”, uma categoria sociológica que se refere à prisão da pessoa em papéis sociais. Isto fica claro nas formações, em que muitas vezes ouvimos alguém dizer: “eu vivia para o

meu marido e para os meus filhos, agora vivo para mim mesma”. Para Durkheim, a Sociologia deveria ser capaz de trazer de volta a coesão social perdida com o fim da sociedade feudal, que introduzira a anomia na vida doméstica e econômica, política e social.

Para Max Weber (1944), a Sociologia compreensiva era uma ferramenta que poderia e deveria descobrir, na ação social, a intervenção dos valores que a orientam e que a constituem como tal, na reciprocidade e complementariedade das expectativas, dando aos sujeitos da ação social a capacidade para escolherem racionalmente o curso da ação.

Esta visão sumária dos eixos ou objetivos das principais correntes da Sociologia estabelece coincidências com a visão da TCI enquanto recurso ou tecnologia de cuidado. A TCI diminui o sofrimento mental e revitaliza ou cria redes sociais, recompondo o poder das pessoas e comunidades, a partir do reencontro com os próprios valores e história, que dão sentido à existência individual e social.

A TCI repõe, revitaliza, recria a sociabilidade inata e genuína do ser humano (LAZARTE, 2011). Temos estabelecido algumas inter-relações referentes aos objetivos, metas ou propósitos da Sociologia e da Terapia Comunitária, mostrando a sua convergência. Resta examinar, agora, de maneira detalhada, o que pode ser dito sobre: 1) os pontos de vista de uma e outra ou as perspectivas de abordagem, isto é, as formas de ver e de conceber o mundo humano e social, sua existência e funcionamento. Isto deve conduzir a um exame em detalhe das distintas correntes da Sociologia, como a clássica, compreensiva, organicista, humanista, materialista, entre outras. Do lado da Terapia Comunitária será preciso observar as direções do olhar para dentro e para fora do terapeuta comunitário, por um lado, e, por outro, as formas como estes olhares ou perspectivas confluem para criar uma ou mais visões da pessoa e a sua inserção e funcionamento na teia social e comunitária; 2) As ênfases causais ou explicativas, ou seja, as formas como são compreendidos os comportamentos individuais, grupais (comunitários e familiares), sociais, etc; 3) As inter-relações

entre os diversos planos ou níveis da realidade: material, emocional, mental, psíquico, espiritual; e 4) As concepções de mundo subjacentes a uma e à outra, como fundamentações das formas de ser, fazer, pensar e sentir.

Preliminarmente, vejamos algumas áreas do conhecimento social e da ação social, em que se entrecruzam a Terapia Comunitária e a Análise Sociológica.

## MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Entendemos a mobilização social como um processo pelo qual as pessoas ultrapassam as fronteiras ou as delimitações dos seus grupos sociais de pertencimento. Neste sentido, mobilização social é igual à livre circulação e inserção de pessoas na sociedade como um todo, ou em alguma das suas subsociedades (famílias, bairros, comunidades, movimentos).

A Terapia Comunitária promove a mobilização social, uma vez que nela colaboram, lado a lado, pessoas de níveis culturais diversos, estudantes e donas de casa, dependentes químicos e membros das mais variadas igrejas, com o objetivo comum de superarem juntos, os problemas emocionais e relacionais de todo ser humano. Neste sentido, a TCI age como um elemento de dissolução das barreiras que separam as pessoas em subgrupos, bloqueando as relações mútuas e o intercâmbio, aumentando as possibilidades de crescimento recíproco e a construção de uma sociedade enriquecida pelo acréscimo das diferenças próprias de cada pessoa e subgrupo social.

Talvez seja esta, a eliminação dos *pré-conceitos*, uma das interfaces mais evidentes e positivas da Sociologia com a Terapia Comunitária. Durkheim (1974), um dos fundadores da Sociologia, estabelecia como uma das regras do método sociológico, a eliminação sistemática de todas as pré-noções, ou seja, de todas as ideias-feitas que impedem o conhecimento dos outros e de si mesmo. Neste sentido, a TC cria espaços de conhecimento e de inter-relacionamento, que

estabelecem pontes de reconhecimento mútuo entre as pessoas, além dos elementos que poderiam as separar, como etnia, crença, classe social, aparência física e hábitos. As pessoas se reconhecem como seres humanos.

Isto pode ser notado com clareza nas rodas, nos cursos de cuidando do cuidador, nas vivências. Aos poucos, a pessoa vai percebendo o outro, não importa a sua aparência, a cor da sua pele, a sua condição econômica ou o nível educacional, como alguém que passa por experiências de vida, nas quais pode se espelhar. Ao dizermos aqui que a TCI opera como um fator de mobilização social, queremos dizer que as pessoas passam a se tratar, a se verem umas às outras, além dos recortes separativos da estratificação social. Neste sentido, há uma indicação para a inclusão social.

Nas rodas de terapia, os estudantes saram do autismo universitário, da miragem de um saber sem gente, de um conhecimento sem experiência. E as pessoas do meio popular colaboram com o que têm de mais próprio, seus valores originais: sua generosidade, simplicidade, solidariedade, entre outros.

Um dos pilares da Terapia Comunitária, a pedagogia de Paulo Freire, afirma a autonomia dos sujeitos e a horizontalidade do saber. Isto é praticado a partir do momento em que se entra numa roda de terapia. Ninguém lhe pergunta a profissão, embora possa ser declarada. Mas quando alguém fala, os outros escutam. Todos têm algo a dizer. Todas as histórias, problemas, sonhos, anseios e ansiedades, são importantes. Ninguém dá conselhos nem interrompe quando os outros falam. Não há ninguém mais importante que os demais. Todos se tocam, se abraçam, trocam olhares e palavras de carinho, de afeto, de apoio, de compreensão.

Como afirma Barreto (2008), na Terapia Comunitária, a pessoa se torna terapeuta de si mesma. Não há a pretensão de que o terapeuta cure ninguém. É a comunidade que cura. A sua comunidade interna e a externa. A que a pessoa é em si e a que ela forma, faz parte, fora dela, na relação com os demais.

Quebra-se a dependência, cada um pode, os outros podem, todos podemos mais. E se isto possa soar como algo ilusório ou pueril, se pode testar a veracidade, de várias formas: participando de rodas de terapia ou ouvindo alguém que já participou ou participa. E, ainda, tomando conhecimento do impacto que esta atividade vem mostrando em diversos municípios do Brasil, na criação ou no reforço de redes solidárias, estimulando o aumento da autoestima de pessoas e comunidades, promovendo a reintegração de ex-dependentes de álcool ou outras drogas, mobilizando coletivos das periferias urbanas e de nichos de classe média das cidades, que, aos poucos, mas evidentemente, começam a sair do imobilismo e da apatia, da resignação e da manipulação externa, para serem, cada vez mais, pessoas e comunidades, agentes ativos da sua vida e do seu destino.

## **PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

O tema da participação social há muito tempo tem transbordado os âmbitos acadêmicos e/ou tecnocráticos dos governos e entidades de pesquisa, para se tornar, cada vez mais, assunto do cotidiano das pessoas e instituições. No caso concreto do Brasil, há já várias iniciativas, como a Terapia Comunitária de Adalberto Barreto, que vêm ganhando espaços na construção e no reforço de laços sociais, agregando pessoas e comunidades, em sentido contrário ao das tendências dissociadoras e anomizantes do mercado.

As relações, cada vez mais, são permeadas por valores solidários na ética cotidiana de pessoas e comunidades, de gestores em saúde e ambientes acadêmicos e de mobilização social, pela recuperação e fortalecimento das identidades pessoais e sociais, reforçando instituições e indivíduos numa marcha silenciosa, mas eficiente. Pode parecer idílico ou sonhador, mas o certo é que, pela base da sociedade brasileira, este e outros movimentos, como o da Teologia da Libertação e a Educação Popular de inspiração freireana, vêm ganhando espaço de forma animadora.

Os valores cotidianos, que pareciam entregues ao imediatismo e ao pragmatismo utilitário bem ao gosto do capitalismo diário, cedem espaço para o interesse pelo outro, pela ajuda mútua em várias modalidades. Isto permite conjecturar que, em não muitos anos, várias das lacunas de participação no Brasil possam estar fechadas ou em vias de fechamento. A educação em expansão, em moldes integrativos, com programas como o da Universidade Aberta, o crescente interesse e participação de pessoas de todas as idades em atividades voluntárias de várias tonalidades e formatos vão construindo, com outras iniciativas nos terrenos da arte e da cultura, da dança e da música, do artesanato, e da reciclagem de resíduos, uma perspectiva de coesão e de participação social impensável pouco tempo atrás.

O analfabetismo, a expulsão dos pequenos agricultores das terras nos interiores, o desemprego e o subemprego, a subremuneração e a exclusão social, que em grande medida ainda prevalecem no País, cedem terreno, como dissemos, em escalas não pequena, a estas ações concretas que pontuamos, visando à construção de um tecido social mais firme e unido.

Verdadeiramente os desafios são enormes. Embora estes sinais apontados sejam alvissareiros, os obstáculos internos e externos não são de pequena monta. O que vale, neste contexto, é que a esperança que nos é possível vislumbrar está longe de ser um devaneio ou um *desideratum* abstrato, ao contrário, se alimenta de inúmeras experiências vivenciadas tanto no Brasil, especialmente, mas não exclusivamente na Paraíba e no Ceará, em ações pela base, em que nos foi possível construir este retrato esperançoso que, temos certeza, será ainda aprimorado pela colaboração de muitos pelo Brasil afora, nessa construção calada que marca as mudanças internas e externas que consolidam, dia a dia, a efetiva construção de um mundo melhor, feito de amor e de paz, de justiça e de respeito à diversidade, no marco de uma humanidade, uma e única, sem distinções de

qualquer espécie, reintegrada à matriz cósmica de que vem e à qual pertence desde sempre, pois que é o seu lugar.

Sabemos que muitos terapeutas, em distintos lugares, somam as suas ações e intenções, seu trabalho silencioso, melhorando as relações interpessoais, de maneiras tão diversas que seria impossível enumerar. São veredas alinhadas com o projeto de humanização do ser humano, de reintegração da humanidade ao cosmos, às matrizes primordiais que dormem no interior de cada pessoa e de tudo que existe, uma vez que tudo é oriundo do mesmo lugar e a ele retorna após os ciclos individuais das pessoas, das espécies, dos povos, das civilizações, das nações.

Paulo Freire (2002) e a sua pedagogia libertadora desfazem as estruturas alienantes do saber privatizado, empossando pessoas de todas as idades e condições sociais, quebrando a síndrome da miséria psíquica, e tantas mazelas como o consumismo, a passividade, a resignação, a omissão.

A Terapia Comunitária, entre outras coisas, talvez a mais importante, restitui a identidade da pessoa, melhor dizendo, a pessoa se reencontra na Terapia. Volta a si mesma. Retorna ao que sempre foi. Descobre-se poderosa, capaz, vencedora de tantas batalhas que venceu ao longo da sua vida. E ao seu redor, outras tantas pessoas que também fizeram ou fazem o caminho de volta. Gente que deixou a bebida, as drogas, a depressão, a solidão, para se juntar a outros, numa caminhada infinita de ajuda mútua e de construção coletiva de melhores condições de vida para todos.

Cada leitor poderá acrescentar da sua própria experiência, ações de que participa ou das que têm conhecimento, em que a esperança viva se faz verdade, de modos simples e efetivos. Por isto, podemos dizer como o poeta, alguma palavra que nos anime a seguir nesta trajetória, confiando que a herança de que somos depositários nos torna capazes de seguir vencendo, em direção a um horizonte que cada vez está mais perto.

## INCLUSÃO SOCIAL

Nos dias de hoje, muito se ouve falar sobre inclusão social. O conceito de inclusão social remete a uma integração de setores marginalizados no quadro da estrutura social vigente. No contexto destas breves reflexões, a inclusão social tem um aspecto de integração da personalidade e integração na sociedade. Nas rodas da Terapia Comunitária, que é chamada de integrativa, as pessoas passam a perceber a unidade das suas vidas, o fio condutor que costura, unificando, os fatos primeiros e derradeiros das suas vidas.

Isto ocorre de várias formas. A história pessoal de cada um vem à tona, e se emparenta com as histórias de vida dos outros presentes. A saída da roça ou da cidade pequena para a grande cidade, para a periferia urbana, com a conseqüente sensação de perda de identidade, são sentimentos comuns aos migrantes no Brasil e em qualquer parte do mundo. Mudam os costumes, deixam de ser alguém inserido numa trama de relações habituais, para passarem a ser algo estranho, um desenraizado, uma alma penada, como diz Adalberto Barreto (2011) em “As dores da alma dos excluídos no Brasil”.

Quando passamos a fazer parte da roda da terapia, começa a se costurar a própria história, ela ganha coerência e consistência. Já não somos mais um João ninguém. Outros pronunciam o nosso nome uma vez à semana, ao menos. São lembrados nos aniversários, cantam-se e dança-se juntos. Muitas donas de casa que não saíam de suas casas, veem outras pessoas, sorriem, encontram um sentido maior no seu viver, do que meramente atenderem marido e filhos que muitas vezes têm suas próprias vidas à margem da delas. Aposentados que apenas viviam à espera da morte, recuperam a alegria de viver, brincam, contam piadas, dançam nas rodas e entoam orações com crianças, com jovens, com estudantes e doutores da universidade e técnicos em saúde, agentes comunitários, etc. A integração funciona para todos, para os de baixo e os do meio, na verdade, uns e outros geram uma mandala giratória, em que ninguém sabe quem é o outro.

Assim, a inclusão funciona para dentro e para fora da pessoa. Ela se inclui na medida em que se sente parte de história comum, numa fala comum em que se reconhece. Neste sentido, inclusão e integração funcionam quase como sinônimos. Os estudantes e doutores, médicos e professores, por sua vez, quebram a barreira do isolamento que a educação superior produz com frequência e se redescobrem gente, apenas gente. Nestas rodas, se processam momentos de encontro das pessoas consigo mesmas, motivo pelo qual se pode dizer que a Terapia Comunitária é uma ferramenta de inclusão social.

### **A RECUPERAÇÃO DA PESSOA HUMANA: DES-ALIENAÇÃO, AUTOCONHECIMENTO**

Des-alienação significa, aqui, o retorno da pessoa ao seu ser original, o abandono de imagens falsas ou equivocadas a respeito de si mesma, vir a se conhecer da forma como cada um de nós é. Isto acontece no processo de autoconhecimento que começa a se verificar a partir do momento em que a pessoa começa a se integrar nas rodas da Terapia Comunitária, e, de maneira ainda mais forte e evidente, no processo de se tornar um terapeuta comunitário.

No processo formativo (que começa, mas não termina no curso de formação), o terapeuta se defronta com o que ele pensava que era, as ideias prévias que tinha a respeito de si, o que ele tinha internalizado como pensamentos e sentimentos sobre si mesmo. Estes preconceitos são o que podemos chamar de “inimigo interno”, as noções equivocadas, que nos dizem constantemente: “você não pode, você não vale nada, você está só, nunca foi amado, não tem futuro”. Esse diálogo interno negativo começa a ser mudado por uma percepção correta da pessoa sobre o que ela é, o que ela pode, qual foi a sua história, quais os seus valores fundamentais, qual o seu projeto de vida, qual a sua identidade, o seu valor (WATTS, 1950; FREIRE, 1987; HAY, 1993; BRANDEN, 1995).

Neste processo de autopoiese contínua, a pessoa vai se ressignificando e ressignificando o seu passado, o seu modo de ser e de se relacionar com os demais, as suas metas e objetivos, a sua razão de ser e de viver. Isto é des-alienação. Este processo tem formas específicas de acontecer no processo formativo. A pessoa é levada a se ver como alguém que é o que é, ou, ao contrário, como alguém que é o que os outros querem que seja. O processo da pessoa vir a saber o que ela é, quem ela é, é gradativo e aproximativo, nunca totalmente concluído. Nas rodas da Terapia Comunitária, no processo de vir a se tornar um terapeuta comunitário, a pessoa se defronta com o seu ser verdadeiro. Obviamente, isto ocorre apenas se a pessoa estiver disposta a se ver como ela é de verdade, e não como se ela fosse alguém que vive fazendo de conta, tentando agradar ou tentando cumprir papéis que lhe foram atribuídos ou que se auto-atribuiu. A Terapia Comunitária cria as condições para este reencontro profundo.

Vamos tecer agora algumas considerações sobre o autoconhecimento, neste processo de autodescoberta do ser autêntico que é a maior convergência dos ideais libertários da Sociologia, a sua meta emancipatória, e a Terapia Comunitária como recriação da matriz livre e autêntica da existência humana.

O autoconhecimento tem sido visto, em parte corretamente, como uma atividade essencialmente solitária. Na medida em que somos seres sociais, no entanto, isto é verdade apenas de um lado, desde a perspectiva interna, presente em todas as interações sociais. Saber quem somos é uma preocupação e interesse dos mais genuínos da pessoa humana, e acompanha os primeiros passos do despertar da consciência de cada um de nós.

Percebermo-nos vivos, existindo, respirando, tendo sensações e sentimentos, um corpo que se move, com desejos, passado, ambições ou expectativas, esperanças e decepções. Isto tudo desperta a natural curiosidade por saber quem é esse ser que cada um de nós é.

Este processo de busca ganha força na hora em que a pessoa entra nas rodas da Terapia Comunitária, seja como curioso, como usuário, ou bem como membro formador nos encontros, nas vivências, nos congressos, nas reuniões de pesquisa. Nestas oportunidades, as pessoas se encontram com o objetivo de se tornarem cada vez mais elas mesmas. Isto supõe um resgate da criança interior, do menino ou da menina que todos fomos um dia e que de alguma forma somos ainda e continuaremos a ser.

Uma das premissas básicas deste reencontro interior, desta volta a si mesmo, é saber o que se quer, o que se é, o que vamos sendo e o que temos sido ao longo da vida, e como isto foi mudando nosso modo de ser, nossas aspirações, frequentemente nos distanciando do que de verdade somos, do nosso ser verdadeiro e genuíno. “*Eu sou quem eu sou, e não quem os outros querem que eu seja*”, escutamos uma e outra vez. “*Eu não apenas tenho sofrido, mas tenho crescido com as minhas dores*”. Isto alude aos processos de socialização primária e secundária, em que a pessoa vai adquirindo habilidades e se inserindo em papéis sociais, para desempenho de funções, muitas vezes em conflito com as suas vontades ou desejos.

Ninguém nasceu para sofrer, mas todos podemos crescer, e de fato crescemos, com a dor. Para chegar a ser quem somos hoje, tivemos que vencer muitos desafios. Nas rodas da Terapia Comunitária, percebemos que ***não somos os únicos***, que outras pessoas passaram por experiências de triunfo, de luta e de dor como as nossas. Isto tem um potencial libertador acima de qualquer expectativa, uma vez que reinsere a pessoa, por este expediente tão simples, na trama da existência humana e social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temos visto aqui, algumas das convergências que podem ser encontradas entre a Sociologia e a Terapia Comunitária Integrativa. Em algum sentido, pode ser dito – e a análise aqui apresentada caminha

nessa direção – que a Sociologia, enquanto ferramenta de recuperação da pessoa humana, e a TCI, enquanto metodologia de diminuição do sofrimento mental que se concretiza no regresso do indivíduo a si mesmo e para si mesmo, coincidem totalmente.

A finalidade é a mesma: a recuperação da pessoa, de sua essência, na recriação de um útero social primitivo, redundando num constante fortalecimento da sua integralidade, na relação consigo mesma, com a sua história de vida, sua memória e suas origens, ou seja, uma unidade na diversidade, um respeito às diferenças, onde o que nos distingue uns dos outros é fonte de enriquecimento e completamento recíproco e constante.

Pode-se dizer, a título de conclusão provisória e parcial, que a Sociologia e a Terapia Comunitária são dois braços por meio dos quais a humanidade atual se traz de volta a si, de si para si. Um esforço de reconstrução da vida sobre novas bases, ou melhor, sobre bases antigas, primordiais, resgatadas e ressignificadas nos dias de hoje, em direção a um futuro de integração positiva das diferenças, de mútuo estímulo construtivo das oposições, onde o próximo, que de cada um de nós difere, é visto como um colaborador na construção do destino de cada um e do destino comum.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. 2. ed. Fortaleza: LCR, 2008.

\_\_\_\_\_. **As dores da alma dos excluídos no Brasil**. Disponível em: <<http://www.consciencia.net/as-dores-da-alma-dos-excluidos-no-brasil-%E2%80%93-por-adalberto-barreto>>. Acesso em : 6 mar. 2011.

BRANDEN, N. **Auto – estima**: como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo: Saraiva, 1995.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. 26. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1974.

\_\_\_\_\_. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Ed. Abril, 1983.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

\_\_\_\_\_. **A pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GURVITCH, G. **Dialética e sociologia**. São Paulo: Vértice-Editora Revista dos Tribunais, 1987.

HAY, L. L. Modificando o diálogo interior. In: **Coleção Pensamentos e Textos**. A essência da meditação. São Paulo: Martin Claret, 2002.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

LAZARTE, R. La terapia comunitaria y la recuperación de la persona humana. **Revista La Nave**, Mendoza/Argentina, n. 3, p. 34-35, 2011.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã: teses sobre Feuerbach**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

MARX, K. Para a crítica da Economia Política, in: **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

\_\_\_\_\_. **Crítica da filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Boitempo, 2010.

\_\_\_\_\_. **Sobre a questão judaica**. São Paulo: Boitempo, 2010.

WATTS, A. Tabu: o que não deixa você saber quem você é. **Revista Planeta**. Edição Especial, n. 53, 1950.

WEBER, M. **A ética protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 2005.

\_\_\_\_\_. **Economia e sociedade**: Fundamentos da Sociologia compreensiva. São Paulo: Imprensa Oficial, 2009.

WEBER, M. **A ética protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 2005.

\_\_\_\_\_. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**: v.1 São Paulo: Imprensa Oficial, 2009.



# *Psicologia Comunitária e Terapia Comunitária Integrativa: práticas que se estreitam*

*Josimar Antônio de Alcântara Mendes*

## **INTRODUÇÃO**

A Psicologia Comunitária (PC) e a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) são áreas distintas, mas que têm muito em comum, não só pelo seu *lôcus* de atuação, a comunidade, mas também pela sua história, seus princípios e objetivos de intervenção.

A PC teve sua origem nos Estados Unidos da década de 60, a partir da consolidação da reintegração dos doentes mentais à comunidade e dos movimentos de Saúde Mental Comunitária da época (ORNELAS, 1997). Aqui no Brasil, o início do percurso da PC se deu durante a década de 70 e teve um teor de contestação contra a prática da psicologia vigente, visando maior expressão da dimensão política da prática psicológica e de compromisso com o social. Ela veio também embalada na crise da Psicologia Social e desafiando as práticas que estavam a favor das elites e do controle social (MENDONÇA, 2007; RAMOS; CARVALHO, 2008).

Já a TCI surge em 1987 no contexto de um projeto, coordenado pelo advogado Airton Barreto, de apoio jurídico e fomento dos direitos humanos, na favela de Pirambu, localizada em Fortaleza, Ceará, diante da demanda de indivíduos com sofrimento psíquico. As queixas apresentadas se circunscreviam no campo das questões sociais, problemas psicológicos, relacionamentos familiares e sofrimentos emocionais em geral (HOLANDA; DIAS; FERREIRA FILHA, 2007; COSTA, 2010; CAMAROTTI et. al, 2003). Diante

deste cenário, o psiquiatra e professor Adalberto Barreto foi chamado para atender esta população. De início, ele tentou ensaiar o modelo tradicional, atendendo individualmente e nos consultórios da Universidade, mas a demanda só crescia, assim como a compreensão de que a lógica das consultas médicas não atendia à lógica da necessidade daquelas pessoas, nem quantitativamente nem qualitativamente (COSTA, 2010; BOGADO, 2011; CAMAROTTI et al, 2003).

E assim como aqueles psicólogos e médicos da década de 70, o professor Adalberto Barreto e seus alunos abandonaram os consultórios e a Universidade e foram para as comunidades, onde puderam conhecer mais sobre essas pessoas, sobre suas relações, sobre seus costumes, seus valores, suas culturas... terreno fértil onde a TCI pode ser desenhada e consolidada até os dias de hoje.

Essas duas áreas têm mais em comum do que as suas histórias e os seus percursos, elas se atravessam e se complementam em suas práticas e pressupostos. Contudo, elas são duas disciplinas diferentes.

## **PSICOLOGIA COMUNITÁRIA**

A PC, é uma das práticas da Psicologia Social e, inicialmente, pode ser considerada como qualquer prática em Psicologia que se dê fora da Clínica e/ou instituições.

Alguns autores (GOMES, 1999; MENDONÇA, 2007) apontam a dificuldade em se ter uma definição única e estática do que é a Psicologia Comunitária, uma vez que existem práticas diferenciadas que partem de pressupostos distintos. Mas de forma geral, a PC é uma prática comprometida com a compreensão dos processos de exclusão social e sofrimento psíquico, além de uma visão ecológica acerca das relações dos membros da comunidade entre si e também da relação com o ambiente, com os espaços (ORNELAS, 1997; RAMOS; CARVALHO, 2008).

Nesse sentido, outra característica da PC é enfatizar as pessoas enquanto seres sociais e compreender seus problemas para além da esfera individual e subjetiva (MENDONÇA, 2007). A intervenção em Psicologia Comunitária visa “resgatar no homem a sua condição de sujeito social, que constrói a si mesmo e a sua realidade por meio das relações” (BRANDÃO, 2004, p. 154).

Para as reflexões desse capítulo, se assumirá uma concepção e prática em PC, que leva em consideração às questões ecológicas e que está comprometida com um olhar crítico acerca das realidades e das relações sociais. Um olhar também político e complexo, que abandona o assistencialismo e as práticas constituídas *a priori*, em busca do fomento e da facilitação de espaços para reflexão e discussão, espaços que sejam palco da autonomia e autogestão das comunidades, levando em consideração, e respeitando, os valores, a cultura, os costumes e as potencialidades dessas comunidades (FREITAS, 1998; ORNELAS, 1997; GOMES, 1999; COSTA; BRANDÃO, 2005; RAMOS; ORNELAS, 2007; CARVALHO, 2008).

A Psicologia Comunitária também tem uma base teórica e protocolos próprios e isso também se constitui uma proximidade entre ela e a Terapia Comunitária. A PC também pode se debruçar em grupos específicos ou não, aliás, frequentemente, a inserção na comunidade se dá através de alguma instituição (escola, igreja, ONGs, etc).

Contudo, além da atenção no coletivo, no compartilhar, na interação dos membros e otimização dos processos de empatia e identificação grupal, a PC tem um foco na subjetividade daqueles sujeitos. Ela se ocupa da subjetividade que é envolta e construída pelas relações e produções interpessoais de cultura, costumes e valores da comunidade, em especial aquelas produções que são causadoras de sofrimento psíquico e/ou problemas psicossociais (COSTA; BRANDÃO, 2005). Além disso, a PC também tem como compromisso e objetivo de intervenção o envolvimento necessário e direto com a comunidade e não apenas com o grupo no qual se está intervindo (COSTA; BRANDÃO, 2005).

## TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

A Terapia Comunitária Integrativa se constitui como um espaço de encontros interpessoais e/ou intercomunitários, com foco na valorização das histórias de vida dos seus participantes, no resgate da identidade, na restauração da autoestima e, principalmente, no alargamento do rol de possibilidades de resolução dos problemas, com base nas competências locais (BARRETO, 2008). Essa metodologia tem como referência o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a pedagogia de Paulo Freire, a resiliência e a antropologia cultural. Além disso, ela possui um protocolo de aplicação próprio e, para ser um terapeuta comunitário, não há a necessidade/obrigatoriedade de ser da área de Psicologia. Aliás, a ideia é que os próprios moradores, líderes ou agentes comunitários sejam capacitados para atuarem como terapeutas, uma vez que já fazem parte da comunidade e, por isso, são profundos conhecedores dos costumes, dos valores e das culturas que atravessam as relações comunitárias e os problemas emergidos por seus membros. A TCI por vezes debruça a sua intervenção sobre um grupo específico de pessoas (quando ocorre em instituições de trabalho, asilos, centros de internação, grupos de mulheres e etc.) ou inespecífico, sem se estender necessariamente e/ou de forma direta ao restante da comunidade. Além disso, a atuação da TCI atua sobre grupos específicos ou heterogêneos de pessoas, quer sejam oriundas de instituições de saúde, social ou de trabalho, asilos, grupos de mulheres, etc. ou mesmo pessoas das comunidades. Assim, a prática em TCI se faz no compartilhar, na interação entre os membros do grupo, proporcionando movimentos de identificação e empatia mútuos, construindo a alteridade através de relações de ajuda.

Assim, a TCI é, portanto, uma prática, uma forma de atuação e intervenção na comunidade. Contudo, é importante que se entenda que ela não se configura apenas

como uma prática de intervenção, mas como um espaço social que se abre na perspectiva de um de seus pilares de sustentação: transformar carências em competências, através do reconhecimento das próprias

estratégias sociais e das respostas que as comunidades dão, a todo instante, aos desafios e enfrentamentos diante dos quais estão colocadas. (BOGADO, 2011, p. 2).

## **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E PSICOLOGIA COMUNITÁRIA: PRÁTICAS QUE SE ESTREITAM**

Por conta da singularidade de seus percursos históricos, dos fatores e bases teóricas que fizeram parte de sua gênese e as constituem, a PC e a TCI têm princípios e pressupostos que dialogam entre si, aproximando-as de forma complementar.

Durante a minha graduação, eu tive a oportunidade de ser, por algumas vezes, monitor de Psicologia Comunitária e, quase sempre, durante as aulas e as monitorias, surgia a seguinte dúvida: mas qual a diferença entre Psicologia Comunitária e Terapia Comunitária?

A confusão conceitual entre essas duas áreas parece estar em uma discussão herdada da Psicologia. As práticas em Psicologia costumam ser associadas somente ao contexto clínico, de consultório, que, por sua vez, remete à qualidade do terapêutico, restando o sofisma de que, pra ser terapêutico, tem que ser clínico. Nesse sentido, o trabalho da PC seria “o terapêutico na comunidade”, uma terapia comunitária, portanto.

Esta indefinição reside nos equívocos acerca da pluralidade de contextos de atuação e da práxis em Psicologia, além da manutenção de perspectivas ortodoxas. Contudo, cabe ressaltar que Costa e Brandão (2005) postulam uma proposta muito interessante acerca da abordagem clínica no contexto comunitário, propondo a Clínica e suas implicações para além de uma área, constituindo-se como uma abordagem, um olhar que tem um foco na mudança, na prevenção e melhoria de uma determinada situação, no sentido de construção de novas respostas.

O termo terapia vem do grego *therapeia*, que etimologicamente remete ao acolhimento, tornar-se caloroso, servir ao outro em suas

necessidades (BARRETO, 2008; ANDRADE, 2009), o que estende a compreensão do terapêutico para outras áreas e práticas além da PC e da TCI.

Segundo Barreto a TCI tem sua ação no coletivo, na interação e no compartilhamento entre os membros da comunidade. O que leva a identificações com o outro e ao fomento do respeito às diferenças, além de focar o seu trabalho na promoção da saúde mental e na prevenção, com ênfase no trabalho de grupo, promovendo a agregação social, bem como a criação de uma consciência social (BARRETO, 2008).

A Psicologia Comunitária também tem uma ligação com a promoção da saúde mental, uma vez que se constitui uma prática da Psicologia, uma área da Saúde, que se apropria dos processos biopsíquicos e socioculturais intervenientes na saúde mental dos indivíduos.

A prevenção é outra característica da PC, que se ocupa em intervir nas problemáticas através dos diversos graus de prevenção, que são elas a primária, a secundária e a terciária, com atenção e focos especiais na prevenção primária (ORNELAS, 1997).

Em termos de objetivos, Barreto (2008) assinala que a TCI deseja: reforçar a dinâmica interna dos indivíduos, ajudando-os a descobrir os seus valores e potencialidades, tornando-os mais autônomos e reforçados em sua autoestima; valorizar as redes de relações; suscitar na pessoa a identificação com seus valores culturais; favorecer o desenvolvimento comunitário, restaurando e fortalecendo os laços sociais; facilitar a interlocução entre o *saber popular* e o *saber científico*.

Um dos objetivos mais pertinentes da PC é a construção de espaços que facilitem o surgimento de recursos que levem a comunidade a processos de autoanálise e autogestão. Para além do reconhecimento e valorização de culturas e recursos locais, a PC, a exemplo da TCI, se ocupa também em favorecer o empoderamento dos indivíduos.

O empoderamento “consiste em identificar, facilitar ou criar contextos em que as pessoas isoladas ou silenciadas possam ser compre-

endidas, ter uma voz e influência sobre as decisões que lhes dizem diretamente respeito ou que de algum modo afetem a sua vida.” (RAPAPORT, 1992, p. 2 apud ORNELAS, 1977, p. 385).

Desta forma, o empoderamento também está intrinsecamente ligado à TCI, afirmação esta reforçada na fala do Prof. Adalberto:

a meta fundamental da Terapia Comunitária é identificar e suscitar as forças e as capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades para que, através desses recursos, possam encontrar as suas próprias soluções. (BARRETO, 2008, p. 32).

Ligado a essa ideia de empoderamento dos indivíduos há um conceito que é comum às duas práticas, a *resiliência*. O termo resiliência advém originalmente da física e serve para designar a propriedade de certo material em resistir a uma tensão, sem romper e voltar ao seu estado normal logo em seguida. A imagem mental ideal é a de um elástico, que é tensionado, esticado, mas não se rompe e em seguida volta ao normal.

Na Psicologia e na Psicologia Comunitária a resiliência seria a capacidade que o indivíduo tem de passar por problemas, situações adversas, de extrema tensão e não romper, não romper com a realidade, com as relações que tem. Em suma, o empoderamento é a capacidade de enfrentar e superar os problemas, as situações de estresses e adversidades outras. Para Barreto (2008), a resiliência é um processo, um caminho a seguir, no qual o indivíduo, por conta das torrentes da vida, pode vencer (a depressão, doenças psicossomáticas, conflitos, situações de estresse agudo) graças ao seu esforço resiliente. Adalberto Barreto (2008) faz uma analogia interessante entre a resiliência e a pérola produzida por moluscos. A ostra, quando tem o seu interior invadido por um corpo estranho, começa a envolver este corpo com uma secreção própria, ela faz isto para se proteger. Com o tempo, aquele agente invasor vai sendo envolvido por uma secreção até se tornar uma preciosa pérola. Desta forma, a resiliência pode ser entendida como a “carência que gera competência, o sofrimento que gera capacitação, fortalecimento” (CAMAROTTI, 2007).

Tanto em PC quanto em TCI o empoderamento e a resiliência são estimulados através do fortalecimento dos vínculos comunitários e do apoio mútuo, alimentando a autoestima e a confiança no grupo e em si mesmo. Outro aspecto importante é que a prática em TCI também vem para facilitar e otimizar os diálogos, construindo laços de afetividade entre as pessoas e ajudando a construir um senso de identidade social da comunidade. Desta forma, “a TCI é muito mais centralizada nos *laços* do que nos *espaços*” [grifo nosso] (BARRETO, 2008, p. 51).

Isso tem impacto direto na valorização e no fortalecimento das redes de relações, um dos carros-chefes da PC. É impossível pensar, atualmente, em qualquer prática em Psicologia Comunitária que não leve em conta a articulação e o fortalecimento de redes sociais. Isso surge, a exemplo da TCI, da compreensão de que as problemáticas são constituídas socialmente e que, portanto, as suas resoluções também têm que ser construídas em espaços sociais.

## **ENSAIANDO CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA COMUNITÁRIA À TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**

Brandão (2004) aponta como uma das contribuições da PC para a TCI a compreensão do sofrimento como fruto de um processo de exclusão. Para a autora, o sofrimento se constitui para além do indivíduo e sua subjetividade, ele é um produto histórico, político, social e econômico oriundo da exclusão.

Ainda no campo das possíveis contribuições da PC à TCI, Brandão (2004) aponta para a necessidade de reflexão de nossas ideologias, para que não reforcemos a condição perversa de vida de algumas pessoas, naturalizando-as. Desta forma, afirma a autora, “a naturalização *no* indivíduo de fenômenos sociais deve ser denunciada em nossas práticas” (BRANDÃO, 2004, p. 157).

Um dos pressupostos mais importantes da Psicologia Comunitária, que se mostra como grande contribuidor para a TCI, é o fomento da autonomia e autogestão. É importante que os espaços de TCI possam se estabelecer como *locus* para a construção desses processos, fazendo com que a comunidade desenvolva seus próprios mecanismos de ajuda e aos poucos se torne independente do próprio grupo (BRANDÃO, 2004). Desta maneira, a instalação e a continuidade dos grupos de TCI na comunidade devem ser mediadas pela interlocução entre comunidade e terapeuta, para que juntos possam pensar e reavaliar a necessidade de continuidade ou não dessa prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação entre Terapia Comunitária Integrativa e Psicologia Comunitária é um campo bastante complexo e pouco explorado; ainda temos muito o que caminhar! Existem alguns textos que têm apontado para a relação entre elas, mister se faz aprofundar, ampliar as possibilidades. A literatura publicada e indexada sobre a TCI ainda é escassa e parece contribuir pouco para a compreensão da complexidade das práticas em TCI, bem como de suas potencialidades de intervenção.

Paralelo a isso, entende-se que a Terapia Comunitária Integrativa é uma excelente ferramenta de intervenção na comunidade e os seus pressupostos dialogam muito bem com os da Psicologia Comunitária, ambas valorizam as expressões próprias da cultura e dos valores dos grupos/comunidades nos quais atuam, como forma privilegiada para a prevenção e fomento à emancipação e construção da autonomia, nas mais diversas áreas da vida, valorizando e resgatando, assim, a concepção do homem como sujeito social.

Contudo, é importante que se entenda que, em PC, a prática da TCI não pode ser um fim em si mesmo, no sentido de que a intervenção não pode se dar apenas através das rodas de TCI. A ideia é que a TCI seja empregada como uma das formas de intervenção junto à

comunidade, sem abandonar as outras características da Psicologia Comunitária, em especial a aproximação ao campo, o ingresso na comunidade, o estabelecimento de vínculos, análise das demandas implícitas e explícitas, a construção e a análise de demandas junto à comunidade.

Não obstante, a relação entre PC e TCI não pode ser feita em uma perspectiva valorativa, na qual uma teria mais valor do que a outra, pelo contrário, é importante que haja a perspectiva de complementariedade.

Por fim, a intersecção entre PC e TCI parece ainda pouco evidente, precisando ser explorada com mais empenho e profundidade, a falta de literatura sobre o assunto evidencia isto. Contudo, se faz necessária a reflexão de que a intersecção entre PC e TCI ainda é um caminho a percorrer.

Desta forma, é preciso que o potencial que intermedia essas duas áreas seja mais bem aproveitado e que tanto a TCI quanto a PC possam se beneficiar uma da outra. Assim, este capítulo representa um pequeno passo para a construção desse longo caminho, ainda a ser (re)construído por muitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F. B. **Terapia comunitária como instrumento de inclusão da saúde mental na atenção básica**: avaliação da satisfação dos usuários. João Pessoa, 2009, 150 p. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem / Universidade Federal da Paraíba.

BARRETO, A. **Terapia comunitária**: passo a passo. 3 ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BOGADO, A. P. C. **Terapia comunitária**: um espaço coletivo para o “cuidar”. Disponível em: <[http://www.dialogosdoser.com/artigos/anna\\_artigos/artigo01.pdf](http://www.dialogosdoser.com/artigos/anna_artigos/artigo01.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2011.

BRANDÃO, S. N. Contribuições da psicologia social comunitária à terapia comunitária. In: **A terapia comunitária no Brasil: anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. Orgs: CAMAROTTI, M. H.; FUKUI, L.; MARCHETTI, L. B. Brasília: Grafimaq, p. 153-159, 2004.

CAMAROTTI, M. H. et al. Terapia comunitária: relato da experiência de implantação em Brasília – Distrito Federal. In: BARRETO, A. ; CAMAROTTI, M. H. **A Terapia Comunitária**, Anais dos trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasília, p. 54-67, 2003.

\_\_\_\_\_. A doença como fonte de transformação: um estímulo à resiliência comunitária. In: GRANDESSO, M; BARRETO, M. R. **Terapia comunitária: tecendo redes para transformação social, saúde, educação, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 171-177, 2007.

COSTA, L. R. **Terapia comunitária e atenção básica: possibilidades de atenção à saúde mental no município de Pimenta – MG**, 2010. 40 p. (Trabalho de Conclusão de Curso da especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação / Universidade Federal de Minas Gerais, Pimenta/MG).

COSTA, L. F.; BRANDÃO, S. N. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. **Psicologia; Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 33-41, 2005.

FREITAS, M. F. Q. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. **Psicologia. Reflexiva. Crítica.**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, 1998 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721998000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100011&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em: 17 Jun. 2011.

GOMES, A. M. A. Psicologia comunitária: uma abordagem conceitual. **Psicologia: teoria e prática**, v. 1, n. 2, p. 71-79, 1999.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 79-92, 2007.

MENDONÇA, V. L. M. Produção de subjetividade e exercício da cidadania: efeitos da prática em Psicologia Comunitária. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 2, n. 1, p. 34-43, mar/ago 2007.

RAMOS, C.; CARVALHO, J. E. C. Espaço e subjetividade: formação e intervenção em psicologia comunitária. **Psicologia; Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 174-180, 2008.

ORNELAS, J. Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XV, p. 375-388, 1997.

\_\_\_\_\_. Psicologia comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. **Análise Psicológica**, a. 25, n.1, p. 5-11, 2007.



# *Terapia Comunitária Integrativa e Pensamento Complexo: os sete saberes necessários à rede solidária*

*Marcelo Pimentel Abdala-Costa*

## **INTRODUÇÃO**

*A riqueza da humanidade reside na sua diversidade criadora,  
mas a fonte de sua criatividade está na sua unidade geradora.*  
(MORIN, 2004)

Estamos hoje, vivendo um momento de grandes conexões. O mundo se conecta às inovações de forma emergente abrindo as portas para dimensões antes nunca imaginadas. Estamos conectados com o mundo através de uma virtualidade e de uma nova realidade, mas, como estar neste mundo globalizado, cheio de novas tecnologias, sem perder nossas origens, heranças e costumes? Para a abordagem coletiva Terapia Comunitária Integrativa (TCI), desenvolvida por Adalberto Barreto, na comunidade do Pirambú, Fortaleza, CE, os saberes devem caminhar juntos, de forma complementar. O saber médico-tecnológico-científico, tanto tem a aprender com o saber tradicional, quanto o saber tradicional tem a aprender com o saber médico.

Assim, valorizamos a identidade cultural dos participantes e a importância de pertencerem a uma comunidade e a um povo. Para Edgar Morin (2009) a complexidade tem o sentido de trançar, entrelaçar um círculo, tecer! “Complexus” é um termo que designa abraço, ligação, conjunto. Morin defini-o como “(...) um tecido de elementos heterogêneos inseparavelmente associados, que apresentam a relação paradoxal entre o uno e o múltiplo” (MORIN et al.,

2009, p. 44). Tudo está ligado a tudo. Da mesma forma que estamos dentro de um sistema complexo, o sistema complexo também está dentro de nós.

Neste capítulo, refletiremos sobre a relação entre a TCI e a Complexidade, a partir do Pensamento Complexo desenvolvido por Edgar Morin, para compreendermos os sete saberes necessários e presentes à rede solidária da TCI.

## **O PENSAMENTO COMPLEXO**

O pensamento complexo origina-se a partir da obra de diversos autores cujos trabalhos passam pelos campos da biologia, sociologia, antropologia e, principalmente da física, através de Einstein, Heisenberg, Bohr e outros. Dentre os autores contemporâneos, podemos citar Humberto Maturana, Francisco Varela, Fritjof Capra e Edgar Morin. Este último, muito contribuiu para o estudo da complexidade no campo epistemológico e sociológico.

O pensamento complexo consiste em uma forma de ver o mundo, de articular conhecimentos em consonância com múltiplos saberes, como a arte, a filosofia e as ciências. O termo “complexus”, em sua etimologia, significa aquilo que é tecido em conjunto, o que liga, por exemplo, a cultura científica à cultura literária ou poética, ou como gostaríamos, o saber científico ao tradicional.

Em nossa sociedade, por exemplo, adotamos um modo hegemônico de pensar o cotidiano e as relações, o pensamento linear, cartesiano, lógico. Através desse pensamento, criamos, durante a história, dispositivos e espaços segregadores. Essa concepção dificulta a compreensão de fenômenos complexos como os de natureza bio-psico-sócio-espiritual e favorece a exclusão social. O modelo linear é necessário para resolver questões matemáticas e mecânicas, mas insuficiente para dar conta das paixões, do afeto e das emoções.

Precisamos de um pensamento abrangente para pensar a complexidade da vida, pois o pensamento atual, “fragmenta (...) ignora o que é subjetivo, afetivo, livre, criador” (MORIN, 2009, p. 18).

A complexidade corresponde

(...) à multiplicidade, ao entrelaçamento e à interação contínua da infinidade de sistemas e de fenômenos que compõem o mundo, as sociedades humanas, a pessoa humana e todos os seres vivos. Não é possível reduzir a complexidade a explicações simplistas, a regras rígidas, a fórmulas simplificadoras ou a esquemas fechados. Ela só pode ser entendida e trabalhada por um sistema de pensamento aberto, abrangente e flexível – o pensamento complexo. (MARIOTTI, 2007, p. 727).

Para Morin (2004), todo ser humano é ao mesmo tempo singular e múltiplo, pois engloba nesse sentido a ideia de racional (*homo sapiens*) e, do que também somos, apaixonados, desmedidos, loucos (*homo demens*). A isso ele chama de primeiro entrelaçamento complexo. O segundo entrelaçamento, diz respeito aos “Operadores da Complexidade”, termo descrito pelo autor para designar categorias de pensamento que nos ajudam a compreender a complexidade e a colocar em prática este pensamento. São eles: operador dialógico, operador recursivo e operador hologramático. Podemos defini-los da seguinte forma:

Operador dialógico (dialogia) – juntar, entrelaçar coisas que aparentemente estejam separadas (razão x emoção, sensível x inteligível, real x imaginário, ciência x arte, ciências humanas x ciências da natureza);

Operador Recursivo (ou da recursividade) – a causa produz o efeito que produz a causa, por exemplo. Somos produzidos por uma união biológica de um homem e de uma mulher, portanto somos produto desta união e, ao mesmo tempo, seremos produtores de outras uniões. Somos recursivamente causa e efeito;

Operador Hologramático – princípio que coloca em evidência o paradoxo dos sistemas. O indivíduo está presente na sociedade, assim como a sociedade está presente em cada indivíduo, através da linguagem, da cultura, dos costumes.

Os operadores da complexidade constituem a base fundamental do pensamento complexo. O complexo, por definição,

requer um pensamento que capte relações, inter-relações, implicações mútuas, fenômenos multidimensionais, realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas (...) que respeitem a diversidade, ao mesmo tempo que a unidade, um pensamento organizador que conceba a relação recíproca entre todas as partes. (MORIN, 2009, p. 21-22).

O pensamento complexo se apresenta não como algo complicado, ou o oposto do simples, mas como proposta ética, epistemológica, para compreender a complexidade do mundo.

Necessitamos de um pensamento que não seja mutilante, mas que acolha a multiplicidade de experiências, práticas e saberes, constituintes do processo vital de todo sujeito e de toda a vida.

Através do pensamento complexo, aprendemos:

- Que pequenas ações podem levar a grandes resultados;
- Que nem sempre aprendemos pela experiência;
- Que soluções imediatistas podem provocar problemas ainda maiores do que aqueles que estamos tentando resolver;
- Que não existem fenômenos de causa única;
- Que soluções óbvias em geral causam mais mal do que bem;
- Que é possível (e necessário) pensar em termos de conexões, e não de eventos isolados;
- Que os princípios do pensamento sistêmico podem ser aplicados a qualquer sistema.

## MOVIMENTO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA / PROJETO 4 VARAS

O Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária, sediado no Projeto 4 Varas, teve seu início na década de 80, na Comunidade do Pirambú, Fortaleza, CE. Airton Barreto, advogado e militante dos direitos humanos, se muda para a favela e desenvolve um trabalho de atendimento nessa comunidade, auxiliando seus moradores a resolver questões de direitos:

para cada violência policial que acontecia na comunidade, nós fazíamos manifestação, (...) e, então, começamos a criar a Comissão de Direitos Humanos. Era o espaço físico onde a comunidade ia colocar os seus problemas. (BARRETO, 2007, p. 34).

Mais tarde, esse idealista, conhece Henri Le Boursicaud, padre francês, que sai dos conventos da França para conhecer a realidade do mundo. Inicialmente, este religioso:

morou um mês e meio com catadores de papelão nas ruas frias de São Paulo; depois, viveu com os agricultores no Nordeste e, por fim, conheceu a favela do Pirambú, onde morou com um jovem advogado chamado Airton Barreto, com quem estreitou muito os laços de amizade. Cinco anos depois, deu-se a fundação do primeiro movimento Emaús de Fortaleza, o Movimento Emaús Amor e Justiça, de onde, mais tarde, viria a nascer o **Movimento Emaús Vila Velha**. (BARRETO, 2011).

Trabalhando na comunidade, Airton, Henri e seus moradores, resolveram se unir para reivindicar melhores condições de vida. O nome dessa comunidade foi escolhido por Henri entre os sugeridos, parametrizando a seguinte estória:

um velho, antes da morte, chamou seus quatro filhos e disse: ‘Cada um de vocês me traga uma vara’. Quando trouxeram, ele juntou as quatro, e deu ao mais velho para quebrar: ‘Tenta quebrar as quatro varas juntas!’. Como nenhum conseguiu, o velho observou: “ A herança que deixo para vocês é a união das varas, se vocês ficarem

unidos como elas, ninguém quebrará vocês (...) naquele momento, a comunidade recebia do povo o batismo, nascia a comunidade de Quatro Varas. (BARRETO, 2007, p. 36).

Conhecendo a realidade do território e das famílias, o jovem advogado Airton compreendeu que havia demandas que ele não podia acolher. Eram sintomas e sofrimentos que requeriam a necessidade de um especialista. Contando, então, com seu irmão psiquiatra da Faculdade de Medicina, resolveu:

encaminhar para o Adalberto no Centro de Estudo da Família e na Universidade. Mas a demanda foi crescendo. Um dia Adalberto chamou a atenção: não precisa você mandar, eu vou lá na comunidade, lá no Pirambú. Organize a comunidade, junte as pessoas que estão vivendo uma situação-problema, tipo violência familiar, problemas psicológicos, depressão. (...) Organizamos uma grande roda. As pessoas se colocavam, se ajudavam. Adalberto ouvia e animava. Ali estava nascendo a primeira Terapia Comunitária. A coisa foi acontecendo e hoje temos o Movimento Integrado de Saúde Comunitária – MISMEC. (BARRETO, 2007, p. 37).

Adalberto, médico, psiquiatra, antropólogo, teólogo, criou em Pirambú um espaço onde o saber médico, acadêmico, podia conviver com o saber da medicina tradicional, das rezadeiras, dos erveiros, tão presentes na cultura cearense. Dessa forma, o homem, nascido em Canindé, CE, mas aluno das universidades europeias, não só resgata a si mesmo, resgatando sua herança cultural, nordestina, cearense, brasileira, mas também, possibilita que outros possam resgatar sua memória coletiva e sua identidade, acolhendo-se mutuamente.

O Projeto 4 Varas, enquanto espaço comunitário, pretende com suas Ocas, motivo originário de nossa cultura indígena cearense, acolher individualmente e coletivamente o ser humano, desmedicalizando as relações e a vida através da Massoterapia, Rezadeira (saber tradicional); Atendimento psicoterapêutico; Terapia Comunitária Integrativa; Resgate da Autoestima; Exercícios Comunitários para a Redução do Estresse (*Trauma Releasing Exercises* – TRE), desenvolvi-

dos por David Berceles (2009), para a superação da experiência traumática e redução do estresse; farmácia viva; escolinha para crianças da comunidade; e, finalmente, teatro.

Seu conjunto de metodologias, de um lado traz a cientificidade e o contemporâneo e, de outro, o tradicional, a herança dos povos, refletindo o diálogo complementar entre os saberes. O complexo 4 Varas abre seu cocar, conectando o homem à cultura, o sentir ao pensar, a cidade à comunidade, quando em seu “(...) sistema de redes e práticas de cuidado (...) não se propõe a tratar das patologias” (COSTA, 2010), mas acolher a vida.

### **A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)**

A TCI, desenvolvida no Projeto 4 Varas há aproximadamente 23 anos, teve como objetivo valorizar os saberes médico, científico, assim como os saberes tradicionais, indígenas, africanos, que também compõem nossa herança cultural. A partir dos atendimentos realizados no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, encaminhados pelo Centro de Direitos Humanos do Pirambú, através de Airton, Adalberto resolve ir à comunidade ouvir as pessoas, dentro de um contexto coletivo. Nesse ambiente, desenvolve a metodologia da terapia, considerando que a comunidade tem as próprias soluções para os seus problemas.

A TCI é um espaço de promoção de encontros interpessoais objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, a restauração da autoestima, a percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais (BARRETO, 2008).

O terapeuta comunitário deve ter consciência de seus objetivos e limites, trabalhar sempre na perspectiva da inclusão, da competência e das potencialidades das pessoas. Sua função é suscitar perguntas, provocar a dúvida, a inquietação, a fim de que o participante possa refletir sobre sua própria história e reconstruir seu sistema causador de sofrimento, para que sinta vontade de construir novos vínculos de prazer, segurança e vida.

A TCI possui cinco pilares que constituem sua base teórica. São eles: Pensamento Sistêmico, Teoria da Comunicação, Pedagogia de Paulo Freire, Resiliência e Antropologia Cultural. Todos esses pilares se entrelaçam construindo a base da prática e das reflexões sobre ela.

### **A TCI e o Pensamento Complexo: os sete saberes necessários à rede solidária**

Edgar Morin (2007) foi convidado pelo Ministro da Educação da França, para reformular o conteúdo do ensino secundário francês. No decorrer deste processo, organizou jornadas temáticas que possibilitariam, através de temas específicos como UNIVERSO, TERRA, VIDA, HUMANIDADE e LITERATURA, religar as disciplinas. A proposta era dar tanta importância à cultura das humanidades, à literatura, à história, quanto à cultura científica.

A partir da contextualização dessas jornadas temáticas, a Unesco<sup>1</sup> solicitou ao autor, um texto para uma reflexão geral sobre os problemas da educação do século. No livro, relata o autor, “(...) Cheguei à conclusão de que existem sete buracos negros (...) não apenas no segundo grau ou na universidade, mas em todos os sistemas de educação conhecidos” (MORIN, 2009, p. 80). Esses sete buracos constituem “Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro”, são eles: o “erro e a ilusão”, o “conhecimento pertinente”, a “condição humana”, a “identidade terrena”, as “incertezas”, a “compreensão humana” e a “antropoética”.

Nesta reflexão entre TCI e o pensamento de Morin, como estes saberes estão presentes na Terapia e por que são necessários ao desenvolvimento dessa metodologia?

O primeiro saber, o erro e a ilusão, nos fala sobre “as cegueiras do conhecimento”. Pressupõe que a educação que visa transmitir conhecimentos seja “cega” no que diz respeito ao conhecimento humano. O conhecimento é tradução e reconstrução do mundo que percebemos, por isso não há verdade única, há realidades diversas. Tende-

---

1 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

mos a assumir as ideias como se fossem a realidade, e às vezes somos possuídos por elas. Por exemplo, podemos refletir sobre a angústia de um participante, em uma roda de TCI, ou mesmo fora dela, que não consegue pensar ou visualizar outras possibilidades para deixar de sofrer. Acredita somente nisso. É possuído por esse pensamento. Talvez, quando o tema for problematizado no grupo, este participante poderá refletir sobre sua história ao escutar outras histórias de superação de uma mesma situação vivenciada.

Afirma Morin: “Uma ideia ou teoria não deveria ser simplesmente instrumentalizada, nem impor seu veredicto de modo autoritário; deveria ser relativizada e domesticada” (MORIN, 2004, p. 29). Seria preciso ter “jogo de cintura”, ou seja, não nos acomodarmos em nossas teorias ou ideias, para podermos acolher o novo que brota sem parar. Para o pensamento complexo, é fundamental que nós integremos os erros às nossas concepções, para que o conhecimento avance. Na TCI, aprendemos a não julgar aquele que se pronuncia dizendo sua história, porque acreditamos que não existe uma maneira única de ser e estar no mundo, e sim modos diferentes.

O segundo saber, “conhecimento pertinente”, é fundamentado em uma atitude de contextualizar o saber. De acordo com Morin: “O conhecimento pertinente tenta situar as informações num contexto global e, se possível, num contexto geográfico, histórico (...). É a contextualização que sempre torna possível o conhecimento pertinente” (MORIN, 2009, p. 86-87). Este saber nos revela a importância, na vida, nas relações e na terapia, de contextualizar a experiência vivida, para que possa adquirir sentido, quando relacionada a outras vivências, situações ou momentos da vida. Sabemos que nas rodas de TCI, todo saber, africano, indígena, europeu, o saber de uma mãe, de um raizeiro etc, é importante e deve ser valorizado porque constitui o nosso caldo cultural, do qual fazemos parte. Ensinaamos, ou sentimos necessidade de ensinar, a pertinência, ou seja, a partilha de um saber que se faz conhecer ao relacionar-se com o contexto de onde a pes-

soa vive, trabalha, sofre. Na terapia, na etapa da contextualização, os participantes escutam e compreendem o outro sem julgar, não existe certo ou errado. Há necessidade de agregar e de acolher a vida, não de forma separada ou fragmentada, mas integrada.

O terceiro saber, “condição humana”, nos remete a um reaprendizado sobre nossa própria condição humana, pois somos míticos, imaginários, simbólicos, poéticos. Assim, na TCI, estamos sempre entrando em contato com os diversos papéis sociais e funções que exercemos em nosso cotidiano e, ao mesmo tempo, saindo deles, para estarmos próximos de quem realmente somos e daquilo que nos faz humanos, solidários, sensíveis, amorosos.

O quarto saber, “identidade terrena”, nos lembra nossa comunidade de destino, o planeta em que vivemos, nossa terra pátria. Este destino comum da humanidade implica que estamos sujeitos às mesmas ameaças climáticas, políticas, ambientais. É necessário cuidar do coletivo, reinventando um viver solidário, não apenas “eu”, mas “nós”, somos os sujeitos da ação e da vida na terra. Na TCI, partilhamos o mesmo ambiente comum, o mesmo sofrer, a mesma dor. Convivemos em uma mesma comunidade e ela é nossa casa simbólica, quem nos proporciona nossos valores culturais, identitários, míticos, religiosos. Este saber nos remete a uma identidade comum que podemos relacionar não somente a uma comunidade, ou a uma roda de TCI, mas a um pólo de TCI de um determinado estado, a um movimento de Terapia Comunitária Integrativa e mesmo a uma Associação Brasileira de TCI, que engloba todos os outros em uma comunidade maior.

O quinto saber, “enfrentar as incertezas”, nos diz que somos portadores de muitas multiplicidades e que o conhecimento científico nunca é o produtor absoluto de certezas. Deve, ao contrário, assim como tudo que foi criado pelo homem, ser crivado pela ideia de incerteza. Assim, na TCI, sempre quando vamos facilitar uma roda, consideramos a imprevisibilidade, ou seja, a incerteza, pois nunca sabemos como será o desenvolvimento, se terá muitos ou poucos

participantes, se haverá muitos temas escolhidos ou não. Quando relacionamos o saber “enfrentar as incertezas” à TCI, estamos mencionando sua dimensão reflexiva, a questão da dúvida que interroga o sujeito sobre suas condições da existência.

O sexto saber, “a compreensão humana”, nos remete à ideia de que a mesma deve ser o meio e o fim da comunicação humana. Visa entender o ser humano não apenas como objeto, mas também como sujeito. Na TCI, aprendemos que, na maioria das vezes, as pessoas sofrem por falta de compreensão. É muito provável, que falte esta compreensão em casa, na escola, no trabalho. Nas rodas de TCI, pelo contrário, se acolhe, se escuta, se abraça... Quando não julgamos o outro e ouvimos sua história, criamos ambiente favorável para acolher e compreender a vida e o sofrimento desse participante. Dizemos que é cuidando do outro que cuidamos de nós. Morin corrobora esse pensamento quando afirma que “Para compreender o outro, é preciso compreender a si mesmo” (MORIN, 2009, p. 94).

O sétimo saber, “antropoética”, ou a “ética do gênero humano”, supõe uma concepção do gênero humano baseada na tríade indivíduo/sociedade/espécie. Estes, não são separáveis, mas coprodutores um do outro. Em contraposição ao individualismo contemporâneo, este saber se amplia dando ênfase à necessidade de nos revermos enquanto pessoas, sujeitos e seres humanos. A antropoética supõe a consciência emergente de assumir a condição humana em nossa complexidade, alcançar a humanidade em nós, obedecer à vida, alcançar a unidade na diversidade, respeitar o outro, a diferença.

Assim como para a TCI, a antropoética pressupõe que

“(…) todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana” (MORIN, 2004, p. 17).

A TCI resgata a memória identitária do indivíduo, que se descobre sujeito, ser humano, capaz de sentir, perdoar, amar, viver. Na Tabela 1, expomos um paralelo entre a TCI e o Pensamento Complexo:

**TABELA 1: TCI e Pensamento Complexo.**

<b>TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA</b>	<b>PENSAMENTO COMPLEXO</b>
Estar aberto à imprevisibilidade e à criatividade.	Princípio da Incerteza
Promover a união do “saber científico” e do “saber popular”.	Conhecimento pertinente
Resiliência	<i>Autopoiesis</i>
Pedagogia de Paulo Freire	Substituição da ideia de dialético por dialógico.
Pensamento sistêmico	Uma parte só pode ser definida como tal em relação a um todo; Tudo está ligado a tudo.
O sujeito, a família e a comunidade.  A importância do contexto na TCI para compreender o sofrimento do sujeito.	É impossível pensar num sistema sem pensar em seu contexto.
Antropologia Cultural	Os sistemas não podem ser reduzidos ao meio ambiente e vice-versa.
“Só reconheço no outro aquilo que conheço em mim”.	Que só podemos nos autoconhecer com a ajuda dos outros.
Condição humana	Compreensão humana

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A guisa de uma reflexão, podemos dimensionar o quanto a abordagem da TCI tem de “complexa”, ou seja, o quanto ela se propõe a “tecer junto” com as pessoas, com os saberes, com as políticas públicas, tal como o termo “complexus” se define.

A TCI se contextualiza no campo do pensamento complexo porque cria o sentimento de uma comunidade de destino, religando ideias de solidariedade e fraternidade como caminho de encontro e conexão entre as pessoas. O terapeuta se descobre a si mesmo e auxilia o outro em seu processo de descoberta, não julgando suas ações e pensamentos. Estamos em um “horizonte circular”, onde nada é errado ou certo, mas, formas diferentes de ser no mundo. Portanto, conhecemos, na coletividade de uma roda de TCI, uma infinidade de modelos familiares, modos de ser, de se expressar, de dizer e tudo isso faz parte de nós, de nossa história individual e ao mesmo tempo coletiva. Somos o micro e o macro, o indivíduo e o coletivo, o texto dito e o contexto falado...

Seria possível, a partir das ideias de Morin, ensinar física junto com as artes, por exemplo, tal como é possível no Projeto 4 Varas, estudantes de medicina terem aulas em Ocas de Saúde Comunitária e aprenderem junto com a rezadeira a utilização de ervas medicinais para uso no cotidiano. O humano se torna humano quando afetivamente dialogamos sobre o que nos torna humanos, sem medo, julgamento ou conselho. A partir desta compreensão, as “disciplinas” dialogam a serviço da vida, do sensível, de forma complementar. São as práticas integrativas e complementares em comunhão com as práticas científicas. Enfermeiros e médicos vêm estagiar no espaço das Ocas e aprendem a ouvir, se ouvindo, compreendendo a diversidade de ideias, elementos, fazeres.

O que a terapia comunitária propõe por meio da sua formação é “educar” pessoas para um pensamento aberto, mais amoroso e solidário, capazes de refletir sobre a cultura de modo mais amplo e integrado.

Um dos símbolos desenhados no Salão Terapêutico do Projeto 4 Varas é uma teia de aranha, simbolizando os vínculos entrelaçados de possibilidades, a cultura, ou culturas, que se conectam umas às outras, a rede da vida se inscrevendo, se movendo para além e ao mesmo tempo, sendo em si mesma, indígena, negra, europeia, mestiça.

Unir as diferenças pressupõe sermos diversos e múltiplos, como retrata o pensamento complexo. A riqueza humana que se expressa pela tristezas, é a nossa própria escola. Daí a máxima de que a vida é uma escola. A TCI parte também deste princípio de que nosso primeiro mestre foi nossa criança, nossa primeira escola, nossa família. (BARRETO, 2008). Uma mãe que sofre tem a ensinar sobre sua dor àquele que ainda não a viveu, um pai tem a dizer sobre seu amor aos filhos, um poeta tem a dizer à vida sobre o amor que teve, uma criança ensina a um idoso e um idoso ensina a uma criança, o terapeuta quando faz, aprende... e quando aprende, ensina...

A Terapia Comunitária Integrativa não reduz o seu “complexus” ao acadêmico, ao científico, mas agrega, permite, inclui a pluralidade da vida e aos sistemas de pensamento: “Seja bem vindo (a) olê lê” e “Paz e bem pra você”!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária**: passo a passo. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BARRETO, J. A. Direitos humanos e cidadania na favela in: GRAND-DESSO, M. ; BARRETO, M. R. (Orgs.). **Terapia comunitária**: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 27-37.

\_\_\_\_\_. **Movimento Emaús Vila Velha**. Disponível em: <<http://sispub.oktiva.com.br/oktiva.net/2533/secao/20773>> Acesso em: 9 maio 2011.

BERCELI, D. **Exercícios para libertação do trauma**. Recife: Libertas, 2010.

COSTA, M. P. A. **O Projeto 4 Varas como dispositivo comunitário de saúde mental no Ceará**. 2010. Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Saúde Mental – Loucura e Saúde Mental no Século XXI: enfrentamento, territórios e fronteiras, Rio de Janeiro, 2010.

MARIOTTI, H. Complexidade e pensamento complexo: breve introdução e desafios atuais. In: **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. v. 23, p. 727-731, 2007.

MITCO. **Movimento de terapia comunitária integrativa**.

Disponível em: <<http://mitco-nf.blogspot.com>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.


\_\_\_\_\_. **Educação e complexidade: os setes saberes e outros ensaios**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. et al. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2009.

\_\_\_\_\_, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

\_\_\_\_\_. **Jornadas temáticas. A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

\_\_\_\_\_. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 9.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2004.



# *Terapia Comunitária Integrativa e Psicodinâmica do Trabalho: tecendo o contexto da saúde laboral*

*Sarah Maria Coelho de Sousa e  
Dulcicleide de Araújo Melo*

## **INTRODUÇÃO**

O capítulo trata de apresentar um ensaio acerca das interfaces e especificidades existentes entre a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e a Psicodinâmica e Clínica do Trabalho (PDT). Por meio da construção de um demonstrativo das articulações e disjunções, levanta-se a possibilidade de utilização articulada das disciplinas no contexto laboral, na perspectiva de complementariedade e, pela consciência de que, nenhuma abordagem científica sozinha é capaz de abranger toda a complexidade do mundo do trabalho.

Com este propósito e pela arte do diálogo interdisciplinar, pretende-se avançar na compreensão sobre o papel do trabalho na relação saúde-adoecimento. A partir da análise da dinâmica do dia a dia do trabalho, pelo processo da fala e da escuta qualificada no coletivo, se cria a possibilidade de identificação dos elementos que possam subsidiar o planejamento de práticas preventivas no âmbito empresarial com repercussões positivas para a relação saúde-trabalho.

De maneira a atingir o objetivo, o presente estudo será composto das seguintes partes: 1. Noção de trabalho; 2. O mundo do trabalho na contemporaneidade; 3. A Psicodinâmica e Clínica do Trabalho – PDT; e Terapia Comunitária Integrativa – suas origens; 4. Interfaces e especificidades entre Terapia Comunitária Integrativa – TCI – e a Psicodinâmica e Clínica do Trabalho – PDT.

O interesse em desenvolver o presente estudo pauta-se, num primeiro momento, na práxis do serviço social organizacional com grupos de empregados da diretoria regional de uma grande empresa pública do setor de comunicações, utilizando-se do referencial teórico e da metodologia da TCI que prioriza o espaço coletivo de fala.

A prática apresenta uma experiência de mais de três décadas como assistentes sociais, ora como observadoras ora como protagonistas, vivenciando contextos laborais e testemunhando uma gama de comportamentos e atitudes nas relações de trabalho que demonstram, paradoxalmente, a contramão do esforço do investimento na saúde, na inovação tecnológica e na gestão de pessoas.

Se por um lado estava presente o desempenho operacional da Empresa, revelado por indicadores de resultados e lucros anuais, uma larga agenda de benefícios, investimentos nas inovações tecnológicas e apoios à assistência à saúde, à qualidade de vida, capacitação profissional e desenvolvimento das lideranças, por outro, se tornam evidentes os altos índices de absenteísmo, acidentes de trabalho, reabilitações, afastamentos pelo INSS e adoecimentos. Esses indicadores demonstram o anverso da riqueza produzida e como subproduto, não se evidencia a motivação, satisfação e felicidade necessárias à manutenção da autossustentabilidade e da sustentabilidade organizacional.

Pela análise dos dados, em seis anos de experiência, foram desenvolvidas 344 rodas de TCI, com 3.211 participações de empregados, familiares e comunitários. A partir de um recorte para focar o mundo do trabalho, pode-se evidenciar os temas: estresse, depressão e outras doenças psíquicas relacionadas ao sofrimento mental. Estas últimas revelam um quantitativo expressivo, dos temas abordados 49,71% têm relação direta com a saúde mental. O dado, por si mesmo, se traduz como um indicador de saúde-doença, pois pode ser utilizado como base para ações preventivas e estratégias de redução de danos no âmbito do trabalho, podendo, inclusive direcionar ações de prevenção precoce de doenças mentais. De outra forma, no âmbito

empresarial, essas patologias só seriam percebidas na clínica especializada e em hospitais psiquiátricos, as vezes já cronicadas, após anos de agravamento.

Dos temas trabalhados nas rodas, 10,46% têm relação direta com o trabalho ou a falta dele. Esses temas são mobilizadores de emblemáticos sofrimentos no trabalho, como: a descrença; a falta de reconhecimento; injustiça; incapacidade; frustração; medos; dificuldade nos relacionamentos; condições de trabalho; violência; alcoolização; e uso abusivo de drogas e álcool. Podemos já afirmar que o mundo do trabalho torna-se um local privilegiado para as ações de prevenção.

Esses dados enfatizam que participar de Rodas de TCI proporciona melhor aprendizagem para lidar com esses temas e os sentimentos que deles emanam. Pela fala e pela partilha de estratégias, surge a compreensão do sofrimento e assim, os empregados não necessitam se violentar nem violentar os outros para lidar com seus problemas e sentimentos (BARRETO, 2008, p. 299).

Considerando o novo contexto do mundo do trabalho, o volume e a complexidade das demandas, os técnicos são impelidos a avançar na aquisição de novos conhecimentos que visem o aprimoramento das práticas profissionais para uma abordagem crítica diante do cenário laboral.

No entanto, num segundo momento, observa-se que a experiência prático-reflexiva sobre o mundo do trabalho exige conhecimentos e competências que ultrapassam o âmbito convencional dos operadores do social e dos terapeutas comunitários. Assim, foi necessário, com sustentação no paradigma da complementariedade, percorrer o caminho da Psicodinâmica e Clínica do Trabalho – PDT.

A reflexão mais profunda em torno do mundo laboral se deu a partir do referencial teórico da PDT, teoria crítica do trabalho. Essa abordagem possibilitou avançar na aquisição de conhecimentos para aprimorar a abordagem socioprofissional crítica, contrapondo-se às

diferentes práticas funcionalistas e adaptativas, adotadas nas empresas, usualmente conhecidas como programas de qualidade de vida.

Tais práticas evidenciam temas diversos sobre a questão da saúde e da doença, tanto no campo da prevenção quanto no da assistência e de cuidados. Tendem também a enfatizar o esforço pessoal dos empregados como responsáveis pelos processos de mudança no coletivo laboral. Contudo, elas não focam e nem privilegiam o trabalho e sua relação com os trabalhadores como indicadores dos processos de saúde – adoecimento e prazer – sofrimento, tampouco evidenciam a necessidade das empresas se empreenderem na construção de políticas que favoreçam a utilização das abordagens voltadas para o desenvolvimento do coletivo como uma estratégia de gestão de pessoas, foco da Psicodinâmica e Clínica do Trabalho (PDT) e da Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Na visão dessas duas abordagens, o acolhimento e entendimento da fala e do sofrimento na dimensão do coletivo contribui para a ressignificação do sofrimento e recriação do contexto de trabalho.

A partir da observação prática da utilização da TCI e da reflexão teórica pautada na PDT, e pelo entendimento de que essas abordagens, mesmo com suas especificidades e disjunções, podem conviver numa ação de complementaridade para o enfrentamento dos desafios no mundo do trabalho, foi estabelecido um paralelo entre a TCI e a PDT, distinguindo dimensões de afinidades e especificidades, desafio deste capítulo.

## NOÇÃO SOBRE TRABALHO

O verbete “trabalho” tem suas raízes no latim. De acordo com Ferreira (1996) em português, a palavra vem do latim vulgar *tripaliu* – instrumento de tortura, designando a tradição greco-romana, às atividades laboriosas deixadas aos escravos para garantir a sobrevivência e tido como algo causador de vergonha. Dele se ocupar e fazê-lo funcionar de uma forma específica deu origem ao verbo *tripaliare*:

“martirizar com o *tripaliu*”- evoluindo para *trebalhar* e, a seguir para, *traballar*, conclui Karam (2010) “que a palavra *trabalho* traz em sua gênese o estigma da dor e do mal”.

Segundo Ferreira (2010), a palavra trabalho é datada historicamente, surgindo na Idade Média na Europa. Há um consenso entre antropólogos e historiadores de que as noções atuais da *economia, trabalho e produção* assumiram face definida com o advento da formação socioeconômica capitalista da Europa.

No mundo acadêmico, segundo Dejours (1999), o trabalho tem efeitos muito poderosos sob o sofrimento psíquico: ou o trabalho contribui para agravar o sofrimento, levando a pessoa progressivamente à loucura, ou, ao contrário, o trabalho contribui para subverter o sofrimento, para transformá-lo em prazer. Fica demonstrado que, em certas situações, seria mais fácil para a pessoa que trabalha defender sua saúde mental, do que para a pessoa que não trabalha.

Ferreira (2009) afirma que o seu entendimento sobre o trabalho parte da clássica visão freudiana sobre as experiências fundamentais para a saúde mental: amar e trabalhar. Dejours e Abdouchel (1994) apresentam o trabalho como parte da própria construção do sujeito, como mediador entre o inconsciente e o campo social, e entre a ordem singular e a ordem coletiva, ou seja, o indivíduo e a sociedade.

Para Dejours (2005, apud MENDES, 2008), o sofrimento é inerente ao trabalho, considerando o esforço dispensado pelo trabalhador para vencer a defasagem que sempre existirá entre o trabalho prescrito (o previsto, normatizado) e o trabalho real (aquele em que o trabalhador necessita da inteligência prática para realizá-lo). Afirma ainda que não é possível prever-se o trabalho, não existe produção perfeita, sendo esta uma das razões da angústia propriamente intrínseca ao sofrimento no trabalho, e da necessidade de sua constante superação. Um dos caminhos para obter entusiasmo no trabalho e transformá-lo em prazer é pelo processo do reconhecimento.

Ao analisar a trajetória histórica dessa temática pode-se perceber sua evolução no decorrer do tempo e assim compreender que o trabalho integra a história do homem desde os primórdios da civilização e que a noção de trabalho passou por várias transformações. Ao longo da história, como castigo e como atividade socialmente necessária, ou mesmo como categorias filosófica, psicológica, psicanalítica, sociológica e antropológica fundamentais. Os pensadores desde Hesíodo, Homero, Platão, Aristóteles, Friedrich, Nietzsche, Marx, Freud, Hannah Arendt e Paul Ricoeur, entendem que o homem não mais se autocompreende sem a referência do trabalho e afirmam que a realização da pessoa da atualidade depende grandemente da sua vinculação ao trabalho. O trabalho passa a ser fator de sobrevivência, de humanização, de integração social, de autoestima e de utilidade social. Mesmo que a noção de trabalho não tenha se constituído o foco das obras desses pensadores, todos colocam o trabalho no centro da condição humana (KARAM, 2011).

No entanto, essas evoluções não alteraram o caráter contraditório do trabalho ora se colocando como fonte de realização humana e de prazer e ora como fonte de sofrimento, mutilação, violência e morte. Dada a centralidade que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos, é fundamental que aspectos e fenômenos a ele relacionados, principalmente àqueles referentes a prazer, sofrimento, violência, estratégias de enfrentamento do sofrimento, condições de trabalho, relações interpessoais, organização do trabalho, passem por reflexões e estudos para maior entendimento sobre suas consequências no processo da vida laboral e saúde.

## **O MUNDO DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE**

A Revolução Industrial traz na sua gênese as mudanças nas políticas sociais e econômicas. O empregado ao vender a força laboral conquista um salário e este passa a ser contingente ao trabalho, constituindo-se assim, pré-requisito para a construção do capital.

Com a mudança na forma de trabalhar, a flexibilização do trabalho se estabelece, cabendo aos trabalhadores uma obrigatória adaptação às modernidades tecnológicas, às condições e às maneiras de organização da tarefa.

Fazendo um breve levantamento de fatos históricos que contribuíram para o nascimento e desenvolvimento do sistema capitalista, destaca-se nesses acontecimentos a violência, a desumanidade, a intolerância, o abuso de poder, a injustiça e o sofrimento, dentre outros. Esses elementos que caracterizam o sistema edificam a atual lógica socioeconômica e, por conseguinte, vem impregnando culturas organizacionais atuais que banalizam o mal-estar nas relações de trabalho, aceitando como naturais, justificáveis o clássico “mal necessário” e algumas práticas de gestão inaceitáveis, cruéis e desumanas.

No entanto, o trabalho não se caracteriza como subproduto do capitalismo, pois o ato de trabalhar sempre existiu e acompanha todo o processo de evolução da humanidade, fazendo com que o homem se construa como tal. Neste sentido o problema não está no trabalho, mas naquilo a que o capitalismo o reduziu quando dele se apropriou (KARAM, 2008).

Ainda se referindo a Karam (2010), o sofrimento no trabalho é inerente ao drama da condição humana, porém este poderá percorrer dois caminhos: o patogênico e o criativo. O primeiro quando o sofrimento se torna crônico com o tempo e a partir dele surgindo transtornos, adoecimentos, acidentes, diversidade de violências, sintomas psicossociais e a “normopatia”, como entende Joyce MacDougall (1991). Em seu livro “Em defesa de certa normalidade”, MacDougall (1991) entende que quando o indivíduo não se percebe em sofrimento, por ser um processo lento, mudo e invisível, mas nem por isso menos grave, “paralisa-se”, “acomoda-se”. Esse estado se instala pela não consciência do sofrimento e pela falta de esperança ou de reação. Não se utiliza mais das estratégias para ressignificar e transformar o sofrimento e quando as utiliza já não mais funcionam.

O segundo caminho, o criativo, se refere à hipótese do sujeito em sofrimento ser capaz de mobilizar estratégias de defesa no sentido de ressignificar o sofrimento, assumindo a perspectiva de saúde e de normalidade. Dejours, em uma de suas manifestações para metalúrgicos franceses, alerta que “só existe saúde quando ainda se tem esperança” (DEJOURS, 1986, p.9).

Adalberto Barreto ao comentar sobre o trabalho nos dez determinantes sociais da saúde, estabelecidos pela OMS, afirma que:

Não basta ter trabalho, é preciso se sentir seguro nele, ser valorizado, ter autonomia ... As más condições de trabalho aumentam os riscos de doenças ... O contexto psicossocial do trabalho constitui-se em determinante social importante da saúde, e, quando inadequado, contribui para o aumento do estresse, ponto de partida para doenças cardiovasculares, absentéismo e acidentes ... Tanto a insegurança no trabalho quanto o medo de perdê-lo são fatores desencadeantes de sofrimentos como ansiedade, estresse e insônia ... Deixar um homem e uma mulher sem emprego é destituí-los da utilização de suas competências e potencialidades, é tratá-los como inúteis gerando sentimento de menos valia e baixa autoestima. (BARRETO, 2008, p. 298).

O fato de o trabalho ser fundamental para o homem, uma vez que ocupa um espaço de centralidade em sua vida, é indiscutível. O que não se pode deixar de considerar, portanto, é a necessidade e a urgência em dar mais visibilidade ao fato de que o trabalho também tem seus riscos inerentes à jornada diária. Publicações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2005) demonstram que a cada ano ocorrem 270 milhões de acidentes do trabalho, com dois milhões de mortes resultantes de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Demonstram ainda que no Brasil em 2003, ocorreram 390.180 acidentes de trabalho, com 2.753 óbitos e incapacitação permanente de 12.038 trabalhadores. Isto porque os registros só dão visibilidade à violência física que envolve o trabalho, não ficando perceptíveis os registros dos sofrimentos psicológicos que abrangem o mundo laboral.

Estudos realizados no Brasil têm demonstrado a vivência de sofrimento em diversas categorias profissionais, ou de modo patológico ou criativo, conforme Rossi (2008), com portadores de LER/DORT; Souza (2007), com catadores de material reciclável- DF; Ferreira (2007-2009), com bancários e anistiados políticos em Brasília. Baseados nestes estudos, Mendes e Araújo (2010) concluíram que a dor costuma ser motivo de muitas interrogações por todos aqueles preocupados com o sofrimento humano, porque está exposta, tanto na sua expressão física como psíquica (sofrimento) que pode levar uma pessoa a procurar ajuda.

Ao olhar o espaço laboral nos deparamos com trabalhadores imersos no sofrimento, no medo, no ressentimento, estressados, que no silêncio e na indisposição para a participação e cooperação se posicionam no “vitimismo” e na falta de desejo de assumir a condição de sujeito protagonista de sua história. Impedidos pela desesperança e medo de manifestar suas discordâncias, vão se congelando em depressões, se isolando e se excluindo do contexto laboral e social. Isto acontece de duas formas, pelo *presenteísmo*, está presente só fisicamente no trabalho, pois já perderam a esperança; e pelo *absenteísmo* por licenças médicas repetidas e muitas vezes prolongadas e aposentadorias precoces por doenças laborais ou não.

De acordo com o apresentado, observa-se que o mundo do trabalho vive uma realidade paradoxal, pois apesar dos avanços tecnológicos, os investimentos feitos na complexa gestão de processos, testemunha contextos de trabalho marcados por situações de sofrimento, adoecimento e morte social. Isto resulta da dinâmica que banaliza a injustiça social, pois sobrepõe o Ter sobre o Ser, a razão econômica financeira, a produtividade e o lucro sobre a razão ética e política, negando a solidariedade humana e o respeito, condições indispensáveis à vida.

Mendes (2008) quando se refere à relação sujeito-trabalho alerta que precisamos compreender que o trabalho além de expressar capacidade de produção também revela afetividade e a resistência dos

sujeitos ante a uma organização de trabalho (divisão do trabalho). Ao falar sobre a contribuição que o trabalho oferece para as relações sociais entre sujeitos, afirma que “os sujeitos não trabalham para si mesmo, mas pelos outros, chefes, colegas, subordinados”. Quanto às relações de dominação no trabalho, complementa Dejours “Trabalhar não é apenas dedicar-se a uma atividade, mas também estabelecer relações com outrem” (2007, p.143).

A partir da produção brasileira de pesquisas no período de 1998 a 2007 é possível ter um melhor entendimento sobre as vivências, e seus fatores propiciadores, de prazer e sofrimento psíquico no trabalho e os modos de enfrentamento desse sofrimento.

Assim, pode-se dizer que o mundo laboral convive com questões complexas. A boa notícia, no entanto, é que a ciência e a sociedade como um todo, utilizando-se do processo dialético, abrem espaços para o debate multidisciplinar sobre o tema, em busca de uma nova construção para a relação trabalho-saúde.

## **PSICODINÂMICA E CLÍNICA DO TRABALHO E A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**

A Psicodinâmica e Clínica do Trabalho (PDT) foi desenvolvida na década de 90, na França, por Christophe Dejours. No Brasil, a PDT possui duas décadas de construção e reconstrução teórico-prática das vivências e relações no trabalho, e tem articulação com as principais academias nacionais, dentre elas a Universidade de Brasília-UnB.

O termo psicodinâmica foi usado pela primeira vez por Freud (1909/1996), marcando sua concepção sobre o inconsciente. Para ele a compreensão dinâmica da psique significa considerar a existência de conflitos de forças que se opõem e resultam da luta entre pólos com interesses divergentes (FERREIRA; MENDES, 2003).

Dejours (1992) como precursor da disciplina Psicodinâmica e Clínica do Trabalho passa a utilizar esse termo adaptado ao contexto

de trabalho, trazendo grande contribuição para a Psicologia do Trabalho, introduzindo a noção de inconsciente, defesa e conflito. Nessa direção, é o confronto sujeito-realidade que traduz uma dinâmica particular a cada contexto laboral. Essa dinâmica é fundada no jogo de forças e nas mediações utilizadas pelos trabalhadores. Este é o eixo central para interpretar e explicar as questões relacionadas à saúde – adoecimento – e ao prazer e sofrimento no trabalho.

A PDT e a TCI, apesar de serem contemporâneas, pois surgiram na última década do século XX, têm origem histórica bem distinta. No entanto, surgiram pela busca incessante de interesse dos técnicos e estudiosos de darem respostas às demandas da sociedade no que se refere ao acolhimento, à ressignificação e à transformação do sofrimento. A primeira no contexto das relações de trabalho e a segunda no contexto das relações sociais comunitárias. A origem histórica da TCI advém da necessidade técnica do próprio psiquiatra Adalberto Barreto em dar resposta a duas grandes necessidades comunitárias: atender milhares de pessoas em situação de sofrimento com problemas emocionais e psíquicos e adequar as propostas acadêmicas de promoção de saúde às carências reais apresentadas por aquela comunidade (BARRETO, 2008).

Paralelamente, na Europa, Dejours se preparava para dar resposta aos trabalhadores franceses que lutavam em busca de formas mais efetivas para conquistarem melhores condições de trabalho e de saúde e nesse contexto sistematiza a PDT. Esse movimento da década de 50 visava a realizar pesquisas que explicassem os transtornos mentais dos trabalhadores, produzidos por modelos de gestão baseados na racionalidade taylorista do trabalho, entendida naquele momento, como uma estrutura inflexível.

As duas abordagens, mesmo sendo disciplinas novas, já nasceram inseridas em contexto crítico, complexo e desafiador em que a triangulação relacional entre o capitalismo, a política neoliberal e a globalização favorece a instalação da lógica da racionalidade econômica. Essa lógica inspira a precarização constante do tecido social, jurídico,

sindical, educacional, de segurança, laboral, assistencial e previdenciário com o aparecimento de fenômenos consequentes como novas formas de sofrimento, patologias, desemprego, novas formas de organização e adoecimento no trabalho, novas formas de subjetivação, de possibilidades de ação e reação dos sujeitos trabalhadores e principalmente dos desempregados.

## **INTERFACES E ESPECIFICIDADES: PDT E TCI**

O presente ensaio se apoia na epistemologia das ciências histórico-hermenêutica, referencial ligado à lógica compreensiva. A escolha deste referencial ocorre pela consistência que o mesmo apresenta no sentido de explicar e compreender um texto ou uma ação. O desafio é fazer uma reflexão preliminar para melhor compreensão das bases teóricas e metodológicas que poderão construir um diálogo interdisciplinar no sentido de tornar viável o acolhimento e a análise do sofrimento e prazer no contexto de trabalho, a identificação de estratégias de mediação para enfrentamento do sofrimento, como meio para transformar o ambiente laboral em fonte de prazer e saúde.

Serão destacados aspectos importantes da TCI e PDT, que identificam interfaces e especificidades entre as duas abordagens. No painel abaixo serão demonstrados os principais conceitos utilizados, referencial teórico, histórico, focos de interesse e características metodológicas.

## **PAINEL COMPARATIVO**

### **1. Conceito**

**TCI:** É uma proposta terapêutica voltada para o acolhimento do sofrimento e sentimentos pelo processo de fala no coletivo, de forma horizontal e circular, e identificação das estratégias de enfrentamento, contribuindo para a criação gradual da consciência social sobre esses sentimentos em vista da saúde. Segundo Barreto, o processo ocorre nos diversos contextos sociais (2008).

**PDT:** É uma abordagem científica que investiga a saúde no trabalho. Privilegia como categoria central de análise a inter-relação entre os sofrimentos decorrentes das contradições entre o sujeito e o contexto de trabalho e as estratégias de mediação utilizadas pelos trabalhadores para ressignificar o sofrimento e transformar trabalho em fonte de prazer (FERREIRA, 2010).

## 2. Referencial teórico

**TCI:** Fundamenta-se em cinco pilares que constituem sua identidade: o pensamento sistêmico; a teoria da comunicação; a antropologia cultural; a pedagogia de Paulo Freire; e a resiliência, capacidade de superação do indivíduo. Os fatos e o universo das significações sociais dos indivíduos só podem ser compreendidos quando se penetra no vivido, no apreendido, na historicidade, do indivíduo e no seu contexto comunitário, pela fala e escuta no coletivo (BARRETO, 2008).

**PDT:** Baseia-se, fundamentalmente, na psicanálise, psicossomática psicanalítica e na ergonomia franco-belga, agregando contribuições da sociologia do trabalho, da sociologia política, sociologia da ética, fenomenologia, antropologia e da psicologia do trabalho francesa. O universo das significações dos trabalhadores só pode ser compreendido psicodinamicamente quando se analisa a subjetividade no trabalho que resulta da interação entre o sujeito e o contexto de trabalho (Ferreira, 2010).

## 3. Objeto

**TCI:** Acolhimento da relação entre sofrimento e saúde que se estabelece em um dado contexto comunitário e suas resultantes, considerando as estratégias de enfrentamento utilizadas.

**PDT:** O estudo das relações dinâmicas entre a organização do trabalho e o processo de “subjetivação (o sentido que o trabalhador

atribui ao seu trabalho construído por meio da relação que o mesmo tem com a realidade do trabalho explicitado pelo modo de pensar, sentir e agir, tanto individuais como coletivamente) que se manifesta nas vivências de prazer-sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento” (MENDES, 2007 p. 30).

#### 4. Objetivo

**TCI:** Identificar e contribuir para o reforço das estratégias individuais e/ou coletivas no enfrentamento do sofrimento, fortalecendo a dinâmica interna, a autoestima, a confiança, o sentimento de união e identificação dos valores culturais do indivíduo e da coletividade (Barreto, 2008).

**PDT:** Analisar as estratégias individuais e coletivas de mediação do sofrimento psíquico empregadas na busca da saúde psíquica, considerando a subjetividade no trabalho como resultante da interação entre sujeito e as dimensões do contexto de produção de bens e serviços (FERREIRA, 2010).

#### 5. Método

**TCI:** Acolhe, identifica as vivências de prazer, sofrimento, e as estratégias de enfrentamento utilizadas num determinado contexto comunitário, utilizando-se da fala e da escuta qualitativa no coletivo. Tem método e metodologia própria de abordagem (BARRETO, 2008).

**PDT:** Centra o foco da investigação na subjetividade, no invisível, no latente, e a palavra como a mediação na interação do sujeito com a realidade. A análise busca contextualizar a gênese das vivências de prazer e sofrimento no trabalho; tem método e metodologia própria de abordagem (FERREIRA, 2010).

## **6. Metodologia**

**TCl:** Para acolhimento do sofrimento utiliza-se a Roda de Terapia Comunitária Integrativa, “Rodas da Saúde”, grupos abertos à comunidade, gratuitos, conduzidos por um terapeuta comunitário integrativo, profissional com formação superior ou não, requer capacitação e formação específica. As rodas podem ser realizadas em diversos locais, tais como: unidades de saúde, escolas, instituições, igrejas, associações, empresas, presídios, hospitais, sindicatos, dentre outros e seguem as seguintes etapas: Acolhimento; Escolha do tema; Contextualização; Problematização; Encerramento; e Encaminhamentos para a rede de apoio comunitário, quando necessários. Após o encerramento, é feita apreciação da roda pelos terapeutas, e preenchido formulário próprio que subsidiará trabalhos, estudos e pesquisas (BARRETO, 2008).

### **PdT: Clínica do Trabalho**

Utiliza-se de uma teoria, a Clínica do Trabalho que é a teoria da saúde. Nessa clínica, o sujeito não se desloca, os profissionais vão em direção ao sujeito. A Clínica é conduzida por um psicodinamicista do trabalho, profissional de nível superior com formação específica e segue as seguintes etapas: Pré-pesquisa; Análise da demanda; Pesquisa; Análise do Material da Pesquisa; Observação Clínica; Validação e Refutação; Momento de devolução. O conteúdo do trabalho é apresentado, com destaque para as falas dos trabalhadores, e os pesquisadores apresentam as interpretações ocorridas nesse espaço. Para Dejours (2004) e Mendes (2007) a Clínica do Trabalho é um modo de desvelar as mediações que ocorrem entre o sujeito e o real do trabalho.

### **ANÁLISE COMPREENSIVA**

No que tange ao embasamento teórico, as abordagens se aproximam pelo olhar sistêmico ao defenderem que o universo de significados dos indivíduos, tanto na comunidade quanto no âmbito

do trabalho, só pode ser compreendido quando contextualizado. No entanto, se distanciam pela especificidade do contexto em que a TCI se pauta no âmbito comunitário e a PDT no mundo do trabalho.

Nas dimensões de conceito e método, observa-se que há um diálogo sendo construído entre as duas abordagens. Ambas se definem como centradas na saúde, na prevenção e não na doença, portanto são eminentemente preventivas, pois favorecem a criação de espaço para que o sujeito manifeste, por meio da fala e pelo treino da escuta, no coletivo, seu sofrimento e as estratégias que lhe permitem enfrentar ou mediar a realidade que o ameaça. E assim, iniciam a construção de um novo caminho por seus próprios recursos e pela força da mobilização do coletivo (Barreto, 2008). Ambas têm foco nas possibilidades, no coletivo e são voltadas para a identificação dos sentimentos, sejam de prazer ou de sofrimento.

A TCI tem como objeto o acolhimento do sofrimento no contexto comunitário, a identificação do grupo com os sentimentos e o reconhecimento das estratégias utilizadas para enfrentamento desse sofrimento, valorizando os saberes e as potencialidades dos indivíduos. A PDT, por sua vez, elege como objeto de estudo as relações dinâmicas entre a organização do trabalho (divisão do trabalho, normas, tempo e controle exigido para a realização das tarefas), de acordo com Mendes e Ferreira (2003), e o processo de subjetivação.

As abordagens se identificam, preferencialmente, no acolhimento do sofrimento e na ressignificação deste, por meio de estratégias de enfrentamento ou mediação. Dessa forma, elas tratam do mesmo objeto em contextos distintos em que o sofrimento do sujeito se insere, sedimentando, assim, o diálogo entre as duas.

A PDT ao se referir sobre a mobilização e mudança das estratégias de mediação do sofrimento Ferreira e Mendes (2003) e Mendes (2007) entendem que para lidar com a dupla possibilidade de vivenciar prazer e administrar o sofrimento no contexto de trabalho, os trabalhadores constroem possibilidades que se constituem como estratégias de enfrentamento.

Mendes (1996) afirma não ser possível investigar estratégias defensivas de forma direta. É a interpretação da fala que permite revelar o sentido do discurso latente. A apreensão das estratégias defensivas só é possível a partir da interpretação da fala, das verbalizações ditas e das não ditas, carregadas ao mesmo tempo de expressões negativas ou positivas

Todas as verbalizações formam a unidade de análise, não sendo considerada importante a identificação individual de fala e sentimentos, nem de determinados aspectos pessoais sobre o âmbito do trabalho.

A TCI tem seu foco de interesse no sujeito em sofrimento decorrente das vivências individuais e ou coletivas, no contexto social comunitário em que vive e nas estratégias utilizadas pelos indivíduos para enfrentar e transformar as vivências de sofrimento. Com um olhar mais crítico percebe-se que a TCI acolhe o sofrimento sem, no entanto, entrar na interpretação deste, “isto fica para os especialistas”, como afirma Barreto (2008). Seu foco de interesse não é a interpretação do sofrimento, mas seu acolhimento no coletivo, que o perscruta, detalha, a fim de que o sujeito se identifique como ser sofredor e possa enfrentá-lo e ressignificá-lo por meio da criação gradual da consciência social e do processo de resiliência. Os sujeitos poderão intervir na transformação do contexto social em vista do bem-estar e da saúde (BARRETO, 2008).

Enquanto que a PDT, na sua transversalidade com a psicanálise, engaja-se na interpretação do sofrimento no trabalho, porém como clínica, e tem como objeto central a dimensão sociopsíquica do trabalho e não do indivíduo, foco central da psicanálise.

A perspectiva de interrelação desses referenciais permite a compreensão de que o interesse e acesso ao não dito também são pontos de intercessão entre as abordagens, pois consideram ser impossível não se comunicar, mesmo no silêncio.

Pode-se perceber também a interface entre as abordagens, no que se refere ao reconhecimento do saber popular produzido pelos indivíduos, tanto no âmbito comunitário quanto no âmbito do trabalho. A PDT destaca o reconhecimento pelo saber fazer, a inteligência prática no trabalho como dimensão importante na construção da saúde no contexto laboral, enquanto a TCI destaca o reconhecimento dessas habilidades como campo de suporte e de apoio aos que sofrem e fonte de reforço da autoestima e dos vínculos de identificação.

Entende-se então que as duas abordagens ressaltam que pelo reconhecimento da inteligência prática promove-se a saúde e o prazer nos contextos laborais e sociais. Destaca-se que a TCI entende que ao promover e valorizar as práticas culturais tradicionais que são as detentoras do saber fazer, da inteligência prática e guardiãs da identidade cultural, torna-se possível a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e saber científico.

Quanto à metodologia, as abordagens têm especificidades importantes. De acordo com Dejours (1993, 2004, 2009) e Mendes (2007), as dimensões que caracterizam a Clínica do Trabalho, em psicodinâmica, e que a diferencia de outras abordagens são: na Clínica se observa o sentido compartilhado do trabalho, construído com base nos conflitos, contradições e interações entre o desejo do sujeito-trabalhador e a organização do trabalho nas suas dimensões prescritas e real, formal e informal.

De acordo com Barreto (2008), a TCI se distingue de outras abordagens por apresentar as seguintes características: prática de intervenção simples, mas não simplista. Realiza um trabalho voltado para a equipe que se intitula de “Cuidando do Cuidador”. Essa proposta parte do pressuposto de que os profissionais que realizam a escuta devem receber cuidados e intervenções permanentes e num processo de aprendizado contínuo se submetendo à capacitação e ao processo de atualização. Isso permitirá a metabolização dos conteúdos, bem como reajuste e trocas de experiências.

Apóia-se nas soluções participativas, baseadas na competência das pessoas: no princípio da alteridade, acolhimento do outro, do diferente, da diversidade; na corresponsabilidade diante do sofrimento do outro, pois todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superações dos desafios do cotidiano e na circularidade e horizontalidade das informações.

Tanto a TCI como a PDT se antecipam à patologia e constituem-se como ferramentas altamente eficazes para a prevenção da saúde no contexto laboral e comunitário. As duas afirmam que quando o sofrimento é identificado, acolhido e transformado no coletivo, a tendência é que haja uma assimilação e tomada de consciência deste pelo coletivo, proporcionando aos sujeitos meios de transformação do sofrimento pela tomada de consciência de suas causas e construção de estratégias para superação dos seus conflitos e das situações que os geraram, liberando o sofrimento para percorrer seu caminho criativo.

Quando o trabalhador não encontra essa possibilidade de transformar seu sofrimento, esse poderá se transformar em patologia (MENDES, 2004; BARRETO, 2008). Enquanto a PDT elege a escuta especificamente no contexto laboral, a TCI na escolha do campo de abordagem prioriza a diversidade de contextos, inclusive o de trabalho.

Ambas valorizam o contexto sociocultural, porém a TCI resgata o saber popular em toda a sua dimensão, quando inclui as expressões artístico-culturais, ritual de acolhimento, aquecimento e ritual de agregação, na sua metodologia de abordagem, por entender que a cultura, quando valorizada como um recurso articulado com outros conhecimentos, potencializa a força do grupo no acolhimento e ressignificação do sofrimento (BARRETO, 2008).

O diálogo entre as duas abordagens se dá também pela valorização do espaço de fala no coletivo. Ambas destacam a palavra como

ponto fundamental na manutenção e no fortalecimento dos vínculos sociais em qualquer contexto. “A palavra e a escuta no coletivo, por meio da discussão, rompem com o ordenamento do silêncio e reconfiguram a relação entre os espaços subjetivos e intersubjetivos individuais e coletivos” (KARAM, 2010, p. 338).

Barreto (2008) com a clássica chamada nas Rodas de TCI *“quando a boca fala os órgãos saram e quando a boca cala os órgãos falam”* indica claramente a importância da fala, pois se o sofrimento não for expresso, ouvido e ressignificado, o sujeito não toma consciência dele, não investe na reflexão sobre o assunto e, portanto, não inicia o processo de mobilização individual ou coletivamente por meio de estratégias em vista a sua ressignificação e transformação.

A PDT defende que para ter acesso e apreensão das relações dinâmicas existentes no âmbito do trabalho é preciso se analisar a fala e a escuta do sofrimento dos trabalhadores. O sofrimento sendo ouvido, analisado, compreendido, interpretado, elaborado e pré-laborado em espaço público de discussão. Falar do sofrimento leva o trabalhador a se mobilizar, pensar, agir, criar estratégias para transformar a organização do trabalho. A mobilização que resulta do sofrimento se articula e leva a apropriação de si mesmo, do coletivo e do poder do trabalhador.

Ao se unirem para o acolhimento do sofrimento no coletivo, a TCI e a PDT utilizam-se de contextos e metodologias específicas para realizarem suas abordagens. A TCI utiliza-se das Rodas de TCI, “Rodas da Saúde”, com uma metodologia própria e a PDT, da Clínica do Trabalho, como metodologia de pesquisa segundo modelo Dejoursiano.

Numa roda todos têm oportunidade de falar, reconhecer suas potencialidades, seus saberes, suas experiências de vida e de buscar o seu bem-estar, autoconhecimento, autoestima e dos demais participantes do grupo. Nas Rodas de TCI busca-se reforçar os vínculos entre as pessoas, mobilizar os recursos e competências locais e cons-

truir uma rede social de proteção e inserção, promovendo assim uma cultura de paz (BARRETO, 2008).

A TCI oferece uma grande contribuição para o diálogo interdisciplinar iniciado: traz a experiência de 25 anos de adoção da pesquisa – ação -participativa com a comunidade para o contexto científico. Valoriza a riqueza que a comunidade, as vivências e histórias de vida, e que também é reconhecida pela PDT como inteligência prática, o saber popular, o saber fazer.

A TCI também disponibiliza as vivências comunitárias que capacita a ciência a não ignorar e até validar o conhecimento popular, o saber produzido pela experiência, o saber dos “especialistas em superação do sofrimento, de desafios, pelas vivências de suas histórias de vida” (BARRETO, 2008, p.103), e mais, não se trata de rejeitar o saber acadêmico, mas sim, resgatar esta outra fonte geradora de competência. Trata-se de reconhecer que a cultura tem também seus processos e métodos geradores de habilidade e competências.

A PDT, por outro lado, traz sua contribuição para o diálogo em vista da complementaridade quando oferece sua contribuição para aprofundar a compreensão do sofrimento e do caminho que o mesmo poderá percorrer em vista da criatividade, do prazer e da saúde ou paradoxalmente encontrar o caminho patológico. Enfim, as duas disciplinas, mesmo com suas intensas singularidades, podem, num movimento interdisciplinar, se complementar para construção de conhecimento e aplicabilidade no sentido de enfrentar o grande desafio que se aponta que é tecer o contexto laboral para que nele sejam intensificadas as vivências de prazer.

Pelo paralelo estabelecido entre as duas abordagens, percebe-se que é possível ocorrer interfaces mesmo na diversidade, partindo do princípio de que um projeto maior, do domínio do comunitário, que é projeto de prazer e saúde na comunidade e no trabalho, não poderá ser prejudicado em detrimento de um projeto menor, o do domínio particular das disciplinas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diversas e complexas transformações ocorridas no mundo do trabalho impõem desafios para todos que compõem a sociedade, considerando que o sofrimento, independente de sua origem, precisa ser ouvido e ressignificado para que siga um caminho de saúde e não de doença. Para enfrentamento desse desafio exige-se a convocação das várias áreas do conhecimento e profissionais como administradores, advogados, assistentes sociais, ergonomistas, estatísticos, médicos do trabalho, psicodinamicistas, psicólogos, sociólogos, terapeutas comunitários integrativos, dentre outros, no sentido de construir parcerias técnicas voltadas para soluções negociadas que respondam a grandes indagações e desafios voltados para o mundo do trabalho. Dentre essas temos:

1. O que e como fazer objetivando encontrar soluções integradas, para enfrentamento, superação ou transformações dos problemas como altos índices de absenteísmo, doenças profissionais como DORT/LER, doenças osteomusculares, depressões, violência, falta de cooperação e motivação nos ambientes de trabalho, etc?
2. O que fazer de modo a conciliar o desenvolvimento pessoal e o desenvolvimento do coletivo no contexto do trabalho, considerando a competitividade que permeia o mundo do trabalho?
3. O que fazer de maneira a compatibilizar bem-estar, eficiência e eficácia no contexto do trabalho sem comprometer a produtividade?
4. De que modo olhar pelos cuidadores de uma empresa a fim de que sejam melhor habilitados com a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades que aprimorem o processo de gestão de pessoas?

Diante das indagações, vislumbra-se a possibilidade de abrir espaços coletivos de fala e escuta qualificadas, utilizando-se de abordagens como a TCI e a PDT. Esta pode ser uma inovadora proposta empre-

sarial, no sentido de iniciar a construção da passagem de modelos esgotados para outro quadro de pensamento que traga novas soluções para a realidade do trabalho.

Dessa forma, incluir as duas metodologias na política de gestão de pessoas e na gestão de assistência médica e social, como estratégia preventiva de enfrentamento do sofrimento físico/mental e de temas complexos como absenteísmo, acidentes de trabalho, humanização da assistência e acolhimento de empregados, seria uma inovação. Quando se acolhe o sofrimento ainda se investe na saúde, vez que sofrimento não é doença, ele se antecede à doença.

Portanto, mais importante que a capacitação técnica das áreas de saúde, recrutamento e seleção, social, treinamento, seria incluir os gestores para uma capacitação *in company* dessas abordagens que os habilitam para lidar com o coletivo em vista da humanização da relação saúde-trabalho.

Assim, a utilização da cooperação dialogada e complementar do mundo técnico científico poderá se unir ao mundo comunitário no sentido de potencializar as forças e habilidades para o enfrentamento dos desafios inerentes ao mundo do trabalho atual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária**: passo a passo. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

CECATO, M. A. B. **Atentados aos direitos humanos nas relações de trabalho**: assédio moral como desvio do poder disciplinar do empregador. **Verba juris**: anuário da pós-graduação em direito. João Pessoa, a. 4, n. 4, p. 132-153, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

- \_\_\_\_\_. **O fator humano**. São Paulo: FGV, 1999.
- \_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. São Paulo: FGV, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV, 1999.
- FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e risco de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da previdência social brasileira**. Brasília: LER, 2003.
- FERREIRA, J. B. **Perdi um jeito de sorrir que eu tinha: violência, assédio moral e servidão voluntária no trabalho**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009.
- FERREIRA, A. B. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.
- KARAM, H. **Da alcoolização ao verbo: ensaio de psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2010.
- LANCMAN, S. Trabalho e Subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho – **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2003, vol.6, p. 79-90.
- MARTINS, S.R. **Clínica do trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- MACDOUGALL, J. **Em defesa de certa normalidade: Teoria e clínica psicanalítica**. 4. Ed.. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- MENDES, A. M. Comportamento defensivo: uma estratégia para enfrentar o sofrimento no trabalho. **Revista de Psicologia da UFC**, Ceará, v. 13/14, n.1/ 2, p. 27-32, 1996.

\_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do trabalho:** teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

\_\_\_\_\_. **Trabalho e saúde:** O sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá Editora, 2008.

MENDES A. M; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. **Psicodinâmica e clínica do trabalho:** temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá Editora, 2010.



# *A função social da música nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa*

*Maria da Conceição de Matos Peixoto*

## **INTRODUÇÃO**

Desde que iniciamos nossa formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI), pudemos reconhecer as muitas possibilidades de diálogo desta metodologia com a Musicoterapia. São duas práticas de fundamental importância que podem ser utilizadas nos programas de promoção à vida e à saúde. Em geral estes programas trazem em suas diretrizes a necessidade de ações que valorizem a cultura popular e a linguagem musical.

Quando nos propomos a utilizar a música associada a prática da Terapia Comunitária, constatamos muitas vantagens, com aplicabilidades variadas e pertinentes aos objetivos propostos.

Muitos estudiosos têm investigado o significado da linguagem musical e concordam que ela faz parte de nossas vidas antes mesmo de nascermos, ainda no útero materno, através do contato de ritmos e sons envolvidos no ambiente. A musicalidade faz parte dos jogos infantis, nas atividades escolares, esportivas, nas celebrações religiosas e nas datas comemorativas.

Todo povo tem sua história musical e diversas são as formas dessa expressão. Em todas as regiões brasileiras encontramos uma pluralidade musical, feita das diferenças socioculturais e de contextos históricos diferentes. Essas expressões musicais, quase sempre, são manifestações combinadas de acompanhamento instrumental, canto e movimento, conhecidas como gêneros musicais de tradição

oral, formando uma paisagem sonora de grande valor, constituída por folguedos, cirandas, e muitas outras como a congada, a catira e o maracatu.

Nesse capítulo, pretendemos ressaltar as interconexões entre TCI e Musicoterapia e oferecer alguns aportes teóricos sobre a função social da música nas rodas de TCI, tendo em vista que a linguagem musical oferece a possibilidade da abertura dos caminhos para a comunicação.

## MÚSICA E MUSICOTERAPIA

Nosso contato com a música começa antes mesmo de nascermos. Desde tenra idade somos mergulhados em sons, ritmos e músicas. Isso nos leva a compreender com muita facilidade quando estudiosos do tema afirmam que a música é uma linguagem universal. No entanto, esta afirmação deve ser tratada com certo cuidado.

O que torna a música uma linguagem universal é o fato de que povos de todas as épocas e lugares utilizaram e continuam utilizando os diversos recursos sonoro-musicais para exercer funções sociais importantes. Contudo, o significado da música somente pode ser compreendido se conhecermos o contexto em que foi produzida (KAZADI WA MUKUNA, 2008). Para a Musicoterapia, a música tem a propriedade de fortalecer o pertencimento cultural, sobre isso Marly Chagas afirma que:

A música tem direitos pré-modernos e, impulsionada por estes direitos, a Musicoterapia amplia os seus campos de atuação. As práticas musicoterapêuticas, inicialmente aplicadas em maior escala aos que não possuíam habilidades verbais, experimentam a relação sonora também com os que se comunicam muito bem verbalmente. A possibilidade criativa, a experimentação das alterações de tempo, de andamento, de tonalidades, a inserção em campos sociais novos, vão incluindo a Musicoterapia em novos conhecimentos que englobam sociedades, comunidades, grandes grupos. (CHAGAS, 2008, p. 62).

Kenneth Bruscia (2000), em seu livro *Definindo Musicoterapia*, afirma que a Musicoterapia por natureza é transdisciplinar, utilizando-se de conhecimentos da arte e da ciência, e disponível para o diálogo com muitos outros campos do conhecimento. A Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia considera que a Musicoterapia é:

A utilização da música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento. (REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, 1996, p. 4).

Compreendemos a música como um fenômeno constituído de três elementos: som, ritmo e melodia. Esses elementos são acompanhados pelo timbre (qualidade da fonte sonora), o volume (alto/baixo), a intensidade (forte/fraco) e a altura (grave/agudo). Esses elementos, inclusive o silêncio, podem vir juntos ou separados em uma experiência musical. Se o objetivo é vivenciar e fortalecer a capacidade de expressão da comunidade, toda experiência musical será valorizada como fortalecimento da identidade étnico-cultural. Segundo Sampaio, a música “acontece enquanto ação mental sobre o mundo. Ela se realiza como uma forma do homem entender, organizar classificar, interagir, manipular, ser manipulado, construir, desconstruir, enfim, uma forma de se relacionar com o mundo”. (SAMPAIO, 2005, p. 22).

As canções, por exemplo, apresentam uma correlação muito próxima com os estados emocionais das populações. Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001) ressaltam que as canções podem exercer muitas funções simultaneamente: *canto falho*, com a tentativa de

mascamamento defensivo nos casos de esquecimento ou repressão de algum pensamento ou desejo inconsciente); *canto como prazer*, quando mobiliza emoções e revela sentimentos; *canto como expressão de vivências inconscientes*, ao traduzir sem palavras o que sentimos; *canto como resgate*, trazida pela memória, revelam momentos importantes do passado, aparentemente esquecidos; *canto desejante*, nos remetendo ao futuro, a algo que ainda esperamos viver; *canto comunicativo*, quando seu ato é intencional, contribuindo para a clarificação do desejo inconsciente; e, finalmente, *canto corporal*, ao integrar o corpo na expressão de sua subjetividade.

As canções geralmente são contextualizadas nas expressões culturais. Por exemplo, um canto das lavadeiras do sertão pernambucano não tem significado para uma carioca criada em Madureira. Mas em uma experiência musical coletiva, se um pernambucano, imigrante de outra comunidade, apresenta aquela canção, como parte de sua memória afetiva (por exemplo, sua mãe cantava quando ele era criança), ela passa a ter um significado para o *urbanóide* carioca. O pernambucano não canta apenas uma canção trazida pela memória, ele revive uma emoção, um sentimento, uma saudade, uma perda. Um carioca ali presente, na escuta do outro, desperta para a alteridade e para a diversidade presente naquela experiência.

Portanto a inserção da música durante as rodas de TCI não representa apenas momento de descontração. Por meio da experiência sonora, seus participantes “expressam seus problemas através do som, exploram seus recursos através do som, trabalham seus conflitos através do som, desenvolvem relacionamentos através do som e encontram soluções e bem-estar através do som. E, tudo isso requer uma orientação auditiva. Tudo o que eles cantam ou tocam é mediado pelo que ouvem enquanto o fazem”. (BRUSCIA, 2000, p. 45).

Como afirma o autor acima, as experiências musicais são uma das forças dinâmicas mais importantes para a integração e formação da subjetividade dos membros de uma comunidade. Concordamos então que “a dor fragmenta, desestrutura e a música une, conforta,

coloca em sintonia e recompõe os fragmentos da vida” (PETRINI, 2007, p. 461). Nessa perspectiva, compreendemos que a experiência musical coletiva pode auxiliar no fortalecimento do processo de subjetivação do sofrimento humano e ressignificar rituais e valores coletivos, enquanto oferece oportunidade de “criar, re-criar, preservar vínculos que a mantém unida e ancorando-a em suas raízes” (BRUSCIA, 2000, p. 156), o que vai ao encontro dos objetivos da TCI.

## A FUNÇÃO SOCIAL DA MÚSICA

A música tem sofrido mudanças com o processo de industrialização de nossas sociedades. Para Horkheimer e Adorno (1997), a cultura industrializada elimina os aspectos mais complexos da produção artístico-cultural, privilegiando a função de entretenimento e/ou de prazer estético, transformando-a em um bem de consumo de fácil assimilação, tornando qualquer produção cultural descartável. O movimento da música industrializada produz e reproduz estruturas melódicas e harmônicas de fácil assimilação; influencia as preferências e escolhas musicais da população em geral, como também interfere no uso das suas funções sociais, reduzindo a necessidade da música a uma ou duas funções.

Vamos agora conhecer um pouco sobre as funções que a música pode exercer em práticas comunitárias. Com base em estudo de Vanda Freire (1992), nos aproximamos das ideias de Alan Merriam sobre a função social da música. A pesquisa deste antropólogo resultou nas dez categorias principais exercidas pela música na sociedade e embora elas sejam apresentadas separadamente, são funções que se sobrepõem umas às outras:

- a) *Função de Expressão Emocional*: Essa categoria exerce a liberação de pensamentos, o desabafo de conflitos sociais, a expressão de hostilidade, a cartase. Quando surge uma canção ligada ao tema escolhido, durante a roda de TCI, observamos que essa função é exercida predominantemente.

- b) *Função do Prazer Estético*: muito valorizada no Ocidente e na roda de TCI ela pode emergir quando convidamos um membro ou grupo de artistas da comunidade para compartilhar suas habilidades musicais.
- c) *Função de Divertimento*: ela está presente em todas as culturas, embora possa vir acompanhada de outras funções. Ela pode ser reconhecida na etapa do acolhimento, conforme proposta do Adalberto Barreto (2008).
- d) *Função de Comunicação*: Merriam chama-nos a atenção ao fato de que a comunicação, quando se dá, “comunica em uma dada comunidade, embora se compreenda pouco como essa comunicação se processa (MERRIAM apud FREIRE, 1992, p. 21). A prática da Terapia Comunitária nos ensina que as canções que emergem não são aleatórias. Falam de nossa história sonoro-musical, de nossas vivências espirituais e de nossos saberes.
- e) *Função de representação simbólica*: é uma experiência intuitiva e indireta. Nesse caso, a música mobiliza a energia psíquica, criando sentido e não apenas difundindo sentidos já produzidos. Enquanto símbolo marca o caminho do desenvolvimento da subjetividade.

A subjetividade é um termo muito utilizado para designar o mundo interno do sujeito, contudo ela é produto da cultura. Sentimentos e percepções são construídos historicamente, expressando as características da pessoa, de como ela vive, onde ela vive e com quem vive. É uma experiência humana em permanente desenvolvimento e se configura por meio das relações sociais durante as atividades realizadas (BOCK, 2008).

No processo de formação da identidade sociocultural, a música difunde sentidos já produzidos em crenças, valores e comportamentos. Merriam (apud FREIRE, 1992) considera que, indubitavelmente, ela perpassa em todas as sociedades. Essa função costuma se manifestar

nos pequenos rituais que adotamos durante a roda de TCI (abertura e encerramento, por exemplo).

- f) *Função de Reação Física*: Segundo Alan Merriam, essa função ainda pede mais investigação, pois há dúvidas se ela está associada a fatores biológicos ou culturais. As reações físicas variam, podendo ser o transe ou a euforia, por exemplo. Como esta função está associada ao movimento corporal, as estratégias comunitárias podem ser associadas às danças circulares e/ou folclóricas, por exemplo.
- g) *Função de Impor Conformidade às Normas Sociais*: Esta função vem sendo exercida no ocidente para facilitar a adesão psicológica a atitudes e valores socioculturais. Ainda nos dias de hoje, poemas cantados exercem, em muitas culturas, essa função. É uma função que está relacionada ao sentimento de pertencimento e parece que acompanha as demais funções já descritas. Não importa se é uma atividade musical “sagrada” ou “profana”, “séria” ou “divertida”, essa função estará presente.
- h) *Função de Validação das Instituições Sociais e dos Rituais Religiosos*: Alan Merriam (apud Freire, 1992) também considera que essa função merece mais estudo. O Hino Nacional de um país exerce essa função. Há também os hinos de clubes esportivos, sem falar nos hinos religiosos e as curimbas<sup>1</sup>.
- i) *Função de Contribuição para a Continuidade e Estabilidade da Cultura*: Para Merriam essa função exerce todas as demais funções citadas anteriormente. A esta categoria cabe promover a estabilidade cultural. Essa é uma função valorizada pelos gêneros musicais comunitários, porque ressalta “atitudes e crenças das pessoas de uma cultura particular, contribuindo, assim, para a continuidade e estabilidade dessa cultura” (FREIRE, 1992, p. 23)

---

1 Curimbas são os pontos cantados nos rituais da Umbanda.

- j) *Função de Contribuição para a Integração da Sociedade*: Essa função é valorizada pela TCI, de forma especial, pois “promovendo um ponto de união em torno do qual os membros de uma sociedade se congregam, a música realiza a função de integrar a sociedade” (MERRIAM apud FREIRE, 1992, p. 23).

## TCI E MUSICOTERAPIA

A TCI possui teoria e metodologia reconhecidas, que favorecem a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e do saber científico. Para seguir essa metodologia, as Rodas de TCI são desenvolvidas em seis etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, encerramento e avaliação (BARRETO, 2008). Em todas estas etapas, a música é muito valorizada como recurso de expressão e interação.

Há mais de vinte anos a TCI tem prestado serviço à saúde coletiva e percebemos algumas coisas em comum com a Musicoterapia, entre elas a circularidade da escuta que acolhe, reconhece e dá suporte ao sofrimento humano (BARRETO, 2008). Tem também em comum a utilização da arte como recurso expressivo das múltiplas dimensões humanas e as teorias da comunicação que orientam o processo terapêutico. De acordo com Fix, Leite e Galvani,

A música é uma ferramenta na terapia comunitária, podendo ter algumas funções: acolher no grupo; aquecimento (colocar em situação de fala); acolher a dor; celebrar a alegria; catalisar as falas do grupo; função de continência; função de espelho; estimular a capacidade de resiliência; ressignificação; propiciar a sensação de pertencimento e inclusão (no grupo e na comunidade. (FIX; LEITE; GALVANI; 2007, p. 452).

De acordo com o seu idealizador, o psiquiatra e antropólogo, Dr. Adalberto de Paula Barreto, na TCI

Os problemas do cotidiano são discutidos, compreendidos e ampliadas as possibilidades de solução com base na realidade vivida, nas alternativas já experimentadas. É um espaço de diálogo tanto para a partilha de sofrimentos e possibilidades de solução como para a celebração das conquistas. As fontes de estresse da comunidade são encaradas num contexto coletivo, no qual o apoio mútuo, o respeito e o acolhimento são a base de sustentação para a manutenção de uma rede social de apoio. A saúde coletiva é, portanto, permanentemente cuidada, o que permite que exista a prevenção e a atenção. É, portanto, possível antecipar-se aos problemas e lidar com os já existentes (BARRETO, 2008, p. 296).

A TCI disponibiliza suas competências para a escuta da subjetividade das pessoas. Quando falamos de subjetividade, lembrando do que nos relata Barreto “O terapeuta comunitário deve agir como o maestro de uma orquestra, fazendo com que todos os músicos usem bem seus instrumentos. Precisa saber que a riqueza do grupo não está fora, mas dentro dele” (BARRETO, 2008, p. 47).

No contexto da TCI, a canção é uma experiência musical que agrega, fortalece a espiritualidade e desperta o sentido de pertencimento à comunidade. Uma canção trazida pelo grupo durante as rodas de TCI pode ser transformada em danças circulares, como por exemplo, o samba-de-roda e a ciranda. Sua execução requer cooperação grupal, espontaneidade e criatividade, permitindo também o encontro de gerações.

Geralmente os gêneros musicais de tradição oral articulam música, movimento e canto. De forma que cantando, tocando e dançando a comunidade fortalece sua identidade cultural e o desejo de participação comunitária. Criamos assim um território simbólico para a dimensão do *Homo Musicalis*, no sentido dado por Petrini (2007), ou seja, o uso pleno de suas potencialidades musicais, poéticas, criativas,

que no diálogo com seus desejos mais íntimos, pode tornar a experiência educativa e sociocomunitária mais saborosa, emancipatória, gerando autonomia e felicidade.

As características dos gêneros musicais de tradição oral variam de uma região para outra. Eles representam um movimento de cruzamento de práticas musicais do povo banto<sup>2</sup> com as práticas ritualísticas indígenas e a religiosidade popular portuguesa (CARVALHO, 2000). Seus elementos expressivos variam, contudo, com o período histórico em que acontecem os contatos entre africanos, indígenas, europeus e dos confrontos com a cultura hegemônica. Dependendo do lugar, estes gêneros musicais sofreram maior ou menor interferência da Igreja. São gêneros musicais que, ao serem transferidos para a região urbana, receberam novos significados. Foram, portanto, organizados de acordo com a necessidade e por isso permanecem se atualizando em contextos socioculturais diferentes.

Mesmo que estejamos atuando em uma comunidade que “deu as costas” para a tradição, é possível, através de uma canção trazida para a roda de TCI, ressignificarmos gêneros musicais que estão presentes na comunidade. E assim a comunidade constrói sua própria história musical, incluindo suas dores e suas soluções para o cotidiano. Barreto ressalta a função da comunidade como cuidadora de si mesma, afirmando que:

A comunidade deve funcionar como *agente terapêutico* no processo de inserção social, evitando a alienação da própria cultura, a perda da identidade, ajudando os indivíduos a se sentirem membros efetivos de sua comunidade (BARRETO, 2008, p. 35).

---

2 Banto é um termo utilizado como referência às inúmeras tribos pertencentes ao mesmo grupo de línguas e dialetos, que ocupavam o vale do antigo Reino do Congo. Os bantos foram os primeiros africanos trazidos em massa para o Brasil a partir do século XVII. Eles eram originários do Congo e da Angola.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo tem a intenção de oferecer alguns elementos da Musicoterapia para reflexão sobre as possibilidades do uso da música nas rodas de TCI. Entendemos que a música sofre, na sociedade moderna, a interferência do processo de industrialização cultural, contudo a música representa as experiências vividas, nosso modo de ver o mundo, nossas necessidades e esperanças.

Defendemos que a comunidade ressignifica as funções sociais da música descritas pelo antropólogo Alan Merriam (FREIRE, 1992), pois a experiência musical é capaz de desenvolver a comunicação, o sentido de pertencimento e a troca de saberes. Por meio de experiências musicais é possível cantar, compor, parodiar, tocar, dançar, por meio de ritmos, timbres, melodias, silêncios, enquanto ela vivencia a diversidade cultural de todos os povos.

Todas as funções sociais da música estão presentes na comunidade. Elas coexistem em cada experiência musical e carregam valores comunitários. Podemos descobrir outras funções sociais para a música por meio dos folguedos, das congadas, maracatus, afoxés, cirandas e o samba-de-roda.

Muitas investigações ainda podem ser desenvolvidas nesse campo do conhecimento, contudo nossa experiência nos indica que a inserção dos gêneros musicais de tradição oral possibilita a apropriação das funções sociais da música, desvalorizadas pela sociedade moderna. Eles fazem parte dos inúmeros rituais comunitários que agregam, aproximam gerações, e revitalizam os recursos de fortalecimento da identidade coletiva.

Portanto, defendemos que a Musicoterapia é um campo do conhecimento que pode contribuir para a TCI, uma vez que adota princípios comuns, sobretudo no que se refere ao respeito da identidade cultural dos grupos e valorização das experiências interpessoais centradas no processo de fazer música. À medida que oferece a refle-

xão sobre a complexidade existente na linguagem musical, ressalta as muitas possibilidades sonoro-musicais de resistência ao discurso individualista da sociedade atual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BOCK, A.M.; GONÇALVES, M.G.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRUSCIA, K. **Definindo musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CARVALHO, J. **Um panorama da música afro-brasileira: dos gêneros tradicionais aos primórdios do samba**. Brasília: UNB, 2000. Disponível em < <http://vsites.unb.br/ics/dan/Serie275empdf.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2011.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. **Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Mauad X Bapera, 2008.

FREIRE, V. **Música e sociedade: uma perspectiva histórica e uma reflexão aplicada ao ensino superior de música**. Rio de Janeiro : UFRJ, 1992. (Tese de Doutorado)

FIX, S.; LEITE, M.; GALVANI, C. Algumas reflexões sobre a inserção da música nos encontros de terapia comunitária no CEAF (Centro de Assistência à Família). In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. (Orgs.). **Terapia comunitária tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 451-457.

HORKHEIMER, M e ADORNO, T. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1997.

KAZADI WA MUKUNA. **Sobre a busca da verdade na etnomusicologia**. Revista da USP, n. 77, mar./maio, 2008. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/revusp/n77/03.pdf> > Acesso em: 20 fev. 2011.

MILLECCO FILHO, L; BRANDÃO, R; MILLECCO, R. **É preciso cantar: musicoterapia, cantos e canções**. 1. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

PETRINI, H. Cantar e Brincar para transformar – canta que o bem espalha. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. (Orgs.). **Terapia comunitária tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 459-467.

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA. Rio de Janeiro: UBAM, ano 1, n.2, 1996.



SEGUNDA PARTE

*TCI e Abordagens Terapêuticas*



# Compreendendo o grupo na Terapia Comunitária Integrativa

Liliana Beccaro Marchetti

*“O maior sofrimento de um indivíduo é não ser reconhecido como um ser diferente, é viver sem ser percebido como alguém original, é ter que se violentar para poder ser notado”.*

Buber

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, diferentes pensamentos teóricos e práticas de trabalhar com grupos se uniram em prol de uma mesma ideia, a da terapia de grupo. O desenvolvimento desta ideia, no entanto, se revestiu de dificuldades, exatamente por tentar desde o início congrega todos estes pensamentos em torno do trabalho terapêutico em grupo (BEHELLI, 2004). Aqui pretendemos relatar um pouco esta evolução, as contribuições e o desenvolvimento das várias abordagens de grupo, para fazer uma reflexão sobre as relações destas com a Terapia Comunitária Integrativa (TCI).

Acreditamos que a essência da ação terapêutica da TCI é gerada pela funcionalidade do grupo em cada encontro. Esta ação terapêutica ocorre de forma similar em outros tipos de encontros, sejam eles em grupo ou não. Para reforçar esta ideia, relatamos um encontro com uma amiga. Naquela ocasião conversamos sobre escolhas, pois ela estava confusa e tinha dúvidas sobre que rumo dar à sua vida. Meses depois nos encontramos em outra situação e ela comentou efusivamente a importância da conversa anterior para a sua vida. Foi uma surpresa, pois não havíamos notado a importância daquela conversa. O momento terapêutico acontece nas situações mais diversas e

imprevisíveis e somente será terapêutico para a pessoa que está disponível e aberta a receber e aproveitar o momento.

A ideia da funcionalidade do grupo através do script a cada encontro imprime à TCI a sua especificidade e peculiaridade, e é uma grande contribuição ao universo das abordagens de grupo, ao mesmo tempo, a diferença das grupoterapias, com as quais, entretanto, compartilha a ideia e força do grupo como elemento terapêutico.

## UM POUCO DE HISTÓRIA

Há registro sobre as abordagens com grupos desde o início do século XX e provavelmente até antes, mas sem contudo, a presença de uma sistematização (BECHELLI, 2004). Nesta época, estas abordagens foram desenvolvidas de forma intuitiva, espontânea e empírica, focalizando o bem estar e a melhora da qualidade de vida dos pacientes, princípios que seriam incorporados posteriormente como questão básica no tratamento das doenças médicas em geral e dos transtornos mentais em particular.

A difusão e a influencia da psicanálise no mundo médico, com a ideia de que uma psicologia profunda somente é possível no intrapsíquico, parece ter dificultado o desenvolvimento inicial das abordagens com grupos (BECHELLI, 2004). Além disso, eram consideradas abordagens mais adequadas apenas para aqueles incapazes de arcar com os custos do tratamento, dando às abordagens de grupo um caráter de menor valor. Outra característica pouco valorizada era o caráter educacional de algumas abordagens de grupo, ensinando o paciente a cuidar de si e da doença, o que configuraria para alguns uma questão menor. Entendemos, desta forma, que estes mitos impediram no início, de certa forma, o desenvolvimento das abordagens grupais.

Mesmo assim, generalistas e psiquiatras de várias abordagens teóricas, em função das necessidades técnicas, demandas e em busca de melhorar o atendimento e promover melhor qualidade de vida aos pacientes, lançaram mão de atendimentos grupais. Um pioneiro

interessante de se mencionar foi Pratt, que em Boston, em 1905, iniciou tratamento em grupo para pacientes com tuberculose com um método desenvolvido por ele (BECELLI, 2004). Mesmo com experiências isoladas as abordagens grupais não encontraram, no início, apoio e reconhecimento de médicos e psicólogos. Somente após a 2ª Grande Guerra esta abordagem passou a ser considerada como um recurso terapêutico importante (YALOM, 2006).

A psicoterapia de grupo foi definida e institucionalizada por Moreno nos anos 30. Em 1932, pela primeira vez, os termos terapia de grupo e psicoterapia de grupo foram usados na Reunião da Associação Americana de Psiquiatria em Toronto no Canadá. Segundo Fonseca (1997) nos anais do IAGP – *International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (Associação Internacional de Psicoterapia de Grupo e Processos Grupais)* – foi Moreno o primeiro a instituir o trabalho de grupo como o vemos até hoje. Depois da 2ª guerra mundial, em função da grande demanda de problemas emocionais no pós-guerra ela tomou força. Em 1950, no I Congresso Mundial de Psiquiatria em Paris, os psicoterapeutas de grupo se reuniram para organizar seu próprio congresso. Em 1951, aconteceu o I Congresso Internacional de Psicoterapia em Paris, onde Moreno fundou o Comitê Internacional de Psicoterapia de Grupo, que reuniu psicoterapeutas de grupo de várias abordagens e países. Em 1954, realizou-se em Toronto o 1º Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo, conforme descrição de Fonseca (1997), abaixo:

Moreno criou em seu percurso profissional uma série de associações: a Sociedade de Psicodrama e Psicoterapia de Grupo, em 1942, renomeada em 1951, Sociedade Americana de Psicoterapia de Grupo e Psicodrama (American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama), que realiza no ano 2000 sua 58ª reunião anual; a Associação Sociométrica Americana, em 1945; e, o que interessa particularmente neste artigo: o Comitê Internacional de Psicoterapia de Grupo, em Paris, em 1951; o Conselho Internacional de Psicoterapia de Grupo, em Milão, em 1963; e finalmente a incorporação internacional da IAGP, em Zurique, em 1973. Moreno intuía a necessidade de organi-

zar o nascente movimento das psicoterapias grupais. Em seus últimos anos de vida, ele reconheceu que mais importante que suas contendas, primeiro com a psicanálise e depois com S. R. Slavson, a respeito do pioneirismo na psicoterapia de grupo, seria utilizar sua liderança no sentido de criar uma organização em que todas as tendências da psicoterapia grupal estivessem representadas. Além de Moreno, outros líderes do movimento da psicoterapia de grupo participaram desse primeiro conselho diretor: Foulkes (Inglaterra), Bierer (Inglaterra), Favez-Boutonier (França), Snowden (Inglaterra), Senft (Inglaterra), Delay (França), Heuyer (França), Lazelle (Estados Unidos), Montassut (França), Porcher (França) e Pratt (Estados Unidos). O Comitê Internacional de Psicoterapia de Grupo foi organizado em abril de 1951 por J. L. Moreno, durante sua viagem a Paris e Londres [...] O objetivo era uma federação mundial de sociedades interessadas em psicoterapia de grupo e assuntos afins. Graças aos esforços combinados de: Dr. W. Hulse, Dr. W. Warner, Dr. J. L. Moreno e Dr. S. R. Slavson, o Comitê Internacional de Psicoterapia de Grupo adotou seu formato atual, representando 24 países (1954, p. 91).

Hoje a IAGP congrega os terapeutas de grupo de todo o mundo e a cada três anos, em países diferentes, se reúne para cumprir seus objetivos.

Após este período de desenvolvimento, a psicoterapia de grupo passou pela fase de expansão teórica das décadas de 50 e 60, recebendo contribuições de diversos autores. A seguir, tivemos a fase de consolidação na década de 70 e de amadurecimento, nas décadas de 80 e 90 (BECELLI, 2004). Outras abordagens além da psicanálise – análise transacional, gestaltterapia, interpessoal, cognitivo-comportamental (BIELING, 2008), humanista, existencial, fenomenológica, etc, passaram a incorporar a psicoterapia de grupo como recurso terapêutico.

Chegamos ao século XXI com um cardápio variado de modelos de tratamentos e abordagens teóricas. E continuamente novos modelos e aplicações de trabalhos com grupos têm sido propostos: intervenção em situações de crises, focal, breve, problemas interpessoais, transtornos mentais, clínicos, vítimas de desastres e outras condições.

## UMA DEFINIÇÃO DE GRUPO

Tivemos certa dificuldade de encontrar um conceito de grupo comum às diferentes abordagens. Então, buscamos uma definição que fosse abrangente, simples e consistente, como entendemos ser o trabalho com grupos. Adotamos aqui a definição de grupo do Dicionário Houaiss (2001) que entende por grupo *um conjunto de pessoas ou coisas dispostas proximamente formando um todo*. Um grupo é composto por pessoas reunidas que configuram um conjunto e que tenham proximidade. Essa proximidade pode ser de diferentes tipos. Como exemplos os grupos de idade, grupos de gênero, grupos de profissionais, grupos partidários e assim por diante.

### Uma categorização

Para efeito didático, queremos aqui distinguir quatro grandes categorias de trabalho com grupos: as psicoterapias, os grupos de autoajuda, os grupos psicoeducacionais e os grupos de ajuda mútua. Vamos descrever um pouco mais.

A *psicoterapia de grupo* tem como objetivo a abordagem do conflito. Para isso é necessária a participação de um profissional especializado e capacitado nos aspectos psicológicos. Existem várias abordagens e diversas linhas teóricas que descrevem diferentes metodologias, formas de se abordar o conflito, visão de mundo, e formato dos atendimentos. Carneiro (s.d) relaciona Freud com a Psicanálise; Kurt Lewin, com a Teoria de Campo; e Jacob Levy Moreno, com o Psicodrama e a Sociometria; são os três autores cujas obras foram mais estruturantes para a Dinâmica Grupal. Mas sabemos que com o desenvolvimento das grupoterapias, vários pensamentos teóricos se desenvolveram.

Os *grupos de autoajuda* estão em expansão nas últimas três décadas. São inúmeras as organizações que se formam espontaneamente, com inúmeros membros em todo o mundo que compartilham problemas psicológicos ou condições médicas semelhantes, reunindo-se

para trocar informações e oferecer apoio mútuo. Essas associações auxiliam tanto o próprio doente quanto os respectivos familiares e amigos, e são dirigidas por eles mesmos, sem a presença de especialistas no assunto. Tal fato decorre, possivelmente, da redução do papel e insuficiência dos serviços públicos de saúde, saúde mental e das instituições sociais (MONTEIRO, 1997). Embora os profissionais de saúde mental resistam em aceitar essas organizações, os grupos de autoajuda acabam proporcionando importante recurso a muitas pessoas, como sistema alternativo ao tratamento. Um dos motivos que provavelmente contribuem para que os grupos de autoajuda sejam bem sucedidos e alcancem bons resultados é o fato de otimizarem os efeitos terapêuticos da universalidade, altruísmo, instilação de esperança e apoio mútuo, o que reforça o pressuposto de que cada membro do grupo é agente de sua própria mudança.

*Grupo Psicoeducacional* é um grupo onde a informação é qualificada. Em geral é temático, e tem um caráter educativo, isto é, busca a internalização da informação dada por profissionais especializados no tema. Em geral os grupos são voltados para participantes que sofrem da mesma condição, para facilitar a identificação, a revelação de particularidades e intimidades, o oferecimento de apoio ao semelhante, o desenvolvimento de objetivos comuns, e a resolução das dificuldades e dos desafios que se assemelham. Ao mesmo tempo, reduz-se o isolamento social e possível estigma, associado ao padecimento que a própria pessoa se impõe, dependendo da gravidade da doença. O psicoeducacional é voltado tanto para o próprio doente quanto para os respectivos familiares e amigos. Em geral estes grupos acontecem em locais especializados. Seu sucesso está ancorado nos bons resultados dos efeitos terapêuticos da troca entre iguais, a esperança compartilhada, motivação para ajudar os outros e apoio mútuo.

Os grupos de *ajuda mútua* são distintos dos apresentados anteriormente, pois os pares trocam informações. O processo de ajuda mútua concretiza-se através da ação dos grupos de parceiros que partilham uma situação de vida através da qual se identificam. Fundamenta-se na vivência subjetiva dos problemas de cada um dos membros, isto é,

no *conhecimento da experiência*. A novidade aqui consiste em facilitar e melhorar a condição *pessoa-situação*, através da *mudança no contexto*. Isto ocorre, segundo Monteiro (1997), pela utilização da dimensão de participação e *empowerment (empoderamento)* dos indivíduos e das comunidades participantes do processo.

Um exemplo expressivo do grupo de ajuda mútua é a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Isto nos lembra um depoimento numa Roda de TCI em que a protagonista diz “*Meus problemas continuam os mesmos, mas eu mudei!*” Os participantes dos grupos se beneficiam da transformação do seu estado de *vítimas sem esperança* para *cidadãos corresponsáveis com a mudança*.

## CONTEXTUALIZANDO

*“Faça as coisas o mais simples que você puder, porém não as mais simples”*

Einstein

Vamos tratar aqui então do grupo na TCI, descrever seu funcionamento e compará-lo às grupoterapias. Para fazer esta comparação, fizemos um levantamento das várias grupoterapias para observar semelhanças e diferenças. Costuma-se chamar o grupo de TCI de Roda. A roda de TCI segue um roteiro, ou *script* simples, preciso e completo. Ele é usado pelo terapeuta que treinado o usa em todo encontro. As capacitações formam e treinam os futuros terapeutas para internalizem este roteiro, e quando isto acontece, eles passam a ter uma familiaridade e podem se beneficiar pessoalmente com o trabalho.

Iniciamos a roda com um acolhimento que inclui uma explicação do que estamos fazendo ali no grupo, a apresentação das regras de funcionamento, a celebração da vida e uma dinâmica de interação. Em seguida ocorre a escolha do tema do dia. Neste momento, temas são levantados por diferentes participantes e acontece uma eleição democrática onde cada integrante do grupo é instruído a votar um tema com que se identifique e que possa aproveitar de alguma forma.

Vence o tema com maior número de votos. O participante escolhido contextualiza o tema, discorrendo de forma mais detalhada o seu sofrimento, e o terapeuta instrui o grupo a ajudá-lo, fazendo questões que contribuem para o protagonista entender mais claramente seu problema e sua dificuldade. Com a ajuda do grupo, o terapeuta busca a compreensão e a problematização do tema, através de um mote lançado ao grupo para que este exerça então a sua generosidade. Após os depoimentos daqueles que se identificaram com o tema, o terapeuta encaminha o grupo para o final num ritual de agregação onde discorre sobre a importância do tema e agradece, conotando positivamente o protagonista e as pessoas que se colocaram. Após o ritual de finalização o grupo termina e a rede se faz (BARRETO, 2008).

Com a ênfase no comunitário, as rodas de TCI acontecem em diversos lugares, tais como igrejas, unidades básicas de saúde, hospitais, casas de repouso, ONG, empresas, favelas, consultórios, parques, praças, comunidades, centros comunitários, dependendo apenas da disponibilidade do terapeuta e do grupo. O grupo de TCI é aberto. As pessoas vêm e vão. Quase nunca temos o mesmo grupo. Algumas rodas ocorrem em dias e horários fixos toda semana, mas os participantes podem ser flutuantes, podem freqüentar de acordo com suas necessidades e desejos. Mas por outro lado, também temos casos de pessoas que participam de uma única roda, mesmo assim demonstram ter aproveitado. Como exemplo, relato a fala de uma frequentadora de TCI que, oito meses após uma única roda, voltou e declarou aos presentes: *“Eu vim aqui ao grupo hoje para agradecer por ter conseguido resolver o problema com os meus filhos e resolver a minha vida, e agradecer a vocês”*.

Nas rodas as pessoas sentem-se livres para participar quando sentem necessidade. É uma atividade a que podem recorrer sempre que necessário. Por serem abertas, as rodas também permitem que os frequentadores tragam seus parceiros conjugais, membros de suas famílias, amigos, etc. Os participantes trazem sempre pessoas que julgam necessitarem da TCI. Em muitos grupos nos vimos às voltas com um casal em crise ou uma família com um dilema, ou ainda com um

amigo que traz outro que não pensara em vir. Participam pessoas de todas as idades. Nunca é um grupo homogêneo. Percebemos que esta diversidade é muito positiva para o grupo, pois permite que vejamos a resolução de problemas sob perspectivas diferentes: a do filho, irmão, mãe, pai, avô, tio, cunhada, criança, etc.

O número de pessoas que freqüentam as rodas varia bastante. No Brasil, segundo levantamento feito pelo MISMEC-CE em 2006, a média é de oito pessoas por roda, em outros levantamentos ou localidades estudadas essa média pode ser maior. No entanto, a simplicidade de concepção da TCI permite que o terapeuta, caso siga corretamente o script, possa atender grandes grupos. Neste caso, o terapeuta precisará de um aparato de som com microfones para que todos consigam acompanhar o grupo.

A duração média dos grupos é de uma hora a uma hora e meia. Este tempo é necessário e suficiente para manter a atenção das pessoas e não cansar. A experiência mostra e os participantes dizem que grupos muito demorados são “*chatos*”, principalmente se os grupos são muito grandes e se há alguma dificuldade de se ouvir o que está acontecendo. Quanto à freqüência dos grupos na TCI, pode ser semanal, quinzenal e mensal, variando de acordo com a disponibilidade do terapeuta ou da equipe de terapeutas.

Em geral os terapeutas de TCI são pessoas que trabalham ou já trabalharam em comunidades ou com grupos, ou que têm algum interesse por terapias de grupo. Felizmente, nos casos em que não existe a experiência prévia com grupos, observamos que ao iniciarem o treinamento nas rodas, os aprendizes vão se apropriando da posição de terapeutas e sempre nos surpreendem. O aprendizado de dinâmicas de grupo é sempre útil para eles experimentarem e pensarem sobre o grupo. Através deste aprendizado, durante as entrevistas<sup>1</sup>, eles podem refletir sobre a roda, conversar sobre as informações que têm dela, como escolheram uma dinâmica para ser aplicada, ou outra

---

1 Correspondente à supervisão. Na TCI denominamos essa atividade de Intervisão por considerar o aprendizado horizontal, todos aprendem e ensinam.

que não ajudou, enfim, pensam sobre os aspectos de grupo da roda. Durante uma intervenção, um dos terapeutas iniciantes trouxe uma dinâmica que considerava ser muito interessante e, todo animado, propôs a dinâmica para o grupo. A reação do grupo, no entanto, foi decepcionante, pois a dinâmica de fato não era apropriada para o que ele propunha. Esta experiência, embora difícil, foi na verdade muito útil para o seu aprendizado. Além do que, foi bem melhor o erro ter acontecido no ambiente de aprendizagem!

Sempre que possível, insistimos muito no trabalho em coterapia. Na nossa experiência, a coterapia é necessária para trazer uma contribuição adicional para o grupo. No mínimo, o coterapeuta acrescenta outro ponto de vista ao tema em discussão, ajuda o terapeuta a corrigir uma rota de investigação, contribui para se pensar o mote, para assumir a direção caso seja necessário, para atender alguma emergência, enquanto o terapeuta continua o grupo ou para dividir a direção. Quem trabalha com grupos sabe quão importantes são essas contribuições. Além disso, o coterapeuta aumenta sobremaneira a qualidade do trabalho no grupo. Sempre que possível insistimos para que a TCI seja feita em dupla ou até em trio, justamente pela riqueza desta estratégia.

Como dito anteriormente, sempre que possível, promovemos na TCI uma experiência, uma forma alternativa de pensar e agir no mundo. Durante capacitação dos futuros terapeutas, praticamos de maneira sistemática a atenção, o cuidado e a habilidade de criar, promover e buscar o melhor momento ou alguma oportunidade para que a pessoa possa experimentar uma maneira diferente de atuação no grupo. Em geral, isto ocorre com o protagonista, mas também pode acontecer com outro freqüentador, desde que o terapeuta esteja atento para proporcionar tal experiência. Acreditamos e verificamos através do nosso registro, que há momentos pontuais em que o grupo pode propiciar estas vivências diferenciadas na vida das pessoas. Confirmamos isto inclusive pelos depoimentos dos participantes que voltam e nos contam – *“Aquele dia em que falei foi um divisor de águas na minha vida. Estou mudando tudo na minha vida.”* – ou então – *“Os*

*problemas continuam os mesmos, mas eu mudei e estou lidando de forma diferente com eles.*” – ou mesmo – *“Aqui nunca me sinto só!”*. Podemos ainda dizer que esta experiência é bidirecional, isto é, vai do terapeuta para a pessoa e da pessoa para o terapeuta e para o grupo. O terapeuta também aproveita da experiência no grupo para suas limitações e dificuldades.

## **SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS COM AS GRUPOTERAPIAS**

Após um levantamento que fizemos das terapias de grupo, que convencionaremos aqui chamar de grupoterapias, vamos tentar apontar as diferenças e semelhanças com a TCI.

Verificamos que em sua maioria, as grupoterapias acontecem em consultórios particulares. Várias delas são grupos abertos, podendo entrar pacientes novos no meio do processo. Na TCI, as pessoas vêm e vão. Ela é realizada na comunidade e/ou instituição.

Nas grupoterapias existe uma tendência a dividir os grupos em duas modalidades: homogêneos, onde se discute uma temática específica, como por exemplo, o câncer; e heterogêneos, que são grupos diversificados onde existem pessoas diversas, com questões diversas. Mas mesmo estes grupos heterogêneos dificilmente misturam bebês, crianças, adolescentes e adultos. Uma roda de TCI pode ser freqüentada por pessoas de todas as idades e nela qualquer tema pode ser abordado. Os temas são sempre surpreendentes, pois o terapeuta não tem controle algum do que será abordado na roda.

Quanto ao número de participantes nas grupoterapias, a média é de 6 a 8 pessoas, enquanto que na TCI esse número pode ser o mesmo ou então, dependendo da situação, pode ter 20 a 500 pessoas. O tempo médio de duração da sessão das grupoterapias também é de uma hora, mas a freqüência dos participantes é diferente, sendo em geral semanal nas grupoterapias.

Os grupoterapeutas pouco usam da coterapia, mas concordam conosco quanto à riqueza deste recurso, e argumentam que um impeditivo para tal prática é a questão financeira. Como podem ver, a TCI tem a maioria das características das grupoterapias. Então no que somos diferentes?

## REFLETINDO AS VÁRIAS POSSIBILIDADES

*“A simplicidade é o último grau de sofisticação”*

Leonardo da Vinci

O grupo é uma necessidade humana porque acolhe, confirma, permite se comparar e reconhecer a pessoa pelo que ela é não pelo que tem. No grupo também é possível a descoberta de coisas sobre si mesmo que antes eram desconhecidas. As pessoas procuram o grupo para entender algo que não está claro, para adquirir a força para conseguir o que necessita. As pessoas escutam mais seus pares do que os técnicos. A convivência em grupo humaniza as relações, dando um sentido de pertencimento, desenvolvendo os sentimentos de solidariedade e respeito. No grupo a vergonha de ter problemas se dilui ao nos confrontarmos com os problemas dos outros. O grupo torna-se uma referência para os solitários e para as pessoas que perderam os seus e pode dar a coragem para as pessoas assumirem novas atitudes e riscos. Observamos na TCI como é forte o interesse das pessoas em se agruparem. Fica claro que o ser humano é um ser social, gregário e que necessita do grupo.

A TCI não é, entretanto, psicoterapia de grupo. Qualquer semelhança é mera coincidência. Os terapeutas na TCI não fazem uso da ferramenta do psicoterapeuta, a interpretação. A TCI acontece no *espaço público* enquanto as grupoterapias ocorrem, na sua maioria no *espaço privado* das clínicas e/ou consultório (PY, 1987). Uma exceção: o psicodrama público, em que diferentemente da TCI, o terapeuta propõe um tema (violência, eleições, vida na metrópole, etc...) de

interesse social e trabalha o grupo através de dinâmicas, de expressões da espontaneidade do grupo ligados ao tema.

Na TCI, mesmo que o terapeuta seja um psicólogo, psiquiatra ou tenha conhecimento e formação psicológica, não fará uso da interpretação por não fazer parte do script desta modalidade grupal. O script da TCI conduz o grupo para a ajuda mútua, sem necessidade de uma interferência especializada. Mesmo ao se falar de problemas psicológicos e/ou questões emocionais, o caráter pedagógico e operativo funcional do grupo permite a resolução dos problemas de maneira simples e profícua.

A experiência diversificada com grupos, desde operativos, psicoeducacionais, ocupacionais e ainda usando a TCI em vários contextos, nos permite fazer a afirmação de que a interpretação na TCI é desnecessária. Podemos acrescentar que em muitos momentos ficamos impressionados com a ação terapêutica das rodas de TCI, mesmo sem lançarem mão da interpretação psicológica. Todos aqueles que trabalham com grupo sabem das propriedades curativas do grupo, o que não é novidade. Muitas e muitas vezes o terapeuta entra num grupo inquieto e sai bem melhor, sem ter tocado em nenhum problema pessoal.

O aspecto interessante da TCI é que a pessoa tem a possibilidade de se conectar a algo importante para ela no grupo e tem uma oportunidade de atuar de forma diferente. O objetivo aqui é prestar um atendimento primário ao sofrimento daquela pessoa, que no seu momento de crise está precisando de acolhimento, pertencimento e possíveis saídas urgentes para o seu problema. Este grupo funciona no aqui e agora, não depende de um processo grupal e as pessoas utilizam da melhor forma possível aquele encontro, que tem começo, meio e fim. O papel primordial do terapeuta é o de dar vez e voz a todos aqueles que queiram falar. Manter a horizontalidade e garantir a expressão singular de cada um, sem julgamento. Acreditando que cada um tem autonomia para saber de si, resolver seus problemas, sem dependência e têm a capacidade de discernir e

saber exatamente o que necessitam. A semelhança das experiências operadas pelo grupo, alguma informação ou orientação que possa ter sido colocada, tornam possível o alívio e, em alguns casos, a compreensão dos problemas mesmo sem a participação direta do terapeuta. Mas observamos também que, para aquelas pessoas que são assíduas nos grupos, o processo terapêutico acontece, pois em cada encontro um sofrimento humano diferente do cotidiano de todos é o tema, sempre se lidando com as fragilidades humanas. Como se fosse um caleidoscópio das dificuldades humanas, a TCI promove o bem estar e o alívio do sofrimento.

O terapeuta precisa ser acolhedor e ter sensibilidade para o sofrimento do outro, e criativo ao abordar os diferentes problemas. Como um líder democrático, deve considerar as conexões das pessoas com ele, das pessoas entre si e especialmente as interações interpessoais, cuidando assim do clima no grupo. O terapeuta é como um diretor de cinema, uma pessoa que ajuda a acontecer a ação, sem participar diretamente dela. Ele tem a responsabilidade de proteger os relacionamentos no grupo, garantindo horizontalidade e a expressão da singularidade de cada pessoa presente e participante do encontro.

Nosso objetivo como terapeutas é revelar a natureza humana em toda a sua complexidade. O ser humano, na sua singularidade, traz consigo toda a história do universo, com as características físicas, químicas, biológicas. Mas ao mesmo tempo ele é separado desta raiz pela cultura, sua mente e consciência. Parecem dois caminhos, mas na realidade é um só. Desta maneira é possível religar o que está fragmentado e esclarecer a dificuldade de resolução das dificuldades. O que diferencia a TCI de outras abordagens é a possibilidade de manifestar esta singularidade numa circularidade horizontal, pois todos os participantes compartilham histórias, resoluções, embates, dificuldades e conquistas.

Queremos destacar aqui o ritual de agregação como o momento apoteótico da TCI, o momento em que grupo e protagonista se congregam e se conectam definitivamente. O grupo de TCI é um

organismo vivo, um sistema. Para compreendê-lo usamos o Pensamento Sistêmico. Segundo Morin (2010) aprendemos que o grupo é a soma de todos os seus participantes, mas também algo mais e algo menos do que a soma dos participantes. Com isto queremos dizer que cada participante do grupo possui qualidades e particularidades que vão se somando ao longo de sua vida pessoal, promovidos pela cultura e pelos contextos de sua atuação no mundo. Estas mesmas pessoas por outro lado podem ter inibições ou impedimentos, nestes mesmos contextos, que atrapalhem o seu desenvolvimento de alguma forma. Portanto, percebemos aqui uma complexidade na diversidade do grupo. No grupo de TCI estamos diante da tarefa árdua de dar ênfase à unidade na diversidade e ressaltar também a contribuição da diversidade à unidade, o todo mais e menos do que soma de tudo aquilo que pertence a cada participante do grupo.

As práticas psicoterápicas na década de setenta se dividiam entre o intrapsíquico, com hegemonia da psicanálise e as propostas coletivas como o psicodrama que privilegiavam a espontaneidade, a expressão e buscavam consenso e hegemonia do grupo. Nesta mesma época, Carl Rogers<sup>2</sup> já nos contemplava com a proposta de uma psicoterapia centrada na pessoa, que mais tarde se encaminhou para a primazia das relações. Com o incremento do pensamento sistêmico no século XXI passou-se ao estudo das interrelações entre a pessoa e o grupo. Nos dias de hoje esta dicotomia está superada, pois não se pode ignorar a singularidade, a força das relações, a aptidão cognitiva diferenciada, a capacidade de discernir, a necessidade de se autorregular e de se autoalimentar.

---

2 Carl Rogers foi um psicólogo americano, que atuou como psicoterapeuta por mais de 30 anos e trouxe grandes contribuições para a prática clínica e para a educação. No Brasil suas ideias tiveram difusão na década de 70, em confronto direto com as ideias do Comportamentalismo (Behaviorismo), que teve em Skinner um de seus principais representantes. Rogers é considerado um representante da psicologia humanista. Teve grande atuação política, especialmente na resolução de conflitos, a ponto do seu nome ter sido indicado ao Prêmio Nobel da Paz de 1987. Estudiosos da linha da psicologia transpessoal também reconhecem contribuições de Rogers, especialmente nos últimos anos de sua obra, quando ele passou a dedicar atenção à espiritualidade humana e a um estado especial de consciência que ele identificou durante suas sessões como psicoterapeuta.

Não precisamos do consenso, nas Rodas de TCI o importante é a singularidade na diversidade. O grupo é soberano e a eleição do tema pelos participantes garante isso. O tema é proposto e escolhido pelo grupo, não havendo o preparo de um tema ou interferência do terapeuta. Não há interpretação nem inferência; há compartilhamento, identificação por semelhanças, pelo vivido, e pela emoção. As regras valem para todos. A existência do coterapeuta impede que se fixe o poder e a dependência em relação ao terapeuta. Portanto, na TCI, o terapeuta e o coterapeuta trabalham na horizontalidade, sendo possível que falem de si, compartilhem uma experiência de resolução em sua vida, tendo o cuidado de acrescentar um ponto de vista ainda não alcançado pelo grupo, configurando assim uma outra forma de contemplar a horizontalidade.

Quando pensamos sistemicamente, “somos parte do problema, parte da solução e algo mais”. Quando fazemos isto, a relação que existe entre as várias partes da situação que nos aflige fica evidente. Fica mais fácil compreender o que está acontecendo e ver o papel da corresponsabilidade. Através dela buscamos a competência e a riqueza individual das pessoas, valorizando o positivo, a autonomia e a promoção da circulação da informação. Assim emergem inovações e autossoluções e cada um entende que precisa mudar a si mesmo e não ao outro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo está na essência da Terapia Comunitária Integrativa. Quando o Prof. Dr. Adalberto Barreto concebeu a Terapia Comunitária, ele a pensou como uma ação terapêutica realizada em grupos, pois seu objetivo inicial era atender a comunidade do Pirambú<sup>3</sup>. Ele então procurava criar um instrumento de fácil manuseio, que atendesse ao maior número possível de pessoas, onde elas pudessem compartilhar e serem acolhidas no seu sofrimento. Para isso foi necessário usar a sua experiência e a sua crença de que no grupo cada um tem seu valor e

---

3 Pirambú é uma das maiores favelas de Fortaleza no Ceará com 280.000 pessoas.

pode oferecer o que tem de melhor ao outro. Como ele mesmo diz: “No grupo um é especialista no que o outro não é, e vice versa”.

Refletir sobre o grupo é sempre instigante e desafiador. É possível partirmos de vários referenciais teóricos, que contribuem de maneira significativa para a vida das pessoas que participam dos grupos e seus coordenadores. Nossa impressão é de que se assim o fizermos teremos uma experiência com grupos enriquecedora, pois seremos influenciados por tudo que estudamos, sobre o que refletimos, entendemos a cada leitura, curso ou antigas e novas experiências grupais. Portanto, acreditamos não haver uma fórmula, mas sim um desejo de que esta troca de experiências venha enriquecer a todos, e que desta reflexão frente as diferenças e semelhanças, possamos encontrar acalanto para o sofrimento cotidiano.

Entendemos que a TCI é um grupo de ajuda mútua e que pode receber contribuições das várias referências sobre grupo. Pode aproveitar todas as abordagens teóricas, pois, o script e os pilares teóricos são necessários e suficientes para a compreensão do grupo e da atuação do terapeuta. Esta forma possibilita inclusive que o terapeuta possa fazer uso de suas experiências anteriores e outras que possa adicionar no seu caminho. Sempre ampliando possibilidades de atuação no grupo.

Estamos seguros e pensamos que os pilares teóricos são um meio poderoso de compreender o grupo. Vejamos! Através do aprendizado da *resilência*, o terapeuta desenvolve a capacidade de acolher amorosamente a todos, o que permite que ocorra aceitação, transformação e a revelação das dificuldades e habilidades. O conhecimento da teoria da comunicação permite o desenvolvimento da capacidade de empatia. Ela é necessária para se dar vez e voz ao outro. Sem a necessidade de pré-julgamentos, ela possibilita a escuta ativa da fala do outro como se esta fosse uma novidade, como se estivesse sempre sendo ouvida pela primeira vez. A *pedagogia da autonomia de Paulo Freire* ensina o respeito pelo saber do outro e a curiosidade em conhecê-lo. Ela legitima o outro no seu saber, fruto da sua experiência. A *antro-*

*pologia cultural*, propõe o encontro com a diversidade cultural, uma característica bem brasileira. Ela nos ensina o respeito pelos valores e crenças do outro, possibilitando o encontro através do depoimento, da abertura para o diverso. Alinhavando todos os pilares anteriores, o *pensamento sistêmico*, coloca o terapeuta numa postura de horizontalidade, tornando-o parte do problema e da solução. Coloca a todos na condição de aprendizes da vida, aprendendo com a experiência do outro, compartilhando o saber para somar. Sabemos que o saber do grupo é maior do que a soma das partes, e que nele cada um sente-se uno e múltiplo. Assim, firmada na singularidade, a pessoa contribui para algo maior.

Recomendamos que, para um melhor desenvolvimento, o terapeuta experimente o script da Terapia Comunitária Integrativa por um tempo suficientemente longo para que ocorra a mudança de paradigma necessária para esta prática, e com ela o despreendimento necessário para se atuar com simplicidade e de forma horizontal com o outro.

*“Talento é quando um atirador atinge um alvo que os outros não conseguem.*

*Gênio é quando um atirador atinge um alvo que os outros não vêem.”*

ARTHUR SCHOPENHAUER

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BECHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino-am Enfermagem**, n. 12, v. 2, 2004. P. 242-249, mar./abr. Disponível em : < [www.erp.usp.br/riaenf.>](http://www.erp.usp.br/riaenf.>). Acesso em 12 de abril de 2011. (Artigo de Revisão).

BIELING, P.J.; McCABE, R. E.; ANTONY, M.M. et al. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CARNEIRO, F.D.M. **Dinâmica grupal**: conceituação, história, classificação e campos de aplicação. (s/d). Disponível em: <<http://www.campogrupal.com/dinamica.html> . Acesso em: 24 abr. 2011.

FONSECA, J.A história da Associação Internacional de Psicoterapia de Grupo, 1997 Disponível em:< [www.febrap.org.br/pdf/A\\_historia\\_Assoc\\_InternPsicot\\_Grupo.pdf](http://www.febrap.org.br/pdf/A_historia_Assoc_InternPsicot_Grupo.pdf)>. Acesso em 23 de março de 2011. (Original em inglês)

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Grande dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

MONTEIRO, F.J. Ajuda-mútua e reabilitação. **Análise Psicológica**, vol.15, n. 3, 1997. P.449-452.

MARCHETTI, L.B. Semelhanças que fazem diferença na terapia comunitária. In: BARRETO, A.; CAMAROTTI, M.H. **Terapia Comunitária no Brasil** – Anais do I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Morro Branco, CE. 2003. P. 38-44.

MORIN, E. **Meu caminho**. Entrevistas com Djénane Kareh Tager. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

PY, L.A. (org.) **Grupo sobre grupo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

RODRIGUES, M.E. **Integração terapêutica e terapia comportamental**. UNIOESTE. Disponível em: <[www.profala.com.artpsico50](http://www.profala.com.artpsico50)>. Acesso em: 06 de junho de 2011.

YALOM, I.D. **Psicoterapia de grupo: teoria e pratica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

## LINKS

<http://www.campogrupal.com/dinamica.html>

<http://www.redepsi.com.br/portal/>



# *Terapia Comunitária Integrativa e Terapia Narrativa: Ampliando Possibilidades*

*Marilene Grandesso*

*Para mim só existe percorrer os caminhos que tenham coração, qualquer caminho que tenha coração. Por ali eu viajo, e o único desafio que vale a pena é percorrer toda a sua extensão. E por ali viajo, olhando, olhando, arquejante*

(Dom Juan, Carlos Castañeda)

## **TERAPIA COMUNITÁRIA... TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA... TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA INTEGRATIVA... TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRA- TIVA... TERAPIA COMUNITÁRIA... UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO**

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) pode ser considerada como uma prática social transformadora que contesta as verdades universais e as metanarrativas, próprias da ciência tradicional (GRANDESSO, 2009). Ao valorizar o saber local, histórica e culturalmente construído, sem desqualificar o saber especializado, questiona o lugar hierárquico do especialista como se este tivesse uma posição privilegiada de acesso à realidade, independente de suas lentes e suas experiências. Assim, muito mais do que o culto a teorias e técnicas, a Terapia Comunitária, hoje nomeada como Integrativa, apresenta-se como uma abordagem aberta ao diálogo com diferentes saberes, colocando lado a lado, produções da ciência e do saber popular. Em 1997, no Manual do Terapeuta Comunitário (BARRETO, 1997) organizado num trabalho de Adalberto Barreto pelo MISMEC-CE junto à pastoral da criança, primeira publicação sistematizando a prática da Terapia Comunitária, encontramos:

Não se trata, [...], de um método alternativo, mas de uma ação complementar, que valoriza e integra os recursos e competências locais. Numa articulação entre o saber oriundo da prática dessas lideranças<sup>1</sup> com o saber científico; a finalidade é prevenir os efeitos do estresse no cotidiano das populações de baixa renda, resgatando-lhe a condição de implementar mudanças necessárias. (Dom Aloysio José Leal Penna, Bispo de Bauru, 1997, Apresentação, sem número de página).

Como uma prática, implícita ou explicitamente, a TCI tem como princípios organizadores a compreensão da complexidade do fenômeno humano e das relações, a consciência de que tudo o que fazemos nos implica, convidando ao exercício da responsabilidade relacional (McNAMEE; GERGEN, 1999) e a importância de desenvolver habilidades para navegar nos mares da imprevisibilidade, num constante convite para fazer reajustes de rota em pleno voo. Certamente essa prática cultua a ética das relações e a humildade que reconhece a cada um de nós humanos, terapeutas comunitários e seres no mundo, como eternos aprendizes, como nos fala a canção de Gonzaguinha: [...] *cantar, e cantar e cantar, / a beleza de ser um eterno aprendiz...*

Acompanhando o desenvolvimento histórico da Terapia Comunitária proposta por Adalberto Barreto e Airton Barreto, podemos notar como a prática e teoria vão compondo novas sistematizações, dando visibilidade e solidez para a proposta original. No Manual do Terapeuta Comunitário (BARRETO, 1997), vemos que a Terapia Comunitária é definida como uma prática sistêmica, sensível aos valores culturais, reconhecendo e valorizando a multiculturalidade brasileira. A referência explícita à Teoria da Comunicação, Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência, como eixos teóricos da Terapia Comunitária, vai surgir de forma sistematizada no livro de Adalberto Barreto, *Terapia Comunitária passo a passo*, publicado em 2005 (BARRETO, 2005). Convém ressaltar que nesta publicação, a prática é nomeada como Terapia Comunitária, sendo definida como uma abordagem sistêmica, como já o havia sido feito na publica-

---

1 Dom Aloysio refere-se aqui aos trabalhadores da Pastoral da Criança.

ção de 1997. Muito se escreveu e publicou desde 1997. Temos três livros resultantes de trabalhos apresentados nos congressos nacionais (BARRETO; CAMAROTTI, 2003; CAMAROTTI, MARCHETTI; FUKUI, 2004; GRANDESSO; BARRETO, 2007). A Terapia Comunitária que, até 2002 tinha como pólo formador unicamente o MISMEC-CE e o MISMEC-DF, conta hoje com 45 pólos espalhados por todo o Brasil.

A história da Terapia Comunitária, batizada primeiramente como sistêmica integrativa e hoje, conhecida na intimidade como Terapia Comunitária Integrativa, atesta a coerência entre o que se prega e o que se faz. Integrar saberes e práticas sem perder seu perfil, mostra a solidez dessa prática não dogmática e não elitista. É desse lugar que escrevo esse capítulo que pretendo apresentar como um diálogo produtivo e enriquecedor entre a TCI e as Práticas Narrativas. Esse trânsito entre os dois territórios tem sido minha coreografia estética e harmoniosa, desde que me inseri no campo da Terapia Comunitária em 2001. Desde o primeiro curso de capacitação em Terapia Comunitária que coordenei em 2002, as práticas narrativas vêm sendo introduzidas como um eixo teórico útil e produtivo para o terapeuta comunitário formado pelo antigo NUFAC e atual INTERFACI (Pólo formador em TCI). Assim, neste capítulo, proponho-me a apresentar o diálogo entre essas duas práticas, conforme o vejo e venho praticando, esperando que possa convidar outras pessoas para esse corpo de dança.

## **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E A TERAPIA NARRATIVA: AFINIDADE DE PROPÓSITOS**

[...] Caminhante, são tuas pegadas o caminho e nada mais;  
caminhante, não há caminho, se faz caminho ao andar

Ao andar se faz caminho e ao voltar a vista atrás  
se vê a senda que nunca se há de voltar a pisar

Caminhante não há caminho senão há marcas no mar[...]  
Antônio Machado (*Cantares*)

Adalberto Barreto (criador da Terapia Comunitária Integrativa, juntamente com Airton Barreto), Paulo Freire (criador da Pedagogia do Oprimido), Michael White (criador, juntamente com David Epston, da Terapia Narrativa), caminhantes neste mundo que nos desafia a cada minuto e apela para a criatividade e consciência crítica... Muito seguiram e ainda caminham, uma vez que a morte de Paulo Freire e a de Michael White não interromperam o fluxo e o poder transformador de suas idéias que geraram práticas significativas que, revolucionando os contextos de saber, criaram novas posturas para estar e agir no mundo. A familiaridade das idéias e práticas de Adalberto Barreto, Paulo Freire e Michael White transcendeu as barreiras da língua e os limites dos territórios. Construindo o caminho ao andar, cada um dos três, do seu jeito e no exercício de sua criatividade indignada, trabalham a serviço da autoria e do empoderamento de pessoas, famílias e comunidades. Suas práticas, ao despertar a consciência crítica, favoreceram o resgate da dignidade humana, da justiça social e da cidadania. Embora não vá explorar neste capítulo o pensamento de Paulo Freire, achei por bem ressaltar que poderíamos perfeitamente incluí-lo neste lugar, dada a afinidade de idéias e propósitos.

Detendo-me especificamente sobre a TCI e a Terapia Narrativa, compreendo, logo de início, uma convergência de contextos geradores. Adalberto Barreto (BARRETO, 2008) descreve sua prática como uma resposta às suas inquietações:

- Como passar de um modelo que cria dependência para um que promova a autonomia?
- Como fazer circular a informação concentrada nas mãos dos especialistas de modo a favorecer o empoderamento de pessoas e comunidades?
- Como favorecer a valorização do saber adquirido nos contextos da vida, o saber popular, o conhecimento comum?

- Como resgatar os saberes e valores culturais, tão complexos na multiculturalidade brasileira formada na miscigenação das raças, favorecendo a construção de identidades protagonistas, respeitadas e colaborativas?
- Como mudar a ênfase sobre problemas e déficits para as competências presentes nas pessoas e comunidades com vista às transformações sociais?
- Como desenvolver práticas deselitizadas possíveis de serem realizadas com sistemas mais amplos?

Estas perguntas presentes no contexto gerador, desde a primeira terapia comunitária em baixo de um pé de caju, no bairro de Pirambu, em Fortaleza em 1986, têm sido transversais aos tempos, apresentando-se como o norte da bússola para todos aqueles que abraçam a prática da Terapia Comunitária.

E a Terapia Narrativa? Não temos notícias de uma primeira prática narrativa, da mesma forma que temos em relação à Terapia Comunitária. Mas, na literatura da área, temos publicações da década de 1980, aproximando as duas práticas como contemporâneas (WHITE, 1984; 1985; 1986; 1988; WHITE; EPSTON, 1990, dentre outras). Influenciados pelas idéias de Foucault, Michael White e David Epston, criadores da Terapia Narrativa, viam os problemas como opressores do *self*, resultando em estreitas visões sobre o si mesmo das pessoas e um ocultamento, aos seus próprios olhos, de suas competências. Especialmente quando os problemas persistiam no tempo ou se cronificavam, consideravam eles que as pessoas tendiam a internalizá-los, de tal forma que passavam a entender que elas próprias eram os problemas, perdendo a memória histórica de que estes problemas foram construídos nos contextos das vidas e não, no isolamento.

Portanto, se as pessoas viviam problemas, perguntavam-se Michael e David, de imediato, pelos contextos associados ao seu aparecimento e manutenção, bem como pelos interlocutores que ajudaram

a construir visões empobrecidas dos *selves*<sup>2</sup>, mundos e relações. O trabalho com famílias, especialmente com pais que viviam dificuldades com suas crianças, chamou a atenção de Michael sobre o intenso sentimento de incompetência e fracasso que esses pais viviam. Isso acabava resultando numa dependência do terapeuta enquanto especialista, esperando que ele pudesse gerar soluções e numa desvalorização das competências que tinham como pais e como pessoas.

Assim, a prática que White e Epston desenvolveram foi uma resposta a estas inquietações. Libertar as pessoas da força opressora e incapacitante dos problemas é despertar os corpos dóceis, conforme Foucault (FOUCAULT, 1987) denomina a forma de estar no mundo de pessoas que já naturalizaram seus problemas incorporando-os à si mesmas como se fossem definidores de suas essências. A Terapia Narrativa propõe-se a ajudar as pessoas a construir histórias mais ricas e libertadoras, da mesma forma que a Terapia Comunitária favorece que pessoas em comunidades construam histórias de resiliência e competência, tirando de suas costas o peso de problemas decorrentes do macrocontexto socioeconômico e cultural e das condições aviltantes que a vida apresenta para todos nós (GRANDESSO, 2005a).

Com isso, estou querendo dizer que as duas práticas apresentam sensibilidades às dores causadas pelo sofrimento nas suas mais distintas formas e buscam promover o desenvolvimento e reconhecimento das competências de pessoas e comunidades. Dentre os pressupostos subjacentes às duas abordagens está a crença na pessoa humana como capaz de escrever sua própria história em condições de dignidade. Ambas reconhecem a importância das redes como geradoras de saúde e promovem relações mais horizontais de trocas colaborativas, manifestas tão explicitamente nas regras das conversações das rodas de terapia comunitária: não julgar, não dar conselhos, falar na primeira pessoa a partir do vivido sobre o qual é especialista, oferecer músicas

---

2 Plural de *self*

construindo sentidos possíveis para a experiência, fazer perguntas para compreender o significado da vivência para a pessoa no centro da roda, não para dar soluções.

Todas essas posturas organizadoras das rodas de Terapia Comunitária encontram um paralelo na forma de atuar do terapeuta narrativo. Suas perguntas e pequenos editoriais, condensando fragmentos de relatos em narrativas bem formadas, permitem construir a compreensão das histórias narradas pelas pessoas a partir dos significados atribuídos à experiência pela própria pessoa. A todo momento, perguntas sobre preferências, perguntas sobre o significado da experiência, a delicadeza do terapeuta em buscar caminhos possíveis como rotas de conversações, colocam sempre a pessoa no centro das conversações narrativas, tendo como princípio que, no “país” que a pessoa habita, só ela pode ser a cicerone e nós terapeutas, temos que nos deixar informar e conduzir por elas. Assim, se o terapeuta narrativo pode ser considerado um especialista em organizar conversações libertadoras, as pessoas e comunidades são as especialistas nos seus contextos de vida. Portanto, as duas abordagens reconhecem o saber de dentro, que na narrativa chamamos de *insider* (WHITE, 2007), ressaltando que só quem viveu a experiência sabe o que ela significou para si. Ambas têm uma visão da pessoa como agente capaz de soluções criativas e acreditam na importância das práticas coletivas e organizações de redes de trocas colaborativas.

Outro aspecto importante que eu gostaria de ressaltar diz respeito ao significado das histórias, colocado pelas práticas narrativas. De acordo com uma teoria narrativa, as pessoas vivem suas vidas através de histórias. Os terapeutas narrativos postulam que as histórias organizam e dão sentido às experiências vividas, criando ontologias relacionais que passam a determinar o que a pessoa considera como real. Suas visões de mundo e de si mesma são veiculadas nas

histórias que contam sobre o vivido que sempre transporta, além da sequência de eventos no tempo, valores, princípios e propósitos na vida (GRANDESSO, 2006). Assim, histórias ricas constroem possibilidades criativas, enquanto que as histórias estreitas resultam em escassas alternativas de transformação da existência. Se virmos a nós mesmos como problemáticos, limitados, mercedores de nossos infortúnios, tenderemos a nos deixar subjugar pelos acontecimentos da vida e das forças conservadoras de relações de dominação. Essas histórias estreitas, tornadas histórias dominantes, apresentam pessoas e comunidades em becos sem saídas, com narrativas empobrecidas de identidades. São histórias que levam as pessoas a perpetuarem um “mais do mesmo”, como redundâncias operacionais que as mantêm aprisionadas em seus próprios infortúnios.

A teoria que fundamenta as práticas narrativas ressalta que sob o jugo dessas histórias dominantes as pessoas perdem a memória sobre os contextos, nos quais as experiências foram construídas, e até mesmo que elas foram construídas e que outras pessoas participaram na sua criação e evolução. Daí se ressaltar nas práticas narrativas a importância das perguntas para, não apenas desconstruir as narrativas dominantes, mas também para construir narrativas de esperança e transformação. Da mesma forma, as práticas de conversações externalizadoras, de re-autoria e de re-associação (WHITE, 2007; GRANDESSO, 2005(a) e (b); GRANDESSO, 2006) apresentam-se como recursos conversacionais úteis não apenas para um terapeuta narrativo, mas também para um terapeuta comunitário. Isto é o que vou desenvolver mais detalhadamente a seguir. Por hora, entendo que na formação do terapeuta comunitário, a inclusão da metáfora narrativa na compreensão das pessoas, comunidades e redes pode ampliar as formas de agir do terapeuta, orientando-o para ouvir histórias nas suas vertentes dominadoras e subjogadoras do *self* ou ampliadoras de possibilidades na construção de mundos possíveis.

## **PRÁTICAS NARRATIVAS: FERRAMENTAS CONVERSACIONAIS ÚTEIS PARA TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS**

O que apresento a seguir refere-se a um recorte pessoal e, portanto, parcial, das práticas narrativas, tendo como critério um diálogo produtivo e útil da narrativa – teoria e prática – com a TCI, conforme o vejo e venho praticando. Assim sendo não se trata de uma apresentação exaustiva das práticas narrativas, o que fugiria aos propósitos desse capítulo. Para os interessados em aprofundar e ir além do que descrevo aqui, duas obras são fundamentais: o último livro escrito por Michael White (WHITE, 2007) que apresenta de forma completa os mais de 20 anos de sua prática e o livro de David Denborough (DENBOROUGH, 2008) que aborda o uso das práticas e recursos da abordagem nos contextos coletivos e comunitários.

## **PRÁTICAS NARRATIVAS: FERRAMENTAS CONVERSACIONAIS ÚTEIS PARA TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS**

### **Cerimônias de Definição e uso de Testemunhas Externas**

A prática da **Cerimônia de Definição** foi proposta na terapia narrativa a partir do trabalho da antropóloga cultural Bárbara Meyerhoff (WHITE, 2004). Bárbara, trabalhando com uma comunidade de judeus que envelhecia no isolamento da cidade de Venice, na Califórnia, ressaltou a importância de se narrar as próprias histórias diante de uma comunidade legitimadora. Narrar histórias num contexto de acolhimento permite dar visibilidade ao que, de outra forma, permaneceria na obscuridade e na marginalidade.

O sofrimento, da mesma forma que a pobreza, tende a isolar as pessoas nos seus mundos, num movimento de ocultação (PAUGAN, 2003). Assim, se, por um lado, ocultar suas mazelas e dores

pode proteger a pessoa do constrangimento de expor vulnerabilidades e fragilidades muitas vezes entendidas como incompetências, por outro, guardar para si suas histórias também a impede de compreender que outras pessoas sofrem dos mesmos males, que suas dificuldades não testemunham suas incompetências, e que muito do que elas veem como fracassos, representam mais histórias de enfrentamento e competências. Narrar histórias diante de uma comunidade acolhedora dá à pessoa visibilidade e legitimação. Quem quer que trabalhe com práticas reflexivas compreende a importância do olhar do outro acolhedor. Como não podemos ver nossa própria cara, precisamos do outro como um espelho (ANDERSEN, 1993; 1999). Se esse outro for um outro acolhedor, certamente poderemos ter uma imagem de nós mesmos mais estética e até mesmo positivamente surpreendente. Contar que conseguiu finalmente uma vaga numa creche, depois de muita persistência; que faz 30 dias que não põe uma gota de álcool na boca; que naquele dia completa 60 anos; que se aposentou, e muitas outras coisas mais, cria um contexto de celebrações possíveis. A isto, na narrativa, chama-se de cerimônia de definição, desde que realizado num contexto de acolhimento, vindo por parte da comunidade presente.

Assim, o contexto comunitário favorece uma oportunidade para dar visibilidade a cada pessoa como uma pessoa especial. A comunidade presente funciona como “**Testemunhas Externas**” que reconhecem e legitimam cada pessoa como um “legítimo outro”, naquele sentido que Maturana entende como próprio das relações amorosas (MATURANA, 1993). O conceito e a prática de ter as pessoas da audiência numa escuta generosa favorecem a construção da visão de si mesmo como pessoa competente e digna de respeito e admiração. Nas práticas narrativas, pessoas presentes no contexto de terapia são convidadas a tomar o lugar de testemunhas externas, ouvindo palavras e expressões que apreciaram, admiraram, enfim, que as tocaram de uma forma positiva. Essas palavras podem ser

associadas a imagens ou metáforas e pode-se conjecturar sobre o que elas sugerem sobre possíveis qualidades, recursos e valores das pessoas envolvidas nos relatos de suas histórias. O olhar apreciativo de cada pessoa da comunidade, como testemunhas externas, favorece para aqueles que contaram suas histórias, novas formas de ver a si mesmos e às suas possibilidades futuras como mais esperançosas e promissoras. Acima de tudo, estimula o sentido de agência e autoria, incentivando o desejo de ocupar o leme dos barcos de suas vidas e podendo traçar suas rotas em direção a portos mais seguros.

Explicando melhor, nas práticas narrativas, *testemunhas externas* são as pessoas convidadas para escutar as histórias narradas com uma escuta generosa. Ouvir para compreender, não para interpretar, julgar e muito menos, criticar. Teoricamente, essa prática é sustentada pela crença de que nos construímos como as pessoas que somos e o mundo em que habitamos nas relações com outras pessoas e nos contextos de nossas vidas. Portanto, ter uma audiência favorável, como acontece na TCI e na Terapia Narrativa, permite a cada pessoa se reconectar com suas competências, reconhecer suas conquistas e legitimar a si própria como uma pessoa de valor. A TCI promove essa audiência acolhedora ao cuidar das conversações a partir de regras que convidam a não julgar, não dar conselhos e nem mesmo interpretar. A Terapia Narrativa solicita à audiência convidada para atuar como testemunhas externas a ouvir com a escuta generosa, notando palavras e expressões que se destacam no que escutaram e o que essas palavras e expressões ressaltam, no entendimento da audiência, sobre os valores, crenças, habilidades, propósitos na vida e até mesmo sonhos das pessoas que contaram suas histórias ou da comunidade presente.

Como associar as duas práticas? A forma como temos realizado esse casamento na equipe INTERFACI tem se pautado por dar à comunidade, nas rodas de TCI, um tempo maior na fase do Acolhimento. A partir do conceito de *Cerimônia de Definição*, temos

construído esse momento de acolhimento como um momento de celebração: não apenas datas importantes como os aniversários de pessoas e acontecimentos, mas, especialmente, as conquistas e realizações. No mínimo, cada pessoa tem a oportunidade de estar viva, de estar com saúde, de não estar só... Dependendo do tamanho do grupo, podemos inclusive perguntar sobre a importância ou diferença que esse acontecimento faz para a pessoa e sua vida. Podemos inclusive escrever em papéis e colar num mural, como uma espécie de colheita comunitária: ***o que temos para celebrar no dia de hoje?*** Se as pessoas presentes participarem com regularidade das rodas de TCI, com o tempo, no cotidiano de suas vidas, poderão ter sua atenção despertada para reconhecer seus feitos e realizações, muitas vezes perdidos na obscuridade de um olhar crítico e da opressão vivida em contextos desafiadores e aviltantes. Colocar em linguagem não só dá visibilidade, mas constrói realidades. Faz diferença ter a quem contar as boas coisas vividas, conquistadas, enfim, aspectos significativos das vidas, muitas vezes perdidos pela falta de parceiros para vibrar juntos.

Quanto ao uso de ***Testemunhas Externas***, temos convidado alguns participantes das rodas de TCI para atuarem nessa condição. Na minha experiência pessoal, os convidados têm sido terapeutas comunitários formados ou em formação, já familiarizados com as práticas narrativas. Coerentemente com essa prática, cada testemunha externa (em torno de 4 a 5 pessoas) é convidada a ouvir prestando atenção nas palavras e expressões que se destacam como aspectos admiráveis ou surpreendentes. Da mesma forma, é solicitado a eles que imaginem o que essas palavras ou expressões sugerem sobre valores, crenças, habilidades, propósitos e qualidades especiais dessa comunidade. Também se sugere que possam trazer imagens ou metáforas que lhes vieram à mente enquanto ouviam. Quando terminamos a fase da Problematização da TCI do dia, essas testemunhas externas são convidadas a fazerem um círculo no centro da roda

e conversarem entre si, compartilhando suas reflexões. Além das orientações acima, todas essas pessoas foram previamente instruídas a falarem no coletivo: As pessoas dessa comunidade...; essa comunidade...; os meninos desse grupo...; ou qualquer outro coletivo que abarque quem são aquelas pessoas presentes. O impacto dessas equipes de reflexão construídas pelas testemunhas externas também configura uma cerimônia de definição: dão visibilidade ao que foi conversado ali, colocando em narrativa o que veio fragmentado ao longo das histórias narradas. Isso favorece um sentido de identidade não só individual, como também coletivo, tão fundamental quando se trabalha com comunidades tendo em vista à formação de redes.

### **CONVERSAÇÕES EXTERNALIZADORAS, CONVERSAÇÕES DE RE-AUTORIA E CONVERSAÇÕES DE RE-ASSOCIAÇÃO**

*Um homem é sempre um contador de histórias, ele vive rodeado por suas histórias e as dos outros, ele vê todas as coisas que lhe acontecem através delas; e ele tenta viver sua vida como se fosse recontando-as*

Jean-Paul Sartre

Quando uma pessoa vive um problema, especialmente quando este é repetitivo ou de longa duração, acaba tendo seu sentido de competência abalado, incorporando uma identidade negativa de si mesmo. Ter um problema acaba favorecendo narrativas dominantes em que o protagonista da história aparece frágil aos seus próprios olhos e aos olhos dos outros à sua volta, como sem recursos, incompetente, vitimizado, culpado, enfim, sem saídas dignas. Esta é uma das razões pelas quais muitos problemas são silenciados, numa tentativa de proteção de julgamentos negativos por parte dos outros. Com o tempo, a pessoa acaba incorporando o problema como se ela fosse o problema. Histórias ralas, estreitas visões de si mesmo, organizam as vidas em condições de pobreza existencial. Uma vez que acreditamos que as histórias organizam a experiência, narrati-

vas dominantes sobre problemas acabam resultando numa cegueira para os acontecimentos que não se encaixam nos enredos da história, resultando na permanência de visões negativas de si mesmo e de descrenças nas possibilidades de uma vida diferente, fora dos domínios do problema. Situações como esta mantêm, portanto, narrativas dilemáticas em que as pessoas veem a si mesmas e às suas vidas danificadas. Deprimida, ansiosa, nervosa, alcoólatra, perseguida, e outras tantas mais maneiras de qualificar a si próprio, a vida e as relações passam a definir as pessoas de forma essencialista, como se assim fossem elas e suas vidas.

É neste contexto que a Terapia Narrativa propõe as conversações externalizadoras. Definidas por White (2007) não como uma técnica, mas como uma atitude diante da existência, as conversações externalizadoras favorecem a construção de novas narrativas, em que o problema e a pessoa aparecem como entidades separadas. Ou seja, contribuem para que as pessoas sejam vistas como pessoas e o problema, como problema. Trata-se de uma espécie de “exorcismo psicológico”. Tais conversações ajudam a resgatar memórias de que os problemas são construídos nos contextos das vidas e das relações e, por mais duros e sofridos que sejam, não dominam a totalidade da pessoa. Sempre existem acontecimentos que não se encaixam nas histórias dominantes, e, até mesmo as contradizem. Ao externalizar os problemas, estas conversações convidam a nomear o problema objetivando-o, de modo a qualificá-lo negativamente, ou não, a pessoa. A cachaça, a depressão, o ataque de raiva, a insegurança, o medo, a dúvida, a tempestade (numa linguagem metafórica para se referir a algum acontecimento dramático, por exemplo), nomes escolhidos em conversação para se referir aos problemas, favorecem que os problemas sejam vistos como circunstâncias das vidas, não como inerentes às pessoas. De acordo com as práticas narrativas, portanto, faz diferença se perguntamos – “A senhora sempre foi insegura?” **ou** “Desde quando a insegurança tem lhe impedido de to-

mar suas decisões?” Ao externalizar os problemas, as pessoas podem tomar uma posição em relação a eles, empoderando-se de modo a responder por sua escolha em mantê-los ou não em suas vidas.

A prática das conversações externalizadoras, portanto, no contexto da TCI, é especialmente útil, desde o momento em que o terapeuta comunitário começa a levantar os temas para escolha da comunidade. Fazer algumas poucas perguntas externalizadoras, ajuda a nomear a questão trazida pelos participantes como externas à pessoa. Assim, no levantamento dos temas, o terapeuta comunitário pode usar dos recursos narrativos para ajudar as pessoas a apresentarem seus temas, nomeando-os de forma particular e bem próxima à experiência, como temas que vêm do vivido, mas que não os definem como pessoas de forma essencialista. Seriam exemplos de temas assim definidos: o medo da solidão; a dificuldade de dizer não para a droga; o desespero por não conseguir trabalho, dentre outros.

Contudo, as conversações externalizadoras são especialmente úteis na fase da Contextualização, convidando o terapeuta e a comunidade a fazerem perguntas que possam rastrear:

- Os efeitos do problema (derivado do tema escolhido) sobre a visão que a pessoa tem de si mesma. Por exemplo, numa situação em que a pessoa traga como problema que ela briga demais com sua filha: O que **“as brigas”** têm feito você pensar sobre você mesma? Como **“as brigas”** têm afetado a visão que você tem de você como mãe?
- Os efeitos do problema (derivado do tema escolhido) sobre as relações. No exemplo acima: Como **“as brigas”** têm atrapalhado o seu relacionamento com sua filha? Como **“as brigas”** entre você e sua filha têm interferido em outros relacionamentos seus?

- Os efeitos do problema (derivado do tema escolhido) na perspectiva de futuro, como seria o caso: Se “**as brigas**” persistirem, como você imagina que será quando sua filha se casar?

A TCI não se propõe a resolver problemas ou a procurar e/ou indicar soluções. Assim, numa TCI, fazer perguntas externalizadoras sobre os efeitos do problema na visão que a pessoa tem de si, sobre os relacionamentos e sobre a perspectiva de futuro, favorece uma abordagem compreensiva sobre o significado do problema para a pessoa. Temos inclusive sugerido à comunidade, na fase da contextualização, que as pessoas façam perguntas para compreender o problema, lembrando-as que não estamos ali para dar conselhos e que nenhum de nós tem condições de saber o que é melhor para o outro a não ser ele próprio. Tenho inclusive começado a fazer essas perguntas, abrindo um caminho para o grupo dar continuidade.

Se as conversações externalizadoras ajudam na construção de identidades separadas dos problemas, colocando os problemas como circunstâncias da vida, as *conversações de re-autoria* e as de *re-associação* ajudam a construir histórias mais ricas. Nestas as pessoas são convidadas a construir novas narrativas de modo a ancorar as novas versões de si mesmas e de suas vidas nos contextos de suas histórias e de redes possíveis. Isto favorece o protagonismo e o empoderamento.

As conversações de re-autoria consistem em fazer perguntas que ajudem as pessoas que narram suas histórias a compreender os significados de seus feitos notáveis e vivências como habilidades, crenças, propósitos na vida e valores. Quando uma pessoa narra uma história especial em que superou alguma dificuldade, fez alguma grande descoberta, agiu de forma especial contrariando as maneiras restritas sob o domínio de seus problemas e dificuldades, as práticas narrativas convidam o terapeuta a fazer perguntas que favoreçam o

reconhecimento do lugar de autoria e agência que toda pessoa tem na sua vida. Parte do reconhecimento de que todo ser humano tem suas competências e que, por mais que um problema seja avassalador, algumas áreas da vida conseguem estar fora da influência dos problemas vividos. Pessoas que se deixam levar pelo medo de tomar decisões em uma determinada área de sua vida, por exemplo, no seu trabalho, podem demonstrar clareza e proatividade em outros contextos.

As práticas narrativas norteadas pelas conversações de re-autoria despertam a atenção do terapeuta para os acontecimentos singulares em que a pessoa aparece como competente, resiliente ou em algum tipo de protagonismo. Brechas, lacunas, contradições, nas histórias dominantes saturadas de problema, são como frestas de luz no meio de um muro negro, por onde as perguntas do terapeuta podem ajudar a construir novas e mais ricas histórias. *Como acha que você conseguiu dizer não à droga neste momento? O que te ajudou a não se deixar levar pela pressão do grupo? De onde acha que veio sua força? Como foi que você aprendeu a reconhecer o seu valor? O que isto diz sobre as coisas que são importantes para você como pessoa (valores/crenças / projetos de vida)? Quais as habilidades que te ajudaram a dar esse passo com tanto sucesso?* Perguntas dessa natureza favorecem a ampliação da consciência no genuíno sentido Freiriano de refletir sobre a ação, favorecendo o lugar de autor. Portanto, a escuta incentivada pelas práticas narrativas está sempre aberta para os acontecimentos extraordinários, os feitos notáveis, especialmente os que contrariam as versões narrativas das histórias dominantes saturadas de problema.

Assim, no contexto da TCI, as práticas de **conversações de re-autoria** são enriquecedoras, especialmente na Problematização. Algumas poucas perguntas orientadas na direção de refletir sobre a ação favorecem o agenciamento e o protagonismo, iluminando o lugar de autoria e o empoderamento daqueles que compartilham suas histórias após o lançamento do mote. Configurado como uma pergunta de natureza potencialmente reflexiva, convidando a apre-

sentar experiências bem sucedidas, o mote cumpre a função de historiar, colocando em linguagem, experiências bem sucedidas de enfrentamento, superação e resiliência. Além disso, narrar na frente de uma audiência acolhedora, ressalta o memorável dos fatos bem sucedidos e abre espaço para o reconhecimento e a legitimação das pessoas ali presentes. Além do mais, quando uma pessoa escuta a história do outro, reacendem-se na sua memória suas histórias notáveis e de superações. Ouvir como a outra pessoa enfrentou uma dificuldade, que ferramentas foram usadas e o que aprendeu com isso, favorece na comunidade de ouvintes o reconhecimento de suas ferramentas e recuperar na lembrança suas conquistas e sucessos de outra forma perdidos no esquecimento. Este é um contexto extremamente fértil para mudanças coletivas que se dão por ressonâncias entre o ouvido e o vivido. Portanto, desenvolver conversações de re-autoria pode potencializar o efeito transformador das conversações nos contextos comunitários.

Da mesma forma, as **conversações de re-associação**, traduzidas na nossa língua também por re-membrança (do original em inglês re-remembering, no sentido de tornar novamente membro de uma organização), configuram uma prática narrativa para sedimentar as histórias alternativas sobre conquistas, superações, aprendizados, enraizando-as nos contextos do vivido e das relações. Essa prática baseia-se na compreensão metafórica da vida de cada pessoa como se fosse um clube. Muitas pessoas importantes para cada um de nós não se fazem mais presentes. Morreram, mudaram-se para outros lugares ou contextos, foram perdidas no esquecimento. Cada pessoa importante na nossa vida, seja ela parte de nosso presente ou parte de nossa história passada, é um interlocutor que faz surgir uma versão de vida e de nós mesmos. Quando se perde uma pessoa querida, perde-se a chance de continuidade de histórias significativas nas quais parecemos construídos como pessoas importantes, de valor e queridas.

As conversações de re-associação ou re-memoração convidam a incluir nos relatos do presente, pessoas significativas que, por alguma razão, não fazem parte atual do clube de nossas vidas. Assim, para uma pessoa que narra uma história de gosto pela música, por exemplo, poderia ser perguntado: *Com quem você aprendeu a gostar da música? Como a música surgiu na sua vida? Quem, das pessoas que você já conheceu, ficaria mais feliz e vibraria com seu sucesso? Se seu avô estivesse vivo e ouvisse você tocando, como pensa que ele reagiria?* Conversações derivadas de encaminhamentos como esse ajudam a fazer conexões e a trazer para perto vozes de legitimação e apreciação. As conversações de re-associação, ao criarem um contexto para experimentar a vida como vinculada à de outras pessoas ao redor de valores e temas compartilhados, são um antídoto contra o isolamento e a solidão. Todos nós temos pessoas significativas que nos reconheceram e nos ajudaram a construir andaimes para escalarmos os pontos mais altos que conseguimos galgar nos mundos em que habitamos. Trazer para perto as vozes dessas pessoas nos ajudam a ter novamente no clube de nossa vida gente que nos faz acreditar em nós mesmos e a reconhecer nossas competências e valor.

Na TCI, as conversações de re-associação podem ser uma ferramenta útil para ampliar as histórias de autoria e reconhecimento de competências, especialmente na fase da Problematização. Um dos propósitos da TCI é formar redes solidárias. Parte dos membros de nossa rede pode ser formada por pessoas significativas das experiências vividas. Aquelas que são como associados honorários, beneméritos ou aqueles que podem ser reintegrados nos clubes de nossas vidas.

## DOCUMENTOS COLETIVOS

O uso de documentos tem acompanhado as práticas narrativas desde os seus primórdios. Cartas, poemas, listas, memorandos, certificados, depoimentos, contratos, relatos de experiências, valendo-

-se da permanência da palavra escrita, têm se constituído como ferramentas úteis para manter vivos acontecimentos e conquistas de pessoas, famílias e comunidades. Conforme resumem e descrevem realizações bem sucedidas das pessoas, eles podem ser guardados e utilizados em outras ocasiões. Acima de tudo, os documentos favorecem o sentido de continuidade histórica e de preservação de memórias significativas para pessoas e comunidades. Uma ilustração de uso de documento foi descrita num artigo que escrevi anteriormente (GRANDESSO, 2005b) acoplado a um ritual terapêutico, tendo como finalidade expiar a culpa de um senhor com idéias recorrentes referentes a um suposto roubo de galinhas em um momento de sua história passada. Na ocasião foi feito um documento e assinado por toda a comunidade, considerando que esse senhor estava sendo legitimado pela comunidade que o reconhecia como não devendo mais nada, tanto já tinha ele sofrido. Na ocasião, uma das coisas que se destacou foi a importância do documento não apenas para o referido senhor no centro do ritual, mas para a comunidade que funcionou como agente de transformação social.

Contudo, o que considero de extrema utilidade para a TCI é o uso do ***documento coletivo***. Na minha prática pessoal e dos alunos em formação pelo INTERFACI, temos rotineiramente incluído a realização de documentos coletivos no final das rodas de TCI. Esses documentos são escritos por um participante da equipe, por um terapeuta comunitário ou em formação já familiarizados com esse recurso. No que consiste esse documento e qual a importância de seu uso, então?<sup>3</sup>

Enquanto recurso, o documento coletivo vale-se do conceito de “*comunitas*” de Victor Turner, trazido por David Denborough (2008). Este conceito faz menção à manutenção do senso *comum*,

---

3 Para efeito deste capítulo, optei por fazer um recorte exclusivo, apresentando como venho usando o documento coletivo na TCI. Interessados em aprofundar sobre o uso de documentos nas práticas de terapia em geral podem valer-se da leitura de White; Epston (1990); Denborough (2008) e Morgan (2007).

sem perder o sentido de *unitas*, ou seja, da unidade, da singularidade de cada um. Com isso, Denborough ressalta a importância de aproveitarmos a presença da comunidade para favorecer a conectividade entre as pessoas presentes, enquanto se fortalecem as individualidades que vêm do sentido de ser si mesmo. Também está associado ao que Paulo Freire considera como a invenção da unidade na diversidade (FREIRE, 1992). Na escritura de um documento coletivo, as descrições das habilidades, estratégias de enfrentamento que as pessoas utilizaram e dos conhecimentos adquiridos, apresentadas especialmente na Problematização, são transformadas em meios culturais locais, indo da palavra falada para a palavra escrita, música, dança, poesia e celebrações, dentre outras possibilidades (DENBOROUGH, 2008). Isso cria uma espécie de cerimônia de redefinição das identidades, através do sentido de inclusão numa identidade coletiva, sem correr o risco de criar regras e julgamentos normatizadores ou desconhecer a importância de cada pessoa na sua singularidade. O documento coletivo coloca em evidência a riqueza presente nas diversas habilidades, conhecimentos, valores e esperanças que as pessoas desenvolveram como um conhecimento *insider*, ou seja, o saber de dentro, do que se aprende vivendo. O documento permite, portanto, o reconhecimento de cada um no tecido do coletivo.

De maneira bem sucinta, descrevo a seguir como tenho realizado a elaboração de documentos coletivos. Em primeiro lugar, convido de uma a três pessoas, já familiarizadas com práticas narrativas, para escrever o documento durante o desenrolar da roda de TCI. Para realizar essa tarefa, essas pessoas têm como primeira incumbência anotar o que vai surgindo no decorrer da conversação na roda, como relatos significativos. Fazem parte desse registro tanto o que vem como problemas, dilemas e desafios trazidos pela comunidade, até, e principalmente, as formas de fazer frente a eles, as habilidades presentes ou desenvolvidas, os aprendizados e conhecimentos

adquiridos. Também é importante registrar as metáforas, imagens e canções significativas que transportam sentido para as experiências vividas ali descritas. A partir desses registros, os responsáveis pelo documento elaboram uma narrativa que organiza todos esses registros num relato coerente transportando para uma voz coletiva o coro de vozes que surgiu durante a roda de TCI. Um aspecto importante nesse documento é o uso da voz tecida como um estético *pachtwork*, construído a partir das falas individuais.

O documento coletivo geralmente apresenta algumas partes definidas. Pode-se dar um título para o documento, representativo do que se conversou ali. Inicia-se numa voz coletiva como uma introdução, apresentando quem é aquela comunidade presente e que momento é aquele. Para isso, usam-se *nós*, *alguns de nós*, *muitos de nós*, *um de nós*. Ao usarmos essa forma de referência, conservamos fragmentos da fala individual e construímos um sentido de pertencimento a uma identidade coletiva, enquanto conservamos as singularidades das pessoas que deram seus depoimentos. Elas podem se reconhecer no todo, sem precisar ser nomeadas. Isto tem a vantagem, no meu entender, de favorecer o senso de *comunitas* a que Denborough (2008) se refere. Idealmente, esse documento termina com mensagens de esperança e apresentação de sonhos e propósitos para o futuro. Segue um exemplo de documento realizado numa TCI com práticas narrativas, realizada numa ONG com a qual o INTERFACI mantém parceria.

## LIDANDO COM OS SOFRIMENTOS DOS OUTROS SEM SE TORNAR UMA ESPONJA

Hoje, sexta-feira, dia 29 de outubro de 2010, um grupo de mulheres se reuniu na sede de uma ONG - GAIA<sup>4</sup> - para refletir sobre suas preocupações da VIDA. Um profundo sentimento de respeito unia todas nós, colocando-nos numa escuta generosa pelas histórias umas das outras.

4 A direção do GAIA foi consultada e autorizou a referência explícita ao seu nome no documento coletivo.

**Muitas de nós** trouxeram passagens de suas vidas, as conquistas que tinham para celebrar: aniversários, batizado, nascimento de bisnetos, conquista de um lugar de importância num corpo de balé, o trabalho de filhos, a volta de um filho, a chegada de um neto. Como na canção - *Gente que vem, gente que vai, as chegadas e partidas no trem da vida*. Tudo isso foi celebrado pelas mulheres bonitas do GAIA. Na hora de escolher a porta de entrada para refletirmos na nossa roda de conversa, **muitas de nós** escolheram - **COMO LIDAR COM OS SOFRIMENTOS DOS OUTROS SEM ABSORVER COMO ESPONJA E ATÉ FICAR DOENTE**. Muitas histórias foram contadas e pudemos refletir e aprender umas com as outras. **Uma de nós** disse: -“Eu me sinto na obrigação de resolver”. Ela conta que aprendeu isso com seus pais, querendo sempre “fazer tudo”. Sua família sempre pensou assim - “O problema de um é de todos”. Aprendeu também que ouvindo as pessoas pode aprender com elas, e que “tudo não depende de mim”. **Outra de nós** contou o quanto foi difícil enfrentar a doença dos pais e da dificuldade que tinha de falar com eles. Foi fazer terapia e teatro, e se apoiou nos amigos. **Muitas de nós** falaram da dificuldade de conviver com os filhos, de não se sentirem ouvidas, acabando por ficarem caladas; do sentimento de “solidão”, e de como aprenderam que o fechamento traz doenças. **Uma de nós** disse: “aprendi que para ajudar os outros eu precisava me ajudar... fui estudar... eu mudei... hoje vivo bem com meu marido... tive coragem de me virar do avesso, e continuo tendo... deixei de ser ‘dona da verdade’ para ser humilde... primeiro me pergunto - “Posso ajudar?”, e depois “O outro quer?” **Outra de nós** disse - “Ajudo, se a pessoa me pedir”, tentando sempre usar a sabedoria do respeito - “Com quem falar, quando falar e como falar” - relata que aprendeu isso com sua mãe. **Muitas de nós** falaram do desejo de “continuar aprendendo”.

Quanta sabedoria apareceu nessa roda de mulheres! Sabedoria recebida de nossos antepassados. Sabedoria descoberta no viver a vida, nas diversas experiências individuais. Quanta aceitação e força vinda da espiritualidade, da fé. E quanto desejo de “continuar aprendendo”. Quanta força cada uma de nós pode reconhecer e receber dessas mulheres companheiras nos valores e propósitos da vida, mulheres guerreiras, que vêm numa

corrente de vida desde os antepassados e se mantém no dia a dia, no enfrentamento de nossas vidas. E quanto desejo temos de “continuar aprendendo” quando, ampliando nossas consciências, nos perguntamos: “Como conviver com nossos filhos?” ou “Como enfrentar a solidão?” , ou “Como viver a vida de forma preferida?” Terminamos nosso encontro com um sentido de esperança que fizemos ecoar numa singela melodia da nossa sabedoria popular:

*Ô marinheiro, marinheiro  
O que te ensinou a navegar?  
Ou foi o tombo do navio  
Ou foi o balanço do mar*

*Autoras:*

*Marilene Grandesso, Sandra Grandesso, Selma Kuperman e Sylvia Fix*

Esse documento, certamente poderia ser melhorado, se o tivéssemos terminado após a roda de TCI. Contudo, esses encontros que temos nessa ONG são mensais e, nem sempre, as mesmas pessoas estão presentes. Então, optamos por perder em qualidade, mas ganhar no aproveitamento da presença dos participantes da roda. Estes documentos podem ser muito bem aproveitados. Colocados em mural, circulando em jornais internos ou de bairros, indo de uma comunidade de TCI para outra. Muito se pode ampliar o sentido de coletivo, trocando documentos entre comunidades que vivem problemas semelhantes, como por exemplo, de usuários de álcool e outras drogas. Podem-se compartilhar habilidades coletivas e conhecimentos para lidar com tempos difíceis sem expor quais as pessoas que contribuíram para os temas particulares – documentos coletivos, rádio, canções. Isso, além de legitimar as descobertas e aprendizados de cada comunidade, pode favorecer a ampliação do coro de vozes, conforme uma comunidade pode responder à outra, compartilhando suas idéias e reflexões a partir do documento recebido.

## RITUAIS

Embora não vá me deter sobre o uso narrativo de rituais nas rodas de TCI, considero importante lembrar que rituais constituem realidades e marcos para futuras celebrações. Além disso, favorecem também o pertencimento. Pode-se, por exemplo, fazer um ritual de expiação de culpa, como no *Oi gente... eu não roubei galinhas* (GRANDESSO, 2005b); rituais de adoção pela comunidade, como muitos de nós assistimos numa TCI de Adalberto Barreto, dando pertencimento àquela comunidade presente para um homem solitário e sem rede de referência positiva, num momento que estava tentando largar a bebida... Muitas outras são as possibilidades presentes. Embora possam ser usados em distintos momentos, são especialmente úteis no Aquecimento e Ritual de Agregação das TCIs.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quem são as pessoas que participam das rodas de TCI? Independentemente de sua origem, nível social, econômico ou de instrução, na roda de TCI, são seres humanos memoráveis e dignos de respeito, detentores de um saber que os credencia a contribuir, de alguma forma, para vidas e mundos com mais dignidade e justiça. Na roda de TCI não se pratica hierarquias e se valoriza o conhecimento local. Todos, conforme diz Paulo Freire, têm a dar e receber: “*não há ignorantes, nem sábios absolutos; há homens que em comunhão buscam saber mais*” (FREIRE, 1987, p. 81). Ao combinarmos a TCI com as práticas narrativas, estamos trabalhando a serviço de dar permanência a novas identidades individuais e coletivas, num uso deliberado e especial da linguagem e da narrativa para construir histórias de esperança.

Muitas coisas poderiam ser melhor explicitadas nesse casamento feliz entre TCI e práticas narrativas, a partir do que escrevi aqui.

Contudo, pareceu-me mais relevante, depois de tecer essa trança entre as duas abordagens, convidar cada leitor a fazer esse paralelo e aproximação. Assim, se você for um terapeuta narrativo, especialmente se estiver envolvido com trabalhos comunitários, como poderia ampliar seu trabalho a partir da proposta da TCI? E, se você for um terapeuta comunitário nos moldes da TCI, como poderia criar novas possibilidades a partir das práticas narrativas? Obviamente, todos os recursos têm a ver com a criatividade e o entusiasmo de quem usa e, para uma prática ética, faz-se necessário uma ação responsável e comprometida. Contudo, espero ter conseguido compartilhar do meu entusiasmo em navegar nesses mares, ressaltando a riqueza desse diálogo possível. Terminando valendo-me das palavras inspiradoras de Cecchin, oportunamente trazidas por Payne (2002, p. 65):

[...] O ser humano é, antes de qualquer coisa, um narrador. Todas as pessoas têm uma história para contar, e, se não a têm, deixam de existir como pessoas. São suas histórias que as fazem humanas; mas também o que as aprisionam [...] tornam-se extremamente fiéis aos seus relatos trágicos, e, é aqui onde entra a terapia. Lentamente, o terapeuta se compromete a escrever conjuntamente uma nova história. E eles constroem uma nova realidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, T. See and hear, and be seen and heard. In: FRIEDMAN, S. (Org.). **The new language of change**. Nova York: Guilford, 1993. p. 303-343.

\_\_\_\_\_. **Processos reflexivos**. Rio de Janeiro: Instituto Noos/ITF, 1999.

BARRETO, A. Manual do terapeuta comunitário da pastoral da criança. 1997. (Brochura )

\_\_\_\_\_. **Terapia comunitária passo a passo.** Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

\_\_\_\_\_. **A Terapia comunitária passo a passo.** 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BARRETO, A.; CAMAROTTI, H. (Org.). A terapia comunitária no Brasil. Anais do I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Morro Branco: MISMEC-DF, MISMEC-CE, 2003.

CAMAROTTI, M. H.; MARCHETTI, L. B.; FUKUI, L. (Org.). A terapia comunitária no Brasil: Anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasília: MismecDF, 2004.

DENBOROUGH, D. **Collective narrative practice:** responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GERGEN, K.; McNAMEE, S. **Relational responsibility. Thousands Oaks:** Sage publications, 1999.

GRANDESSO, M. Terapia comunitária: contexto de fortalecimento de indivíduos, comunidades e redes. **Família e Comunidade**, v. 1, n.2, p. 103-113, 2005.

\_\_\_\_\_. Oi gente eu não roubei galinhas: contribuições do enfoque narrativo para a terapia comunitária. In: CAMAROTTI, H.; MARCHETTI, L. B.; FUKUI, E L. (Orgs.). A terapia comunitária no Brasil: Anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasília: MISMEC-DF, 2005(b).

\_\_\_\_\_. **Família e narrativas:** histórias, histórias e mais histórias. In: CERVENY, C. M. O. Família II. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap. 1, p. 13-29, 2006.

\_\_\_\_\_. Terapia comunitária: uma prática pós-moderna crítica – considerações teórico-epistemológicas. **Nova perspectiva sistêmica:** Ano XVIII, v. 33: p. 53-63, 2009.

GRANDESSO, M. A.; BARRETO, M. C. R. (Orgs.). **Terapia comunitária:** tecendo redes entre diferentes contextos: saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MATURANA, H. **El sentido de lo humano.** Santiago: Dolmen Ediciones, 1993.

MORGAN, A. **O que é a terapia narrativa? uma introdução de fácil leitura.** Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas, 2007.

PAUGAN, S. **Desqualificação social:** ensaio sobre a nova pobreza. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

PAYNE, M. **Terapia narrativa: una introducción para profesionales.** Barcelona: Paidós, 2002.

PENNA, D. A.J.L. Apresentação. In: A. BARRETO. **Manual do terapeuta comunitário da Pastoral da Criança,** 1997.(Brochura).

WHITE, M. Pseudo-encopresis: from avalanche to victory, from vicious to virtuous circles. **Family systems medicine**, v.2, p. 2, 1984.

\_\_\_\_\_. Fear busting and monster tamin: an approach to the fears in young children. **Dulwich Centre Review**, 1985.

\_\_\_\_\_. Family scape from trouble. **Case Studies**, v.1, 1986.

\_\_\_\_\_. The process of questioning: a therapy of literary merit? **Dulwich Centre Newsletter**, 1988.

\_\_\_\_\_. **Narrative practice and exotic lives**: Resurrecting diversity in everyday life. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 2004.

\_\_\_\_\_. **Maps of narrative practice**. York: W. W. Norton; Company, Inc., 2007.

WHITE, M.; EPSTON, D. **Narrative means to therapeutic ends**. New York: W. W. Norton; Company, Inc., 1990.

# *A Terapia Comunitária Integrativa e a Teoria do Apego*

*Teresa Guedes Freire*

## **INTRODUÇÃO**

Incluir socialmente um indivíduo ou uma classe social parece ser tarefa apenas do Estado. Porém, acreditamos que nós como cidadãos podemos e devemos colaborar para o desenvolvimento psicoafetivo e social do nosso próximo. Os jovens, espalhados pelo Brasil, carentes de apoio social, estão expostos à violência e a outros fatores estressores. São muitas as causas que levam a juventude a uma situação de vulnerabilidade: sociais, políticas, antropológicas, históricas, financeiras e muitas outras. Do ponto de vista psicológico, um dos fatores que desencadeia o contexto de abandono e carência é a ausência da figura de apego. Quando crianças e adolescentes são expostos a trocas constantes de responsáveis e cuidadores, associadas a perdas e separações precoces, surgem sentimentos de desamparo e impotência.

Não se escolhe a família, o bairro ou o país onde se vai nascer e viver, não se opta por ser um excluído e viver à margem da sociedade. A exclusão ao mesmo tempo que molda a subjetividade do indivíduo, caracterizando-o muitas vezes como um ser que não pode criar, mas que deve repetir, o esvazia das condições que o possibilitariam transcender a uma compreensão imediata e estática da realidade (COSTA, 2004). Na Terapia Comunitária Integrativa (TCI) descobrimos que o desamparo, através do abandono e da exclusão, pode ser transformado pela capacidade de resiliência do participante, que é revelada e desenvolvida no grupo. É importante lembrar que a TCI não pretende substituir as políticas públicas, como, por exemplo, a política de prevenção ao uso de drogas, mas, pode sim inspirá-las e orientá-las

(CAMAROTTI et al., 2003). Neste caso, a TCI funciona como um instrumento curinga utilizado nos programas e propostas de intervenção da realidade social.

É possível transcender a moldura imposta à subjetividade, pois a partir do momento em que o indivíduo tem compreensão da sua condição social tem oportunidade de refletir sobre si e conhecer novas possibilidades de interação social. De alguma forma, por mínima que seja, podemos fazer algumas escolhas na vida. Se o excluído tiver alguma oportunidade de aprendizado e escolha, ele viverá de uma forma distinta da que lhe fora “determinada”, no “berço”, no mínimo mais consciente. A TCI, como as psicoterapias de grupo, tem um papel psicopedagógico ao estimular o jovem a desenvolver habilidades sociais e a redescobrir suas potencialidades positivas.

Este capítulo estuda a influência da TCI na formação de novos padrões vinculares, a partir da experiência com um grupo de garotos da periferia de Brasília. Para isso, o texto vincula a TCI a uma área afim: a Teoria do Apego (TA), entendendo-a como um clareamento das situações de abandono de nossas populações, como também das possibilidades de soluções para esse abandono. O objetivo deste trabalho é apresentar a TCI como facilitadora do desenvolvimento de novos padrões vinculares de crianças, adolescentes e jovens que possuem padrões de apego inadequados.

Sentir-se aceito e valorizado na família viabiliza a inserção em outros grupos da sociedade. Quando a família falha há a possibilidade de ser aceito na escola e se esta também se mostra ineficaz, os “amigos”, através das gangues ou do uso de drogas, certamente, preenchem esta lacuna. Jovens que não estabeleceram uma quantidade razoável de vínculos seguros podem encontrar na TCI a oportunidade de desenvolver novos padrões de vínculos saudáveis.

Para contextualizar, destacamos apenas alguns objetivos da TCI, que são: redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa; a autoestima individual e coletiva; a dinâmica interna e autonomia de cada

indivíduo (BARRETO, 2008). A TCI estimula o grupo a utilizar “a criatividade na construção do seu presente e seu futuro a partir de seus próprios recursos, acreditando no potencial da coletividade e nas competências das pessoas em se autogerir, possibilitando uma dinâmica de inclusão e empoderamento” (D’AFONSECA, 2007, p. 429).

Com o objetivo de vincular a prática da TCI e a formação de novos padrões de apego faz-se necessário apresentar, resumidamente a TA de Bowlby, ampliada por Ainsworth, Main e Hesse. Neste capítulo relacionamos a Teoria do Apego na adolescência e a ação desencadeadora da TCI à mudança dos padrões de relacionamentos sociais dos adolescentes que participam com regularidade das Rodas de TCI. Como Fernandes (2003), não supomos que seja possível abarcar todo o universo das manifestações e vicissitudes das atividades grupais apenas sob uma ou duas teorias. Assim, o texto é um olhar de um ponto de vista, de um ponto específico, o da Terapia Comunitária Integrativa.

## **A TEORIA DO APEGO**

Os conceitos de Bowlby (1989) foram desenvolvidos com base em psicanálise, biologia, etologia, psicologia do desenvolvimento, ciência cognitiva e teoria dos sistemas. Posteriormente Mary Ainsworth (1978) realizou diversas pesquisas sobre o apego e ampliou os estudos da Teoria do Apego.

De acordo com Bowlby (1989, 1990) nossos padrões de relacionamentos desenvolvidos com os cuidadores (pais ou pessoas substitutas) são integrados em nossa estrutura de personalidade. A internalização das figuras de apego, por meio da identificação, permitirá a construção da autoestima e da percepção de mundo. As figuras de vinculação desempenham um papel essencial na personalidade e na forma de agir de uma pessoa. Rossetti Ferreira (1983) considera que “apegos seguros no começo da vida têm efeitos duradouros” (p. 8).

O comportamento de apego é, segundo Bowlby, “qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa alcançar e manter proximidade com algum outro indivíduo considerado mais apto para lidar com o mundo” (BOWLBY, 1990, p. 38). Tal comportamento gera segurança e conforto, que possibilitam o desenvolvimento saudável da criança.

Segundo Ainsworth (1978), o modelo de apego que um indivíduo desenvolve na primeira infância é influenciado pela maneira como os cuidadores o tratam. Ela classificou o apego em três padrões: **seguro**, **ambivalente e evitativo**. Um quarto padrão, o **desorganizado**, foi sugerido por Main e Hesse (1990).

Para que o apego seja seguro, o cuidador deve responder de forma flexível às necessidades da criança. Quando o cuidador negligencia os cuidados de forma explícita, o vínculo fica comprometido e o apego pode ser do tipo inseguro. O padrão ambivalente é provocado pela falta de confiança nos cuidadores, que são instáveis. O padrão evitativo se estabelece nas crianças que foram rejeitadas e aprenderam a reprimir (ocultar) suas necessidades (AINSWORTH, 1978).

O padrão desorganizado (MAIN; HESSE, 1990) caracteriza-se pela situação da criança vivenciar experiências extremas para as quais ainda não possui estratégias para lidar. É o caso da criança abusada pelo próprio cuidador. O vínculo não se dá apenas por associação de prazer, prova disso é que crianças vítimas de maus tratos ou abandonadas estabelecem padrões de apego com o seu “cuidador”, muitas vezes seu algoz.

Segundo Bowlby (1989), as experiências primárias com o cuidador iniciam e depois se generalizará nas expectativas sobre si mesmo, com os outros e com o mundo. A imagem interna adquirida é considerada a base para todos os relacionamentos íntimos futuros. A pessoa adquire na infância um padrão de apego que se reproduzirá ao longo da sua vida. A generalização é um aprendizado importante para a personalidade em desenvolvimento.

Nos casos de famílias abusivas, a construção da representação mental infantil tende a ocorrer de forma rígida, mal adaptada, inapropriada. Nesses casos a confiança da criança de que as pessoas possam se compreender entre si, através de seus próprios sentimentos, é destruída (DALBEM; DELL'AGLIO, 2005). Os adolescentes oriundos dessas famílias abusivas apresentam prejuízo da capacidade de se envolver em relacionamentos de apego mais intenso.

Com o passar do tempo a TA tomou diversas direções, se ramificando em diferentes compreensões. Neste capítulo, nos interessa destacar uma dessas vertentes: a ocorrência de eventos ao longo do ciclo da vida que possibilitam a mudança do tipo de vínculo (DÁVILA et al., 1997). Acreditamos que o comportamento de apego evolui ao longo da vida, não é estático e nem rígido. Não necessariamente o padrão internalizado e generalizado se eternizará. Acreditamos na transformação ao longo da vida e que a adolescência é uma época de aprendizado e mudanças. Período fecundo para gerar novos padrões vinculares, propício para uma reestruturação ou substituição do padrão até então adquirido.

Para Bowlby (1990) quando uma criança é separada de sua mãe, ou cuidador, surgem, naturalmente, o ódio e a raiva da criança por essa figura de cuidado. Algumas crianças não conseguem vivenciar seus sentimentos após separação ou falecimento do cuidador. A negação do sentimento de raiva por ter sido abandonado, por exemplo, pode resultar em sérios problemas relacionais ou psicopatológicos, inclusive em dificuldades no desenvolvimento de habilidades sociais. Ao vivenciar perdas na infância, a criança se sente desamparada, o que facilita o desenvolvimento de processos defensivos. Na idade adulta esses processos defensivos comprometem a saúde psicológica e o surgimento de patologias psíquicas. A TA considera que “com a perda da mãe também se perde a vida emocional e sentimental da criança” (BOWLBY, 1982, p. 52). Vejamos uma história que ilustra esta teoria.

Sandro é conhecido como o rapaz que fez reféns no *ônibus 174* no Rio de Janeiro, em 2000. De acordo com o filme “Ônibus 174”,

documentário dirigido por José Padilha, Sandro presenciou aos seis anos a morte trágica de sua mãe, grávida de cinco meses, com uma facada nas costas. No dia seguinte a família não falou muito sobre o assunto e quando convidado para ir ao enterro de sua mãe, Sandro disse: *não vou, quero brincar de bola de gude*. Uma tia disse que ele não chorou a morte da mãe. Muito provavelmente Sandro reprimiu, ocultou a sua dor e a sua raiva por ter sido abandonado. Dentro da teoria que hora apresentamos, parece que Sandro usou a negação como mecanismo de defesa para não vivenciar a raiva.

Para Bowlby (1982) o sentimento de abandono, na criança, leva à raiva o que impede a instalação do afeto, que traria segurança. A não vivência da raiva pode levar a um comportamento desajustado na adolescência e idade adulta. O desfecho da vida de Sandro, como o de sua mãe, foi trágico: morreram, ele e sua vítima, assassinados pela polícia. Só para lembrar: os policiais foram inocentados e continuam na ativa. Não podemos criar um fim diferente para esta história, mas, com certeza, há muitos “Sandros”, cujas vidas podem ter outro desfecho.

Bowlby (1982) considera o abandono (perda da mãe ou do cuidador) um acontecimento trágico que marca a vida da criança para sempre. Cremos que a raiva está relacionada ao medo de nunca mais ter de volta o apego seguro de uma mãe, pai ou cuidador. Em função do apego evitativo estabelecido nos lares, por rejeições constantes, muitos aprendem a ocultar suas carências.

## UM GRUPO DE TCI COM ADOLESCENTES

Garotos com vivências de abandono, semelhantes à história de Sandro, participam de Rodas de TCI em Brasília. O grupo acontece na periferia, com a participação de 15 a 25 garotos na idade de 12 a 18 anos. Os meninos estudam na rede pública, mas, destes, alguns abandonaram os estudos. Entre os que estudam, quase todos são repetentes ou participam do programa de aceleração (programa criado pelo governo na tentativa de reduzir o atraso escolar).

Os garotos vivem em uma comunidade violenta e a maioria das famílias apresenta elevado índice de violência doméstica. Boa parte dessas famílias que participam das Rodas são monoparentais, eles moram com as avós, mães ou tios, alguns não sabem quem é o pai ou este foi assassinado. Dois meninos já relataram terem praticado pequenos furtos em mercados de sua cidade. Esses meninos vivem à margem da sociedade, sentem-se excluídos, sofrem discriminação dos professores e desejam muito possuir roupas de marca, como se um tênis caro pudesse lhes restituir a dignidade e o reconhecimento social que desejam.

Após conhecermos o grupo, traçamos alguns objetivos: estabelecer vínculo com os participantes; oportunizar o desenvolvimento de novos padrões vinculares; empoderar os participantes; oportunizar a autonomia; ajudá-los a sonhar com novas formas de viverem no mundo, viabilizando a possibilidade de outro futuro; fazer vínculo com os familiares para que posteriormente eles possam ser incluídos em ações sociais e terapêuticas para todo o sistema familiar.

Esta Roda de TCI, a partir da qual desenvolvemos nossa reflexão, é conduzida por dois terapeutas, que se revezam na condução e nos registros das sessões. Os temas mais frequentes nas Rodas são: dificuldade de aprendizagem, *bullying* na escola (com colegas e professores), violência e conflitos domésticos, ameaça de gangues no bairro e sentimento de impotência diante das decisões dos familiares e da escola em relação a suas vidas.

Seria um sonho vislumbrar um novo rumo para estes garotos? Em meio a essa realidade plena de padrões de apego ambivalentes, evitativos (AINSWORTH, 1978) e desorganizados (MAIN; HESSE, 1990), o quê a TCI pode oferecer de transformador?

## A TCI E A TEORIA DO APEGO

Crenças errôneas sobre o desenvolvimento humano nos levam a acreditar que *pau que nasce torto, morre torto*. Bowlby (1989, 1990) considera que os padrões de relacionamentos desenvolvidos com os

cuidadores são integrados na estrutura de personalidade do indivíduo. Na TCI acreditamos na capacidade de resiliência do ser humano, a capacidade que possuímos de superar e transformar nossas experiências sofridas. Se o adolescente desenvolveu na infância um padrão vincular inadequado, ele é capaz, por diversos meios, de desenvolver estratégias de superação, sendo a TCI um dos meios facilitadores desta mudança. Do vazio do abandono pode jorrar amor? Sim, a resiliência é esta capacidade que todos possuem de transformação dos padrões de apego deficientes em saudáveis.

A TCI “é um espaço de promoção da resiliência, pois pela partilha de experiências de vida, os indivíduos reforçam a autoestima, fortalecem os vínculos interpessoais, bem como estimulam a autonomia”. (BARRETO, 2005, p. 99). Por acreditar que os padrões de apego podem se transformar, é que trabalhamos com a TCI. A partir de nossa experiência desenvolvemos algumas relações entre a TA e como o aprendizado na TCI pode favorecer novos padrões vinculares.

A metodologia das Rodas da TCI leva o sofrimento para uma instância palpável e identificável, gerando uma referência de alteridade grupal mais saudável (CAMAROTTI, 2007). Esta autora defende que a resiliência individual, em um encontro de Terapia Comunitária, se transforma em resiliência familiar e comunitária. As potencialidades pessoais vão se alastrando e contaminando o grupo; o que viabiliza a mudança de padrões de vínculos.

De acordo com Murta (2008) as intervenções grupais são um contexto fértil para o desenvolvimento de outras formas de sentir, pensar e agir com vários processos geradores de mudança, desde aspectos cognitivos (acesso a novas informações), aspectos motivacionais (desejar mudar) e comportamentais (manejo da ansiedade e o uso ou não de drogas). O grupo ajuda a desenvolver habilidades sociais, como falar de si mesmo, ouvir, apoiar, criticar, lidar com críticas e sentir-se aliviado por fazer autorrevelações em contextos de segurança e aceitação da roda de terapia.

Um dos problemas apresentados no grupo é a desvalorização e o desrespeito com que esses jovens são tratados pelos professores. Um

deles contou que um professor disse: “*vocês deveriam ir pra APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), que é lugar pra retardado*”, outro professor comentando a dificuldade de ensiná-los falou: “*Quem faz milagre é a Igreja Universal, eu sou só professor*”. Sem questionarmos a postura dos professores, percebe-se que os garotos se sentem humilhados e desvalorizados pelas pessoas que deveriam ser seus mestres. Os professores que deveriam estabelecer com os alunos vínculos seguros, oportunizam padrões de vínculos ambivalentes.

Alguns participantes possuem famílias em que a experiência dos vínculos inseguros (ambivalente, evitativo ou desorganizado) é uma constante. Ao participarem de uma Roda de TCI, adolescentes, com padrão de apego desorganizado, vivenciam outro tipo de vínculo. Na roda eles não são julgados, há coerência nas falas e ações dos terapeutas e do grupo. Eles experimentam um vínculo seguro, passam a acreditar que é possível manter relacionamentos estáveis, verdadeiros. Quando conduzida corretamente, a TCI não permite o estabelecimento de vínculos inseguros. A seguir, veremos em cada etapa da TCI as oportunidades de vivenciar vínculos saudáveis.

No **acolhimento** o jovem se sente parte do grupo, no seu aniversário ele é o foco. Ao apresentarmos as regras, estabelecemos limites de comportamento de forma amorosa e firme. Nas suas vidas diárias, parece que há uma lacuna na forma como as regras são estabelecidas: condicionadas a punições e violências, caso sejam transgredidas.

Dalbem e Dell’aglio (2005) consideram que crianças que crescem em famílias abusivas acreditam que as pessoas não são capazes de compreender umas às outras. Os momentos **de escolha do tema e contextualização** são oportunidades para o jovem passar a acreditar, por identificação, que as pessoas podem compreender umas às outras, através de seus próprios sentimentos, o que poderá libertá-los para viver relacionamentos mais íntimos e afetuosos. O participante também se empodera no momento da **partilha de experiências**, quando

ele se percebe útil e importante para a vida do colega. Sentir-se útil é essencial para o desenvolvimento psíquico e social do ser humano (YALON, 2006), tal sentimento gera o empoderamento.

Em seguida, todos podem falar de seus problemas, porque sabem que não são os únicos que sofrem (YALON, 2006). Repetindo o comportamento de falar de si, o participante dá o primeiro passo na formação de novo vínculo: ele confia no grupo. Na **contextualização e problematização** eles aprendem a ouvir o outro e descobrem que não estão sós em seus sofrimentos. Na nossa experiência, percebemos que os adolescentes se manifestam com muita facilidade em relação ao problema apresentado, demonstrando solidariedade para com o colega do grupo. O estabelecimento da solidariedade é uma forma de vínculo saudável que eles poderão generalizar para sua rede social. Parece que no ambiente familiar e escolar eles não são ouvidos, então, no grupo quem apresenta o problema e os que compartilham suas experiências se sentem ouvidos num espaço em que não são julgados.

A TCI, como espaço para a escuta, oportuniza ao participante reconhecer e nomear seus sentimentos. Um sentimento essencial de ser reconhecido e vivenciado é a raiva. O ocultamento da raiva, gerada pelo abandono, pode estabelecer o padrão evitativo; o seu reconhecimento e aceitação facilitam o desenvolvimento de habilidades para a vida (Ainsworth, 1978). Nas Rodas os jovens reconhecem sua raiva, seus medos, sua revolta por se sentirem abandonados e excluídos. É fundamental que a criança internalizada no adolescente perceba o que fizeram com ela (abandono, negligência, exposição ao perigo, violência e falta de afeto). A TCI ajuda o adolescente a se perceber na relação com o seu cuidador ou com a falta deste. A fala e a conscientização os libertam para novos relacionamentos, menos evitativos, o que poderá gerar menos violência e mais permissão para relações amorosas e sociais, mais saudáveis.

Em nossa experiência, no ritual de agregação, os adolescentes no início não se tocavam, ficavam um ao lado do outro. Hoje isso tem mudado, eles ficam de mãos dadas. Na TCI o toque valoriza o outro, eles estão aprendendo o respeito e o afeto. Uma nova forma de vinculação é estabelecida na Roda, distinta da agressão a qual estão constantemente sujeitos.

É essencial para o desenvolvimento do adolescente a existência de modelos vinculares a serem seguidos. Percebemos que os garotos do grupo não sonham com o futuro, quando o fazem é de forma fantasiosa, uma das causas parece ser a carência de modelos que os inspirem a sonhar, desejar mais da vida. Os exemplos de sucesso são extremos, só as pessoas com algum talento especial mudam de vida, como jogadores de futebol de grande sucesso. Modelos tão elevados são ineficazes para instigar esperança. Nas avaliações das Rodas, decidimos contar nossas experiências de escolhas e pequenos sucessos. Nós terapeutas devemos ser o olhar confirmador da capacidade destes garotos. É como se o terapeuta dissesse nas entrelinhas de suas ações: *eu acredito que você pode fazer escolhas diferentes e ter uma vida fora das drogas e da prisão.*

A TCI possibilita o desenvolvimento da capacidade de sonhar. Estes adolescentes vivem no meio de pessoas, inclusive os pais ou irmãos mais velhos que foram presos, consomem ou traficam drogas. Este parece ser o futuro mais real, possível, iminente. A TCI pode ajudar estas pessoas a sonharem com um futuro não marginal, mas inclusivo. Desenvolvemos nas Rodas algumas estratégias para ajudá-los a pensar projetivamente e como cidadãos atuantes.

Uma ação que criamos foi a de ajudá-los a estabelecer metas a curto prazo, alcançáveis. Nas primeiras terapias do ano, no momento das comemorações, perguntamos o que cada um deseja realizar neste ano. Fizemos uma lista com os nomes e os objetivos de cada um. Três meses depois repassamos a lista, acrescentamos outros nomes e

relembramos quais eram os objetivos deles. Só escrevemos objetivos que não dependiam dos outros, apenas deles. No final do ano realizamos uma avaliação do alcance das metas, poucos alcançaram. Mas destacamos que outro ano se inicia e com ele uma nova oportunidade para recomeçar e acertar, nossa fala ajuda a renascer a esperança.

Vejam os exemplos de Marcelo: sua mãe o deixou, com seu irmão, em São Paulo, para trabalhar e viver com outro parceiro em Brasília. Após um ano o irmão caçula veio morar com a mãe e Marcelo permaneceu com os tios em São Paulo. Três anos depois ele pode vir; ele queria muito vir. Após um ano ele não está se adaptando, não faz amigos na escola e não se relaciona bem no lar, se sente só. Ele diz: *Queria aprender a gostar das pessoas*. Parece que ao sentir-se abandonado Marcelo não vivenciou a raiva o que obstruiu sua capacidade de dar e receber afetos. Perguntamos o que ele sentiu quando sua mãe partiu e quando seu irmão veio e ele ficou. Ele não foi, inicialmente, capaz de nomear seus sentimentos.

No **ritual de agregação**, nossa conotação positiva foi apontar sua capacidade de amar. Talvez, no futuro, Marcelo possa se libertar da raiva de ter sido deixado para trás e seja capaz de generalizar seus afetos para outras pessoas (BOWLBY, 1989). A convivência com pessoas vinculadas afetivamente produz sentimento de conforto e segurança, que é essencial para validar a autoestima (BOWLBY, 1990).

O adolescente pode adquirir certa autonomia a partir dos diferentes graus de segurança desenvolvidos nas relações com as figuras de apego fora de casa, o que permite um afastamento relativo das figuras originais de apego inseguro. O papel do terapeuta comunitário com os adolescentes na comunidade é imprescindível neste processo de vinculação saudável.

## O TERAPEUTA COMO FOMENTADOR DE VÍNCULOS

O estabelecimento de vínculos se dá inicialmente através do vínculo que se estabelece com os terapeutas que se expande no vínculo

grupal e posteriormente para novos vínculos sociais. Para que os jovens possam se identificar com os terapeutas é necessário que cada terapeuta reconheça suas próprias carências. Isso acontece, em geral, no momento de avaliação das Rodas. As rodas com jovens precisam ser planejadas com antecedência e em seguida avaliadas para identificação das lacunas e dos sucessos.

Quando o terapeuta confia no grupo e em cada participante, se estabelece uma relação de confiança grupal. Esta confiança é necessária para que os adolescentes possam falar dos seus medos, angústias, lutos e tristezas para os outros. O terapeuta favorece a mobilização do grupo em função de uma mudança comportamental para além do microsistema das Rodas. Os afetos e sentimentos vivenciados pelo terapeuta podem ser orientadores da dinâmica do grupo. Se o terapeuta demonstrar empatia na relação com os participantes ele poderá compreender melhor o mundo do jovem.

O terapeuta também pode ajudar o jovem a se identificar com ele contando um pouco sobre sua adolescência, seus conflitos ou usando expressões que eles usam (cuidado para não ser ridículo!). Tudo isso faz parte da dinâmica vincular, com o tempo eles aprendem a transpor os modelos de vínculos instáveis para novos vínculos sociais saudáveis. É fundamental que no grupo se fortaleça a autoestima uns dos outros (SILVA, 2007), só acreditando em si mesmo o jovem poderá desenvolver-se na relação com o outro (colegas, família, escola e trabalho).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa experiência em grupos de TCI com adolescentes, que se sentem excluídos socialmente e/ou vivenciam vínculos familiares inseguros, mostrou que a TCI pode ser construtora de novos padrões vinculares e conseqüentemente um instrumento de inclusão social.

Os vínculos saudáveis, estabelecidos nas rodas de TCI, poderão ser generalizados para outros sistemas como a família, a escola e o trabalho. As interações, aprendidas no grupo, são fomentadoras de mudanças de paradigma para interações futuras com desenvolvimento de habilidades sociais, autoconhecimento e reflexão crítica.

Ao participarem de uma sessão de TCI, os adolescentes com vínculos inseguros vivenciam aspectos que são essenciais para que possam reproduzir as experiências na família e na sociedade, como por exemplo, o desenvolvimento de habilidades sociais. Um aprendizado importante é a habilidade de negociar e resolver problemas através do diálogo. A TCI pode favorecer a redução da ansiedade, a melhoria na comunicação e na qualidade do que é comunicado. A instalação e/ou fortalecimento dos vínculos seguros ajuda a superar ou minimizar histórias de violência e abandono. Devemos ver além da carência para ressaltar a competência.

Todavia a TCI com grupos de adolescentes apresenta algumas limitações como a rotatividade dos participantes e a não participação dos familiares no processo de mudança. O ideal para o desenvolvimento de padrões de apego seria a realização de grupos com participação regular dos jovens e grupos para seus familiares. Certamente, as marcas de uma família desestruturada ou faltosa ficarão para sempre no corpo e na alma de seus filhos. A TCI pode ajudar a tratar essas cicatrizes.

Na transição da adolescência para a idade adulta, o jovem se depara com a necessidade de inserção no mercado de trabalho. Desestimulados com os estudos, sem perspectivas de sucesso em relação aos jovens da classe média, a juventude da classe baixa se vê sem perspectiva de inclusão social no mundo do trabalho. Ao desenvolver, no grupo, a resiliência, a perspectiva de futuro e o empoderamento, o jovem desenvolve maior autoconfiança para enfrentar a realidade e a competição tão marcante na sociedade atual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSWORTH, M. **Patterns of attachment:** a psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum, 1978.

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo.** 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos.** São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1982.

\_\_\_\_\_. **Uma base segura:** aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

\_\_\_\_\_. **Apego.** São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1990.

CAMAROTTI, M. H. et al. Terapia comunitária: relato da experiência de implantação em Brasília. In: A Terapia Comunitária no Brasil. Anais do I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasília. 2003. p. 54-68.

CAMAROTTI, M. H. A doença como fonte de transformação: um estímulo à resiliência comunitária. In: GRANDESSO, M; BARRETO, M. (Orgs.). **Terapia comunitária, tecendo redes para transformação social, saúde, educação e políticas públicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 171-177.

COSTA, F. B. **Homens invisíveis:** relatos de uma humilhação social. São Paulo: Editora Globo, 2004.

D'AFONSECA, A.; BARBOSA, M. A. Contribuição da Terapia Comunitária na elevação da auto-estima. In: GRANDESSO, M; BARRETO, M. (Org.). **Terapia comunitária tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 429-436.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005.

DÁVILA, J.; BURGE, D.; HAMMEN, C. Why does attachment style change? **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 73, n. 4, p. 826-838, 1997.

FERNANDES, W. ; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B. (Org.). **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MAIN, M.; HESSE, E. Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: GREENBERG, M.; CICHETTI, D.; CUMMINGS, M. (Org.). **Attachment in the preschool years: theory, research and intervention**. Chicago: University Press, 1990. p. 161-182.

MURTA, S. **Grupos psicoeducativos: aplicações em múltiplos contextos**. Goiânia: Porá Cultural, 2008.

ROSSETTI FERREIRA, M. C. **O apego e reações da criança à separação da mãe**. 1983. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/571.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

SILVA, R. Terapia Comunitária: resgatando a auto-estima dos adolescentes. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. (Org.). **Terapia comunitária tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 111-115.

YALON, I. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

# *Educação Terapêutica do Paciente e Terapia Comunitária Integrativa*

*Nicole Hugon*

## **INTRODUÇÃO**

Há mais de vinte anos, na minha prática cotidiana com os pacientes alcoólicos, eu descobri algo muito relevante: que o trabalho com os pacientes ficava muito facilitado quando eles conheciam suas doenças. Encontrei duas categorias de pessoas: alguns falavam com consciência, claramente, sem buscar desculpas, pretextos falsos, enquanto os outros sempre culpavam os outros, as circunstâncias, ou a depressão, negando seu alcoolismo. Esta diferença era dramaticamente evidente.

Na história desses pacientes, a diferença era que o primeiro grupo tinha completado um programa de educação terapêutica, enquanto os outros tiveram apenas tratamentos convencionais. Estes últimos expressavam vergonha, medo de falar, de ser julgados, enquanto os outros falavam livremente do seu problema.

Nos anos 80, o encontro com as associações de autoajuda foi para mim deslumbrante: nessa experiência descobri que os alcoólicos tinham competências, recursos próprios para curar-se, com ou sem ajuda profissional.

Naturalmente, quando eu participei do curso de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) com o Prof. Adalberto Barreto, ficou claro para mim que esta metodologia seria muito interessante para enriquecer o nosso trabalho, estimulando ir mais longe, na direção que já estávamos seguindo. Desde o ano 2005, fundei na clínica São Barnabé – Marseille Fr – uma roda mensal de TCI para pacientes, familiares e associações, e no ano 2008, uma nova roda semanal, para os pacientes e os profissionais.

Então, trabalhando com a TCI, tive resultados notáveis sobre o programa terapêutico inteiro, melhorando a participação de todos, seja pacientes ou profissionais, bem como os ex-pacientes nas associações, valorizando os recursos dos pacientes e dos familiares, enriquecendo o conteúdo das sessões de educação terapêutica, bem como a promoção de relacionamentos mais horizontais entre pacientes e equipe.

A idéia deste capítulo nasceu desta experiência clínica, e também da necessidade de promover, na educação terapêutica, formas educativas de apoio ao empoderamento dos pacientes ao invés de uma submissão ao modelo biomédico.

## EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DO PACIENTE (DE QUE SE TRATA?)

Segundo a OMS, *“A educação terapêutica do paciente visa ajudar os pacientes a adquirir ou a conservar as **competências** de que necessitam para melhor administrar a sua vida com uma doença crônica”* (OMS, 1998). O termo competências tem sido usual entre os terapeutas comunitários.

O desafio colocado pelas doenças crônicas se passa pela possibilidade dos pacientes conservar, apesar de tudo, sua autonomia e boa qualidade de vida. A promoção da saúde não tem a ver somente com a prevenção de doenças, mas, também, com a qualidade de vida das pessoas que sofrem de patologias crônicas.

Além do tratamento da doença, a educação terapêutica se propõe a abordar a pessoa doente na sua inteireza, com seus projetos, seus valores e suas relações. Assegura que uma ação educativa terá impacto positivo na saúde do paciente, melhorando suas competências *psicossociais*, aprimorando suas competências de *autocuidado* e suas competências *psicológicas*. *Por conta disso, considera-se o empowerment* (empoderamento) do paciente como um de seus objetivos fundamentais.

A **Carta de Ottawa** (1986) considera a saúde como um recurso da pessoa ou dos grupos, um meio através do qual se alcança o bem-estar:

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. (OTTAWA, 1986, p. 22).

E enfatiza a importância da educação:

A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Assim, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções condizentes à saúde. (OTTAWA, 1986, p. 24).

Falamos, aqui, de **educação para a saúde, portanto, de prevenção primária**, ou seja, do conjunto de competências dos indivíduos e dos grupos para construir modos saudáveis de vida. Eles podem agir sobre os determinantes sociais da saúde, os hábitos alimentares, o uso de drogas, etc.. Essa ação não é da competência exclusiva do poder público e, sim, uma responsabilidade que cabe a todos nós.

A referida Carta implica no desenvolvimento da **democracia na saúde**. Esse aspecto essencial é, às vezes, tachado de subversivo: recorre em causa o poder das instituições de saúde, econômicas e sociais. Em 2003, Jean-Pierre Deschamps enfatizou que:

O caminho para uma verdadeira democracia de saúde pública é ainda longo, mas é preciso acreditar na boa-fé daqueles que nos apresentaram essa idéia. Acreditar que, por detrás das palavras, delineia-se firmemente o projeto da autonomia fundamental da pessoa, primeiro princípio

da caminhada ética e absolutamente necessário à cidadania; acreditar que todos os poderes que se reservam o direito de decidir no lugar das pessoas serão novamente discutidos nas reformas políticas e institucionais atuais e nas que estão por vir (DESCHAMPS, 2003, p. 313).

Dado o crescimento constante da expectativa de vida, assistimos ao aumento das patologias crônicas: diabetes, obesidade, doenças respiratórias, cardiovasculares, cânceres etc. O estresse e o sofrimento social advindos das exigências da vida moderna e da destruição da solidariedade tradicional e as poluições geradas pelos sistemas de produção agrícola e industrial atuais são causas de numerosas doenças físicas e mentais.

Com tratamento, na maioria das vezes, muitas dessas doenças permanecem compatíveis com uma vida *em bom estado de saúde*, uma vida familiar, social e profissional normal. Quando a doença impõe dificuldades e limitações, é preciso adaptar-se, conservando a maior autonomia possível.

O projeto *de autonomia fundamental da pessoa* não se dirige, portanto, somente às pessoas com boa saúde. A doença faz parte da vida. Assim sendo, o papel dos cuidadores, além do diagnóstico e da prescrição de um tratamento, se passa por avaliar, com a pessoa doente, seu grau de autonomia e ajudá-la na busca do domínio, o mais amplo possível, de sua própria vida.

A promoção da saúde não acaba, portanto, na porta dos hospitais e dos consultórios médicos. Essa tarefa cabe a todos os cidadãos, doentes ou sadios, e a todos os agentes de saúde, quer ajam no domínio dos cuidados, quer no da prevenção.

A saúde percebida está essencialmente ligada à ausência de restrições nas atividades. Num estudo comparativo entre a França e Québec sobre a saúde percebida daqueles com mais de 55 anos, Camirand et al. (2009) acentuam que apesar da presença de uma doença crônica, a maioria de pessoas de 55 anos ou mais se considera em boa saúde.

de, tanto em Québec quanto na França. Contudo, quando existem restrições de atividade e de autonomia pessoal, as pessoas julgam-se, com muito maior frequência, com saúde precária. Os determinantes da saúde percebida são a presença de uma doença crônica, mas, também, o estilo de vida, o estresse, a autoestima e a condição socioeconômica (SHIELDS; SHOOSTARI, 2001). A sensação de estar com boa saúde e a autonomia estão interligadas, e o apoio social tem ação positiva sobre a saúde percebida.

As doenças crônicas colocam uma série de temíveis desafios econômicos, sociais e políticos, entre eles: agir sobre os determinantes sociais e de meio ambiente da saúde, desenvolver a democracia na saúde, financiar tratamentos cada vez mais dispendiosos.

Diante desses desafios, o modelo biomédico tem mostrado seus limites. É, com grande frequência, ineficaz, quando se trata de modificar comportamentos que tenham a ver com hábitos e estilo de vida. É cego aos fatores de risco ambientais e sociais, numa visão puramente individual do tratamento. A tendência à *medicalização* dos sofrimentos do cotidiano leva ao super consumo de remédios. A assimilação da saúde ao sistema dos cuidados curativos leva a um aumento progressivo das despesas por uma eficácia que atinge seus limites. O conceito de *contraprodutividade* proposto por Ivan Illich (1975) mostra-se pertinente nesse caso. Ignora-se (no modelo biomédico) o *sujeito* doente, visto somente como o *objeto* dos cuidados e tende, assim, a ignorar ou a ver como um obstáculo a cultura das pessoas: as informações da internet, a ação das associações de pacientes são, com frequência, vistas com desconfiança. Entre profissionais da saúde e pacientes aprofunda-se a distância cultural, fonte de conflitos, de negligência na observação dos tratamentos e de fuga para o florescente mercado das medicinas alternativas.

O desenvolvimento de programas de Educação Terapêutica do Paciente esforça-se para diminuir essas limitações, oferecendo ao pa-

ciente a possibilidade de tornar-se parceiro ativo de seus cuidados, o que pressupõe um compartilhamento do saber (e, portanto, do poder) entre cuidadores e doentes.

Aristóteles já enfatizava a importância do conhecimento para manter-se em boa saúde: “Eu me cuido bem porque sou médico, e tornei-me médico porque desejava manter-me em boa saúde”. (apud MASQUELET, 2000). Cada paciente deveria, pois, tornar-se um pouco médico de si mesmo, tornando-se um especialista em sua doença. Entretanto, o projeto da educação terapêutica é dirigido essencialmente pela instituição cuidadora e, portanto, fica submetido às suas contradições e resistências.

A Educação Terapêutica introduz uma mudança de paradigma: trata-se de passar de uma concepção *vertical* do cuidado a uma concepção em que o doente torna-se parceiro ativo em seus cuidados, numa relação mais *horizontal*. Requer dos cuidadores o esforço do questionamento, uma verdadeira revolução cultural. Para ilustrar, uma historinha:

Sofrendo de um câncer, mas amparada por sua prática, uma terapeuta comunitária enfrenta a doença com serenidade e determinação, sem por isso reprimir suas emoções. Diante desse quadro pouco costumeiro, o médico a aconselha a procurar um psicólogo: “Não é normal reagir tão bem. Assim que os cuidados terminarem, você corre o risco de desabar”, exprimindo assim a crença médica na natureza estatística da normalidade.

Aí está. Foi a partir dessa reflexão que propusemos esse tema para figurar numa obra sobre a Terapia Comunitária Integrativa e temas a ela afim...

## **A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA, A SAÚDE, A DOENÇA**

Lembremos, para começar, de Paulo Freire, que: “... em condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao

lado do educador, igualmente sujeito do processo” (FREIRE, 2005, p. 26). A participação ativa daquele que aprende é fundamental. A partir da experiência adquirida, de suas crenças e de seus valores, utiliza os elementos conquistados durante o aprendizado para construir seu próprio conhecimento, torná-lo seu, incorporando-o ao que já sabe. Cada um dos protagonistas da educação passa, então, de uma *consciência ingênua* (um só ponto de vista, uma só verdade) a uma *consciência crítica* (diferentes abordagens, percepção multidimensional da realidade). A educação não se restringe a uma simples transferência de conhecimentos de um espírito *esclarecido* para um espírito *ignorante*. Trata-se de construir um saber vivo, estimulando a curiosidade e a aquisição ativa dos conhecimentos num movimento de compartilhamento.

Portanto, o projeto da educação terapêutica é melhorar a aplicação das prescrições médicas para obter um resultado significativo no plano biológico, interessando-se, ao mesmo tempo pela qualidade de vida do paciente. Assim sendo, numa circular normativa, o Ministério da Saúde de Portugal (2000) observa que:

Viver com a diabetes ultrapassa, largamente, o quadro da doença e do seu tratamento farmacológico, sendo a educação terapêutica fundamental no tratamento do diabético. A educação permite, a curto prazo, melhorias significativas em certos parâmetros biológicos, como o valor médio das glicemias, mas, principalmente, da adaptação à nova situação de doença, no que diz respeito à qualidade de vida do diabético e da sua capacidade para passar a ser ele próprio o primeiro gestor da sua doença (GOVERNO, 2000, p. 34).

O projeto educativo de Paulo Freire e a Circular acima citada enfatizam a questão da ética subjacente ao ato educativo. A melhoria dos parâmetros biológicos situa-se claramente no quadro cultural e nos objetivos da biomedicina, que tende a submeter as crenças do paciente ao saber do especialista. Por outro lado, a preocupação com a qualidade de vida do paciente presume uma visão holística do tratamento. Essa dualidade vai manifestar-se nas diferentes posições

pedagógicas possíveis. Sobre isso, Patrick Paul (2005) acentua que:

Na medida em que existe atualmente uma grande dificuldade em definir a saúde, já que seus indicadores operam de maneira complexa, paradoxal, dialética, impõe-se uma abertura a abordagens não reducionistas, o que o conceito de saúde global quer demonstrar. O médico encontra-se, nesse caso, diante da situação paradoxal de ter que aceitar os discursos oficiais que são construídos de acordo com normas objetivas, que devem ser respeitadas, ao mesmo tempo em que reconhece a importância dos valores interiorizados que os grupos ou as pessoas trazem consigo e do seu poder de ação de ruptura, na maioria das vezes, das normas propostas pelo modelo médico. Essas contradições não têm a ver somente com o mundo médico: de um modo geral, o modelo dominante impõe normas, procedimentos, “qualidade”, economias, mas, contraditoriamente, cada vez mais, afirma-se um direito do usuário, do paciente, opondo duas aproximações, objetiva e subjetiva, reducionista e interacionista, difícil de serem conciliadas. (PAUL, 2005, p. 33).

Na continuação o autor coloca claramente o problema:

Se não é muito discutível envolver o sujeito o melhor possível na ação empenhada, essa participação postula necessariamente uma liberdade de escolha ligada à superação de toda vontade normativa. Inversamente, em relação ao objeto analisado, do modelo biomédico, a noção de normalidade e de patologia situa-se – para o essencial – fora de toda liberdade humana. (PAUL, 2005, p. 38).

Geralmente, a educação terapêutica é referenciada na Medicina Baseada em Evidências<sup>1</sup> (EBM). Arrisca-se a não ser bem-sucedida, prin-

---

1 EBM - Medicina Baseada em Evidências. (*Evidence-based medicine - EBM - is the integration of best researches evidences with expertise and patient values.* SACKETT D. et al. **Evidence-based Medicine: How to practice and teach.** (EBM, 2000, p.1). *Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice.*” SACKETT D. et al. **Evidence-based medicine: What it is and what it isn't.** (EBM, 1996, p.71).

principalmente, quando se dirige a pessoas que não partilham as mesmas pressuposições dos cuidadores sobre saúde e doença, ainda que seus promotores tenham o cuidado de nelas integrarem os desejos do paciente.

Ora, na maioria dos casos, está doente implica as três dimensões bem expressas na língua inglesa pelas três palavras *disease*, *illness*, *sickness*: *disease* é a doença segundo o modelo biomédico; *illness*, a doença na sua dimensão subjetiva; *sickness*, designando o estatuto social do doente. Essa distinção, possível na língua inglesa, exprime a complexidade do objeto doença. Essas três dimensões são inseparáveis na realidade vivida pelo paciente e seus próximos.

Na doença crônica, o objetivo da cura é ilusório: não é possível curar-se, (no sentido de uma volta ao estado anterior ao diagnóstico), só se pode equilibrar a saúde, prolongar a vida, reduzir o sofrimento etc. Desta maneira, o adoecer é uma virada biográfica, uma **situação de crise**. É preciso adaptar-se a uma situação nova, que atinge todos os domínios da existência. Antoine Spire e Mano Siri (2010), nesse sentido, alertam, a propósito do câncer.

O paciente deve aprender a viver o dia-a-dia com uma doença crônica. Deve desistir de uma vida sem doença, mas deve também, e, sobretudo, reconstruir uma integridade física, psicológica e social na qual a doença tem seu lugar e tentar dar sentido a um roteiro de vida completo. (SPIRE; SIRI, 2010, p.78).

Essa observação enfatiza o papel ativo do paciente e da família: não se trata somente de se sujeitar às prescrições médicas, mas de afirmar que a doença crônica é uma experiência de vida, na qual o tratamento deve ter seu lugar, mas um lugar que vai muito além do quadro da medicina; envolve os indivíduos, as famílias, as comunidades, a sociedade.

Poder-se-ia explicar o que se passa através das perguntas que o doente se coloca: Que doença é esta? Que riscos eu corro? O que posso fazer para me curar? Estar doente, o que isso me torna? O que isso

muda no modo de me ver? Como será minha vida a partir de agora? Que apoio social posso ter? Que ajuda concreta? Qual é o meu *estatuto* de doente? Como os outros vão me ver? Que lugar a sociedade me dará como trabalhador, como cidadão?

As respostas a essas questões provêm de domínios muito diferentes: a medicina, os valores filosóficos ou espirituais, as experiências de vida, as representações advindas da cultura ou da história do indivíduo e da família, as políticas sanitárias e sociais. Todos esses aspectos têm sua pertinência.

A educação terapêutica deve refletir essa complexidade. As rodas de Terapia Comunitária Integrativa poderiam oferecer um espaço especialmente adaptado para permitir às pessoas encontrar suas próprias soluções para as questões acima levantadas. As primeiras experiências foram feitas com diabéticos do tipo 1. Nesse caso, conhecer e assumir sua doença é uma questão de sobrevivência. A asma e a insuficiência renal também foram beneficiadas com esse tipo de programa. Ocupar-se com a infecção por HIV, principalmente dado o impulso vindo das associações de auxílio mútuo das pessoas infectadas, integrou, rápido e estreitamente, os doentes e os cuidadores, em todos os domínios, da política de saúde à pesquisa, ao tratamento e ao apoio social dos doentes.

A OMS Europa adotou, em 1998, a seguinte definição:

A educação terapêutica tem por finalidade instruir o doente para que ele possa conquistar um *know-how* adequado, com o fim de chegar a um controle ótimo de sua saúde. A educação terapêutica do paciente é um processo contínuo, parte integrante dos cuidados médicos. A educação terapêutica do paciente compreende a sensibilização, a informação, a aprendizagem, o apoio psicossocial, todos ligados à doença e ao tratamento. A formação deve, também, possibilitar ao doente e a sua família uma melhor colaboração com os cuidadores (OMS EUROPA, 1998, apud SAOUT, 2008, p. 13).

A elaboração de um programa de educação terapêutica começa com um balanço do que o paciente sabe, aquilo em que acredita, do que ele espera, de sua experiência com a doença e com os tratamentos, etc. A partir desse *diagnóstico educativo inicial*, definem-se os objetivos a atingir, em curto, médio, e longo prazo:

- *Aquisição de competências de autocuidado*: adaptação do tratamento, conduta a ser seguida em caso de crise, cuidados biológicos, regime alimentar.
- *Aquisição ou reforço de competências psicossociais* que permitam ao paciente adaptar-se a sua nova situação, viver melhor sua doença com seus próximos, no seu trabalho, em sua maneira de se ver, aceitar as mudanças impostas pela doença.
- *Uma avaliação* ao fim do programa é indispensável. Essa prática permitirá, se for o caso, ações complementares.

Trata-se, portanto, de bem mais do que uma simples informação médica. Ver abaixo um quadro explicitando quais os objetivos e meios da Educação terapêutica:

<b>Objetivo</b>	<p><b>Permitir ao paciente (e a sua família) que sofre de uma doença crônica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconquistar sua autonomia.</li> <li>• Evitar o agravamento e a ocorrência de complicações.</li> <li>• Favorecer a volta do paciente às atividades normais.</li> </ul>
<b>Meios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação para compreender a doença e os tratamentos.</li> <li>• Conhecer a organização e os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de internação.</li> <li>• Educação para a colaboração nos cuidados.</li> <li>• Educação para a observância</li> <li>• Educação para a saúde para favorecer a adaptação desses comportamentos pessoais, a fim de preservar o seu potencial de saúde.</li> </ul>

Quadro extraído do relatório “Pour une politique nationale d’éducation thérapeutique du patient” (SAOUT et al., p.14).

O quadro apresenta uma clara orientação dirigida aos aspectos técnicos dos tratamentos pela aquisição de conhecimentos recebidos dos cuidadores. A preocupação desse trabalho defende que os pacientes adquiram e se apropriem das prescrições da biomedicina. A reconquista da autonomia passa, antes de tudo, pelo domínio das técnicas de cuidado e dos recursos disponíveis. Naturalmente, é muito importante conhecer os procedimentos a serem utilizados, saber agir em caso de crise aguda. Mas as dimensões antropológicas, psicológicas e sociais da doença e do cuidado vêm sendo, infelizmente, desprezadas.

Nem sempre é suficiente saber para agir. Essa cegueira a tudo aquilo que não se relacione com cuidados técnicos traz, na origem, o fracasso do projeto. Somente pessoas que já estão inseridas na cultura biomédica poderão, realmente, dela se beneficiar. As outras ficarão mais ou menos à beira do caminho. Para a maioria das pessoas, ser doente representa algo muito diferente do que ter uma disfunção de um órgão. Tornar-se um doente crônico coloca em jogo toda a história da pessoa – suas representações, seus valores, suas relações com os outros. A consciência da mortalidade apresenta uma nova consistência, obriga a pessoa a mudar seus hábitos, a recolocar em questão saberes, representações, atividades. Os equilíbrios anteriores ficam ameaçados. Essa situação de crise, por vezes traumática, requer a mobilização dos recursos e da capacidade de resistência do doente e de seus próximos.

O acompanhamento da pessoa doente nesse processo é, geralmente, descrito como a aquisição de competências psicossociais. Será necessário recorrer a diversas técnicas de intervenção psicossociais: psicologia, antropologia, técnicas de comunicação etc., entre as quais a Terapia Comunitária Integrativa poderia ter um lugar relevante.

O desenvolvimento da ETP suscitou uma intensa reflexão sobre os métodos pedagógicos. Ora, numerosos programas de educação terapêutica pertencem a uma lógica em que os objetivos a atingir são definidos, antes de mais nada, pelos especialistas.

A educação dos pacientes deve ser uma resposta às suas necessidades. Assim sendo, aos cuidadores continua a se responsabilizar pela definição dos programas. Ainda que essas estratégias se apresentem como operacionais, elas procedem de uma lógica prescritiva. Certos modelos preconizam iniciar a educação do paciente por um diagnóstico educativo, depois estabelecer com ele um contrato de educação, como um instrumento de fidelização. (LACROIX, 2007, p 271).

Quatro eixos pedagógicos podem ser definidos, segundo o objetivo da Educação Terapêutica:

- Se o objetivo é a *transmissão de um saber biomédico*, os saberes, as crenças e os objetivos próprios do paciente são considerados obstáculos. A verdade a ser transmitida é a da ciência, com uma visão acadêmica de um saber único sobre a doença.
- Se o objetivo é a *modificação de um comportamento* (abandono de um comportamento nefasto, adoção de comportamentos benéficos), tem-se uma perspectiva *behaviorista*. A relação daquele que ensina com o que aprende permanece vertical. É o cuidador que define os comportamentos desejáveis.
- Se o objetivo é *uma adaptação à doença*, faz-se apelo à noção de *coping*, empregando recursos cognitivos e relacionais da pessoa doente, numa perspectiva cognitivo-comportamental. O modelo de intervenção é a conversa motivacional, ajudando o doente a pesar os benefícios e os riscos da mudança de comportamento. A aquisição de novos hábitos será facilitada com exercícios práticos.
- Quando o objetivo é *o desenvolvimento da autonomia da pessoa doente*, a abordagem psicológica ou psicossocial visa a estimular os fatores de resiliência, para permitir a retomada do desenvolvimento da pessoa. Nessa ótica,

a atividade educadora se ajusta ao processo de aprendizagem dos pacientes e se apoia na formalização das experiências. Visa ao desenvolvimento das competências psicossociais do paciente: a autoestima, a confiança em si, os sentimentos de eficiência pessoal ou de compe-

tência pessoal, a fim de o ajudar a se sentir livre na direção de sua vida, de ser senhor de seu projeto de saúde e de qualidade de vida. (EYMARD, 2008, p. 3).

A Terapia Comunitária Integrativa insere-se naturalmente na lógica do desenvolvimento da autonomia. Mas, mesmo em programas centrados nos aprendizados técnicos, ela poderia, ao mesmo tempo, acolher o sofrimento dos doentes e das famílias e permitir um melhor compartilhamento de saberes com os *profissionais*.

### **PATOLOGIAS CONCERNENTES: DOIS EXEMPLOS CONCRETOS**

Todas as doenças crônicas podem beneficiar-se de programas educativos, como por exemplo na cirurgia, na psiquiatria, na pediatria. Dois exemplos são aqui apresentados: o diabetes e as adições ao álcool e outras drogas. O exemplo do diabetes impõe-se em razão de sua complexidade e da anterioridade de programas educativos neste domínio.

A Diabetes apresenta-se sob duas formas: A diabetes de tipo 1 (insulino dependente) ocorre em jovens. O paciente deve controlar sua glicemia e ajustar, a cada dia, a dose de insulina, de acordo com a glicemia, a atividade física e a alimentação. Deve enfrentar as crises de hipoglicemia, seguir um regime alimentar e limitar certas atividades. Quando aparece na infância, pode induzir a uma superproteção por parte da família. Às vezes, essa doença é vista como uma doença vergonhosa.

A Diabetes de tipo 2 manifesta-se nas pessoas mais idosas. Tem a ver com fatores hereditários e com o modo de vida (alimentação, atividade física). O sobrepeso e um baixo nível socioeconômico têm papel importante no surgimento da doença. O tratamento exige uma modificação da alimentação e do modo de vida, atenção à glicemia e à ingestão regular de medicamentos.

A diabetes fragiliza as pessoas em relação às infecções e pode provocar *doenças degenerativas* (artrite, neurite, doença perfurante plantar, dores nas pernas, dificuldade para andar, amputação, insuficiência renal, cegueira, etc.). Equilibrar o diabetes levaria à prevenção dessas complicações.

Geralmente, os programas de Educação Terapêutica associam informações médicas e procedimentos práticos: automedicação da glicemia, injeções de insulina, adaptação das doses para melhorar o controle da glicemia, oficinas de nutrição, oficinas sobre higiene (higiene dos pés, higiene bucodental), atividades esportivas e lúdicas, grupos de conversa e de troca de experiências.

As instituições que propõem esse tipo de programa são muito diversas: hospitais públicos, planos de saúde privada, seguros, associações de diabéticos, organizações religiosas ou espirituais, como a Sociedade Antroposófica do Brasil, etc. Indicações sobre essas entidades podem ser encontradas na internet.

*Contudo, conhecer a doença nem sempre é suficiente para modificar os comportamentos.* O Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos (CEEAA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo) realizou um estudo aprofundado sobre a educação dos diabéticos. Estudando o impacto de um programa para 54 pacientes diabéticos, os autores notaram uma melhoria significativa nos conhecimentos, mas observaram que:

A mudança no comportamento de pacientes diabéticos em relação ao seu estilo de vida é influenciada pelo conhecimento que tem acerca de sua doença e, também, por outros fatores, tais como o significado da doença, os riscos e os métodos de controle. (MIYAR OTERO et al., 2008, p.5).

Esses autores ressaltam, contudo, que o conhecimento da doença não é suficiente para mudar o comportamento, e que é preciso, também, oferecer ao paciente, uma ajuda prática na vida cotidiana. Saber não basta. É preciso ir mais longe, é preciso fazer, experimentar.

A mesma equipe, estudando as dificuldades em seguir o tratamento, destaca a importância dos fatores emocionais e sociais: raiva, revolta, sentimento de injustiça, ansiedade, sentimento de perda da liberdade devida às restrições dietéticas. Os autores ressaltam, também, que “... o modo como o sujeito expressa seus sentimentos direciona seu comportamento relacionado à saúde, tanto na busca de hábitos saudáveis quanto não saudáveis, determinando possibilidades e dificuldades/limitações para o controle do diabetes”(PERÉS et al., 2007, p.8). Nessas condições, a Educação Terapêutica tem a obrigação de aceitar a importância da vida dos pacientes, e não unicamente os aspectos médicos.

Enfim, é fundamental que a educação em saúde leve em consideração a realidade e a vivência dos pacientes, pois, muitas vezes, as informações em saúde são fornecidas de maneira vertical, sem permitir maior participação dos pacientes e sem considerar o que esses já sabem e o que desejariam saber. Nesse enfoque, almeja-se transformar o sujeito que assume uma posição passiva na condução de seu tratamento em um indivíduo participativo (PERÉS et al., 2007, p.2).

Num outro artigo, a mesma equipe aponta a importância dos familiares, e as pessoas afetadas pela doença crônica, não só no plano emocional, mas também nos aspectos econômicos e práticos. “Tais fatores reportam-se a um conjunto de influências interpessoais familiares que está alicerçado em crenças e valores que interferem na motivação e na capacidade do paciente enfrentar a sua doença e buscar solução para controlar o diabetes (SANTOS et al., 2005, p.9).

Enfim, depois de ter explorado as representações relativas ao diabetes apresentadas pelas mulheres de meios populares, eles enfatizam que os cuidadores devem interessar-se pelo assunto, para integrar saberes populares e científicos.

Dessa forma, os comportamentos relacionados ao autocuidado estão fortemente impregnados por representações que precisam ser compreendidas por toda a equipe de saúde. Identificar as representações sociais sobre o processo saúde-doença possibilita conhecer o modo

como essas mulheres recriam os conhecimentos científicos, difundidos nos meios de comunicação de massa, conjugando-os com o saber popular, o que lhes permite apropriarem-se da experiência do adoecer e do tratamento. (PERES et al., 2008, p. 7).

Essas reflexões configuram o lugar que a Terapia Comunitária Integrativa poderia ocupar nos programas de Educação Terapêutica, como espaço de acolhimento do sofrimento e de compartilhamento das experiências de vida entre pacientes, cuidadores e famílias e também como espaço de encontro, de *integração* entre saber popular e conhecimento científico. O desejo de ver o paciente assumir uma posição ativa, participativa, corresponde à ética, aos objetivos e aos resultados da TCI. O encontro entre esses dois domínios, pesquisa e ação, seria, certamente, muito proveitoso.

**O exemplo do alcoolismo** é interessante devido à longa história de participação ativa dos pacientes, principalmente com o surgimento das associações de autoajuda já nos anos 1930 com os alcoólicos anônimos.

A Clínica Saint-Barnabé, em Marselha (Fr), apresenta uma experiência original, associando Educação Terapêutica e Terapia Comunitária Integrativa. Desde 1997, essa clínica oferece aos pacientes alcoólicos, hospitalizados em tempo integral, um programa estruturado de Educação Terapêutica, psicoterapia e relaxamento.

Em 2005, estabelecemos um grupo de Terapia Comunitária mensal para os doentes, as famílias e as associações de ajuda mútua, denominado *Renouer le Dialogue [Retomar o Diálogo]*. Desde 2008, um grupo semanal, o Grand Groupe, reúne os pacientes hospitalizados e os profissionais do centro.

O programa de Educação Terapêutica objetiva informar os pacientes sobre os riscos somáticos e permitir-lhes compreender a experiência da dependência, conhecer o mecanismo psicológico dessa dependência e a necessidade de abstinência que daí decorre, recon-

quistar a estima de si mesmo, recuperar a confiança em suas competências, preparar-se para as recaídas, saber reagir diante de uma retomada do consumo e preparar-se para uma vida sem álcool.

Ao fim do programa, a maioria dos doentes é capaz de cuidar-se. Contudo, alguns demonstravam dificuldades em apropriar-se dos conhecimentos científicos ou se exprimir no trabalho com os psicólogos. Outros pareciam fechados em conflitos insolúveis com a família.

Então, a introdução das Rodas de TCI permitiu-nos *abrir um espaço de diálogo sem conflitos entre pacientes e suas famílias*. Na Roda, os participantes podem falar de sua experiência de pai, de filho, de mãe, de irmão, de doente, etc. A palavra circula, a emoção é compartilhada e o diálogo é retomado. Os doentes mais antigos alimentam a esperança com a narrativa de suas vitórias. Em lugar de preconceitos já firmemente estruturados sobre o alcoolismo, surgem representações mais abertas. O sofrimento das famílias encontra um acolhimento que lhes permite melhor aceitar a doença e ver seu familiar como uma pessoa que sofre e faz esforços para se livrar da doença e não como uma pessoa má, culpada, sem força de vontade, etc. De sua parte, os doentes podem perceber seus familiares como inquietos, preocupados em ajudá-los, assustados com a doença e não mais como perseguidores, como pessoas que os tratam como crianças, etc. Algumas famílias desenvolvem relações amigáveis, criando laços de ajuda mútua e do apoio duráveis. O laço com as associações de ajuda mútua se faz naturalmente.

O grupo semanal paciente/pessoal (cuidadores e não cuidadores, estudantes), denominado “Le Grand Groupe” (A grande roda), provocou efeitos profundos em toda a vida da instituição, modificando as relações entre as pessoas, bem como o estilo de trabalho em todos os domínios.

Nas *relações humanas*: “Por trás da vassoura, existe um coração”, mas também: “compreendo melhor o que eles vivem”, “eu não via os

alcoólicos desse jeito”. Há mais solidariedade entre pacientes, menos exclusão e agressividade. O sofrimento institucional é aliviado, o que se traduz numa diminuição significativa de abandonos do tratamento (HUGON, 2010).

Na *Educação Terapêutica*: reconhecer as competências dos pacientes aumenta sua autoestima e sua confiança em si e, também, seu interesse pelo conteúdo dos ensinamentos e sua confiança nesses ensinamentos. Os profissionais aplicam uma pedagogia cada vez mais *horizontal*, participativa, demonstram mais curiosidade pela experiência dos pacientes. A formação interna na pedagogia da ETP tomou, muito naturalmente, uma forma próxima à das intervenções em TCI, integrando os membros de associações de autoajuda, os enfermeiros e os médicos numa reflexão comum, valorizando as experiências de cada um.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem numerosos pontos de convergência entre o projeto da Educação Terapêutica e a Terapia Comunitária Integrativa. Ao longo deste trabalho, encontramos, em cada parágrafo, palavras e conceitos comuns, linhas de convergência possíveis: competências dos doentes e das famílias, *empowerment*, autonomia, democracia na saúde, sofrimento, situação de crise, resiliência, partilha dos saberes. Pudemos sentir a força das opções pedagógicas de Paulo Freire.

A Terapia Comunitária age sobre os determinantes sociais da saúde, que são o estresse, as dependências e o apoio social (BARRETO, 2008). Estimula a autoestima e permite a integração dos saberes universitário e popular. Constitui um espaço privilegiado para acolher o sofrimento e para favorecer a resiliência. Permite passar de um modelo vertical a um modelo horizontal coparticipativo.

Todas essas características parecem fazer da TCI um instrumento de primeira classe para manter e vitalizar os programas que visam a

aumentar as competências dos doentes e das famílias na gestão de doenças crônicas, oferecendo, além da transferência de informações técnicas, um espaço de reflexão sobre os problemas que uma doença impõe aos pacientes, às suas famílias e às comunidades, e sobre as soluções e experiências de vida numa comunidade horizontal. A roda de Terapia Comunitária Integrativa é um espaço onde se vive concretamente a democracia na saúde. Ela permite a integração do saber popular, nascido da cultura e das experiências da vida, e do saber médico. Parece responder, naturalmente, aos objetivos apregoados pela Educação Terapêutica.

Para além de toda essa convergência, ela permite, a nosso ver, resolver a contradição profunda que perpassa essa disciplina. Os objetivos normativos da biomedicina e a concepção holística da saúde subjacente ao projeto da ETP estão em permanente tensão nos textos de referência, bem como nas experiências concretas. Quando o cuidador pode também aprender com aquele que é cuidado supõe um questionamento das representações e da cultura dos cuidadores. As rodas da TCI dão-lhe ocasião de tomar consciência das competências e da importância dos fatores de resiliência dos pacientes, das famílias, das comunidades. O cuidador passa a ter mais confiança nas competências do outro. Abrindo-se às competências do outro, pode enriquecer sua experiência. O mesmo movimento de abertura permite às pessoas doentes abrirem-se aos conhecimentos científicos dos quais podem apropriar-se como elementos de uma cultura, enfim, tornada comum. “Nas sessões de informação, é a experiência da TCI que me permite confiar no Grupo”: diz o Dr. Dick Pützschel, Terapeuta Comunitário em formação da Clínica Saint Barnabé.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

CAMIRAND J., SERMET C., DUMITRU V., GUILLAUME S. La Santé perçue des 55 ans e plus em France et au Québec: différences et similitudes. **Questions d'économie de la Santé**, n.142, 2009.

DESCHAMPS, J. P. **Une relecture de la charte d' Ottawa**. Santé Publique, v. 15, n. 3, 2003.

EYMARD, C. **Modèles et démarches d'éducation thérapeutique: place des TIC dans les dispositifs: Colloque de FORMA TIC Santé**. Nimes. TIC et éducation por la santé, information et éducation thérapeutique: quelle valeur ajoutée? 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GOVERNO DE PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. **Circular Normativa: educação terapêutica na diabetes mellitus**, n. 14, 2000.

HUGON, N. **Community therapy as a mean to help alcoholic patients and their families to resume dialog in a specialized nursing house for alcoholic inpatients: International Conference: Working with marginalized families and communities: profisssonals in the trenches**. Oaxaca, 2006.

HUGON, N. **La thérapie communautaire** : une technique d'animation des groupes favorisant l'implication des patients addictifs dans le processus de changement. Paris, La Villette. Atelier, n. 32, 2010.

ILLICH, I. **Nemésis médicale**. Seuil,1975.

KLEINMANN, K. Concepts and a model for the comparison of medical systems. **Social Science and Medicine**, vol. 12, n. 26, 1978.

LACROIX, A. Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique? **Santé Publique**, n. 19, 2007.

MASQUELET, A.C. Corps et pratiques de santé. **Bulletin d'Éducation du Patient**, vol. 19 Hors série, p. 21-23. Colloque: Éducation thérapeutique du patient: vers une citoyenneté de santé – UNESCO, Paris: 1999.

MIYAR OTERO, L., ZANETTI M.L., OGRIZIO M.D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, vol.16, n. 2, 2008. [www.eerp.usp.br/riac](http://www.eerp.usp.br/riac)

OMS-EUROPE. Rapport: **Therapeutic patient education** – Continuing education

programs for health care providers in the field of chronic disease, 1996.

OMS. **Charte d'Otawa**, 1986.

OMS-EUROPE. **Rapport sur l'éducation thérapeutique du patient**, 1998.

PAUL, P. **La santé comme authenticité**. Colloque: Pratiques soignantes, éthique et sociétés. <http://agora-2org/colloque/pses2005.nsf/> Conferences. Acesso em 21 abril, 2011.

\_\_\_\_\_. **A dimensão ética na educação para a saúde**. Saúde e Sociedade v.14, n.1. 2005.

PÉRES, D.S., FRANCO, L.J., SANTOS, M.A., ZANETTI, M.L. **Representações sociais mulheres diabéticas de camadas populares**

**em relação ao processo saúde-doença.** Rev. Latino-am Enfermagem. Vol. 16, n. 3, 2008. [www.eerp.usp.br/riae](http://www.eerp.usp.br/riae). Acesso em 11, maio 2011.

PÉRES, D.S., ZANETTI M.L., OGRIZIO M.D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença antes e depois da implementação de um programa educação em diabetes. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, vol. 16, n. 2, 2008. [www.eerp.usp.br/riae](http://www.eerp.usp.br/riae). Acesso em 14 abril 2011.

PÉRES, D.S., SANTOS M.A., ZANETTI M.L., FERRONATO A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, vol. 15, n. 6, 2007.

SANTOS, E.C.B.ZANETTI M.L., MIYAR OTERO L., SANTOS M.A. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, vol. 13, n.3, 2005.

SAOUT, C. et al. **Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient.** Synthèse et recommandations. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000578>. Acesso em 23 abril 2011.

SPIRE, A. , SIRI M. . **Cancer: le malade est une personne.** Paris, Odile Jacob: 2010.

SHIELDS, M., SHOOSTARI S. Determinants of selfperceived health. **Healt Rep.** vol. 13, n. 1. 2002.



# *A Terapia Breve Centrada na Solução e a Terapia Comunitária Integrativa*

*Jean-Pierre Boyer*

## **INTRODUÇÃO**

Praticando, regularmente, há mais de quinze anos, a Terapia Centrada na Solução e animando toda semana sessões de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), tenho que deixar registrada a grande proximidade de espírito, de ética e do tipo de relação que existe entre esses dois instrumentos de mudança e de evolução pessoal. Para mim, são duas maneiras diferentes de se criar relações que beneficiam a mudança, com uma mesma concepção do ser humano e dos relacionamentos, realizando o mesmo tipo de ruptura epistemológica.

## **A TERAPIA BREVE CENTRADA NA SOLUÇÃO (TBCS)**

A Terapia Breve Centrada na Solução (TBCS) faz parte de uma corrente histórica das terapias estratégicas. É particularmente utilizada tanto em terapia familiar quanto na abordagem individual.

As terapias solucionistas surgiram nos anos 80, representadas pelos terapeutas Bill O'Hanlon, Yvonne Dolan e pelo Instituto de Terapia Breve de Milwaukee através da criação conjunta de Steve De Shazer e sua esposa Insoo Kimberg (KIMBERG, 2000).

Essa corrente situa-se claramente na linha da obra de Milton Erickson (1901-1980), caracterizada por sua habilidade em encontrar soluções específicas para cada caso. Esse psiquiatra e psicólogo de-

sempenhou um papel importante na renovação da hipnose clínica e terapêutica. Sua abordagem inovadora em psicoterapia repousa na convicção de que o paciente possui em si mesmo os recursos para responder de maneira apropriada às situações que encontra. Trata-se, conseqüentemente, de utilizar suas competências e suas possibilidades de adaptação pessoal.

As abordagens solucionistas, como a de Milton Erickson, são nitidamente caracterizadas pelo seu questionamento em relação às teorias, por seu interesse pelo presente, pela orientação para o futuro e a utilização de recursos, pela relação colaborativa; e, finalmente, pela busca constante de soluções, cuja construção, *pelo, e com o cliente*, repousa no reconhecimento de sua capacidade de ter uma vida melhor e constatar as diferenças observadas ao longo de sua vida.

**Essas abordagens representam uma ruptura epistemológica e prática.** Enfatiza-se o que funciona, e que é notável pelas exceções, pelos períodos de melhoras, por tudo o que constitui diferenças na vivência do problema, que salienta os meios que poderão ser utilizados para construir uma “solução”, uma maneira de viver mais satisfatória. As modalidades relacionais foram se aperfeiçoando com o tempo, apoiando-se nas pesquisas realizadas sobre os elementos que interferem no sucesso das diferentes abordagens terapêuticas. Dois elementos têm, particularmente, chamado a atenção dos pesquisadores: 40% dos fatores explicativos da mudança têm a ver com o cliente (ou paciente), o que de fato o coloca no papel de fator principal de mudança; e, 30% são ligados aos fatores relacionais, evidenciando a importância da aliança terapêutica quanto aos objetivos e meios e, portanto, ao processo participativo.

Ao nível filosófico, as abordagens solucionistas se fundam nos trabalhos de Wittgenstein (WITTGENSTEIN, 1993) e de Jacques Derrida (DERRIDA, 1967) sobre o desconstrutivismo e a pós-modernidade.

Parece-nos importante realçar a proximidade e as diferenças que existem entre as duas abordagens humanistas de ajuda à mudança, que são a Terapia Comunitária Integrativa e as Terapias Baseadas na Solução. Este trabalho é oportuno porque é capaz de promover um enriquecimento mútuo, reforçando o espírito comum que as anima e, por meio de suas diferenças, proporcionar possibilidades de evolução.

A TCI nasceu de forma empírica, no Brasil, em Fortaleza, por iniciativa de Adalberto Barreto, respondendo de maneira pragmática a um desafio: ajudar uma comunidade a revelar seus recursos a partir de suas próprias forças e superar ou aliviar suas dificuldades, pelo compartilhamento de experiências e soluções. A Terapia Centrada na Solução, por sua vez, nasceu nos EUA, pela iniciativa de outro médico, que, também de maneira pragmática, enfrentou o desafio que a vida lhe impunha, de se recuperar, com seus meios próprios após um ataque muito severo de poliomielite, que o prendeu a uma cadeira de rodas aos 17 anos, conservando apenas a mobilidade dos movimentos oculares, o que fez dele a figura emblemática do “curandeiro aleijado”.

Nas duas situações pode-se notar um primeiro valor comum: valer-se das próprias forças e da fé na capacidade interior de um ser ou de uma comunidade viva. Esse valor inicial implica outros valores, intimamente ligados: a relação coparticipativa ou colaborativa. Essa fé no ser humano se traduz em uma postura particular do terapeuta a serviço do cliente (indivíduo, família ou comunidade), apelando para os recursos dos participantes, numa relação horizontal, oposta à posição vertical, dominadora e infantilizadora do especialista, clássico salvador da humanidade, concentradora do poder e do saber sobre o outro. Em um e outro caso, a orientação dos intercâmbios dirige-se para a solução e a construção desta a partir da experiência vivenciada e da comparação das experiências, sejam próprias ou alheias, com toda a riqueza trazida por suas diferenças, suas nuances. Com efeito,

as duas abordagens apoiam-se na evocação das experiências, ou seja, no conjunto dos elementos que participam de um momento vivencial, os diferentes modos de expressão simbólica do estado dinâmico do sujeito, que não se limita apenas ao pensamento, como também associa a sensação, a emoção, o comportamento. O fato de levar em consideração esse conjunto favorece a tomada de consciência e, por isso mesmo, a possibilidade de mudança. A valorização das diferenças das experiências entre pessoas, ou de uma mesma pessoa, em momentos diferentes no tempo, oferece, pelas diferenças que evidencia, um espaço de reflexão propício à emergência de sentido e de valor e, assim, de possível evolução.

## **PRINCÍPIOS E VALORES DA TERAPIA CENTRADA NA SOLUÇÃO**

Os elementos acima enunciados serão esclarecidos e ganharão “consistência” à luz da exposição das regras, princípios e valores que fundamentam a abordagem da Terapia Centrada na Solução. Lembremos que não existe modelo teórico da prática solucionista. Ela se opõe ao saber instituído, aos modelos teóricos universitários, para se fundar no saber adquirido pela experiência, valorizando a busca da solução sob medida, ou seja, própria da pessoa e não da norma. A seguir cita-se a essência dos princípios básicos da terapia centrada na solução.

- a) Três axiomas organizam a relação terapêutica de um modo explicitamente cooperativo:
  1. Não é preciso tentar consertar aquilo que o cliente (ou paciente) não ache defeituoso;
  2. Se uma coisa funcionar (for eficaz), continuar e repetir;
  3. Se não funciona, parar e procurar outra coisa.

- b) Os meios utilizados pelo terapeuta são, fundamentalmente, as **exceções** (as diferenças que fazem a **diferença**), as **escalas**, que permitem avaliar concretamente as diferenças (o que, por exemplo, resulta melhor) e, enfim, as **tarefas**, que podem ser propostas para o intervalo entre os encontros. Elogiar, apoiar e valorizar o que o cliente realiza vira regra na postura do terapeuta. A questão recorrente – e que se direciona no sentido da solução, tornando mais preciso seu caminho e sua direção – são as perguntas **“O que está ficando melhor ?”** e **“O que poderia ser diferente e interessante durante a semana que vem?”**, supondo-se que a sessão presente tenha servido para alguma coisa. Essas duas perguntas permitem colocar em evidência como, e com que resultados, o desejo de mudança da pessoa se manifesta, sem apelar para o “eu encapsulado”, à inteligência lógica que, muitas vezes, se embaraça com as perguntas “O que você quer? Aonde você quer chegar ?”
- c) A roteiro do Milagre exprime a essência do espírito das Terapias Centradas na Solução ou Terapias Solucionistas. Após um trabalho preparatório que favoreça a instalação de um estado de consciência próprio para a divagação (transe conversacional), convida-se a pessoa a supor que, voltando para casa, ela realize todas as tarefas quotidianas do costume: atividade, hábitos rituais de preparação das refeições, higiene, troca de roupa, cama e sono. Só que durante o sono se produz um milagre que trata, cura, conserta e soluciona todas as dificuldades, inclusive aquelas nas quais a pessoa não pensou e que não constituem o objeto da consulta. Porém, como esse milagre se produziu durante o sono, a pessoa ignora, até despertar, a realidade do acontecimento. Então pergunta-se-lhe (ou lhes, tratando-se de um casal ou de uma família) quais são os detalhes ou elementos que lhe(s) permitem tomar consciência e reconhecer que um milagre realmente aconteceu. O trabalho

do terapeuta consiste, em seguir, em acompanhar a pessoa nas descobertas que ela realiza e que consiste em rever o quadro, a cena de teatro, o roteiro da “solução”, quer dizer, do modo de viver que lhe convém, de acordo com ela mesma.

Tomemos um exemplo para entender melhor a qualidade e a natureza das mudanças dentro da relação terapêutica.

- a) Geneviève é uma jovem de 35 anos, integrante de um grupo de formação que animo todo mês, que me foi encaminhada por seu amigo. Logo que se acomoda na sala, pergunto o que ela pôde notar de diferente, desde que me telefonou para marcar o encontro. Às vezes eu explico: o que houve de melhor, não necessariamente de mais agradável, mas de melhor, numa direção que pareça favorável. Acrescento, com uma ponta de humor um tanto desconcertante, “como seu amigo já deve lhe ter dito, tenho alguns talentos de mágico e o simples som da minha voz no telefone já provoca melhoras”. Essa intervenção me permite lhe precisar, a seguir, com mais seriedade, que, o que me interessa é o fato de ela, ao tomar a iniciativa de marcar o encontro, ter tomado um caminho de mudança e que seu desejo de melhora comece a se manifestar, e que é importante saber o que está em andamento e em que direção, e que é importante para mim saber onde ela se situa. Após alguns instantes de silêncio, ela me diz que para ela continua tudo na mesma e que ainda é pior, pois ela teve uma discussão com seu companheiro. “Eu entrei na raiva e foi ruim”. Eu lhe digo que é essa justamente a resposta à minha pergunta, sobre o que houve de melhor, de diferente. E, então, pergunto-lhe o que houve de interessante no que aconteceu entre seu telefonema e nosso encontro. “Tenho varrido menos as coisas para baixo do tapete, tenho parado de fugir e de olhar para o chão, tenho sido menos covarde que de costume.” Peço-lhe para reformular sua frase de modo afirmativo e não negativo: “Menos covarde,

varrer menos as coisas para baixo do tapete, parar de fugir. De que maneira significa “mais”? Ou, começar o quê de diferente?”. “Tenho enfim enfrentado as dificuldades, estou sendo mais eu mesma, mais autêntica”. Pergunto, então, o que essa iniciativa de ser mais autêntica trouxe como diferença no seu modo de ser e em suas relações consigo mesma e com os outros. Ela responde de modo afirmativo: “Tenho podido olhar o meu companheiro nos olhos, vê-lo de forma diferente da habitual, mesmo que ele não ficasse contente, eu o tenho visto como um ser humano, não apenas como um grande egoísta, e depois eu tenho me sentido mais viva, com um calor no rosto e na barriga”. Ela me relata a seguir que tem conseguido conversar com seus filhos e acertar algumas coisas relativas aos estudos e aos fins de semana na casa do pai. Pergunto-lhe a seguir, supondo-se que esta entrevista fosse útil, que diferenças, que pequenos detalhes ela traria na semana seguinte. Após uma reflexão, ela anuncia, para minha grande surpresa: “Telefonar para o pai de meus filhos para falarmos sobre o que se passa com eles e como podemos fazer para melhorar a guarda compartilhada”.

- b) Até então, Geneviève nem sempre me falava de seu – ou seus – problema(s), mesmo que, nas suas formulações na forma negativa, ela tivesse se referido àquilo que não lhe agradava em seus hábitos anteriores (menos covarde, parar de fugir...). Sempre felicitando-a por aquilo que ela conseguiu fazer, pergunto-lhe como ela se vê dizendo aquilo que tem no coração. “Eu me lembrei, assistindo a um filme que se passava em um colégio, que, na adolescência, eu não tinha medo de falar e de dizer, até aos professores e aos diretores, aquilo que não me agradava e, para mim, eu me lembro disso como um período realmente feliz, eu estava bem comigo mesma”. Parabenizo-a mais uma vez de forma calorosa e convido-a a continuar como ela tem feito e a pensar nessa jovem garota, que continua viva nela e que precisa se expressar livremente.

- c) A segunda sessão começa como a primeira e peço que ela relembre o que melhorou. Ela me conta que muita coisa mudou: que o companheiro dela pôe a mão na massa em casa – ele, que se comportava até então como um adolescente irresponsável e dependente; que ela ligou para o pai dos filhos dela e que eles marcaram um encontro para conversar em particular sobre os problemas do filho de seis anos, que ainda faz xixi na cama e que gostaria, assim como ela, que isso mudasse. Fico sabendo que seu filho Igor veio com ela e está aguardando na sala de espera. Pergunto se ela quer que ele venha ficar conosco. Muito feliz com a sugestão, ela o manda entrar no consultório. Aproveito a presença dele para perguntar-lhe o que acha do que está acontecendo na vida da família e o que lhe parece estar melhor ou diferente. Ele confirma que a mãe está mais animada, mais contente, e que, na véspera, ela tinha feito crepes e que eles brincaram em família de cavalinho, algo que não acontecia há mais de um ano.
- d) Parabenizo a ambos e, nessa ocasião, pergunto ao Igor o que ele tinha feito para que aquilo acontecesse. “Ajudei minha irmã a descer com o lixo e lavei a louça com o Bertrand (companheiro da mãe)”. Animado com esse intercâmbio, sugiro-lhes que, se interessar, estou disposto para ajudá-los a construir o roteiro e a concretização de sua solução para ter uma vida familiar agradável. Entretanto, explico que é um trabalho muito difícil e que dá muito a pensar ao cérebro. “Estão prontos a se engajarem nesse trabalho?”
- e) E eis-nos embarcados na questão do milagre (acima evocada). Após seu relato, tomando todo o tempo necessário: “Suponhamos que vocês voltem para casa e que façam tudo como de costume: façam os deveres, assistam à televisão, comam, lavem a louça, troquem de roupa, tomem banho, escovem os dentes e depois se deitem; e que, enquanto vocês começam

tranquilamente a dormir, aconteça um milagre que ajeite e resolva todos os problemas, até aqueles em que vocês não pensaram, mas que, como esse milagre se produz enquanto vocês dormem, à revelia de vocês, quando vocês acordam, não sabem que ele aconteceu. Então, eu queria que vocês me dissessem, um e o outro, em quê, em que detalhes, vocês se dão conta de que o milagre aconteceu, quais são as diferenças que permitem vocês afirmarem: “Sim, realmente aconteceu um milagre!”. Após um longo momento de concentração, Geneviève começa : “Abro os olhos e me sinto alegre, abraço meu companheiro e vou acordar as crianças. Igor acorda e me olha nos olhos com um grande sorriso, a cama dele está seca e ele vem tomar café da manhã conosco.” Pergunto-lhe o que ela sente vendo seu filho assim. “Não sinto mais apreensão, me sinto calma”. “Como isso se manifesta e como as outras pessoas percebem que você está calma?”. “Porque eu não me apresso ao tomar o café, eu preparo pão com manteiga para eles e também deixo eles à vontade”. “Em que vocês mais se dão conta de que o milagre aconteceu?” “Eu dou um beijo na minha irmã e no Bertrand”, prossegue Igor. “E como eles reagem?”. “Eles me abraçam também e sorriem para mim, estão felizes, e o Bertrand me conta uma piada”. O diálogo prossegue com a descrição dos mínimos detalhes da cena; poderíamos dizer que quase como em um quadro, minuciosamente pintado, com as atitudes, comportamentos, sensações, emoções que cada um descreve, ao mesmo tempo que expressa suas expectativas sob a forma de satisfação de suas necessidades. Outros momentos do dia são objeto de descrição dos papéis, dos textos e gestos que cada ator passa a descrever como a postura adequada para si mesmo, correspondente à realização da solução descrita como dia do milagre. Cada enunciado de elemento identificado como revelador de que a

mudança (milagre) aconteceu torna-se objeto de aprofundamento sobre as diferenças físicas, emocionais, comportamentais e relacionais que dela decorrem. Por exemplo, Geneviève refere em certo momento que ela se sente mais confiante em relação a Igor: “O fato de recuperar a confiança faz com que eu me sinta mais relaxada, mais livre”. “E então, isso leva você a fazer o quê de diferente?”. “Pego o telefone e ligo para uma de minhas melhores amigas para lhe sugerir voltarmos para os cursos de dança que a gente parou há dois anos” .

- f) A seguir, recapitulados todos os detalhes que compõem o dia, é proposta uma prescrição: que cada um escolha ou sorteie os dias da próxima sessão nos quais se comportará, como se o milagre tivesse acontecido, não havendo essa obrigação para os outros dias. Por outro lado, cada um é convidado a observar o que se passa e a adivinhar quais são os dias escolhidos pelos outros como dias milagrosos, a tomar nota e a comentar com todo mundo no final da semana. Os resultados têm sido, como ocorre frequentemente quando o desejo de mudança está mesmo presente e é compartilhado, de fato impressionantes e muito satisfatórios, indo além do que se podia imaginar. Só mais tarde é que fiquei sabendo pelo amigo que me encaminhou Geneviève que, antes das consultas, ela tinha passado semanas muito deprimida, agressiva, com insônia e com problemas na alimentação; ela nem se sentava mais à mesa com os outros membros da família, o que aumenta a importância do lanche de crepes e do farto café da manhã em família.
- g) Uma exposição sucinta de um breve exemplo, mas relativamente completa da metodologia da Terapia Centrada na Solução, permite perceber melhor os diferentes pontos comuns, similares ou familiares às duas modalidades de auxílio à mudança neste capítulo discutida.

A primeira lei: não querer consertar aquilo que o cliente (ou paciente) não ache defeituoso encontra sua correspondência na Terapia Comunitária Integrativa, nas regras enunciadas no início da roda, usar “eu” para falar de sua própria experiência, sem julgamento, conselho, generalização... o que visa a proteger a fala de cada um das projeções, da vontade de ajudar o outro a mudar, daí a consertar aquilo que parece errado para nós e que, raramente, ou mesmo nunca, corresponde àquilo de que se ressentem o interessado, devido à sua radical singularidade, sua diferença.

A segunda: se funcionar, ou aquilo que funcionar – continuar e repetir mais vezes, buscando valorizar os recursos, os êxitos, as formas de agir que funcionam ou têm funcionado em cada um.

A terceira: se não funcionar – interromper, fazer de outra forma, ou seja, deixar de fazer muito ou pouco aquilo que não funciona. Esse princípio busca chamar atenção para a questão da maleabilidade de nossas capacidades para além de nossa lógica racional – reconhecer que somos diferentes das outras pessoas e que não somos iguais ao que éramos antes, e que a verdade ou modelo que funciona em um dado momento deve ser substituído por outro. Trocar de sapatos ou de óculos quando não nos servem mais, mesmo quando somos muito ligados afetivamente a eles... Como é o caso muitas vezes com os velhos hábitos arraigados de nossa história.

h) De resto, cada um poderá também deixar ressoar em si mesmo os ecos da diferença de dispositivos, de funções, de estatuto, em suma, de experiência para perceber a riqueza que, para mim, parece uma posição ética muito próxima e uma prática diferenciada. A proposta de engajamento participativo, cooperativo, da posição de humildade do terapeuta, não como autor das mudanças, mas como auxiliar e acompanhante da criação de um modo de vida próprio da pessoa, me parecem aspectos relevantes sobre os quais penso ser útil se fixar. Para falar de

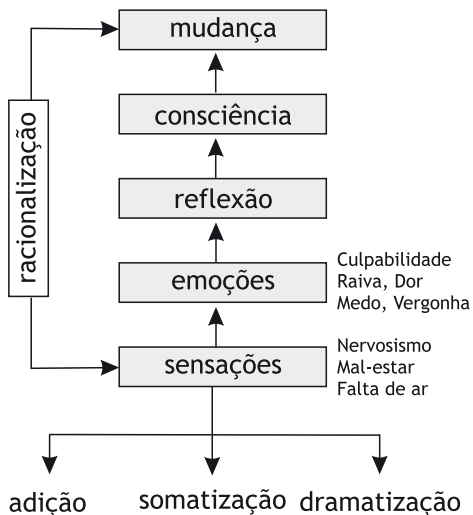
forma resumida, o quadro da mudança de visão, apresentado em *A Terapia comunitária passo a passo*, de Adalberto Barreto (2008), poderia muito bem se adequar a um livro que descrevesse a Terapia Centrada na Solução:

### Mudança de visão

DE	PARA
Salvador da humanidade	Soluções participativas
Carências/deficiências	Competências/potencial
Unicidade/centrado em um só	Comunitário
Concentração da informação	Circulação da informação
O outro é um objeto passivo	O outro é um parceiro ativo
A solução vem de fora	A solução vem da família
Construir dependência	Suscitar a corresponsabilidade
Desconfiança do outro	Fé nas capacidades do outro
Clientelismo	Cidadania

Quadro apresentado no livro *Terapia Comunitária passo a passo* (BARRETO, 2008).

Na mesma obra, o esquema descritivo do caminho de integração necessário para atingir a mudança corresponde plenamente à postura solucionista que, por exemplo, na questão do “milagre” trabalha na integração dos diferentes níveis (sensação, emoções, pensamentos, reflexão, relações). Ver esquema ao lado.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia Breve Centrada na Solução e a Terapia Comunitária Integrativa apresentam inúmeros pontos em comum e, também, espírito e valores comuns. Elas se fundam nas experiências vividas, valorizando toda diferença como exceção, abrindo caminho para a mudança e a reflexão. Essas duas abordagens acreditam nos recursos e nas capacidades dos usuários, o seu desenvolvimento é orientado para as soluções e valorizam a variedade das estratégias. Não utilizam apenas a inteligência lógica, mas também se apoiam na inteligência sensível, nas ressonâncias, no saber da experiência e nas capacidades criativas do inconsciente, favorecidas pelo estado de transe conversacional. Na TCI este transe se instala progressivamente ao longo das etapas metodológicas graças às regras que protegem a fala de cada um, as dinâmicas e, sobretudo, aquilo que ecoa em cada um a partir da experiência do outro. O transe conversacional é parte integrante do dispositivo habitual das terapias orientadas para a solução.

Finalmente, nossa experiência no Departamento de Adictologia mostra que a prática da terapia comunitária com os grupos, conjuntamente à abordagem solucionista no trabalho individual ou com as famílias, oferece uma proposta de referência terapêutica coerente no que diz respeito à ética, caracterizada pelo modelo coparticipativo.<sup>1</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

\_\_\_\_\_. **Thérapie communautaire pas à pas**. AETCI-A4V, 2010.

---

1 Para os interessados, ler, particularmente, os livros de Steve De Shazer, Insoo Kimberg, sobretudo o notável livro de Scott Miller “*O cliente, herói da terapia. Prática da terapia orientada pelo cliente e guiada pelos resultados*” (Ver bibliografia indicada).

BARRETO, A.; BOYER, J.P. **L'indien qui est en moi: l'itinéraire d'un psychiatre brésilien.** Paris: Descartes et Cie, 1996, Grenoble : AETCI4V 2006,2010

BARRETO, A. RIVALTA, M. **A trajetória vocacional do terapeuta comunitário: um novo olhar social** – FAFIRE – PE / PUC/ RS, 2010.

ERICKSON, H. ; ROSSI, L. **L'intégrale des articles de Milton H. Erickson.** Tome 4 : Innovations en hypnothérapie, New York, Irvington, 1980.

HALEY, J. **Un thérapeute hors du commun:** Milton H. Erickson. Paris: Desclée de Brouwer, 1973.

BARRY, L.; SCOTT, M. **Le client, héros de la thérapie.** Satas, 2003.

DERRIDA, J. **L'écriture et la différence.** Paris: Seuil, 1967.

DE SHAZER, S. **Clés et solutions en thérapie brève.** Bruxelles: Satas, 1985.

\_\_\_\_\_. **Différence.** Changement et thérapie brève. Bruxelles: Satas, 1996.

\_\_\_\_\_. **Clés et solutions en thérapie brève.** Bruxelles : Satas, 1999

\_\_\_\_\_. **Au delà des miracles :** Un état des lieux de la thérapie brève solutionniste, Bruxelles : Satas, 2007

KIM BERG, I ; DOLAN, Y. **Récits de solutions.** Edisem, 2000.

O'HANLON, B. ; MARTIN, M. **L'hypnose solution orientée:** Une approche ericksonienne de la guérison intérieure. New York : Norton : 1992.

O'HANLON, B. **Ne faire qu'une seule chose de différent** : Dix façons simples de changer votre vie. William Morrow and Company, 1999 – livre de poche, Quill, 2000.

WITTGENSTEIN, L. **Tractatus logico-philosophicus**, Paris: Gallimard, NRF, 1993.

## BIBLIOGRAFIA INDICADA

DE SHAZER, S. Clés et solutions en thérapie brève. Satas, 1985.

\_\_\_\_\_. **Explorer les solutions en thérapie brève**. Satas, 1988.

\_\_\_\_\_. **Différence. Changement et thérapie brève**. Satas, 1991.

\_\_\_\_\_. **Les mots étaient à l'origine magiques**. Satas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Différence: Changement et thérapie brève**. Satas, 1996.

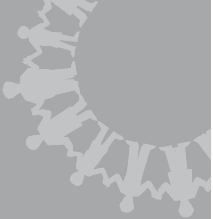
\_\_\_\_\_. **Les mots étaient à l'origine magiques**. Satas, 1997.

\_\_\_\_\_. **Clés et solutions em thérapie brève**. Satas, 1999.

\_\_\_\_\_. ; MILLER, G. La construction des émotions: Le langage des sentiments dans les thérapies brèves centrées sur la solution des problèmes. **Revue Thérapie Familiale**, v. 21 , n. 3, p. 233-253, 2000.

\_\_\_\_\_. Avez-vous entendu la dernière à propos de...? La thérapie brève centrée sur la solution em tant que rumeur. **Revue Thérapie Familiale**, v. 22, p. 289-308, 2001.

\_\_\_\_\_. Au delà des miracles . Un état des lieux de la thérapie brève solucionniste, Satas, 2007.



# *A atitude de “não saber” desenvolvida pelo Brief Family Therapy Center e a TCI*

*Riccardo Rodari*

## **INTRODUÇÃO**

Da filosofia da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) pode-se deduzir uma ideia central: ninguém deve tomar posse de ninguém. Daí a importância capital das regras que recomendam não dar conselhos e não fazer interpretações. Para compreender a vivência do outro, para penetrar no seu mundo, é preciso impregnar-se da sua visão, das suas *teorias* sobre a realidade, do seu *mapa* de mundo. Quem interpreta e dá conselho está centrado nos próprios marcos de referência e quer, implicitamente, que o outro se submeta a eles.

Introduzir uma mudança nesta forma de atuar não é fácil, por várias razões. Primeiro, quem age desse jeito, geralmente, está animado das melhores intenções, quer ajudar e não tem consciência que está gerando uma postura de subordinação naquele que está tentando apoiar. Em segundo lugar, em nossa educação, as metodologias mais comuns e as crenças mais difundidas acerca da relação de ajuda nos levam *naturalmente* a querer *conduzir* o outro. E, por terminar, é difícil resistir ao desejo de oferecer uma solução que se considera eficaz ou uma interpretação brilhante, porque, quando estas são bem acolhidas pelo interlocutor, para o terapeuta são fontes de satisfação e de valoração de si mesmo.

Embora seja difícil, a mudança é necessária. Mas, como realizá-la? Sabemos o que não se deve fazer, mas isso não ajuda a encontrarmos

um jeito melhor de atuar. Quais são, nesse caso, as características positivas da postura desejada? Quais são as orientações, os conceitos, as ferramentas que permitem essa nova atitude? O que pode ajudar a superar os hábitos antigos? Existem múltiplas respostas, algumas encontramos na TCI e outras nas demais abordagens. Uma destas, que possui diversas propostas que podem ser utilizadas com muito proveito nas rodas de *TCI*, é a *Abordagem Centrada na Solução*<sup>1</sup>, desenvolvida pela equipe do Brief Family Therapy Center (BFTC) de Milwaukee, em particular por Steve De Shazer e Insoo Kim Berg.

Este capítulo esboça as propostas desta abordagem no que diz respeito ao desenvolvimento de uma atitude adequada dos terapeutas comunitários, em particular a *postura de não saber*<sup>2</sup> (BERG, 1998), que constitui um dos pilares da *Abordagem Centrada na Solução* e que requer o desenvolvimento de habilidades para ouvir atentamente o interlocutor, para acompanhá-lo sem tentar guiá-lo. Isto impõe ao terapeuta colocar de lado suas opiniões e seu marco de referência para mergulhar no mundo do cliente<sup>3</sup>, tentando explorar seus pontos de vista. Trata-se de substituir a vontade de dizer coisas (dar conselhos, explicar, interpretar) pela vontade de descobrir o universo do outro. Ao permitir tomar consciência da unicidade desse mundo, esta descoberta se torna prazerosa, o que evita sucumbir à tentação narcisista do conselho e da interpretação. Por outro lado, o *feedback* do cliente que, desse jeito, se sente verdadeiramente ouvido e ajudado, reforça ainda a motivação do terapeuta na *atitude de não saber*.

Para desenvolver as competências de base de uma atitude de não saber, Peter de Jong e Insoo Kim Berg (1998) formulam umas recomendações e alguns elementos metodológicos apresentados a seguir.

---

1 Prefiro usar esta denominação à de *terapia focada na solução* porque é mais abrangente, o que permite incluir as numerosas outras áreas de aplicação, além da terapia.

2 BERG, I. K. - DE JONG, P., 1998, 3° capítulo.

3 Todos os autores da *Abordagem Centrada na Solução* chamam a pessoa que recebe ajuda de *cliente*.

## O CLIENTE É O ESPECIALISTA DA PRÓPRIA VIDA

*A Abordagem Centrada na Solução e a Terapia Comunitária Integrativa* compartilham a convicção de que toda pessoa possui habilidades e recursos que lhe permitirão sobreviver e enfrentar a adversidade. Na construção de soluções, cada um pode contar com um potencial considerável em si mesmo e no seu contexto físico e social. A experiência dos terapeutas da *Abordagem Centrada na Solução* mostra que o marco de referência e as percepções do cliente têm um papel mais importante para melhorar suas condições de vida do que as competências científicas sobre os problemas e as soluções. Para considerar o cliente na posição de especialista da própria vida, o terapeuta deve se interessar pelos referenciais desse, tentando deixar de lado o seu. É essa a essência da *atitude de não saber* que requer o desenvolvimento de posturas relacionais inabituais, opostas àquelas nas quais fomos formados. Elas supõem:

uma curiosidade extensa e autêntica. Isto é, que as ações e atitudes do terapeuta manifestem a necessidade de saber mais sobre o que foi dito, ao invés de veicular opiniões e expectativas preconcebidas sobre o cliente, o problema ou o que deve mudar. O terapeuta se posiciona então de um jeito que lhe permite sempre estar em estado de ser informado pelo cliente. (ANDERSON; GOOLISHIAN, 1992, p. 29).

## ORIENTAR FICANDO UM PASSO ATRÁS<sup>4</sup>

O fato de o terapeuta ficar permanentemente um passo atrás do cliente o ajuda a ter iniciativas, permite assinalar simbolicamente que é ele, o cliente, o condutor do processo. Surge então um princípio geral de intervenção que permite trabalhar de forma que o cliente seja o *especialista* da própria situação, das próprias experiências e de seus

---

4 *Leading from one step behind* (esta expressão foi utilizada pela primeira vez por : Cantwell, P. & Holmes, S., S." (1994). Social construction: A paradigm shift for systemic therapy and training. The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 15, 17-26.).

significados. Isto não supõe que o terapeuta fique passivo à espera de que o cliente faça tudo. O terapeuta questiona o que o cliente diz, solicita detalhes e esclarecimentos. Desta forma, ele influencia o cliente, em particular, através de perguntas que lhe abrem novos horizontes. Porém, quem escolhe o norte e o compasso da conversa é sempre o cliente.

## **ESCUTAR ATENTAMENTE O QUE O CLIENTE DIZ**

Acolher o cliente sem ideias preconcebidas, sem *a priori*, era uma postura defendida por Milton Erickson (HALEY, 1985). Para escutar com seriedade, é preciso ser capaz de ouvir a história do outro sem fazê-la passar pelos filtros da nossa história, das nossas teorias e crenças. Geralmente, ao escutarmos o outro, reagimos ao que ouvimos com base no nosso sistema de referência, o que interfere com a escuta genuína do que está sendo dito. Além do mais, esta atitude leva, aos poucos, a imaginar soluções para o problema do cliente e à vontade de formular conselhos.

Para considerar seriamente as colocações do cliente, o terapeuta se interessa, em primeiro lugar, pelo mais difícil e mais importante para ele, pedindo-lhe para expressar suas prioridades. Depois, a atenção do terapeuta se orienta no desejo daquilo que o cliente vislumbra como mudança para sua vida.

O cliente avalia com frequência a escuta do terapeuta observando seu comportamento, em particular não verbal. Sem se dar conta, ele adverte detalhes mínimos de comportamento que lhe permitem se sentir escutado ou não, tais como, a tonalidade da voz em harmonia ou não com a sua, a forma de contato visual, as expressões do rosto e do corpo e sua adequação ao que está sendo dito. Ao mesmo tempo, é muito importante que o terapeuta esteja muito atento também às manifestações não verbais do cliente. Apesar da importância central

dos conteúdos da conversa, os aspectos não verbais são também importantes para a construção da relação entre o terapeuta e o cliente.

Às vezes discordamos dos termos usados pelos clientes e queremos corrigi-los porque não os achamos corretos ou nos parecem vagos demais. Ao fazermos isso, esquecemos que não estamos dando aula e que se trata de uma conversa de ajuda. Ao invés de corrigi-los é importante fazer o cliente desenvolver o sentido e a importância que têm as palavras e as expressões que ele usa, embora não sejam *corretos* do ponto de vista da gramática ou do dicionário. Ao retomarmos as suas palavras, lhe damos mais uma prova da qualidade da nossa escuta.

Da mesma forma, fazer uma síntese que reitera a essência daquilo que o cliente falou, sem julgamento e sem querer orientar a pessoa, convida-o a dizer mais coisas, mas pode também levá-lo a corrigir e a rever o seu ponto de vista. E, mais uma vez, pode permitir ao cliente se sentir realmente escutado.

Um uso adequado do silêncio também pode contribuir a esse sentimento de ser escutado. Nas sociedades ocidentais, o silêncio é geralmente vivido como algo constrangedor. Depois de um curto silêncio, as pessoas se sentem na obrigação de dizer algo. Muitos terapeutas funcionam da mesma maneira e tentam preencher os silêncios dizendo coisas. É uma boa aprendizagem adquirir um ritmo que valora o silêncio e deixa espaço disponível para a fala do outro. E não só à palavra, porque às vezes o silêncio pode ser um bom indicador de que uma questão está sendo útil porque mostra que a pessoa deve refletir antes de encontrar uma resposta e conseguir colocar em palavras. Nestes casos, é comum que o cliente diga que não sabe, às vezes levando o terapeuta a preencher o silêncio. Na verdade, frequentemente, “*eu não sei*” deve ser entendido como um “*eu não sei ainda*”. O fato de o terapeuta tomar a palavra pode traduzir a sua falta de confiança na capacidade do cliente em chegar ao final da sua pesquisa

interior. Mas se o terapeuta persistir no seu silêncio, pode levar o cliente a respostas que vão surpreender ele próprio.

## FAZER PERGUNTAS ÚTEIS

Para a *Abordagem Centrada na Solução*, a melhor maneira de ficar centrado no cliente é fazer perguntas. Além do mais, perguntar é agir e as perguntas são as sementes da mudança. É assim que as *técnicas de não saber* estão baseadas em boa parte sobre a arte de fazer perguntas *úteis*. As perguntas *úteis* não visam a recolher informação simplesmente, mas *criar informação através de um diálogo, onde o cliente e o indagador criam exploração e possibilidades* (KORMAN, 2004, p. 2). Estas ideias encaixam bem com a filosofia da TCI que também considera as perguntas como uma boa maneira de ajudar. Na TCI, todo mundo pode fazer perguntas, mas é o terapeuta quem dá início a essas, influenciando o jeito de fazê-las. Ele pode assim *contagiar* com uma postura particular que dispõe cada um à circularidade e à horizontalidade. Por isso é preciso que o terapeuta aprenda a formular perguntas *úteis*.

As perguntas *úteis* são aquelas que permitem descobrir recursos e competências na pessoa e no contexto. Para fazer isso, as perguntas devem ser resolutamente orientada para o que funciona, o que ajuda, o que faz avançar a pessoa. Se elas se interessam pelo que não funciona, aos problemas, às falhas e às deficiências, a consequência provável será o desenvolvimento de um sentimento de impotência e o desespero. As pessoas que têm problemas conhecem bem tudo o que não funciona para elas, o que as faz sofrer. As perguntas que exploram muito estes aspectos não fazem o cliente avançar, mas o bloqueiam, porque não trazem nada de novo e destacam o que provoca sofrimento. Nosso olhar amplifica os objetos nos quais se dirige. Estar de olhos focados no problema o aumenta e torna maior a impotência e o desespero. Estar de olhos postos nas competências e nos recursos

os faz ressaltar e amplifica o que funciona. Assim, as pessoas se reanimam e a esperança pode voltar.

Uma das situações que bloqueiam o cliente é a crença de que o único jeito de fazer as coisas mudarem é a mudança do outro. Desta maneira, ele se considera impotente porque não tem nenhum poder sobre a decisão de mudança da outra pessoa. É importante escutar com respeito e atenção essas representações do cliente, mas também é preciso buscar a saída do cliente da posição de impotência para outra onde ele possa reencontrar um pouco de poder. Por isso será preciso estimular a mudança de olhar sobre a sua situação, através de perguntas que vão lhe pedir explicitamente uma reorientação até si mesmo, ou outras que fazem a mesma coisa, mas de forma implícita. Eis algumas perguntas-tipo:

- Quando as coisas ficarem melhor, o que será totalmente diferente?
- O que lhe dá a esperança que este problema pode ser resolvido?
- Quando as coisas melhorarem, o que será diferente? O que os outros lhe perceberão fazer diferentemente?
- O que vai fazer com que as coisas sejam um pouquinho melhor?
- Se seu superior estivesse aqui e se eu lhe perguntasse o que você poderia fazer diferente para que seja um pouco mais fácil para ele de não lhe falar com desconsideração, que pensa que me diria?
- Suponha que um milagre aconteça esta noite enquanto você dorme e que o problema seja resolvido amanhã de manhã. Suponha também que você não saiba que o milagre se produziu, porque você dormia. Qual é a primeira coisa que você notaria que lhe indicaria que as coisas melhoraram? O que os outros notariam em você que indicaria que as coisas vão melhor?

- Já têm momentos na sua vida que assemelham ao milagre que você está descrevendo? <sup>5</sup>

Outro aspecto importante na arte das boas perguntas é fazer perguntas abertas porque elas mobilizam o cliente para uma busca interior, induzindo nele um trabalho salutar de prospecção e exploração. As perguntas fechadas reduzem a visão do cliente, enquanto as questões abertas expandem seu campo de percepção. Muitas vezes, as perguntas fechadas são o indicador do que o terapeuta está formulando interpretações e as questões que ele coloca servem para verificá-las. Uma utilidade a mais das perguntas abertas é desviar o terapeuta da tentação do conselho porque elas o obrigam a se deixar surpreender por respostas inesperadas.

As perguntas abertas não são questões vagas, elas servem para incitar o cliente a dar mais detalhes, a precisar mais as coisas. Isto pode levar a esclarecimentos salutares e promover sua autodeterminação.

## ELOGIAR

Os elogios têm um papel particular na *Abordagem Centrada na Solução* porque incentivam o cliente a avançar na sua luta contra a adversidade. Toda pessoa tem qualidades, pontos fortes e êxitos que podem ser alvos de elogios. Estas qualidades podem ser a capacidade de acolhimento dos outros, de escutá-los, a resistência frente às dificuldades, etc. Os êxitos são eventos onde a pessoa superou dificuldades para sobreviver em condições adversas. É importante que o terapeuta preste atenção a esses elementos para que possa valorizá-los. O objetivo não é simplesmente lisonjear a pessoa, mas, sobretudo dar importância ao que ajudou ou vai ajudar o cliente a alcançar seus objetivos. O impacto dos elogios é muito importante porque nós todos precisamos, a cada instante, ter a confirmação de que somos valiosos

---

5 Ibidem, p. 52.

para o outro. Isso permite que os clientes se tornem mais positivos com eles mesmos e mais confiantes em si.

Para o elogio ser realmente eficaz, o terapeuta deve ser autêntico quando o formula. Ele também deve aprender a distinguir os diferentes tipos de elogios. O elogio direto é um jeito de felicitar de forma explícita. Esta forma não é sempre bem recebida, algumas pessoas podem até ter reações negativas frente a ele, seja porque o elogio gera acanhamento, seja porque a pessoa tem uma péssima opinião de si e o elogio lhe parece injustificado. O elogio indireto normalmente é muito mais aceito e eficaz porque a avaliação positiva não é declarada diretamente, mas é implícita. Uma maneira de formular um elogio indireto é fazer perguntas sobre como a pessoa fez para realizar uma façanha que ela contou. Outra é sugerir que há elementos positivos nos relacionamentos (por exemplo, o terapeuta pergunta a uma mãe: “*Se os seus filhos estivessem aqui e eu lhes perguntasse o que você faz para ser uma boa mãe, o que você acha que eles iriam dizer?*” (BERG; DE JONG, 1998).

Outra forma é a de insinuar que o cliente sabe o que é melhor (por exemplo, a esta mesma mãe: “*Como você sabe que é importante para você tratar cada criança como se fosse única?*” (BERG; DE JONG, 1998). O elogio indireto é mais eficaz também porque leva as pessoas a descobrirem capacidades e êxitos que elas têm, mas que antes não consideravam como tais.

Também podem ser considerados os autoelogios, ou seja, quando a pessoa fala do que logrou fazer ou das qualidades que se reconhece. Estas manifestações são possíveis sinais de progresso que podem ser reforçados com elogios indiretos, como: “*Você foi surpreendido de ter tomado essa decisão? Isso é novo para você? O que era difícil? É algo que você pode continuar fazendo?*” (BERG; DE JONG, 1998, p. 27).

Às vezes, alguns clientes rejeitam ou minimizam os elogios. Mas não é importante que os clientes os aceitem abertamente porque o que importa, ao fazer elogios, é que eles percebam suas mudanças positivas, suas forças e recursos.

## CONVALIDAR AS PERCEPÇÕES DO CLIENTE

Para se sentir compreendidos, os clientes não precisam apenas ser questionados sobre suas percepções, eles precisam também que as suas percepções sejam convalidadas. Eles precisam de uma confirmação de que o interlocutor entende como eles pensam, sentem, agem ou vivem suas vidas. É importante que o terapeuta exprima explicitamente esta convalidação porque é uma forma de demonstrar respeito para as percepções do cliente e dar valor e crédito à suas escolhas e ao seu modo de viver. O simples fato de pedir mais detalhes quando o cliente está falando sobre algo importante para ele, é outra maneira de validar suas percepções. Em suma, é uma maneira de dizer, implicitamente, que consideramos importante aquilo que ele acha importante.

Às vezes há percepções difíceis de aceitar como, por exemplo, alguém que está considerando cumprir ações extremas – como o suicídio ou uma agressão. Nesses casos, é recomendado interrogar com muito respeito a pessoa sobre as percepções associadas às possibilidades das ações extremas. Esta forma de atuar orienta geralmente a conversa para possibilidades menos extremas, porque permite reforçar o vínculo e dar à pessoa o sentimento de ser escutada e levada a sério.

## EMPATIA

O terapeuta deve se comunicar com o cliente ao nível dos sentimentos e das ideias. Ele deve ser capaz de empatizar, uma espécie de capacidade mal definida, mas que podemos nos representar (...) como o que acontece quando se entra pela imaginação no mundo dos pensamentos, sentimentos e ações do cliente (BERG; DE JONG, 1998, p.50). Esta postura empática corresponde à necessidade do terapeuta de se aproximar do cliente não só intelectualmente, mas também investindo o seu mundo emocional. Mas ele deve ser capaz de se envolver emocionalmente de maneira adequada, o que significa conhecer a distinção entre implicação empática e simpatia, sendo esta

última a capacidade de ter os mesmos sentimentos e percepções do outro. Em outras palavras, empatia significa que o terapeuta adota o marco de referência do cliente, mas não perde de vista, em qualquer situação, que é uma pessoa diferente dele. É nestas circunstâncias, que o cliente pode perceber que o outro está realmente interessado nele e se sentir compreendido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A *Abordagem Centrada na Solução* oferece vários aportes possíveis à *Terapia Comunitária Integrativa*. Um dos aportes mais valioso é o fornecimento de ferramentas elaboradas e concretas para o desenvolvimento de uma *atitude de não saber*. Essa postura do não saber é essencial para o terapeuta comunitário porque lhe permite ficar um passo atrás, intervir com parcimônia, deixando mais espaço possível à reflexão dos participantes. São eles que devem fazer o trabalho, o papel do terapeuta é fertilizar o processo coletivo. A sobriedade da sua ação é um dos meios de cultivar a horizontalidade e evitar comandar o grupo.

Este texto não é mais que um breve resumo das propostas metodológicas e das técnicas da *Abordagem Centrada na Solução*. Faltam, portanto, muitos elementos importantes, indispensáveis para quem quer aplicar esta abordagem na *Terapia Comunitária Integrativa*. Quem quiser aprofundar poderá consultar os autores referências<sup>6</sup> dessa metodologia e encontrar os detalhes necessários para pôr em prática a referida abordagem (DE SHAZER, 1985, 1988, 1991, 1994; DE SHAZER; DOLAN, 2006)<sup>7</sup>.

---

6 Steve de Shazer é, sem dúvida, o autor de maior relevância da *Abordagem Centrada na Solução*. A outra pessoa de referência é Insoo Kim Berg, esposa de Steve de Shazer que fundou com ele o Brief Family Therapy Center de Milwaukee. Alguns textos deles estão disponíveis na internet (ver na bibliografia as referências da internet).

7 Infelizmente, não existe quase nada traduzido ao português desses ou de outros autores. O leitor brasileiro deverá então ler seus livros na versão original inglesa, ou na tradução em outras línguas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, H.; GOOLISHIAN H. The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In: S. MCNAMEE; K. J. GERGEN (Eds). **Therapy as a social construction**. London: Sage, 1992. p. 25-39.

BERG, I. K.; DE JONG, P. **Interviewing for solutions**. Belmont: Brooks/Cole, 1998.

\_\_\_\_\_. **Family-based services: a solution-focused approach**. New York: Norton, 1994.

\_\_\_\_\_.; DOLAN, Y. **Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories**. New York: Norton, 2001.

\_\_\_\_\_.; MILLER, S. D. **Working with the problem drinker: a solution-oriented approach**. New York: Norton, 1992.

CANTWELL, P.; HOLMES, S. Social construction: a paradigm shift for systemic therapy and training. **The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy**, n. 15, p. 17-26, 1994.

DE JONG, P. ; BERG, I. K. **Interviewing for solutions** 3.ed. Belmont, CA: ThomsonBrooks/Cole, 2008.

DE SHAZER, S. **Keys to solution in brief therapy**. New York: Norton, 1985.

\_\_\_\_\_. **Clues: investigating solutions in Brief Therapy**. New York, NY: W W. Norton; Company, 1988.

\_\_\_\_\_. **Putting difference to work**. New York, NY: W W Norton; Co Inc, 1991.

\_\_\_\_\_. **Words were originally magic**. New York, NY: W W Norton; Company, 1994.

DE SHAZER, S. et al. **More than miracles: the state of the art of solution focused therapy**. New York: Haworth Press, 2006.

HALEY, J. **Conversations with Milton Erickson**, M. D. Rockville. Maryland: Triangle Press, 1985. Vol. 1/3.

KORMAN, H. **The common project**. Disponível em: <www.sikt.nu>. Acesso em: 10 maio 2011.

PICHOT, T.; DOLAN, Y. **Solution-focused brief therapy: its effective use in agency settings**. New York: Haworth, 2003.

## NA INTERNET

Muita informação e, em particular vários textos interessantes, podem ser encontrados no site da Solution-Focused Brief Therapy Association:

[http://www.sfbta.org/BFTC/Steve\\_de\\_Shazer\\_Insoo\\_Kim\\_Burg.html](http://www.sfbta.org/BFTC/Steve_de_Shazer_Insoo_Kim_Burg.html)

<http://www.sfbta.org/trainingLinks.html>



# *Terapia Comunitária Integrativa e Exercícios para Liberação do Trauma-TRE: Abordagens novoparadigmáticas respondendo aos desafios atuais*

*Mariano Pedroza*

## **INTRODUÇÃO**

O processo de urbanização é um fato incontestável da experiência humana na vida contemporânea. Por diferentes combinações de motivos – políticas sociais injustas, condições climáticas insustentáveis, conflitos sociais armados e outros – os processos migratórios se intensificaram. A ONU nos informa que, globalmente, desde 2008, temos, pela primeira vez na história, uma população urbana maior que a população rural. O crescimento desordenado, o desemprego, a insuficiência de serviços públicos adequados de transporte, saúde, educação etc, e desigualdades sociais gritantes configuram um contexto social violento de permanente geração de estresse e traumatização em grande escala. A previsão, ainda segundo a ONU, é que nos próximos trinta anos a população urbana deverá dobrar (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Nesses contextos de alta densidade demográfica, o impacto de fenômenos naturais (tsunamis, furacões, terremotos, enchentes, etc) ou gerados pelo homem (guerras civis, terrorismo, etc) tornou-se mais frequentemente catastrófico e desastroso, afetando brusca-mente nações inteiras. Como resultado desses eventos, o trauma e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) se impuseram no cenário global, na vida e na psique desta geração.

O TEPT é um comportamento psicológico inconsciente muito real e destrutivo. Quanto mais tempo indivíduos, comunidades ou mesmo culturas inteiras são expostos a estressores extremos<sup>1</sup>, como os mencionados acima, mais os sintomas traumáticos se alastram tornando-se irreversíveis. Eventualmente, quando os fatores geradores de trauma cessam, os padrões de comportamento resultantes do trauma estarão tão enraizados na psique da cultura que a violência continuará a se perpetuar dentro das estruturas sociais. Desta forma, comportamentos tais como a violência doméstica, o abuso de substâncias e abuso da mulher e da criança, adquirirão proporções de grande magnitude (BERCELI, 2010). A menos que os efeitos do trauma na cultura sejam seriamente considerados e eficientemente abordados, as populações traumatizadas continuarão hiperativas, pré-dispostas à violência e com a capacidade de aprendizado prejudicada.

Até recentemente a resolução das questões traumáticas permanecia responsabilidade única dos psicólogos, que tinham como foco primário os efeitos emocionais do trauma. Eles reconheciam que pessoas traumatizadas tendem a repetir o seu trauma, de alguma maneira, numa tentativa de restaurar o sentido de controle e vitória. Esta reatuação da situação traumática é uma das principais causas da violência na sociedade de hoje, particularmente nos grandes centros urbanos que configuram contextos altamente estressantes.

Nos últimos anos, estudos multidisciplinares sobre o trauma vêm sendo realizados, ampliando o conhecimento do fenômeno e oferecendo novas direções para o tratamento. No entanto, médicos e profissionais da saúde mental continuam procurando por um novo paradigma no campo do tratamento do trauma que possa ser usado de forma eficaz em escala nacional e em contextos transculturais. Como escreve David Berceci, PhD em estresse pós-traumático, consultor internacio-

---

1 “Estressores Extremos” é uma expressão retirada do documento da OMS intitulado: “Saúde Mental em Emergências - Aspectos Mentais e Sociais de Populações Expostas a Estressores Extremos” (refugiados / vítimas de enchentes, terremotos, etc).

nal em estresse e trauma em larga escala e criador do método Trauma Releasing Exercises – TRE (exercícios para liberação do trauma):

Médicos e profissionais da Saúde Mental ainda estão buscando um novo paradigma no campo do tratamento do trauma que possa ser efetivamente utilizado em escala nacional e em contextos culturais diversos. Enquanto não aprendermos a tratar eficientemente os efeitos do trauma em larga escala, poderemos estar, sem querer, criando padrões culturais de depressão, ansiedade e comportamentos violentos (...). O que estamos procurando não é um novo campo da ciência, mas um novo paradigma para lidar com o trauma e o DEPT que assombra indivíduos, ou mesmo culturas inteiras. (tradução nossa) (BERCELI, 2009).

Confrontados com essa questão, Dr Adalberto Barreto e Dr David Berceli, ambos filósofos, teólogos e “cuidadores” vocacionados para o social, viram a necessidade de dialogar com as pessoas que viviam nesses contextos para descobrir com elas novos caminhos, novas formas de abordar os problemas e lidar com o sofrimento – formas essas que permitissem o trabalho com sistemas amplos.

Adalberto Barreto, psiquiatra e antropólogo, criou a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) a partir do seu contato direto com a população na favela do Pirambu, onde deparou-se com um contexto em que os conhecimentos adquiridos na academia eram insuficientes ou inadequados para responder aos desafios que aquela realidade impunha. Precisou transgredir, rever seus conceitos, abrir-se para aprender com aquela população, uma nova forma de abordar as questões colocadas. O paradigma clínico não seria capaz de dar resposta às demandas de um sistema populacional tão amplo. Quantos especialistas seriam necessários para atender uma população de 280.000 pessoas? – para falar apenas do Pirambu, uma das muitas favelas de Fortaleza, apenas uma das muitas metrópoles brasileiras.

Berceli, assistente social e analista bioenergético, foi missionário e, por vinte anos, escolheu viver em países devastados por guerras

e/ou outras catástrofes. Viveu em contextos onde se deparou não apenas com indivíduos e famílias traumatizadas, mas comunidades e mesmo nações inteiras sob efeito de estressores extremos. Em tais contextos, o atendimento clínico tradicional era simplesmente inviável.

Assim como Barreto, Bercei precisou repensar, transgredir, buscar com as populações com as quais convivia e trabalhava, novas alternativas para empoderar as pessoas e torná-las mais autônomas, mais capazes de lidar com a realidade e não sucumbir à impotência. Foi essa vivência que possibilitou o desenvolvimento da TRE, uma metodologia inovadora para o alívio do estresse de indivíduos, famílias e comunidades.

Nos últimos anos, venho me dedicando à articulação dessas duas abordagens novoparadigmáticas. A TCI e a TRE surgem em resposta à necessidade, nos dias de hoje, de proporcionar meios para que as comunidades possam resgatar a esperança e a confiança em sua própria capacidade. Existem muitas semelhanças entre as duas abordagens, mas é justamente nas diferenças que reside a riqueza e a complementaridade que faz com que uma possa potencializar a outra, beneficiando ainda mais as populações atendidas.

Neste texto, farei uma breve exposição da TRE, suas semelhanças e diferenças em relação à TCI e, em seguida, apresentarei aspectos fundamentais da complementaridade dessas duas abordagens inovadoras.

## **BREVE DEFINIÇÃO**

A TRE é uma metodologia que, através de exercícios simples, consegue ativar os mecanismos biológicos naturais que o organismo possui para descarregar as tensões geradas em situações de extremo estresse e retornar a um estado de profundo relaxamento. Os exercícios desenvolvidos por Bercei ativam com facilidade os movimentos involuntários que se originam nas partes mais primitivas do cérebro,

no sistema nervoso autônomo, e promovem a descarga natural de tensões geradas por situações do passado que não puderam ser descarregadas e permaneceram “incubadas”, como “memórias vivas”, no corpo. Baseada na capacidade inata de autorregulação do organismo, a TRE estimula e favorece o processo natural de restabelecimento, auxiliando as pessoas de forma profunda, porém, não invasiva, na superação dos distúrbios gerados pelo estresse acumulado. As ondas de movimentos involuntários ativadas pelos exercícios da TRE possibilitam a descarga da energia excessiva gerada por experiências traumáticas do passado, a dissolução de padrões de tensão profundos produzidos pela atitude de proteção instintiva contra o aniquilamento, a restauração de um estado de relaxamento e da sensação de estar de posse de si mesmo. Para descrever o desenvolvimento da TRE, optarei por relatar breves histórias que impactaram Berceli, redirecionando suas idéias, sua pesquisa e visão de mundo.

### **VIVÊNCIA NA GUERRA DO LÍBANO – REFLEXOS INSTINTIVOS TRANSCULTURAIIS**

Durante a guerra do Líbano, Berceli encontrou-se certa vez no subsolo de um grande prédio de uma escola que estava sendo bombardeada por morteiros. Ele e cerca de outras dez pessoas de diferentes nacionalidades passaram oito horas sentadas, recostadas contra a parede, aguardando o fim do bombardeio. De vez em quando, alguma granada caía bem perto do prédio ou atingia o mesmo provocando um estrondo assustador. Nesses momentos, todos se tensionavam, encolhendo-se numa atitude defensiva.

Em um dado momento, durante uma dessas explosões, Berceli olhou para o lado e viu todas essas pessoas enfileiradas realizando instintivamente o mesmo movimento, todos assumindo instantaneamente e involuntariamente a mesma postura defensiva que os fazia encolher na direção da posição fetal. Nesse momento ele teve um

“insight”: esse reflexo é inato, uma atitude instintiva, transcultural, está geneticamente codificado no ser humano, faz parte do instinto de sobrevivência e visa proteger o organismo contra o aniquilamento (BERCELI, 2010). Qualquer pessoa, de qualquer cultura, tem esse reflexo quando toma um susto. Essa experiência o levou, posteriormente, a pesquisar sobre esse reflexo, a estudar a cadeia muscular que realiza esse movimento e os processos neurológicos envolvidos nessa atitude de preservação da vida.

### **LIÇÃO DA GUERRA NO SUDÃO – TREMER É NATURAL**

Quando vivia em uma aldeia no Sudão, havia um “combinado” entre os adultos: quando eles ouvissem aviões se aproximando para bombardear a aldeia, os adultos deviam pegar as crianças que estivessem por perto e correr para os abrigos antiaéreos. Durante um desses bombardeios, Berceli estava com duas crianças de três ou quatro anos de idade no colo. À medida que os aviões se aproximaram e os estrondos das bombas se intensificaram, as crianças começaram a tremer feito “vara verde”. Isso o fez perceber que esses tremores eram muito espontâneos e naturais. Ele observou ainda que os adultos não tremiam.

Após o bombardeio ele comentou com os adultos sobre os tremores das crianças e perguntou: “Porque os adultos não tremem”? A resposta foi interessante: “não trememos porque não queremos que as crianças percebam que estamos com medo”. Berceli percebeu que os tremores são uma reação natural, mas que os adultos desenvolvem a capacidade de inibi-los, da mesma forma que aprendem a inibir o choro ou a gargalhada espontânea, aprendem a ser mais controlados e contidos.

Essa experiência despertou seu interesse em compreender mais profundamente a natureza e a função biológica desses tremores. Isso o levaria mais tarde a perceber que, assim como é natural para o organismo tensionar-se e encolher-se na direção da posição fetal

quando precisa se proteger (a exemplo da situação no Líbano), é natural para ele retornar a um estado de relaxamento depois que o susto passou. Os tremores involuntários, ou tremores neurogênicos, como são cientificamente conhecidos, são o mecanismo instintivo que completa o ciclo da resposta defensiva de preservação da vida. Depois da reação de fuga/ataque/congelamento que é desencadeada durante uma situação de perigo, é através dos tremores que o organismo consegue descarregar o excesso de energia gerado e retornar ao estado de relaxamento.

### **ATENDIMENTO NA PALESTINA – “SETTING TERAPÊUTICO” E CONTEXTO CULTURAL**

Outra história interessante que obrigou Berceli a repensar o paradigma clínico aconteceu quando ele estava morando na Palestina. Certa vez, ele foi chamado para atender um jovem palestino que havia sido liberado após passar um período preso pelo exército israelense. O jovem chegou para a sessão acompanhado de dois amigos. Quando Berceli sugeriu que os amigos se retirassem para que ele e seu cliente tivessem mais privacidade para conversar, os amigos ficaram profundamente ofendidos, reagiram veementemente contra essa sugestão questionando: “nós somos os melhores amigos dele, nós também estivemos presos pelos israelenses, ele nem conhece você! O que você quer dizer com privacidade para poder se abrir? Ele é nosso amigo, nós queremos ajudá-lo! Você é que é um estranho!” Os amigos precisaram ser integrados nas sessões.

Essa experiência foi um duro golpe nos conceitos que Berceli havia aprendido nas suas formações nos Estados Unidos a respeito de “setting terapêutico”, das condições necessárias para criar um ambiente de confiança e intimidade. Ele se deparou com uma situação em que a presença dos amigos era elemento essencial para o “setting”. Essa experiência o fez perceber a importância do contexto cultural e a necessidade de adequação à realidade local.

## LIÇÃO DE UMA LÍDER COMUNITÁRIA NA TANZÂNIA

Outra vivência marcante que confrontou Bercei com as limitações do paradigma clínico ocidental aconteceu na Tanzânia. Ele viajava pelo país e permanecia por cerca de quinze dias em cada localidade para trabalhar com as pessoas. Uma das líderes da comunidade onde ele estava confrontou-o com a seguinte colocação: “se você veio aqui para nos dizer que estamos traumatizados, pode ir embora porque isso nós já sabemos. Outros médicos brancos já estiveram aqui e nos disseram o mesmo. Mas se você veio aqui nos ensinar uma maneira de cuidarmos de nós mesmos depois que você for embora, então você é bem-vindo”.

Essa mulher tinha toda razão! Não havia consultórios naquela localidade, nem psicólogos ou terapeutas, muito menos especialistas em trauma. Diagnosticar as pessoas e oferecer uma abordagem que dependesse exclusivamente da presença de um especialista era inútil. Era mesmo necessário oferecer uma ferramenta que propiciasse às pessoas uma forma mais autônoma de dar continuidade ao tratamento, alguma técnica que possibilitasse a capacitação de multiplicadores selecionados dentro das comunidades locais, que pudessem continuar auxiliando outras pessoas.

## CORPO, UMA BASE TRANSCULTURAL

*“O corpo é a praia do oceano do ser”.*

Sufi (anônimo)

Vale ressaltar um aspecto importante no tocante à contribuição das psicoterapias corporais ao trabalho com grupos de culturas diversas: o fato de trabalhar com uma base biológica universal. Ekman (1999) define as “emoções básicas” como emoções que podem ser identificadas na expressão corporal e principalmente na expressão facial, transculturalmente. Todo ser humano, independentemente da sua etnia ou cultura, tem um corpo, respira, se movimenta, se emociona.

Existem, como sabemos, na base do nosso funcionamento biopsicológico, processos energéticos profundos – cargas/descargas, fluxo/bloqueio, tensão/relaxamento, etc. – governados em grande parte por mecanismos fisiológicos ligados às partes primitivas, instintivas de nosso cérebro e sistema nervoso, e que não estão sob nosso controle consciente. Isso se torna muito óbvio quando enfrentamos situações de ameaça à vida que ativam o instinto de sobrevivência. Como afirma Levine:

Embora com freqüência o nosso intelecto supere nossos instintos naturais, ele não comanda a reação traumática. Somos mais semelhantes aos nossos amigos de quatro patas do que gostaríamos de pensar. (LEVINE, 1999, p.19).

A formação de Berceli em Análise Bioenergética foi uma influência decisiva no desenvolvimento dos exercícios da TRE. Sua compreensão profunda dos recursos expressivos, dos movimentos involuntários, em suma, do funcionamento energético do organismo, possibilitou que ele trabalhasse com pessoas sem quase nenhuma comunicação verbal, pois, em muitas situações, não dominava o idioma do paciente. Ele precisou, nessas situações, contar apenas com a leitura da linguagem corporal e principalmente dos movimentos involuntários. Ele desenvolveu uma grande sensibilidade, uma percepção muito apurada do fluxo energético e dos bloqueios no corpo.

Berceli aprimorou com o tempo uma seqüência simples de exercícios, capaz de produzir ondas de movimentos involuntários (tremores neurogênicos) que ajudam a dissolver tensões crônicas, em grupos musculares específicos, relacionadas ao estado de congelamento que as experiências traumáticas produzem. Seus exercícios têm ajudado muitas pessoas impactadas por estressores extremos e têm sido aplicados com sucesso em contextos muito adversos e com populações de culturas muito distintas.

## TCI E TRE – SEMELHANÇAS, DIFERENÇAS E COMPLEMENTARIDADE

A partir de uma perspectiva sistêmica, sabemos que as diferentes dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social e cultural – são na realidade um todo integrado. De acordo com a teoria sistêmica (BERTALANFFY, 1968), o que afeta uma parte afeta o todo. Pessoas que passam por situações ameaçadoras ou mesmo vivam continuamente sob o impacto de estressores extremos são afetadas em todas essas dimensões.

Para deixar isso mais claro, vamos lembrar que diante de situações ameaçadoras, mecanismos primitivos de sobrevivência são naturalmente acionados. Biologicamente são produzidas altas doses de adrenalina, cortisol e outras substâncias, e os músculos se tensionam preparando o animal humano para a resposta de fuga/ataque. Psicologicamente, esse estado de tensão é vivido como ansiedade, medo (fuga) e/ou raiva (ataque) ou, em última instância, como congelamento e dissociação (LEVINE, 1999). A permanência desse estado por períodos prolongados leva, eventualmente, à sensação de impotência e à depressão. Socialmente, a sensação crônica de perigo iminente impede a pessoa de confiar e relacionar-se naturalmente, a atitude defensiva interfere negativamente nas relações interpessoais impedindo a construção e manutenção de vínculos saudáveis, a pessoa tende a atitudes antissociais e/ou ao isolamento. Culturalmente, a pessoa, com frequência, tem dificuldade em integrar a experiência traumática de acordo com seu sistema de crenças e sua visão de mundo. Por exemplo, uma pessoa muito religiosa poderá ficar confusa e se perguntar: “porque Deus permitiu que isso acontecesse comigo? Eu sou uma pessoa do bem, vou à missa todos os domingos, faço minhas orações [...] como Deus pode permitir isso?”. O Processamento da experiência traumática deverá então incluir uma “reconstrução” da visão de mundo de forma que a pessoa consiga integrar o acontecido de uma maneira que faça sentido para ela (BERCELI, 2010).

Considerando que hoje, muitas comunidades vivem sob o impacto de estressores extremos, é imprescindível que surjam abordagens capazes de combater o estresse e seus efeitos perniciosos, em larga escala e nesses múltiplos níveis. Como vimos, tanto a TRE como a TCI foram desenvolvidas empiricamente a partir da interação com contextos adversos que desafiam o paradigma clínico tradicional da psicologia. Ambas metodologias visam acolher o sofrimento e ajudar as pessoas a resgatarem a confiança em si mesmas mas partindo de perspectivas distintas. Barreto (2008) partiu da perspectiva dos vínculos sociais e buscou uma metodologia que facilitasse a escuta respeitosa e a partilha das experiências vividas, favorecendo assim a reconstituição dos vínculos. Berceli (2010) partiu da perspectiva biopsicoemocional e procurou, com base nos mecanismos biológicos do organismo, uma maneira de auxiliar as pessoas a descarregarem as tensões, tanto físicas como emocionais e, assim, resgatarem um estado de relaxamento e serenidade. Farei a seguir uma breve exposição da complementaridade que existe entre a TCI e a TRE.

## **SIMPLICIDADE E AUTONOMIA**

Tanto nas favelas como em situações de desastres, guerra, etc, é imprescindível fortalecer a autonomia da população. A realidade com a qual se depararam exigiu de Barreto e Berceli a estruturação de métodos eficientes, porém de aplicação simples, possibilitando a capacitação não apenas de especialistas da área da saúde (médicos, psicólogos, psicoterapeutas, paramédicos, etc), mas também de pessoas da comunidade que, mesmo sem terem uma formação acadêmica, possuem uma sabedoria baseada na experiência de vida e na cultura.

Vale mencionar que, pela sua praticidade e eficiência, a TRE foi adotada pela equipe do Projeto 4Varas, onde já vem sendo aplicada semanalmente para auxiliar pessoas a obterem uma descarga neurovegetativa profunda das tensões acumuladas no corpo e reestabelece-

rem um estado de relaxamento. Além do mais, os exercícios da TRE podem ser utilizados pelas pessoas em casa, fato que as empodera tirando-as da sensação de impotência.

## **CORPO BIOLÓGICO E “CORPO COMUNITÁRIO”**

Situações transtornantes deixam as pessoas tensas, hiperativadas, reativas, com tendência a reações violentas ou à depressão. Enquanto o organismo permanecer nesse estado de hiperativação, a comunicação e as interações sociais ficarão prejudicadas ou mesmo inviabilizadas.

O processo da TRE ativa os tremores involuntários que dissolvem tensões musculares/bloqueios favorecendo a comunicação entre as partes do Corpo Biológico, resgatando as conexões e facilitando a integração. Podemos afirmar que a TRE promove o processo natural de superação do estresse e restabelecimento do organismo. Pessoas mais calmas e relaxadas conseguirão mais facilmente narrar suas histórias, estabelecer diálogos construtivos e relações sociais saudáveis.

A TCI cria espaços seguros para a partilha, favorecendo o fluxo de comunicação entre as pessoas/partes do “Corpo Comunitário”, aprofundando os vínculos e estruturando redes solidárias de apoio. Podemos afirmar que a TCI promove o processo natural de restabelecimento do tecido social. Espaços coletivos de escuta e acolhimento facilitam o restabelecimento da sensação de segurança, o que por sua vez, ajuda as pessoas a descarregarem o peso das histórias que carregam: “[...] quando a boca fala, os órgãos saram” (Barreto, 2008, p.66).

## **RESILIÊNCIA E AUTORREGULAÇÃO**

Uma semelhança fundamental entre as duas abordagens é a promoção da resiliência e da autorregulação. Na TCI, as regras que

---

2 A expressão “corpo comunitário” foi cunhada pelo autor com base em sua experiência como psicoterapeuta corporal e terapeuta comunitário.

regem a comunicação (silêncio; falar na primeira pessoa; não dar conselhos/não julgar e incluir elementos culturais como canções, poemas, etc) garantem uma margem de manobra para as pessoas escolherem como participam do processo. Ninguém é obrigado a falar e, mesmo quando fala, não é obrigado a responder nenhuma pergunta que considere inconveniente. O terapeuta não determina o que cada participante vai levar da sessão, cada pessoa escolhe levar da roda o que quer e/ou consegue. Portanto, existe sempre um processo de autorregulação dos participantes durante a sessão de TCI. Além disso, a ênfase dada à conotação positiva e à valorização das estratégias de superação sublinha os recursos das pessoas promovendo a autoestima e o processo resiliente.

Uma sessão de TRE também tem uma estrutura e regras claras que visam estabelecer um ambiente seguro para o desenvolvimento do processo. A TRE é uma abordagem “biorreverente”<sup>3</sup> – respeita e reverencia a sabedoria do organismo humano e sua capacidade resiliente natural. Parte essencial do processo é ajudar as pessoas a resgatarem a confiança em sua natureza mais profunda. Para tanto, a TRE, por um lado, ativa os tremores involuntários (tremores neurogênicos), o fluxo energético espontâneo no organismo, e estimula as pessoas a confiarem e se entregarem a esses tremores. Por outro lado, também oferece recursos para as pessoas interromperem o processo quando quiserem e resgatarem a sensação de controle. Assim, os participantes vão encontrando o equilíbrio entre entrega e autodomínio, desenvolvendo e fortalecendo sua capacidade de autorregulação e sua resiliência. A ênfase não é colocada em ir o mais fundo possível, o mais rápido possível, pois haveria risco de retraumatização. Pelo contrário, as pessoas aprendem a respeitar seu ritmo e a dar o passo que se sentem prontas para dar no momento.

---

3 A expressão “biorreverente” foi cunhada por Liz Koch, em contraponto à perspectiva mecanicista, para denotar a perspectiva consciente do contínuo desdobrar-se das interações de toda a vida biológica (incluindo os seres humanos).

## MULTIDISCIPLINARIDADE

Não é o propósito deste texto apresentar de forma profunda os pilares teóricos da TCI e da TRE, mas vale sublinhar que, apesar de terem sido desenvolvidas empiricamente, ambas estão solidamente embasadas no que há de mais atual em termos de conhecimento científico e recorrem a conhecimentos de diversas disciplinas.

A TCI baseia-se no Pensamento Sistêmico, na Antropologia Cultural, na Teoria da Comunicação, na Resiliência e na Ação/ Reflexão de Paulo Freire (BARRETO, 2008). A TRE baseia-se nas mais recentes pesquisas a respeito do estresse e do trauma, incluindo os aspectos biológicos, anatômicos, neurológicos, fisiológicos, psicológicos da reação de preservação da vida e nas implicações culturais devido ao impacto, muitas vezes devastador, que experiências traumáticas podem ter na visão de mundo e no sistema de crenças das pessoas (BERCELI, 2010).

## REORGANIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS

As situações traumáticas desorganizam, prejudicando a funcionalidade do organismo e a saúde dos vínculos interpessoais, gerando crises. As crises, por sua vez, cobram dos indivíduos, famílias e comunidades uma transformação das velhas formas de funcionamento, abrindo novas possibilidades de organização e de consciência.

A TCI desestrutura as narrativas aprisionantes e abre espaços criativos para o surgimento de novas narrativas, estruturantes (contextualização e conotação positiva). A TRE desestrutura os padrões de tensão cronificados nos tecidos do corpo criando espaço para que o organismo, a partir de sua natureza criativa, se reorganize de forma mais harmônica e energeticamente/funcionalmente eficiente.

Em ambos os casos, o caos gerado pelos abalos da vida é encarado não apenas como algo negativo que só traz sofrimento, mas como uma oportunidade de transcender velhas estruturas, transcender visões de mundo limitadas e alcançar novas possibilidades de compreensão do mistério da vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mencionei, no início deste texto, alguns dados sobre o momento atual de intensificação do processo de urbanização da população mundial, aumento da incidência de catástrofes e desastres e o consequente aumento do estresse e distúrbios do estresse que retroalimentam a violência dentro das estruturas sociais. Tal contexto nos obriga a buscar novas abordagens para combater o estresse em larga escala, abordagens passíveis de serem aplicadas transculturalmente e em contextos adversos. Em resposta a essas demandas, destaquei duas metodologias de grande utilidade no atendimento a populações sob impacto de estressores extremos: a TCI e a TRE.

A TCI, com sua ênfase na regeneração dos vínculos e no resgate e valorização do saber dos indivíduos, cria redes sociais solidárias de apoio comunitário, favorecendo o processamento do sofrimento e a busca coletiva de soluções em espaços abertos à comunidade. A TRE, baseada nos mecanismos biológicos naturais para o processamento e superação do estresse, oferece um instrumento precioso e transcultural de promoção do processo natural de restabelecimento de pessoas e populações sob impacto de estressores extremos.

As duas metodologias são essencialmente práticas e não requerem condições especiais para seu funcionamento, podem ser realizadas em espaços diversos (salão, galpão comunitário, igreja, escola ou mesmo ao ar livre) e com todo tipo de público, independentemente dos

vínculos familiares. Ambas estão solidamente embasadas no conhecimento científico, mas estruturadas de forma simples e passível de ser aplicada não apenas por profissionais da saúde, mas também por outros profissionais e lideranças comunitárias. Tanto a TCI como a TRE enfatizam a capacidade resiliente dos indivíduos e comunidades e a necessidade de empoderar as pessoas, tornando-as mais autônomas e mais capazes de lidar com seus próprios problemas.

Nos últimos anos, venho me dedicando a aproximar e articular essas duas abordagens. O processo tem apontado possibilidades muito interessantes de potencialização dos resultados! As sessões de TCI, favorecendo a escuta, a fala e o fortalecimento dos vínculos, e as sessões de TER, promovendo a descarga neurovegetativa do estresse acumulado no corpo e restaurando o equilíbrio do organismo.

Barreto e Bercei estão expandindo essas duas abordagens em vários países. As grandes redes de TRE e TCI podem se complementar e se fortalecer mutuamente. No Brasil, nossa rede de TCI – que conta com muitas pessoas engajadas no trabalho com comunidades em contextos adversos – pode oferecer um terreno fértil para a difusão da TRE no nosso país, principalmente entre as populações de baixa renda. Em contrapartida, a TRE oferece um instrumento moderno e muito eficaz para o combate ao estresse em contextos de comunidades marginalizadas, que poderá fortalecer os Polos Formadores de TCI, habilitando-os a lidar, com maior propriedade, com os transtornos do estresse, a exemplo do que já vem acontecendo no Projeto 4Varas. Além do mais, a TRE pode complementar as ações dos Polos Formadores de TCI nas situações de catástrofes e desastres, cada vez mais frequentes nos dias de hoje.

Como ensina mestre Adalberto, “[...] se a gente se junta, o bicho é que corre e a gente é que pega, mata e come” (expressão popular).



TCI e TRE com 150 pessoas em Brazlândia - DF  
em articulação com a rede social  
Novembro de 2010



TRE no 4VARAS - Julho de 2010

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BERCELI, D. **Exercícios para libertação do trauma**. Recife: Libertas, 2010.

\_\_\_\_\_. **The revolutionary trauma release process: transcend your toughest times**. Vancouver: Namaste publishing, 2008.

BERCELI, D. disponível em: <http://traumaprevention.com/2009/07/24/a-self-help-approach-to-releasing-trauma-in-the-body/>.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

DALGLEISH, T.; POWER, T. (Orgs.). **The handbook of cognition and emotion**. Sussex: John Wiley; Sons Ltd., 1999.

EKMAN, P. Basic emotions, In: DALGLEISH; POWER T. Cap. 3 **Handbook of cognition and emotion**: Sussex: John Wiley; Sons, Ltd., 1999.

LEVINE, P. **O despertar do tigre**. São Paulo: Summus, 1999.

LOWEN, A. **Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante**. São Paulo: Ágora, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental health in emergencies – mental and social aspects of populations exposed to extreme stressors. Genebra, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, united nations millennium goal – goal 7, target 11 – New York: 2000.

PEDROZA, M. Bioenergetic analysis and community therapy – expanding the paradigm, in: SCHROETER; KOEMEDA-LUTZ p.79 a 112. **The clinical journal of the international institute for bioenergetic analysis**: Giessen: Psychosozial – Verlag, v. 20, 2010.

REICH, W. **Análise do caráter**. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SHROETER, V.; KOEMEDA; LUTZ, M. (Orgs). **The clinical journal of the international institute for bioenergetic analysis**. Giessen: Psychosozial – Verlag, v. 20, 2010.

WEIGAND, O. **Grounding e autonomia**: a terapia corporal bioenergética revisitada. São Paulo: Person, 2006.

# *O simbolismo da dor: quando a boca cala os órgãos falam....*

*Adalberto Barreto*

## **INTRODUÇÃO**

Na minha prática médica, o corpo sempre esteve presente. No entanto, minha percepção desse corpo foi modificando-se e ampliando-se com o tempo. Percebi que o corpo tem uma linguagem própria que expressa os “não ditos”, as dificuldades de relacionamentos e heranças transgeracionais, presentes nas demais dimensões humanas: psíquica, social e espiritual.

Ao longo da caminhada, constatei que o corpo busca cuidado de uma forma sutil e gradativa. Inicialmente, simula um sussurro, quase imperceptível como, por exemplo, uma leve ardência no estômago, que, quando não compreendida, pode evoluir para uma gastrite ou mesmo um câncer. O corpo, agora, grita. O que será que esse corpo tentou comunicar e a pessoa não conseguiu decodificar ou compreender?

No entanto, ouvir o que o corpo diz requer uma atenção diferenciada na qual nos permitiríamos mergulhar em nós mesmos, navegar na nossa história de vida e de nossos antepassados. Tudo está em nós, na memória das nossas células. Chega mesmo a causar estranhamento no início: o que esta ardência no estômago está querendo me falar? Estou com dificuldade de aceitar ou digerir algo? O detalhe é que o corpo fala numa linguagem que nos soa como “estranha”, muitas vezes, não conseguimos entender a mensagem e tendemos a sufocá-la de mil e uma maneiras.

Para que nosso corpo não precise gritar ou adoecer, precisamos nos mobilizar, investir a nossa energia na promoção da saúde, fazendo os ajustes necessários que interrompem o processo gerador das patologias. “Mais vale prevenir do que remediar”. Concentremo-nos numa atitude positiva, preventiva, fazendo do nosso corpo um aliado, e do sintoma, um apelo ao cuidado e à promoção da saúde. Quer queiramos ou não, tudo que acontece em nosso corpo, não é algo meramente fisiológico, mas também a manifestação de uma dimensão interna de nosso ser. Trata-se sempre de uma manifestação do ser profundo que nos habita e grita para realizarmos as mudanças que precisam ser feitas. Cabe a cada pessoa descobrir a mensagem secreta do sofrimento expresso. Uma excelente pista para realizarmos uma boa leitura do corpo provém do conhecimento da função simbólica de cada órgão.

Não veja no sintoma um sinal de fraqueza ou ameaça à vida, e, sim, uma comunicação inconsciente alertando para os ajustes necessários. Minha proposta é acolher o mal estar e dialogar com ele. Diálogo esse que só será possível se nos dispusermos a olhar para nossa história, nossos relacionamentos e nos abriremos a outras leituras, para percebermos o homem na sua totalidade e imerso na sua cultura. É um convite para assumirmos uma ação interdisciplinar, transcultural, navegando entre a biomedicina e a etnomedicina, favorecendo a nossa missão de seres autônomos e responsáveis pelo nosso bem-estar, equilíbrio e saúde.

Neste sentido, a enfermidade pode ser entendida como um grito de alerta. É o corpo fazendo um apelo para que nossos comportamentos, atitudes e valores sejam vistos e revistos, e, com isto, possamos a ter uma vida mais autônoma e geradora de saúde. O sofrimento, o sintoma, é considerado como o lado visível de um processo invisível que influencia todo comportamento humano. A doença, embora se manifeste como uma disfunção biológica, ela tem valor de comu-

nicação. Quero compartilhar com você, caro leitor, algumas pistas de leituras para decodificar esta comunicação inconsciente, e, desta maneira, estabelecer um diálogo entre o corpo e a mente.

Gostaria de esclarecer que, embora em alguns momentos utilize a palavra doença, quero ressaltar que estarei sempre me referindo à enfermidade. A diferença consiste que doença (*disease*) refere-se à explicação científica universal das doenças estudadas na academia, de domínio biomédico; enquanto a enfermidade (*illness*) é a percepção que o indivíduo tem sobre sua doença a partir de sua cultura e valores, cujos sintomas envolvem todas as dimensões constituintes do ser humano – física, psíquica, espiritual e social – situadas no campo da subjetividade.

Nesta perspectiva, um mesmo sintoma pode ser lido de várias formas em função da história da pessoa e dos diversos contextos em que ela vive. Poder decodificar a mensagem inconsciente contida nesses sintomas, permite-nos extrair, da enfermidade e do sofrimento, alertas, lições, aprendizados, para se obter uma melhor qualidade de vida.

Nesses últimos anos, venho buscando compreender as mensagens inconscientes da linguagem corporal que meus colaboradores curandeiros do Projeto 4 Varas, na comunidade do Pirambú – Fortaleza – CE, manuseiam com maestria. Ao longo desses anos, coletei informações, pesquisei em outras culturas e sistematizei esses dados. Há anos estamos oferecendo cursos sobre a decodificação da linguagem corporal, no intuito de partilhar este saber acumulado, pois tem sido muito útil no trabalho de saúde comunitária que desenvolvo <sup>1</sup>.

Meu desejo é auxiliar as pessoas que buscam ampliar a compreensão do processo saúde-doença numa perspectiva holística, em que os sintomas, além de assinalarem uma disfunção bioecológica, são portadores de mensagens inconscientes fundamentais para o nosso

---

1 Projeto 4 Varas, na comunidade do Pirambú. Fortaleza: Disponível em : [www.projeto-4varas.com](http://www.projeto-4varas.com) . Acesso em : 20 abr. 2011

desenvolvimento. As informações têm como fonte os conhecimentos construídos ao longo dos anos, a observação minuciosa das enfermidades e do sofrimento humano contido nos livros de psicossomática, na prática clínica e pedagógica, e nos saberes coletados em diversas culturas e bibliografias, que, hoje, confirmo no meu cotidiano.

Gostaria de assinalar que a leitura simbólica dos sintomas não anula outras explicações sobre o processo saúde-doença, tais como as bioquímicas ou biológicas; ela traz um olhar diferente, integrativo e complementar, lembrando-nos que um sintoma é mais do que a expressão de uma disfunção orgânica. A leitura simbólica desvenda a comunicação inconsciente contida no sintoma e convida-nos a olhar além daquilo que caracterizamos como enfermidade (olhar além do dedo para ver a estrela). O sintoma alerta que precisamos entrever as mensagens sutis que ele nos traz, e que podem nos ajudar a ressignificar nossas condutas, comportamentos e estilos de vida. O que nosso corpo revela quando aparece o sintoma?

Quando a boca cala, os órgãos falam.

Quando a boca fala, os órgãos saram.

## **PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS: UMA VISÃO MULTIDIMENSIONAL DO SER HUMANO**

Se considerarmos o ser humano apenas como um ser biológico, composto de células, tecidos, órgãos e sistemas, estaremos nos limitando à materialidade, à funcionalidade dos órgãos e qualquer sintoma seria mera expressão de uma disfunção orgânica. Então, o tratamento ficaria limitado a regularizar o seu funcionamento por meio de medicamentos ou de intervenções cirúrgicas precisas.

Se considerarmos o homem como um ser que tem um corpo que age (*soma* = bio), uma mente que pensa (*psyche* = psíquico), um espí-

rito que transcende (*pneuma* = espírito) e uma necessidade de se relacionar (social), a abordagem e leitura de qualquer sintoma oriundo das enfermidades e/ou do sofrimento humano será feita nessas quatro dimensões. Pensemos sobre elas:

**Ser biológico (soma):** Como ser biológico, temos um corpo físico constituído de células que se organizam em tecidos e órgãos que, por conseguinte, constituem os sistemas responsáveis pela regulação e funcionamento desse corpo. As doenças interferem nestes sistemas, deixando marcas visíveis e detectáveis pelos exames físicos, bioquímicos e/ou radiológicos. A enfermidade é considerada como fenômeno objetivo e científico, e é tratada com drogas e/ou com intervenções de bisturi e tendem a ser reduzidas a fenômenos puramente biológicos.

É verdade que o ser humano, antes de tudo, é um ser biológico, porém, reduzi-lo a isto, muitas vezes, traz consequências desastrosas tanto para o paciente, como para aquele que cuida. As mutilações e iatrogenias, por exemplo, complicam mais o quadro clínico, acrescentando novos sofrimentos e assim, dificultando ainda mais a relação de cuidado. Na referência só biológica, o paciente não se sente compreendido no seu sofrimento e nem escutado nas suas angústias.

Para tratar desses fenômenos, a biomedicina dispõe de todo um arsenal técnico que permite intervir nas diversas enfermidades e/ou patologias com eficácia, sendo essa ação de uso exclusivo dos profissionais de saúde.

**Ser psíquico (*psyche*):** Nossa mente (cérebro), isto é, nosso corpo psíquico, registra em nosso corpo físico todos os acontecimentos que vivemos. Guyton (2009) afirma que a memória humana registra com mais facilidade e intensidade as experiências que são muito dolorosas ou muito prazerosas. As informações ficam arquivadas na memória corporal desde a fecundação, momento em que já estão gravados os registros das memórias ancestrais que, muitas vezes, condicionam e determinam nossas condutas.

Nosso cérebro registra tudo por meio dos sentidos: visão, audição, tato, olfato e paladar. O que é registrado é processado no sistema nervoso central que, elimina o que não interessa, distorce e deforma as coisas que não entende, e codifica os registros como símbolos e crenças. Estes códigos são arquivados no nosso inconsciente e ancorados em nosso corpo. O sono, por exemplo, tem a função de arquivar o que ocorreu na vida diária (TAVARES, 2009).

Deepak Chopra (1989), filósofo e médico indiano especializado em endocrinologia, no seu livro a *Cura Quântica*, afirma:

Somos as únicas criaturas na face da terra capazes de mudar nossa biologia pelo que pensamos e sentimos! Nossas células estão constantemente bisbilhotando nossos pensamentos e sendo modificadas por eles. Um surto de depressão pode arrasar seu sistema imunológico; uma paixão, ao contrário, pode fortificá-lo tremendamente.

Nossas células estão constantemente processando as experiências e metabolizando-as de acordo com nossos pontos de vista pessoais. Por exemplo, uma pessoa deprimida por perda de um emprego projeta tristeza por todo o corpo – a produção de neurotransmissores pelo cérebro reduz-se, o nível de hormônios baixa, o ciclo de sono é interrompido, os receptores neuropeptídicos na superfície externa das células da pele tornam-se distorcidos, as plaquetas sanguíneas ficam mais viscosas e mais propensas a formar grumos e até as lágrimas contêm traços químicos diferentes das lágrimas de alegria.

Todo este perfil bioquímico pode ser alterado quando encontramos uma nova posição diante da vida, o que reforça a grande necessidade de usarmos nossa consciência para criarmos os corpos que realmente desejamos.

Você quer saber como está seu corpo hoje? Lembre-se do que pensou ontem. Quer saber como estará seu corpo amanhã? Olhe seus pensamentos hoje. (CHOPRA, 1989, p. 67).

Portanto, nossos pensamentos e nosso estado de espírito desencadeiam processos químicos corporais. Os neurotransmissores são

responsáveis pela transmissão das mensagens a cada célula de nosso corpo e nossas células alteram seus próprios processos eletroquímicos. Nosso sistema imunológico logo responde a estas modificações reforçando-se ou enfraquecendo-se.

Os inúmeros recursos para o tratamento das enfermidades da dimensão psíquica permitem às pessoas fazerem sua opção, usando critérios subjetivos que vão desde um breve atendimento, como um aconselhamento, a uma prática psicoterapêutica, como a Psicanálise ou outras abordagens. Salientamos que existem mais de 300 abordagens psicoterapêuticas disponíveis.

A dimensão psíquica nos qualifica enquanto seres humanos, porém, não podemos esquecer as outras dimensões implicadas na existência humana, do contrário corremos o risco de polarizarmos nossa visão.

**Ser espiritual (*pneuma*):** A fé em um ser superior tem acompanhado a humanidade em seu processo evolutivo. A fé tem sido um recurso inestimável na superação do sofrimento e na construção de vínculos sociais. Ela nos faz transcender a matéria visível, palpável e mensurável permitindo-nos entrar em contato com aquilo que pertence à outras esferas mais sutis.

Devido à pluralidade de nossa sociedade, a dimensão espiritual é também vivida sob uma diversidade de crenças, credos e dogmas. Fato este que nos faz entender e admitir o quanto precisamos estar em equilíbrio para respeitar esta pluralidade, sem querermos colonizá-las ou excluí-las.

A espiritualidade tem sido um recurso cultural indispensável para indivíduos e grupos que vivem em situação de grande sofrimento. Ela é fonte de esperança e tem permitido às pessoas se sentirem pertencendo a um coletivo, no qual podem encontrar apoio, solidariedade e espaço de partilha. Na busca da espiritualidade, as pessoas podem renovar suas forças e alimentar a esperança de um futuro melhor.

Para atender a esta dimensão, as pessoas têm a sua disposição um universo imensurável de recursos. Buscando fortalecer suas raízes socioculturais e seus valores, essas pessoas optam pela prática de uma religião e/ou princípios filosóficos que vão desde as práticas religiosas milenares, como o Cristianismo, Islamismo, Budismo, até os princípios filosóficos como o Espiritismo, Reiki, a Yoga, entre outros.

O grande risco de se absolutizar a dimensão espiritual, de maneira sectária, excludente de outros valores numa atitude fanática, seria promover a alienação e a intolerância a outras leituras sobre a realidade humana, que está na origem de tantas violências fratricidas.

**Ser social:** Para o filósofo medieval Agostinho de Hipona, no seu tratado *Conhecendo a si mesmo*, “pessoa é relação”, isto é, alguém que é um, mas, ao mesmo tempo, não pode “ser” em completude sem “os outros”; para “ser”, ele necessita intrinsecamente dos outros. Vivemos em sociedade e ao longo da vida somos marcados pela efetivação da “relação” que fomos e somos.

A sociedade brasileira, constituída por descendentes de indígenas, africanos, europeus e orientais, obriga-nos a buscar conhecimentos sobre essa pluralidade para melhor cuidarmos das enfermidades e do sofrimento humano. Somos um mundo de contrastes, onde coabitam diversidades, contradições e diferenças.

A diversidade de raças e culturas, no Brasil, possibilita-nos identificar uma pluralidade de códigos de leitura das enfermidades e do sofrimento. Nosso grande desafio é como obter conhecimento dos códigos culturais para compreendermos (decodificarmos) os sintomas das enfermidades e do sofrimento de acordo com os valores culturais de cada povo.

Essa pluralidade também deve servir de referência para as pessoas que trabalham com promoção humana, sobretudo, quando seu objetivo é promover o desenvolvimento da competência interpessoal

(habilidade para construir relações intra e interpessoais equilibradas e sadias). Os princípios da Sociologia, da Antropologia, da Economia, das Ciências Políticas, da Psicologia Social, da Psicologia Comunitária, da Dinâmica dos Grupos, etc, são fontes de orientações, recursos e meios para exercitar o “Ser Relação”. Restringir os fenômenos humanos a uma “sociose” sem considerar as demais dimensões, empobrece as estratégias de intervenção.

## **NECESSÁRIA TRANSDISCIPLINARIDADE E TRASCULTURALIDADE**

Penso que para sermos terapeutas (cuidadores) de seres humanos não podemos nos limitar a uma única abordagem – biológica, psíquica, social ou espiritual-, pois estaríamos reduzindo a grandeza do homem a apenas uma de suas partes. Poder contar com os recursos da Medicina, Psicologia, Sociologia, Filosofia e Teologia, para citar alguns, amplia o nosso potencial de ação, atenção, cuidado e promoção à saúde. Qualquer fanatismo, seja ele biológico, psicológico, sociológico, filosófico ou religioso, é um empecilho ao desenvolvimento de ações promotoras de vida (toda convicção é uma prisão). Precisamos superar os preconceitos que nos tornam míopes, limitam nossa visão e restringem nossas condutas pessoais e profissionais.

Toda prática humana é determinada por uma percepção. Antes de considerarmos uma situação como loucura ou ignorância, devemos entender a lógica das práticas e contextos de vida daquela pessoa, daquele grupo e/ou daquela cultura.

Estudiosos como Kleinman (1986), Laplantine (1988), Turner (1985), Blacking (1977) e Comaroff (1985) demonstraram que os fenômenos relativos à saúde-doença são culturalmente construídos e interpretados. Por exemplo: o encosto, o quebranto, o mal olhado, são modelos de percepções das enfermidades construídos a partir de

experiências, vivências socioculturais, que se enraizaram nas crenças, também socialmente construídas. É importante conhecermos estes modelos para identificarmos a lógica e a simbologia criadas ao longo dos tempos, que respondem as necessidades do ser humano, historicamente construído, para que possamos conviver melhor com as enfermidades e sofrimentos cotidianos.

Não é necessário acreditar. Basta conhecer e compreender para interagir e mobilizar os recursos culturais e articulá-los com outros modelos explicativos para enfrentar essas situações. Por exemplo, diante da necessidade de adesão ao tratamento médico, e em face da resistência da pessoa em seguir as prescrições medicamentosas, pergunto se essa pessoa é praticante de alguma religião. Caso afirmativo, sugiro que antes de ingerir a medicação ela peça a seu ente espiritual (Deus cristão, Orixá, Buda, espírito de luz, etc) que abençoe a medicação para que ela possa ter um efeito ampliado para combater a doença. Na minha prática clínica, tenho consciência que sou parte deste processo, e, portanto, limitado. Considero imprescindível fazer apelo aos recursos socioculturais para potencializar as ações de saúde. E isso exige caminhar na perspectiva interdisciplinar para incluir uma ação transcultural efetiva. Trata-se de unir esforços em torno de um objetivo comum.

Kleinman (1986) fornece um quadro teórico e metodológico para analisar de que forma os fatores culturais intervêm no campo da saúde. Para ele as desordens físicas e psíquicas são acessíveis apenas pela mediação cultural. A desordem deve ser interpretada na visão do doente, da família e do médico. Portanto, todas as atividades de cuidado em saúde são respostas socialmente organizadas e podem ser estudadas como um sistema cultural. É a partir das experiências do adoecer que são construídos significados partilhados pelo grupo que, como consequência, vai construindo redes semânticas, de símbolos que contém três elementos básicos: cognitivo,

experencial e afetivo. A partir destes elementos, o indivíduo interpreta as enfermidades e o sofrimento, articulando o cognitivo do vivenciado, com o afetivo sentido.

Vejamos um exemplo. Um sujeito vive uma relação extraconjugal e sofre um acidente de carro, fraturando as duas pernas. Ele sabe as causas mecânicas da fratura, mas é uma visão restrita. Neste caso, tanto o sujeito como seus familiares podem buscar uma compreensão mais ampla do ocorrido, envolvendo a dimensão experimental e afetiva, ou seja, podem desencadear uma série de questionamentos a esse fato, procurando dar um sentido existencial às causas mecânicas, perguntando-se: – Que relações afetivas eu estou querendo romper ou distanciar-me? – Que obstáculos estão me impedindo de refazer escolhas e/ou construir novas relações? – Que fraturas relacionais eu preciso realizar? As perguntas podem ser dirigidas para si e para os outros da família. Ou ainda ampliar o foco fazendo reflexões do tipo: o que este acidente revela da minha vida relacional? Como estou me locomovendo na minha família e na sociedade? Como estou lidando com as leis que estruturam a sociedade? Que crenças, valores, têm me limitado em minha caminhada como pessoa? Trata-se de articular essas duas leituras, tornando-as complementares, isto é, permitindo ao indivíduo ter acesso aos cuidados da medicina científica e também aos recursos de sua cultura.

Entendo que, quanto mais ampla for nossa visão do ser humano, maiores serão nossas possibilidades de utilizar recursos complementares na promoção da vida, no combate às enfermidades e ao sofrimento.

## **NÓS, OS CUIDADORES**

Para nós, cuidadores, é importante a humildade para reconhecermos nossas limitações e uma boa dose de coragem para nos libertarmos de certos modelos que nos aprisionam.

É necessário criatividade, liberdade e afetividade para criarmos novas formas de tratar e cuidar das pessoas além da nossa especificidade.

A medicina reconhece que as emoções negativas, sejam dramas ou choques emocionais, estão na origem dos nossos mal-estares, enfermidades e sofrimentos, e que elas afetam a saúde de nosso corpo físico (CHOPRA, 2000; GUYTON; HALL, 2010; MACIEL, 2000; DETHLEFSEN, DAHLKE, 2006, 2007; SELLAM, 2005, 2007; D'EPINAY, 1988).

Em 1913, Georg Groddeck publicou seu sétimo livro “Nasa-mecu”, título formado a partir de “*Natura Sanat, medicus curat*” (a natureza sara, o médico cura). Nessa obra, ele fala dos ossos, dos músculos, de alimentação, da circulação sanguínea, dos olhos e outros temas conexos e de como tudo isso se apresenta no homem “sadio” e no homem “doente”.

Para ele, o ser humano deveria ser tratado como um todo, por isso, incorporou métodos terapêuticos naturais e massagem em sua abordagem, e lhes deu um significado especial, bem como o apelo à auto-responsabilidade do paciente. Os sintomas são mensagens do nosso inconsciente, mensagens codificadas e cheias de simbolismos: “os órgãos falam...”.

Poder olhar para além da dimensão física da doença, para incluir o ser humano no seu universo relacional, histórico e social. Como tão bem nos ensina a sabedoria popular “Quem olha para o dedo que aponta a estrela, jamais verá a grandeza da estrela”.

O motivo para a existência destes caminhos de cura não está na esperança de um mundo melhor ou numa recompensa pelos sofrimentos deste mundo, como pregam certas religiões, mas na compreensão de que o mundo material em que vivemos só adquire significado na

proporção em que temos um ponto de referência além de nós mesmos. Um exemplo para esclarecer: só terá sentido estudar numa faculdade de qualidade se vislumbrar um bom emprego após a formatura, se objetivamos ir além daquilo que somos e temos até aquele momento. Só tem sentido entrar num monastério se pretender seguir a vida religiosa, ou ainda se inscrever num clube de futebol se desejarmos sermos jogadores de futebol. Vale lembrar o ditado popular que diz: “nenhum vento sopra favorável quando não sei para onde quero ir”.

Talvez, a imagem do pêndulo que balança seja uma referência para compreendermos nossa caminhada na vida. Oscilamos entre o bem e o mal, a paz e a guerra, a justiça e a injustiça, a aparência e a essência. Nesse transitar entre os pólos é que vamos construindo a nossa vida, num movimento permanente de ação-reflexão, erros-acertos, encontro-desencontro...sem nos fixarmos a nenhum deles. A força propulsora da vida é o amor enraizado no mais profundo da pessoa, como nos diz Santo Agostinho “Ama e fazes o que quiseres. Se calares, calarás com amor; se gritares, gritarás com amor; se corrigires, corrigirás com amor; se perdoares, perdoarás com amor.”

Auxiliar as pessoas a decodificarem as mensagens inconscientes expressas no seu próprio corpo, só será possível fazer por meio de um diálogo muito mais interrogativo do que afirmativo da pessoa com ela mesma. Esse diálogo pode acontecer por meio de perguntas precisas, feitas pela pessoa em questão a si mesma, permitindo-a refletir sobre o sentido do sofrimento corporal no seu contexto relacional e existencial.

Convém destacar que, em muitas situações, nossos questionamentos devem ser dirigidos numa perspectiva transgeracional, ou seja, devemos colher informações de comportamentos, enfermidades, sofrimentos, das gerações anteriores. Por exemplo, uma pessoa que apresenta uma dor na articulação coxa-femural (sede da memória de sentimento de abandono e traição) quando questionada sobre este sentimento não o correlaciona com sua história pessoal, porém,

quando interrogada sobre se houve alguém dos antepassados que foi vergonhosamente traído ou abandonado, logo aparecem histórias de grande sofrimento nesse sentido.

Isso mostra que não herdamos de nossos antepassados somente características físicas, mas, também, memórias emocionais que se manifestam no nosso corpo (SELLAM, 2003). Acessar e decodificar essas memórias transgeracionais permite ao indivíduo se apropriar da sua história, conhecer melhor suas heranças ancestrais; poder fazer uma ruptura e ressignificar esse legado, prevenindo que se perpetuem nas gerações seguintes.

Não se trata de eliminar o sintoma, mas oferecer à pessoa elementos que suscitem reflexões que vão dar sentido ao seu sofrimento, sempre ligado ao seu contexto histórico, familiar e social. Cada pessoa tem seu itinerário de vida peculiar e é somente neste contexto que a decodificação dos sintomas tem sentido.

A compreensão das causas emocionais profundas pode despertar a consciência, de cada pessoa, de que ela pode intervir no processo e produzir mudanças significativas. Isso exige uma coragem para mergulhar profundamente em sua história, apreender os ensinamentos, ressignificar sua vida e dar início a uma nova etapa de vida.

A compreensão da anatomia e fisiologia dos órgãos de qualquer sistema fornece-nos elementos para fazermos uma leitura simbólica das enfermidades, favorecendo-nos ver, além do sintoma físico, a comunicação inconsciente do que está ocorrendo conosco no nosso processo relacional.

Todo sintoma não é apenas a expressão de uma disfunção orgânica, pode ser também, expressão de uma disfunção relacional.

Articular essas duas leituras de forma complementar, não excludente, é salutar para todas as pessoas que valorizam a vida humana.

Philippe Dransart (2009) diz que uma das particularidades mais impressionantes do corpo humano é que em cada órgão pode-se encontrar evidências do conjunto. Ou seja, a parte nos fala do todo. Apesar de cada órgão ter sua função específica, todos estão intimamente interligados. Quando um está afetado, todo o conjunto sutilmente fica afetado. Daí porque o local de uma lesão nos comunica sobre o que está acontecendo com o todo. Dialogando com a parte onde surge o sintoma, poderemos saber o que está acontecendo com essa pessoa na sua inteireza. Um exemplo, a leitura das modificações da íris, pela Iridologia, pode identificar problemas no corpo inteiro, mostrando que há uma simultaneidade. Outro exemplo, é uma biopsia de fígado que possibilita perceber como anda a saúde global do indivíduo.

O pesquisador R. G. Hamer (2003), cancerólogo alemão, criador da Nova Medicina, usando a tomografia e, posteriormente, exames histológicos, comprovou, em suas pesquisas, que uma pessoa, ao sofrer um choque brutal e inesperado como, por exemplo, a morte súbita de um ente querido, tem esta informação levada ao cérebro pelo sistema nervoso periférico, onde forma uma mancha (buraco). Posteriormente, correlacionando o local desta mancha com o local do corpo, onde emerge uma determinada enfermidade e/ou sofrimento, ele pode elaborar um quadro esclarecedor do conflito vivido pela pessoa com a doença que estava desenvolvendo. Esta informação ajuda-nos a encurtar o caminho para trabalhar o conflito e chegar à cura.

A descoberta do Dr. Hamer nos faz entender que aquilo que não expressamos pela boca será impresso em nosso corpo, expressão que equivale ao ditado popular: “Quando a boca cala, os órgãos falam”.

Os sintomas são mensagens do nosso não consciente.  
São mensagens codificadas e cheias de simbolismos.

Para fazermos a ligação entre as dores da alma (psíquica) e as dores físicas (corpo), precisamos compreender o homem na sua globalidade física, psíquica, espiritual e relacional. Para expressar um sentimento, uma emoção, uma ideia, um sonho, nós precisamos do corpo que emite palavras, gestos e “desenhos”. Aquilo que vivemos interiormente se exterioriza no corpo físico como numa tela de projeção. Neste sentido, corpo e mente estão interligados.

A mente inconsciente precisa do corpo físico como alguém precisa de um espelho para tomar consciência de sua fisionomia e materializar sua identidade. Quando existem distorções entre o corpo físico e a mente ou entre a mente e o espírito, aparecem os sinais de alerta, os sintomas, que são mensagens simbólicas, sugerindo-nos uma parada para repensar a forma de ser e agir no mundo.

A Leitura Corporal avalia os desequilíbrios energéticos e os adocimentos como reflexos da contenção, da limitação dada à experimentação do prazer e das distâncias criadas entre o Ser e o Estar e entre o Sentir e o Expressar, e identifica a doença como um mecanismo que ajuda na localização dos conflitos emocionais; facilita o entendimento dos processos pessoais; estimula a autoaceitação e a reorganização do pensamento e da atuação<sup>2</sup>.

Uma doença torna-se uma excelente ocasião para refletirmos sobre o sentido que estamos dando à vida, à nossa caminhada, para onde estamos indo.

É no corpo que se materializam as mais diversas formas de sofrimento psíquico. Portanto, o corpo constitui-se no “*locus*” da concretização do que acontece na nossa mente. Os autores Dethlefsen e Dahlke afirmam que “O corpo material é o palco em que as imagens da consciência se esforçam por se expressar” (2007, p.14). Ou seja,

2 Disponível em:< [www.leituracorporal.com.br](http://www.leituracorporal.com.br)>. acesso em: 14 abr.2011.

uma perturbação ou desequilíbrio na mente, no inconsciente de uma pessoa, manifesta-se como sintoma corporal.

Chorinta Maciel, em seu livro *Mitodrama*, afirma que

“A perturbação da harmonia se manifesta no corpo, pois o corpo é a concretização do inconsciente, tornando-se o palco em que todas as imagens se esforçam por se expressar” (2000, p. 43).

Um exemplo dessa força do corpo imagem é o chamado membro fantasma. Uma pessoa que teve sua perna amputada continua sentindo dores onde não existe mais a perna. É a força da mente que sobrevive a toda amputação física.

O sintoma é, portanto, a expressão visível de um processo invisível.

Todos os sintomas podem ser analisados, diagnosticados, utilizando os conhecimentos da fisiopatologia e podemos combatê-los utilizando medicamentos dos mais variados possíveis. Os exames laboratoriais evidenciam a presença de substâncias que caracterizam a patologia definida. Porém, não podemos esquecer que a doença que atinge o corpo tem uma relação direta com o que se passa na mente da pessoa: “Assim como o corpo não pode viver sem consciência, ele também não pode ficar doente sem a consciência” (PEREZ, 2007, p. 16).

Carlos Byington apud MACIEL conclui que:

“diante de certos sintomas como cefaléia, palpitações, parestesias ou cólica vesical, o médico costuma pesquisar componentes orgânicos dos sintomas, sem levar em conta qualquer componente simbólico. (...) quando não encontra nenhum componente orgânico que justifique a queixa, receita “tranquilizantes”, que alteram quimicamente a vivência normal do símbolo, dificultando sua expressão e estruturação.”(BYINGTON, 2000, p. 52).

A concepção sistêmica do universo como um sistema vivo possibilita-nos compreender os sintomas como sendo formas físicas, materiais de expressão dos conflitos ou desequilíbrios, e que, por meio de uma linguagem simbólica, informam onde se situam nossos problemas. Corintha Maciel é enfática quando fala que a “‘chave’ para se compreender a doença e a cura é aprender a ‘traduzir’ a fala do sintoma, reconhecendo-a como um símbolo que se precipitou no corpo físico” (2000, p.43).

Portanto, o aparecimento do sintoma precisaria ser visto numa dupla perspectiva, a biológica, material, objetiva, detectável, em que se busca explicá-lo, analisando os processos bioquímicos e mecânicos do organismo; e a simbólica, invisível, subjetiva, em que se procura decodificar a comunicação inconsciente veiculada por ele.

Para interpretar o sintoma, temos que conhecer os códigos corporais, construídos ao longo do tempo. Se do ponto de vista biológico, o sintoma tem uma ou várias causas detectáveis; do ponto de vista simbólico, tem valor de comunicação. Nesta perspectiva, um sintoma seria uma comunicação inconsciente, codificada culturalmente para expressar um sofrimento, uma disfunção.

Da mesma maneira que os sonhos são a expressão codificada da linguagem do nosso inconsciente, os sintomas no corpo físico são linguagens inconscientes do nosso ser e agir no mundo. Decodificar essa mensagem possibilita ao homem ressignificar, reorientar seu comportamento, sua vida. Negar esse aspecto, esse sinal de alerta, é privar o ser humano de transformar a doença numa oportunidade para rever valores, repensar relacionamentos e postura no mundo. Digo isso para salientar que não podemos impor nenhuma leitura do tipo: dor no joelho significa dificuldade de aceitar as coisas como são ou falta de flexibilidade nos relacionamentos. Uma pessoa pode ter rigidez nos relacionamentos sem apresentar problemas articulares no joelho. O sintoma em questão pode se tornar uma ocasião para refle-

tir sobre questões mais globais, sobre o sentido dos relacionamentos e jamais uma resposta precisa e universalmente válida.

Decodificar um sintoma antes de silenciá-lo é uma atitude responsável. O sintoma é como uma luz vermelha do painel do carro que acende quando estamos dirigindo e que nos desperta um cuidado a mais sobre o carro.

- O que esta luz que acende está assinalando?
- Estaria me avisando que “meu combustível” está prestes a acabar?
- Ou estaria avisando que “minha bateria” não está mais gerando energia?
- Será que é o nível do “óleo” que eu preciso ajustar?

É claro que, no caso de um carro, o mecanismo que permite a luz acender é mecanicamente explicável, mas, se nos determos na explicação aparente, deixamos de fazer a leitura que vai nos permitir evitar novos contratempos e até mesmo acidentes. No caso de uma ulcera gástrica, é evidente que a mucosa gástrica está irritada, corroída pela ação dos ácidos, fato detectável ao exame microscópico. Este é o lado visível da úlcera, mas o que está comunicando sobre nosso “alimento” afetivo?

Na interpretação de um sintoma, não se nega a contribuição da medicina biológica, que explica a sua fisiopatologia, mecânica e eficazmente, mas, podemos agregar outros valores a essa compreensão e proposta de cura. A sintomatologia de qualquer doença provoca uma ruptura nas relações do ser “bio-psico-socio-espiritual”. Ela nos obriga a ficar no leito. Isola-nos do convívio social, impossibilita-nos de trabalhar. Enfim, ela perturba nosso processo vital.

Toda doença manifesta-se por sintomas que atingem nosso corpo físico e precisa ser pensada e tratada também na sua multiplicidade de possibilidades. É claro que há situações em que os remédios alo-

páticos são necessários, e até imprescindíveis, mas precisamos ir além da explicação mecanicista, para extrair mensagens inconscientes, que são verdadeiras bússolas, para o caminhar humano.

Quando o carro que viajamos dá uma pane mecânica, ele nos obriga a repensar o roteiro da viagem e fazer perguntas do tipo:

- Será que o carro suportará a quilometragem prevista?
- Como vou reorganizar o meu passeio?
- O que negligenciei quando decidi fazer essa viagem?

Falando do nosso corpo, voltando ao exemplo da gastrite, sabemos que ela é ocasionada por uma hiperacidez gástrica. É evidente que o médico vai prescrever antiácidos e se fizer uma endoscopia irá identificar modificações visíveis típicas desta doença. No entanto, se ele souber que o estômago é o órgão que guarda as memórias de ressentimentos e mágoas e que tudo aquilo que não digerimos em nossa mente se manifesta como indigestão gástrica, ele poderia e/ou deveria incluir em seu tratamento, uma conversa com seu paciente perguntando-lhe, por exemplo:

– Você está vivendo alguma situação relacional que está lhe gerando mágoa ou ressentimento?

– Você está vivendo alguma experiência emocional que não está conseguindo digerir?

Com certeza, o tratamento ficaria bem mais completo e rico. O médico estaria agindo em dois fatores psicossomáticos complementares que só trariam benefícios para a pessoa. A cura passaria não somente pelo fim do sintoma, mas pela ressignificação da vida pessoal, familiar e social. “A cura acontece através da incorporação daquilo que está faltando e, portanto, ela não é possível sem uma expansão da consciência. Tudo que o corpo pode fazer é refletir os estados correspondentes e as condições da própria consciência” (DAHKE, 2007, p. 19).

Toda linguagem do corpo é psicossomática porque existe uma relação estreita, inseparável entre o corpo e a mente. A doença funciona como um “fio terra” que permite a liberação de tensões guardadas. Para decodificá-la precisamos compreender sua linguagem, seu simbolismo.

No modelo biomédico, a origem da doença segue uma orientação biológica, ou seja, está ligada aos microorganismos, terreno genético, doenças autoimunes, entre outras. No modelo holístico oriental, a doença é compreendida como desequilíbrio energético, com função de alertar a pessoa dos obstáculos que devem ser superados na caminhada de vida.

## O NECESSÁRIO DIÁLOGO CORPO E MENTE

Dialogar com o corpo é algo fundamental para compreendermos o que ele está comunicando das emoções vivenciadas e suas repercussões. O corpo, como as palavras, tem vários sentidos. Trata-se, portanto, de uma comunicação repleta de sutilezas relacionadas a contextos sócio-históricos e culturais precisos. Do mesmo jeito que uma palavra para ser entendida precisa do contexto da frase, um sintoma para ser entendido precisa ser contextualizado. Por isso, antes de decodificá-lo, precisamos inseri-lo no contexto, fazendo uma série de interrogações e jamais fazendo afirmações categóricas, mas sugerindo pistas de reflexão, levantando hipóteses, sempre numa postura mais interrogativa do que afirmativa. Este é um bom começo!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE HIPONA, A. **Confissões de bolso**. São Paulo: Editora Paulos, 2010.

BARRAL, J.P. **Comprendre les messages de votre corps**. 2. ed. Albin Michel, Paris, 2005.

BROUSSE, M. **Votre corps a une mémoire**. 1. ed. Aubagne : Fayard, 2007.

CAIRO, C. **Linguagem do corpo**. 4. ed. São Paulo: Mercuryo, 2008. v. 1.

COUTURE, S. **Les maux pour le dire...simplement**: Le decodage biologique des malaises et maladies simplifié. 1. ed. Quebec-Canada : Editora Um Monde Different, 2005. (Collection Motivation et épanouissement personnel)

CURSO básico de leitura corporal. Disponível em:< [www.leituracorporal.com.br](http://www.leituracorporal.com.br)>. acesso em: 14 abr.2011.

DAHLKE, R. **A Doença como símbolo**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

\_\_\_\_\_. **A Doença como linguagem da alma**. 12. ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

DEEPAK CHOPRA. **Quantum healing: exploring the frontiers of mind/body Medicine**. Nova York: Bantam Books, 1989.

\_\_\_\_\_. **Saúde perfeita**: o guia completo da medicina mente-corpo. Cordova, Espanha: Estrela polar, 2009.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. **A Doença como caminho**. 16. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

D'EPINAY, M.L. **Groddeck**: a doença como linguagem. Campinas: Papirus Editora, 1988.

DRANSART, P. **La enfermedad busca sanarme**. Barcelona: Lucier-naga, 2009.

FLÈCHE, C. **Décodage biologique des maladies** – Manuel pratique des correspondances emotions / organs. 1. ed. Le Souffle D'or, Barret-sur-Méouge 2001.

GRODECK G. **Nasemecu** (Natura Sanat, medicus cura), 1984.

GUYTON, A.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. São Paulo: Editora Elsevier, 2010.

HAMMER, R. G. **Fondement d'une médecine nouvelle**: les 5 lois biologiques de La Medecine Nouvelle. Le système ontogénétique des tumeurs. Ed. Prim'zone Charles-les-Eaux, 2003.

HAMER, R. G. **A nova medicina Alemã**. 2003.

HAY, L. L. **Cure seu corpo**. 15. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 1998.

KLEINMAN, A. **Social origins of distress and disease**- Depression, neurasthenia, and pain in modern china. Yale University Press New Haven and London, 1986.

LAPLANTINE, F. **Etnopsiquiatria**. Lisboa: Editorial Vega, 1978.

\_\_\_\_\_. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MACIEL, C. **Mitodrama**. São Paulo: Editora Ágora, 2000.

ODOUL, M. **Dis-moi ou mal, je te dirais pourquoi** – Les Cris Du corps sont dès messages de l'âme – Éléments de psycho-énergétique. 3. ed. Paris :Albin Michel, 2002.

\_\_\_\_\_. **Um corps pour me soigner, une âme pour me guérir**. 4. ed. Paris: Albin Michel, 2005.

PEREZ, M S. **A cura através da compreensão da doença**  
Disponível em : <<http://www.planetafloral.com.br/portal/?cid>>.  
Acesso em: 20 fev. 2011.

PROJETO 4 varas, na comunidade do Pirambu. Fortaleza: Disponí-  
vel em: <[www.projeto4varas.com](http://www.projeto4varas.com)>. Acesso em : 20 abr. 2011.

SELLAM, S. **Origines et prévention des maladies** – L'analyse  
psychosomatique et Le décodage biologique. 4. ed. Aubagne: Quin-  
tessence, 2005.

\_\_\_\_\_. **Mon corps est malade.** Il serait temps que je parle – Trilogie  
Psychosomatique. 1. ed. Saint André de Sangonis : Bérangel, 2007.  
Vol 2.

SOUZENELLE, A. **Le simbolisme du corps humain.** Paris : Albin  
Michel, 1991.


TAVARES, N. Os princípios do Body Mind Talk. Disponível em :<  
<http://www.br.nehemias.dk/ne/kontakt/BodyMindTalk.htm>> Aces-  
so em: 14 nov. 2009.



TERCEIRA PARTE

*TCI e as Aplicações nas Políticas  
Públicas da Saúde e Educação*





# *Terapia Comunitária Integrativa e estratégia de saúde da família: práticas convergentes*

*Flavio A. de Andrade Goulart*

## **INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) e a Terapia Comunitária Integrada (TCI) constituem tecnologias sociais de grande repercussão na atualidade. No caso brasileiro, a APS se vê traduzida pela estratégia governamental de Saúde da Família, que alcança quase 100 milhões de pessoas em mais de 90% dos municípios brasileiros, reunindo em suas fileiras de trabalhadores mais de duzentos mil profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, além de outros. A APS é uma das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), aquela à qual é atribuída a missão de iniciar e coordenar a trajetória assistencial dos pacientes. É justamente no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF), que constitui uma variante da APS, que a TCI vem crescendo intensivamente no país, com sua recente incorporação ao rol das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS.

O SUS, por sua vez, é uma política de saúde recente, com pouco mais de duas décadas de existência. No caso do Brasil, ela tem aspectos de forte ineditismo, pois unificou uma série de instituições e práticas de saúde que antes eram oferecidos de maneira fortemente fragmentada e ineficaz, embora uma parte desses problemas ainda persista. Mas, de qualquer forma, o SUS representou a institucionalização de um sistema público de saúde sólido, que tem trazido resultados importantes para a sociedade brasileira (OPAS/OMS, 2011).

O SUS representa, sem dúvida, a política pública mais inclusiva até hoje praticada no Brasil, fazendo a diferença entre uma época, anterior à Constituição Federal de 1988, em que os brasileiros eram separados em uma minoria que tinha emprego formal e acessava os serviços da previdência social (INAMPS) e os que não os possuíam e que eram tratados como indigentes ou por meio de políticas seletivas de saúde, às vezes apenas de caráter filantrópico. A instituição do SUS representou, assim, a inclusão de milhões e milhões de brasileiros como cidadãos portadores de efetivos direitos no campo da saúde.

Em termos de estrutura, processos e resultados, os avanços possibilitados pelo SUS são notáveis contribuindo para a melhoria inquestionável dos níveis de saúde da população brasileira. O caso da mortalidade infantil no Brasil é emblemático: no período de 1997 a 2009 ela caiu de 31,3 para 20,0 óbitos em menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, queda sustentada em todas as regiões brasileiras. Dois terços dessas mortes foram evitadas no período neonatal, deixando clara a contribuição dos serviços públicos de saúde na redução de tal problema. Antes do SUS a mortalidade infantil era ainda maior, chegando, em algumas regiões, a mais de 100 por mil nascidos vivos – um índice somente encontrado em países da África (OPAS/OMS, 2011).

O SUS apresenta, além do mais, uma série de processos permanentes e incrementais de transformações e acumulações, muitos deles inovadores em termos de políticas públicas, mesmo no panorama internacional. Entre tais mecanismos criativos e inovadores estão, além da implementação extensiva da APS em todo território nacional, sob a forma de PSF; o desenvolvimento do controle social em saúde; a maior transparência das transferências financeiras entre as esferas federativas; o desenvolvimento de instâncias e instrumentos de gestão entre os níveis de governo, além das políticas bem sucedidas, por exemplo, na DST/AIDS, na assistência farmacêutica, nos transplantes, no atendimento às emergências e muitas outras (OPAS/OMS, 2011).

O SUS ainda tem problemas, por exemplo, no seu financiamento, nos vazios assistenciais ainda não cobertos e na divisão de tarefas entre os entes federativos. Mas ele certamente não seria um “problema sem solução”, mas sim “uma solução com problemas”, e certamente devem ser despendidos ainda muitos esforços, do governo e da sociedade, para superá-los (CONASS, 2006).

## **SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

As origens da atenção à saúde do grupo familiar remontam aos primórdios da medicina. Durante muitos séculos, com efeito, na vigência do modo artesanal de prática médica, o *locus* preferencial da atenção era o consultório dos médicos que, não raro, se situava no âmbito da própria residência destes profissionais. Alternativamente, o cuidado era prestado nos domicílios dos pacientes, sob as vistas diretas das famílias e, não raramente, com sua participação direta no processo de cura.

É preciso definir, de início, os diversos elementos conceituais que distinguem o que se chama hoje de práticas em “Saúde da Família”. A aproximação conceitual entre ela e a APS é evidente. Neste aspecto, obrigatória referência é a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 sob os auspícios da OMS e da UNICEF, na qual, em termos textuais, em livre tradução do original, a APS é conceituada como:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito autoconfiante e autodeterminante. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade

com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (WHO, 1978 pp. 5-6).

Starfield (2001), autora que constitui referência obrigatória em tal tema, define a APS como o “centro da política sanitária”, ou seja, um nível do sistema de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e além do mais capaz de oferecer atenção à maioria dos agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. A APS representaria, além disso, a base do sistema de saúde e um enfoque que determinaria o modo de atuar dos níveis restantes do sistema.

A mesma Organização Mundial de Saúde – WHO (1984), define que a APS deve ser um dos princípios em que se baseiam os sistemas de saúde, ao lado dos conceitos e valores de dignidade humana, equidade, solidariedade, ética, promoção da saúde, participação, qualidade, e sustentabilidade. Tais aspectos estão em consonância com o que aquela entidade define contemporaneamente como *saúde*, ou seja, o grau em que uma pessoa ou grupo é capaz de realizar suas aspirações e de satisfazer suas necessidades e de enfrentar adequadamente seu ambiente, o que resulta que a mesma (saúde) deve ser considerada como um recurso a mais na vida cotidiana, e não um objetivo da vida; um “conceito positivo”, que engloba tanto os recursos materiais e sociais como capacidade física para alcançá-lo.

Para Vuori (1985), a APS tem como objetivo a saúde, integrando prevenção, assistência e cura; como conteúdo a promoção da saúde e a atenção continuada e integral; como base organizacional, os médicos generalistas ou de família, além de outros profissionais de saúde integrados em uma equipe; como responsabilidade a colaboração in-

tersetorial, a participação da comunidade e a autorresponsabilização. Este autor sintetiza, com estas categorias, as necessidades de mudança no sistema de saúde tradicional, ancorado em objetivos como: a cura de doenças; o conteúdo baseado em terapias e atenção episódica referente a problemas específicos; a organização baseada em médicos e especialistas envolvidos com o trabalho individual e, finalmente, a responsabilidade centrada de forma restrita no próprio setor saúde, com predomínio técnico-profissional nos cuidados de saúde.

Vasconcelos (1999) apresenta diferentes concepções e propostas de APS, que convivem e divergem entre si, são elas, a *assistência médica primária*; a *atenção primária seletiva* e a *atenção primária integral (comprehensive)*, conforme o original em língua inglesa). As duas primeiras representam formas mais limitadas de atenção, uma vinda por transplante direto dos consultórios médicos e, a outra, marcada pelo caráter racionalizador e poupador de custos de sua prática. A última, deriva dos enunciados difundidos a partir de Alma Ata e tem como função principal o apoio aos indivíduos e grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde. É dentro desta última categoria que o autor vê a inserção da Saúde da Família no Brasil, mas adverte que o conceito praticado no País ainda se vê fortemente limitado, não só pelas “tradições positivistas e mecanicistas” que rodeiam a assistência à saúde, como, também, pelo “boicote político” e as “exigências de produtivismo numérico”. Assim, encarece ainda se tornam necessários novas abordagens teóricas e metodológicas, que realizem, de fato, a almejada integralidade (ou, nas palavras do autor, alargamento) de tal conceito de assistência.

Ainda como uma aproximação, tentando agora uma síntese, poder-se-ia destacar os componentes essenciais que unem os conceitos de APS e de Saúde da Família, a saber:

1. As práticas de saúde como objeto da *intervenção do Estado*, o que as caracterizaria como partes de um corpo de *políticas sociais*;

2. O processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um *âmbito generalista*, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo de tipos de doenças;
3. A maneira de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na *ampliação e superação dos conceitos tradicionais* antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;
4. A proteção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para *coletivos* (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de *práticas sociais de saúde*;
5. O desenvolvimento de *vínculos* entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica, cultural ou mesmo ética.

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEÚDOS E TRAJETÓRIAS**

Resgatar a história da Atenção Primária à Saúde envolveria o percurso de pelo menos duas sendas: a trajetória das ideias correspondentes no mundo, bem como de sua chegada e desenvolvimento no Brasil.

Em termos mundiais, uma longa história pode ser percorrida, a partir de raízes muito antigas. A fase mais significativa ocorre ao longo do século XIX e na primeira metade do século XX, primeiro com as políticas de saúde pública e medicina social e, depois, com o advento dos estados de bem-estar social, tudo isso no contexto europeu. Aí, fatores políticos e ideológicos diversos se fizeram presentes, desde a afirmação de razões de Estado para o controle da sociedade, passando por ideais filosóficos e religiosos de igualdade e fraternidade, até as lutas operárias e a conquista da cidadania social.

O fato é que a APS, como, aliás, quaisquer práticas e políticas de saúde sempre tiveram, em sua origem e determinação, a influência dos modos de conceber e agir da sociedade face ao corpo humano e a respectiva valorização concedida à saúde e à doença. Os diversos modelos daí advindos, ao variarem ao longo da história, mantiveram, entretanto, correlação com a estrutura da sociedade, em cada período, em face da visão de mundo dominante (SINGERIST, 1974). Por outro lado, como lembra Rosen (1994), em toda a história das sociedades humanas, os problemas de saúde enfrentados tiveram, em sua origem, relação com a vida em comunidade e, embora com ênfases diferentes, com as variadas maneiras com que tais sociedades procuraram resolvê-los, por exemplo, controlando as doenças e melhorando as condições ambientais.

Ao que se sabe, modelos e até mesmo sistemas completos de atenção à saúde existiram mesmo em sociedades antigas, com componentes que atualmente podem ser localizados também na APS. O quadro abaixo, inspirado em Thorwald (1985), Sigerist (1974) e Rosen (1994), resume algumas informações sobre a evolução de alguns desses modelos. Assim, tal objeto representa algo ao mesmo tempo novo e antigo, o que significa que o passado, por mais remoto que seja, oferece contribuições para a completa apreensão desses conceitos, da maneira como são entendidos e praticados nos dias atuais.

**QUADRO 1: Evolução histórica dos modelos de atenção à saúde.**

<b>Babilônia</b>
Século VI a.C: Código de Hamurabi: cuidado da saúde da coletividade; controle das condutas dos médicos.
<b>Egito</b>
IV Dinastia (cerca de 2.500 a. C.): grande prestígio de médicos generalistas; Iry, médico da corte do faraó e uma espécie de autoridade sanitária da época; médicos contratados para prestar assistência integral aos trabalhadores das pirâmides.

## QUADRO 1: (continuação)

Grécia
Século IV a.C.: Platão justificava a presença dos médicos na <i>Polis</i> , para que os cidadãos fossem sadios; termos associados com saúde: higiene, harmonia, bem, equilíbrio, organização, com os médicos praticantes imbuídos deles; médicos com salário fixado por um imposto especial e com base territorial de ação, concentrando-se nas cidades maiores, onde estabeleciam o <i>iatréion</i> (consultório); médicos itinerantes nos vilarejos que batiam à porta das famílias, oferecendo seus trabalhos; cerca de 600 a.C., passou a ser comum a nomeação pública de médicos para atuarem nas cidades, garantindo-se-lhes proventos anuais, mesmo que não houvesse enfermos para tratar (capitação).
Roma
Migração de médicos gregos para Roma, em torno do ano I, adquirindo cidadania romana - uma notável distinção para a época; forte influência da medicina grega; médicos atuando em bases territorializadas, com populações adscritas; decreto do <i>numerus clausus</i> limitando o número de médicos em cada cidade; as famílias são vinculadas a uma espécie de médico de Família, com atuação integral referente a todos os membros da mesma, com salário mediante cotização de seus assistidos; século II: aparece um serviço público de atenção à saúde, com a nomeação de funcionários médicos, os <i>archiatri</i> , com responsabilidades de atenção à pobreza.
Idade média
Inflexão da tendência de cuidados por médicos; enfoque do cuidado à pobreza, com forte influência religiosa, doença concebida como purificação e graça divina; século XIII, Salerno (atual Itália) primórdios de intervenção estatal em saúde e sobre a prática e a formação médica; <i>Regimen Sanitatis Salernitanum</i> , obra do século XII que teve notoriedade e divulgação na Europa até o século XIX; na Suíça: advento de uma espécie de médico de Família, com atendimento à nobreza e à aristocracia eclesiástica - o médico de Câmara.

Importa, todavia, compreender o significado da atenção e proteção à saúde que se instaura em contexto histórico mais recente. Com efeito, contam mais as transformações na proteção à saúde que ocorrem a partir do século XVI, e em particular nos séculos XVII e XIX. Neste período, as políticas sociais e de saúde que nascem na Inglaterra passam a ter especial relevância, dado o fato que, neste país,

ocorre de forma precoce, em relação a outras nações, a ascensão da burguesia ao poder e suas decorrências políticas econômicas e sociais, com o concomitante advento de uma legislação de proteção social (Lei dos Pobres de 1601), além do aparecimento de um pensamento social em saúde (POLANYI, 1980). Assim a Europa se transforma, de fato e direito, no berço não só da atenção primária, mas também da saúde pública contemporânea, transformando o cuidado à saúde em assunto público e o estado de saúde, doença e bem-estar da população sendo considerado reflexo da ação política.

Há também um lado sombrio nessa história, dado que a lógica de mercado vigente nos países da Europa ao longo do século XIX via-se tolhida pelas péssimas condições de vida da população, com cidades extremamente insalubres; explosões de epidemias e de doenças de massa sem qualquer controle; um número inacreditavelmente alto de botequins e estabelecimentos congêneres, tendo já naquela época o alcoolismo como um flagelo social, além das condições de saneamento básico sofríveis. Assim, era preciso que os governos fizessem alguma coisa e aí entra a justiça social ao lado da maximização dos lucros capitalistas, gerando-se assim a saúde pública moderna. O fato é que a assistência à saúde voltada para todos os cidadãos passa a fazer parte do cardápio social dos Estados modernos, no qual se inclui o que se chamaria mais tarde de APS.

A Inglaterra detem a vanguarda neste campo, ao longo do século XIX. Ali surgem mudanças importantes na forma de organização dos sistemas de saúde, com ênfase nos cuidados básicos, ainda nos primórdios do século XX. Assim, aproximadamente em 1920, um documento oficial subscrito por Lord Dawson of Penn, uma autoridade médica do sistema público da época, propunha a diferenciação dos serviços de saúde em três níveis de atenção, primário, secundário e de hospitais docentes, o que veio a fornecer as bases para todos os sistemas contemporâneos de APS, regionalizados e hierarquizados. Como

chama atenção Starfield (2001), foi por meio dessa diferenciação de níveis que ganharam substâncias as propostas políticas que se implantaram em muitos países do mundo, na segunda metade do século.

Além da Inglaterra, há também movimentos relativos ao processo de formação das políticas de saúde convergentes para a APS em outros países europeus, como na França e na Alemanha, além dos EUA.

Em resumo, ao longo do século XX se dá a construção dos sistemas clássicos de bem-estar social, em sua feição europeia contemporânea, tendo na APS, ou em propostas até certo ponto similares, um verdadeiro marco relevante. São justamente países nos quais o estado de bem estar social encontra-se mais bem desenvolvido, tendo como característica principal a proteção governamental compulsória, seja em termos de renda, de alimentação, de saúde, de educação e também de habitação, assegurada a cada cidadão, não mais como caridade ou concessão do Estado, mas como um direito.

## **APS NO BRASIL**

No caso brasileiro, é preciso recuperar alguns movimentos iniciados ainda nos anos 20 do século XX, com a importação de propostas originárias dos Estados Unidos, traduzidas na atuação da Fundação Rockefeller e que convergiram na criação da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), depois evoluindo para processos mais abrangentes e complexos em décadas posteriores. Os contextos também variaram desde a necessidade de reprodução do capital no processo de industrialização nascente no País até as pressões derivadas de lutas políticas diversas no âmbito de diferentes movimentos sociais (GOULART, 2010). As variadas mudanças na organização da saúde iniciadas em meados da década de 80 do século XX, possuem especial importância no Brasil, caracterizadas por uma intensa movimentação política e social em torno de uma reforma da saúde

no País (ESCOREL, 1987; GOULART, 1996). Concomitantemente, esteve em pauta a “construção local” do sistema de saúde, com marcante ampliação da atuação municipal na saúde, bem como da participação da comunidade. Surge assim um inédito substrato para que experiências baseadas na APS pudessem florescer (GOULART, 2007). E floresceram, sem dúvida, libertas das amarras de um debate profundamente ideológico e marcado pelo (legítimo) sentimento de resistência ao arbítrio, que se viu superado após a passagem dos “anos de chumbo”. É a transformação de um “movimento ideológico” em “ação política”, nas palavras de Paim (1986). A APS no Brasil passou a ser denominada, desde o início de Programa – em 1994 (mais tarde *Estratégia*) de Saúde da Família (PSF). Doravante, neste texto, passa a ser denominada APS/PSF, quando se referir especificamente ao programa ou estratégia brasileira de Saúde da Família.

Alguns componentes essenciais que unem os conceitos de APS/PSF aos de Saúde da Família podem ser destacados quais sejam: (a) práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado; (b) processos de trabalho caracterizados pela intervenção de uma equipe de saúde dentro de um âmbito generalista; (c) atenção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos; e (d) desenvolvimento de vínculos administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos entre a clientela e os prestadores de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A vinculação e a coerência do PSF com os princípios do SUS foram amplamente afirmadas desde os documentos originais do programa, que ressaltam sua contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e buscando outra dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com maiores responsabilidades e vínculos entre os serviços de saúde e a população.

O foco na reorganização das práticas de trabalho é outro aspecto marcante na APS/PSF, enumerando-se, entre outros aspectos que fa-

zem parte de tal processo, o diagnóstico da saúde da comunidade; a abordagem multiprofissional; o desenvolvimento de mecanismos de referência; a educação continuada; além do estímulo à ação intersectorial e ao controle social.

A APS/PSF, assim, apresenta-se como uma possível “mudança de paradigma” nas práticas assistenciais, tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do curativo para o preventivo; do eixo de ação monosssetorial para o intersetorial; da exclusão para a universalização. Há hoje relativo consenso de que a criação do PSF tem real impacto inovador e transformador do modelo de práticas de saúde historicamente vigentes no país. Assim, a APS/PSF deve ser reconhecida, hoje, como uma política de real sucesso, advinda da criação do SUS, oferecida de forma integral, gratuita, com financiamento público, conforme os termos da Declaração de Alma-Ata. Os resultados de tal política são bastante visíveis, entre eles se destacando a queda da mortalidade infantil, de 48/1.000 para 17/1.000; a diminuição das internações hospitalares devidas a diabetes e AVC, em 25%; a redução da proporção de crianças abaixo de cinco anos com baixo peso em 67%; o fato de que 75% das gestantes hoje dispõem de sete ou mais consultas de pré-natal; as cifras superiores a 95% na cobertura de vacina de tríplice DPT em crianças menores de um ano na maioria dos municípios; entre outros aspectos favoráveis. (HAINES; HARRIS, 2010).

A Saúde da Família alcançou, em 2010, 95% dos mais de 5,6 mil municípios brasileiros, cobrindo em torno de 55% da população do país, ou seja, 85 milhões de pessoas. Na opção brasileira recebe especial ênfase o papel exercido pelo agente comunitário de saúde (ACS), responsável pelo acompanhamento de até 120 famílias, com a realização de pelo menos uma visita mensal a cada um dos domicílios sob sua responsabilidade, tendo como requisito obrigatório à residência na área em trabalham. Em apenas 15 anos foram recrutados mais de 250 mil desses agentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

## OS ATRIBUTOS DA APS

Starfield (2001) definiu nos atributos da APS, aspectos que fazem da mesma uma prática de saúde diferenciada, quando comparada a formas mais tradicionais ou restritas, apontando os seguintes itens: o *primeiro contato*, ou seja, a existência de serviços de saúde que respondam a cada novo problema ou necessidade em saúde da população; a *longitudinalidade*, ou seja, a atenção e o cuidado personalizados e prestados de forma contínua, ao longo do tempo; a *integralidade*, que é a capacidade de dar resposta a todos os problemas de saúde, seja resolvendo-os ou encaminhando-os a outro nível; e a *coordenação*, que diz respeito à garantia de respostas frente às necessidades que a abordagem integral suscita, no âmbito da equipe multidisciplinar ou nos demais pontos da rede). Além desses, que são atributos únicos e específicos da APS, existem outros complementares, a saber: *orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural*.

Especial ênfase é conferida aos atributos da *integralidade* e da *coordenação*, que constituem conceitos e operações indivisíveis na rede regionalizada de atenção. A *integralidade* implica que as unidades de APS devem se articular para que o paciente tenha acesso aos diversos tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns deles possam não ser oferecidos dentro de seu âmbito, com possibilidades de manejo transitório ou definitivo dos problemas do paciente. A *coordenação*, por seu turno, exige a existência de continuidade e de correta identificação dos problemas dos pacientes, mesmo quando abordados em serviços externos à APS, de forma que se dê a integração de tais cuidados com o cuidado geral do paciente. Assim, o serviço provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar e coordenar toda a oferta de cuidados que o paciente recebe, nos diferentes níveis do sistema de saúde e fora dele também, além dos fluxos gerados nesse processo.

Sem dúvida, nesses atributos já podem ser vislumbrados alguns elementos de ligação conceitual e operacional entre a APS e a TCI, conforme será discutido e aprofundado mais adiante neste capítulo.

## RENOVAÇÃO DA APS

A APS faz parte da meta de “Saúde para Todos” promovida pela OMS desde a década de 70, com a Declaração de Alma Ata. Mais recentemente, a defesa da APS ganhou a palavra de ordem, por parte dos organismos internacionais, de “renovação da APS” (OPS/OMS, 2005).

O pano de fundo para tal abordagem renovada da APS inclui o surgimento de novos desafios no campo epidemiológico, cuja abordagem dependeria do aprimoramento da APS; a necessidade de corrigir alguns pontos vulneráveis de algumas das abordagens da APS vigentes; o desenvolvimento de novos instrumentos; e o conhecimento de melhores práticas em tal modalidade. O pressuposto é o de que a APS representa uma importante ferramenta de fortalecimento da capacidade da sociedade em reduzir as desigualdades na saúde.

Para melhor compreensão de tal renovação, torna-se preciso analisar a categorização de diversas formas e percepções da APS vigentes nos diversos países do mundo. A primeira delas – e mais primitiva – a atenção primária dita “seletiva” seria aquela que se concentra em intervenções de alto impacto, voltadas para situações de alta prevalência na população, geralmente mais pobre, como é o caso da mortalidade infantil e de algumas doenças infecciosas, de maior importância nos países em desenvolvimento. Incluem nela também alguns serviços adicionais, tais como monitoramento de crescimento, reidratação oral, amamentação e imunização, além de complementação alimentar e planejamento familiar.

Outra modalidade, a atenção primária “propriamente dita”, refere-se à organização da porta de entrada nos sistemas de saúde, dentro de uma lógica de cuidados contínuos em saúde, voltados para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Esta é a concepção vigente nos países da Europa e em outros países industrializados. Nela está

implícita a disponibilidade de médicos – que constituem a categoria profissional mais prestigiada – com especialização em clínica geral ou medicina familiar.

“APS abrangente” é outra categoria, que se trata de concepção diretamente derivada do relatório de Alma Ata da OMS, no qual se define a APS como nível inicial de atenção integrada e abrangente, com participação da comunidade, articulação intersetorial e apoio em diversas categorias de trabalhadores de saúde e não apenas de médicos tradicionais. Nesta definição estão implícitos: a necessidade de se enfrentar os determinantes mais amplos de saúde; a garantia de acesso e cobertura universal, com foco nas necessidades das pessoas; a participação comunitária e individual; a ação intersetorial, além da tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos disponíveis.

Como evolução mais recente dessas formas de APS, surge a chamada “abordagem de saúde e direitos humanos”, que coerentemente enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Ela tem ênfase diferenciada sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata, ao considerar que o forte foco social e político na APS pode levar a se abandonar aspectos específicos de doenças. Além disso, propõe que as políticas de desenvolvimento devem ser apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se o que se pretende é alcançar melhoras de equidade em saúde.

O movimento de renovação da APS conduz, coerentemente, à necessidade de construção de novos sistemas de saúde que tenham como base a atenção primária e também que constituem a abordagem mais significativa para que se produzam melhoras sustentáveis e equitativas na saúde da população. Seus princípios devem ser: o direito ao mais alto nível possível de saúde como principal meta; a maximização da equidade e da solidariedade, bem como dos princípios de recepti-

vidade, orientação para a qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação; e intersetorialidade.

Esta nova visão abrange princípios e elementos formais constitutivos, mas, sobretudo, *valores*, considerados como fatores essenciais, para se estabelecer prioridades e para avaliar se os ajustes sociais estão efetivamente atendendo às necessidades e expectativas gerais. Os valores constituem uma espécie de *âncora moral* para as políticas e programas de interesse público e, tanto quanto possível, devem refletir aqueles da sociedade em geral, definidos com base na cultura, na história e mesmo nas preferências dos grupos sociais. Tudo isso implica que a construção do sistema de saúde baseado na APS deve principiar com a análise dos valores sociais, no que se torna essencial envolver, admitir e incentivar a participação das pessoas, bem como dos formuladores de políticas.

A *equidade*, isto é, a distribuição dos benefícios de dada política social de acordo com as reais necessidades das pessoas e das comunidades, constitui um dos fundamentos dos valores sociais. Com efeito, o modo como as sociedades tratam seus membros menos favorecidos certamente reflete um julgamento implícito ou explícito sobre o valor da vida humana.

A *solidariedade* é outro valor a ser considerado. Ela se refere a quanto as pessoas em uma sociedade trabalham juntas para definir e alcançar o bem comum. Ela pode se manifestar, por exemplo, com a formação de organizações voluntárias e associações diversas, que traduzem a participação dos cidadãos na vida cívica. A solidariedade social é um meio pelo qual a ação coletiva pode superar problemas e como componentes dela, os sistemas de saúde e de seguridade social representam mecanismos por meio dos quais se expressa a solidariedade social. De forma derivada, a participação e a responsabilização em todos os níveis sociais são ferramentas necessárias não apenas para se alcançar a solidariedade, mas também para garantir que ela seja mantida com o passar do tempo.

Além dos valores, alguns *princípios* dos sistemas de saúde baseados na APS devem ser considerados, servindo como uma ponte entre valores sociais mais amplos e os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde. Alguns destes princípios estão relacionados no quadro abaixo:

- Os sistemas de saúde devem ser centrados nas pessoas e devem atender suas necessidades da forma mais abrangente possível.
- Atender necessidades de saúde significa que as mesmas sejam definidas não só “objetivamente” (conforme definido por especialistas ou por padrões acordados), mas também “subjetivamente” (de acordo com necessidades observadas diretamente pelo indivíduo ou pela população).
- A APS deve atender às necessidades de saúde da população de forma abrangente e baseada em evidências, respeitando e refletindo as preferências e as necessidades das pessoas independentemente de seu status socioeconômico, cultura, raça/etnia ou gênero.
- A qualidade dos serviços prestados é um fator essencial e sua prática implica em tratar todas as pessoas com dignidade e respeito, oferecendo o melhor tratamento possível para seus problemas de saúde.
- Os profissionais de saúde envolvidos com a APS, bem como nos demais níveis do sistema, devem ter como foco o conhecimento clínico baseado em evidências, com treinamento adequado para atualizar continuamente a sua prática.
- A orientação para a qualidade implica em procedimentos para avaliar a eficiência e a eficácia de intervenções preventivas e curativas de saúde, com incentivos apropriados para tornar esse processo eficaz e sustentável.
- A responsabilização governamental é essencial para assegurar que os direitos sociais sejam realizados e cumpridos, com políticas e procedimentos legais e regulatórios específicos, que permitam aos cidadãos exigirem seus direitos, caso não sejam

atendidos em condições apropriadas, aplicando-se a todas as funções do sistema de saúde, independentemente do tipo de prestador.

- A responsabilização governamental pela saúde requer ainda o monitoramento e a melhora contínua do desempenho do sistema de saúde, de forma transparente, e que esteja sujeito ao controle social.

Esta nova abordagem da APS, com seu foco em princípios e valores, representa mais uma filosofia de ação do que meramente uma prática, permeando os campos do social e da saúde. É com ela que a TCI mantém pontos de contato mais robustos, sem dúvida.

### **APS, TCI E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UMA SÍNTESE POSSÍVEL**

A discussão da integralidade no cuidado à saúde, princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), corresponde a um recente interesse dos profissionais e gestores de saúde pelas chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC), pelo seu potencial em contribuir para a desmedicalização do cuidado profissional, além de serem socialmente valorizadas e desejadas. Uma portaria ministerial de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) prevê a inclusão de homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, acupuntura/medicina chinesa e termalismo social no SUS, sob a coordenação, prioritária, da APS. O objetivo de tal política é essencialmente o de incrementar a variedade de abordagens na saúde, oferecendo mais opções em termos de promoção, prevenção e tratamento aos usuários do SUS (THIAGO; TESSER, 2011).

Entre as várias opções de PIC tem sido incluída, também, a Terapia Comunitária Integrativa, embora ainda não de forma oficial, ela

seja relativamente comum, atualmente, como prática das equipes de Saúde da Família por todo o Brasil.

Cabe a questão: a sociedade desejaria de fato as inovações representadas pelas PIC? Segundo Thiago e Tesser (2011) é real nas comunidades uma grande insatisfação com a medicina nos moldes tradicionais, pelo seu potencial de iatrogenia, falta de abordagem pessoal, invasão e alto custo, ao mesmo tempo em que são percebidas nas práticas complementares qualidades diferenciadoras, tais como integralidade, humanismo, ênfase nas forças curativas do organismo, menor potencial de dano, além de uma abordagem mais totalizadora relativa ao processo saúde-doença, enfim.

Não se trata, todavia, de uma relação linear e isenta de contradições. Há diferenças de aceitação, por exemplo, entre os profissionais médicos e enfermeiros, com maior adesão às PIC por parte destes últimos. Isso representaria um conflito entre o alto teor de medicalização social, a crença na ciência e na biomedicina, ao lado do crescimento consistente da procura por outras formas de cuidado. Atribui-se, também, aos movimentos sociais, certo prSotagonismo na revalorização atual das PIC.

Constata-se ainda, segundo os mesmos autores, um incremento na busca por especialização nas PIC por parte dos profissionais de saúde, das diversas categorias profissionais, o que pode representar uma mudança social profunda em relação ao cuidado em saúde, envolvendo transformações culturais mais amplas (THIAGO; TESSER, 2011).

O fato é que a APS, as PIC e a própria TCI possuem, sem dúvida, inúmeros pontos de contato. Pode-se, com efeito, inferir que abordagens à saúde deste tipo contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, para o incremento do exercício da cidadania, bem como são ingredientes essenciais para a melhoria dos serviços, com aceitação de diferentes abordagens e conhecimentos relativos à saúde. Alguns estudos recentes, realizados no âmbito

comum das PIC e da APS, têm demonstrado tal pressuposto, como assinalam Thiago e Tesser (2011).

Entre as características comuns entre as PIC e a TCI deve ser lembrado que tanto uma como outra colocam foco não só no campo da prevenção, mas também na promoção, manutenção e recuperação da saúde. São ambas também baseadas em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. As PIC, como declara o documento original da política respectiva, pode contribuir para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, constituindo-se como mais um passo no processo de implantação do sistema de saúde brasileiro e nisso, certamente, a TCI lhe faz boa companhia.

Na leitura da Política Nacional de PIC (PNPIC) podem ser encontrados outros elementos que justifiquem sua associação com a TCI. Ambas tendem a considerar os indivíduos na sua dimensão global, sem se omitir de sua singularidade, na explicação de seus processos de adoecimento e de saúde. Contribuem, também, para a garantia da integralidade da atenção à saúde, dentro de um complexo de diretrizes e ações que pressupõem a interação das diversas ações e serviços existentes no SUS. Se no caso da PNPIC há estudos que demonstram sua contribuição para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o exercício da cidadania, isso não é menos verdade na TCI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A síntese entre PIC e TCI pode ser resumida no trecho seguinte da PNPIC, que demonstra a abertura de possibilidades de imprimir maior segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil, dentro de um enfoque de

...estímulo aos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade [...] com outros pontos compartilhados, tais como: a visão ampliada

do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. (PNPIC, 2009, p. 10).

## **APS E TCI: O QUE HÁ DE COMUM ENTRE ELAS?**

Os desafios colocados à TCI por Barreto (2005) levantam uma série de questões, tais como: como sair de um modelo que gera dependência para um modelo que promova a autonomia? Como romper com a concentração da informação pelo técnico e fazê-la circular, para que todos possam dela se beneficiar? Como transformar uma prática especializada e limitada em uma abordagem eficiente para atingir um sistema mais amplo?

Na verdade, se tais questões desafiam a prática da TCI, o mesmo – ou muito próximo disso – ocorre também na APS e tudo indica que tanto uma como a outra têm sido felizes em problematizar e fornecer respostas a tais questões.

Como sinalização relativa ao processo de enfrentamento que tanto a TCI como a APS em suas práticas cotidianas realizam, podem ser destacadas, a partir dos questionamentos de Barreto, algumas antinomias que permeiam os territórios conceituais e operativos dessas duas tecnologias. São eles: autonomia x dependência; concentração de informação x disseminação do saber; valorização x desvalorização do saber não-escolástico; especialização x abrangência; abordagem restrita x universalização, entre outras.

Assim podem começar a serem apontados alguns, entre muitos outros fatores que fazem um elo de união conceitual metodológico e empírico entre a TCI e a APS. Em termos sumários e preliminares, ambas constituem práticas que promovem a autonomia dos pacientes isoladamente ou da comunidade. Tanto na TCI como na APS se promove a libertação do saber técnico de seus grilhões institucionais, ao mesmo tempo em que se recorre e se valorizam os saberes de origem

não estritamente técnica ou acadêmica. Como ambas se apoiam em conhecimento oriundo de múltiplas fontes variadas disciplinas, mesmo sem perder de vista a necessidade de apoio em evidências, tanto a TCI como a APS rompem com as restrições impostas pela especialização e pelo elitismo das práticas tradicionais, oferecendo aos seus usuários a universalização e o acesso a procedimentos e tecnologias abrangentes.

Em comum, ainda, as duas tecnologias sociais apresentam muitas outras características que devem ser mencionadas. Ambas colocam o foco de sua atuação nas comunidades e nas famílias, sem impedimento que seu objetivo final seja a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Tanto a APS como a TCI têm na educação e na comunicação uma ferramenta essencial, assim como a valorização do contexto social e cultural das pessoas, entendidas a partir dos condicionantes dados pela realidade em que vivem. Todas duas trabalham com o conceito de população-alvo, embora este seja um aspecto mais estratégico e predominante na APS. A APS e a TCI trabalham, ainda, com algumas noções bastante similares, tais como as de vínculo, acolhimento, problematização, integração biopsicossocial, apoio em redes, prevenção e promoção.

A questão dos princípios e dos valores, posta em cena pelo movimento de renovação da APS, representaria, sem dúvida, um ponto de intercessão entre as duas práticas. Com efeito, o foco em valores constitui aquela *âncora moral* presente tanto na TCI como no APS/PSE, dando guarida ao interesse público e aos desígnios da sociedade em geral, com base na cultura e na história. Uma análise de valores sociais, desenvolvida a partir da ausculta às pessoas, além dos técnicos e dos formuladores, é condição essencial para a construção e o sucesso dessas duas tecnologias sociais.

Assim, entre os diversos valores comuns à TCI e à APS/PSF podem ser destacados: a *equidade*, vista como capacidade e determinação de se levar em conta as reais necessidades das pessoas e das comunidades, em função de suas diferenças; a *solidariedade*, enquanto trabalho conjunto para o bem comum; a *participação* e a *responsabilização* dos diversos níveis sociais.

Da mesma forma que os valores, alguns *princípios* unem a TCI e a APS/PSF. Alguns deles merecem ser destacados: o foco nas pessoas e no atendimento de suas necessidades; a definição ao mesmo tempo subjetiva e objetiva das necessidades dos indivíduos e dos grupos sociais; a preocupação com as preferências e as necessidades das pessoas independentemente de seu status socioeconômico, cultura, raça/ etnia ou gênero; o foco na qualidade e no respeito à dignidade dos cidadãos usuários; a necessidade de qualificação mediante treinamento dos praticantes, não apenas do ponto de vista técnico e operacional, mas também centrado em valores; o reconhecimento do estatuto de *coisa pública*, seja dentro de esfera estatal ou privada, visando assegurar que os direitos sociais sejam realizados e cumpridos; a valorização da responsabilização dos agentes públicos e privados, com o respectivo monitoramento e melhora contínua e transparente se seu desempenho, sujeito ainda ao controle social além da ênfase na participação de todos e na ação intersetorial.

Um conceito associado a tais princípios é o de *justiça social*, no qual está implícito que as ações praticadas devem oferecer bem-estar a todos os cidadãos, particularmente aos mais vulneráveis.

Uma última convergência, talvez a mais notável e realmente diferenciadora da TCI e da APS em relação a outras práticas sociais e de saúde, é o fato de lançarem mão de trabalhadores “novos” no cenário profissional, gente que nem sempre tem origem nos tradicionais aparelhos formadores de recursos humanos: os agentes comunitários de saúde (ACS) e os terapeutas comunitários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a organização da atenção básica**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Política nacional de práticas integrativas e complementares. 2006. Disponível em: <www.saúde.gov.br>. Acesso em: 2 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Programa de saúde da família. Disponível em: <www.saúde.gov.br>. Acesso em: 20 fev. 2011.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1987. 208 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, 1987.

GOULART, F. A. A. **Municipalização: veredas: caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: CONASEMS, 1996.

\_\_\_\_\_. **Saúde da família no Brasil: boas práticas e ciclos virtuosos**. Uberlândia: Ed. EDUFU, 2007.

\_\_\_\_\_. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília-DF : DAB/SAS/Ministério da Saúde, 2010. p. 59 – 107.

HARRIS, M; HAYNES, A. **Brazilian family health program** – Editorial. BMJ, 2010; 341:c4945.

OPS/OMS. **Renovación de la atención primaria de salud em las américas**. Washington-DC, 2005.

\_\_\_\_\_. A atenção à saúde coordenada pela APS. Construindo Redes de Atenção no SUS. Brasília, 2010.

POLANYI, K. **A grande transformação**: as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SIGERIST, H. **Historia y sociologia de la medicina**: selecciones. Bogotá: Editora Gustavo Molina, 1974.

STARFIELD, B. **Atención primária**: equilíbrio entre necessidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.

THIAGO, S. C. S.; TESSER C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre terapias complementares. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.2, abr.

THORWALD, J. **O segredo dos médicos antigos**. São Paulo: Melhoramentos, 1985.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. Estudo sobre o processo de reforma do sistema de saúde no Brasil. In: **Reformas em educación y salud em América Latina**. [s.n.].

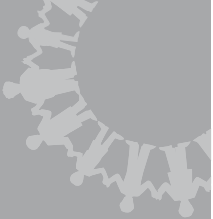
VUORI, H. **The role of schools of public health in the development of primary health care.** Health Police, v. 4: p. 221-230, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care.** Geneva: WHO, 1978.

\_\_\_\_\_. **Health promotion: a discussion document on the concept and principles.** Copenhagen: World Health Organization Office for Europe, 1984.

HARRIS, M; HAYNES, A. **Brazilian family health program** – Editorial. BMJ, 2010; 341: 4945.

THIAGO, S. C. S.; TESSER C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre terapias complementares. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n. 2, Abril.



# *Educação escolar e Terapia Comunitária Integrativa: uma relação possível mediada pela Pedagogia de Paulo Freire*

*Maria Lucia de Andrade Reis e  
Guilene Salerno*

## **INTRODUÇÃO**

Neste capítulo pretende-se apresentar aos leitores uma proposta de construção do currículo escolar, ancorada na Pedagogia de Paulo Freire, tendo como ferramenta metodológica a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Destacamos que as reflexões aqui colocadas são fruto da vivência cotidiana das autoras em sua prática educacional no exercício do magistério e como terapeutas comunitárias.

Abordaremos inicialmente uma breve contextualização da educação brasileira, tendo como enfoque principal a trajetória histórica dos movimentos de reorientação curricular na escola pública em nosso país.

Após esse histórico da educação brasileira, apresentamos as ideias centrais da Pedagogia de Paulo Freire, fazendo uma aproximação com os princípios da Terapia Comunitária Integrativa. A partir dessa perspectiva, introduzimos a proposta de currículo escolar, utilizando a TCI como estratégia central, tendo como ponto de partida a experiência de uma escola municipal da cidade de Porto Alegre, situada no estado do Rio Grande do Sul.

Por fim, tecemos algumas reflexões acerca do tema desenvolvido no capítulo, na crença de que é possível construir uma escola pública comprometida com a transformação da realidade onde está inserida,

ancorada nos ideais freireanos, fundamentada em seus referenciais éticos, políticos, epistemológicos e pedagógicos.

## CONTEXTO DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA

Desde o século passado, a Educação Brasileira e, mais especificamente, a Escola, têm sido foco de debates e reformulações. Inicialmente com a dimensão da democratização pela ampliação do acesso, e, mais tarde, com expressiva preocupação em relação à permanência.

O discurso pedagógico da primeira metade do século XX definiu a escolarização como o meio privilegiado de educar as massas, cujo destinatário seria o povo, sendo o Estado Nacional seu principal protagonista. Com vários nomes, como educação básica, estatal, universal e educação popular, ela foi marcada pela normatização de corte positivista e acompanhada por sistemas públicos de instrução que produziam circuitos desiguais de educação, de forma e movimento centrípeto, como instrumento de dominação e controle social. (GRACIANI, 2001, p. 53).

Nas décadas de 50 e 60, marcadas pela ideologia vigente fortemente ancorada no populismo, vários países latino-americanos dedicaram atenção especial às populações excluídas do Sistema Educacional, traduzido pela luta entre os setores mais progressistas e aqueles que defendiam os interesses e as propostas do Estado.

Concomitante, nascia com Paulo Freire a pedagogia da libertação e a proposta cubana, com a pedagogia socialista, no período pós-revolução, que seguia a educação soviética, orientada pelo sistema político, produtivo (GRACIANI, 2001, p.54).

No Brasil, segundo FREIRE (1983, p. 665), vivíamos um momento de transição, de uma sociedade fechada, de estrutura colonial, “[...] escravocrata, sem povo, reflexa, antidemocrática”, para uma sociedade aberta, disposta à mobilização e ao engajamento em movimentos sociais, lutando não só por melhorias na qualidade da

educação, mas também em questões mais amplas, como a defesa dos Direitos Humanos.

Frutos da articulação da Educação Popular e dos Movimentos Sociais foram vividos nos anos 70 e 80 um período de grande mobilização popular. Exemplo disso foram os movimentos: Diretas Já<sup>1</sup>, Assembleia Nacional Constituinte<sup>2</sup>, a aprovação da Constituição de 1988, denominada Constituição Cidadã pelo Deputado Ulisses Guimarães, o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8079, de 13 de julho de 1990). As duas últimas com a marca da construção coletiva, envolvendo a sociedade civil em sua elaboração e na pressão para aprovação.

Concomitante a esses movimentos, na área da educação, alguns educadores agregaram a democratização do acesso e a permanência na escola, condições estas fundamentais para aprendizagem e consequente construção da cidadania.

Mas para garantir acesso, permanência e aprendizagem para todos, é necessário uma mudança no eixo da escola, que ainda hoje é elitista, seletiva e estratificada, espelhando o próprio modelo social excludente que sustenta e reafirma. Portanto, rever seu papel e função, no contexto da inclusão, significa rever e transformar sua prática.

Algumas iniciativas nesse sentido ocorreram. Na metade da década de 80, em vários estados brasileiros surgiram proposições alternativas de experiências pedagógicas, denominadas na época de *Escolas Abertas*, para garantir a aprendizagem de estudantes com defasagem de escolaridade

---

1 “[...] movimento civil de reivindicação por eleições presidenciais diretas no Brasil, ocorrido em 1983-1984.” (Fonte: Wikipédia)

2 “[...] A Assembleia Nacional Constituinte, composta por 559 congressistas, foi instalada em 01/02/1987, sendo presidida pelo Deputado Ulysses Guimarães, do PMDB. Os trabalhos dos constituintes se estenderam por dezoito meses. Em 05/10/1988, foi promulgada a nova Constituição brasileira.” (Fonte: Brasil Escola)

No entanto, essa formulação de escola aberta ainda estava impregnada da percepção de que a aprendizagem depende das condições especiais da criança ou do adolescente, culpabilizando-os pelo fracasso escolar e, como justificativa, remetendo-os a hipóteses patológicas. Nessa época, já se percebia a urgência de transformar a escola pública, garantindo uma escola para todos, com qualidade social, organizada de forma democrática, voltada para a promoção do sujeito. Este seria um caminho para transformar essa sociedade excludente.

Assim, surgem diversas experiências no país, enfatizando a necessidade de flexibilizar a organização do ensino fundamental, como prevê a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Lei Nº 9394/96, em seu artigo 23:

A educação básica poderá se organizar em séries anuais, períodos semestrais, ciclos, alternância regular de períodos de estudos, grupos não seriados, com base na idade, na competência, ou em outros critérios, ou por forma diversa de organização, sempre que o interesse do processo de aprendizagem assim o recomenda. (BRASIL, 1996, p. 143). Essa forma de organizar o ensino já se encontrava em países como Espanha, França, Argentina e alguns Estados dos EUA.

No Brasil, foram implantadas em Belo Horizonte, São Paulo, Chapecó, Blumenau, Ipatinga, Cuiabá, Brasília, Curitiba, Santo André, Santo Cristo, Caxias do Sul, Gravataí, Alvorada e outros. Fundamentalmente esse novo sistema de organização escolar, resultado de pesquisas sobre como as crianças e adolescentes aprendem, considera a importância das fases de formação do desenvolvimento humano para o trabalho formal na escola. (KRUG, 2001, p.13).

Hoje, algumas décadas após as experiências de transformar a escola pública, ainda não se observam mudanças significativas, apesar de algumas melhoras da educação na última década do século XX.

Essa melhora tem sido demonstrada pela queda substancial da taxa do analfabetismo, pelo aumento regular da escolaridade média e da frequência escolar (taxa de escolarização), conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). Para que a escola pública se transforme, é necessário muito estudo, reflexão e ousadia com mudanças cotidianas das práticas escolares. É preciso mudar o método, o conteúdo e a gestão na escola.

Mas, como garantir uma educação de qualidade social para todos? Como garantir que os conteúdos selecionados para compor o currículo escolar sejam adequados a cada realidade? Como dar voz a todos e todas que integram a comunidade escolar? Como democratizar o currículo escolar?

## **DÍALOGO ENTRE A PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE E A TCI**

Esse processo terapêutico intitulado Terapia Comunitária Integrativa (TCI), surgido em 1986, na comunidade do Pirambu, em Fortaleza- Ceará, foi criado pelo Dr. Adalberto de Paula Barreto, psiquiatra, teólogo, antropólogo e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), para atender às necessidades de saúde da população dessa comunidade (BARRETO, 2005).

Essa metodologia tem como bases teóricas cinco grandes eixos: o Pensamento Sistêmico, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, a noção de Resiliência e a Pedagogia de Paulo Freire. A TCI surgiu a partir da necessidade de se criar novos paradigmas para “[...] uma ação terapêutica criativa e efetiva capaz de: perceber o homem e seu sofrimento em rede relacional; ver além do sintoma, não só a extensão da patologia, mas, também o potencial daquele que sofre e fazer da prevenção uma preocupação constante e uma tarefa de todos” (BARRETO, 2005, p. 17). Essa metodologia se baseia numa sequên-

cia precisa, contendo as seguintes etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização ou partilha de experiências, encerramento (rituais de agregação, conotação positiva) e avaliação.

A pedagogia freireana teve sua origem nas décadas de 50 e 60, a partir da sua experiência com a prática educacional na educação de adultos, em regiões proletárias e subproletárias, urbanas e rurais no estado de Pernambuco, no nordeste do Brasil. Muito mais que um método de alfabetização, sua pedagogia propõe a inserção do adulto iletrado em seu contexto social e político, na sua realidade, promovendo o despertar da sua cidadania plena e sua transformação social, convidando-o a ser sujeito de sua própria história.

Embora seu foco inicial tenha sido a educação de adultos, sua contribuição na área da educação transcendeu essa temática e trouxe inúmeras contribuições para a educação em geral, tais como o conteúdo escolar e a realidade social, a relação professor versus estudante, o respeito pela cultura popular, entre outros. De acordo com Nita Freire, viúva de Paulo Freire: “É mais do que um método que alfabetiza, é uma ampla e profunda compreensão da educação que tem como cerne de suas preocupações a natureza política.” (PROJETO MEMORIA, 2011).

Sua metodologia para a alfabetização de adultos surge com uma crítica ao sistema tradicional, caracterizado como uma alfabetização puramente mecânica, que tinha a cartilha como ferramenta central da didática para o ensino da leitura e da escrita. O método freireano consistia na estimulação dos adultos mediante a discussão de temas/palavras geradoras, extraídos de sua realidade, sua decodificação, a conscientização e a criação de palavras novas. Um exemplo desse processo pode ser demonstrado com a palavra TIJOLO, utilizada com pedreiros, por Freire. A partir dessa palavra, trabalha-se a separação da palavra em sílabas: TI – JO – LO. Em seguida, constrói-se a ficha de descoberta: TA – TE – TI – TO – TU; JA – JE – JI – JO – JU;

LA- LE – LI – LO – LU. Solicita-se aos participantes a criação de novas palavras, como tatu, luta, loja, lote e até, frases, como tu já lê.

Essa experiência, realizada nos Círculos de Cultura em Pernambuco, foi expandida para todo o país, através do Programa Nacional de Alfabetização do Ministério de Educação e Cultura, coordenado por Paulo Freire, mas foi abortada pelo Golpe Militar, em 1964. Esse processo de alfabetização, interrompido pela ditadura militar, só foi retomado por Paulo Freire, em seu retorno ao país, em 1979, quando foi aprovada a Lei de Anistia Política, conquistada por intensa mobilização popular.

De 1989 a 1991, Paulo Freire esteve à frente da Secretaria Municipal de Educação em São Paulo, período em que foi implantado na Rede Municipal de Ensino o “Projeto Interdisciplinar, via Tema Gerador”, dentro do Movimento de Reorientação Curricular. Esse projeto, baseado no ideário freireano, propunha algo semelhante à proposta desenvolvida na experiência dos Círculos de Cultura, com a alfabetização de adultos, na década de 60, agora com ênfase no enfrentamento da seleção do conteúdo que compõe o currículo escolar.

Critérios mínimos, objetivamente colocados, precisam ser explicitados para a seleção do conhecimento universal – que tem uma natureza ampla, dinâmica, não acabada – sob pena de se reduzirem apenas aos mesmos dos manuais didáticos e programas escolares já propostos, isto é, roupa nova sobre a mesma velha carcaça. Não é apenas a forma de abordagem do “conteúdo”, mas o próprio “conteúdo” escolar que deve estar em questão na construção de uma educação progressista. (DELIZOICOV, 1991, p.131).

As questões até aqui abordadas explicitam, em linhas gerais, a Pedagogia de Paulo Freire e deixam claro quais são os saberes necessários à prática educativa. Eles encontram ancoragem em sua convicção de que a formação humana é um processo político, ético, estético, histórico, cultural, social e, acima de tudo, humanizante. Esses sa-

beres apontam a necessidade do educador assumir-se como um ser pensante, com curiosidade e com dúvidas, que tem a humildade de aprender com o outro, pois é um ser inacabado, incompleto (FREIRE, 1996).

Outro aspecto relevante de sua pedagogia é o exercício do diálogo, da partilha, onde os conhecimentos são compartilhados, não sendo apenas uma transmissão de saberes acumulados por alguém que os detém. Os conteúdos são extraídos da vida dos educandos, questionando-se concretamente, a realidade das relações existentes entre os homens e deles com seu ambiente. Mas,

Como posso dialogar, se parto de que a pronúncia do mundo é tarefa de homens seletos e que a presença das massas na história é sinal de sua deterioração que devo evitar? Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim? A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos, há homens que, em comunhão, buscam saber mais. (FREIRE, 1987, p. 80).

## A TCI E A PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE

Em relação à Pedagogia de Paulo Freire, Adalberto afirma: “Posso não ter explicado, como faço agora sua pedagogia do oprimido dentro do meu trabalho, mas quem pode duvidar de que a pedagogia da TCI seja a pedagogia do oprimido? (*grifo nosso*)” (BARRETO, 2005, p. 279).

O quadro a seguir busca uma aproximação entre essas duas metodologias, a partir da afirmação feita acima por Barreto:

## QUADRO COMPARATIVO PEDAGOGIA PAULO FREIRE E TCI

Pedagogia de Paulo Freire	Metodologia da TCI
<p><b>Etapa da Investigação:</b> Busca conjunta entre professor e aluno das palavras e temas mais significativos da vida do aluno, dentro do seu universo vocabular e da comunidade onde ele vive.</p>	<p><b>Escolha do Tema:</b> os participantes são convidados a falar, de forma sucinta, qual é a sua inquietação, o problema que está gerando preocupação. Após a exposição, o grupo elege aquele que será escolhido para ser aprofundado no encontro do dia.</p>
<p><b>Etapa da Tematização:</b> momento da tomada de consciência do mundo, através da análise dos significados sociais dos temas e palavras.</p>	<p><b>Etapa da Contextualização:</b> a pessoa que teve o tema escolhido apresenta mais detalhes sobre a situação e os participantes podem fazer perguntas para melhor compreensão do tema apresentado. Esse momento é importante para que todos possam refletir e reorientar o pensamento. Durante essa fase, o terapeuta fica atento para as palavras-chaves que surgem nas falas, pois elas serão importantes na construção do Mote. O Mote é uma pergunta feita pelo Terapeuta Comunitário que vai permitir a reflexão do grupo durante a Terapia, momento que se passa da dimensão individual para a dimensão coletiva.</p>
<p><b>Etapa da Problematização:</b> etapa em que o professor desafia e inspira o aluno a superar a visão mágica e acrítica do mundo, para uma postura conscientizada.</p>	<p><b>Etapa da Problematização:</b> o grupo é convidado a partilhar suas experiências, a partir do Mote colocado: Quem já viveu algo parecido e o que fez para superar? Nesse momento, a pessoa que teve seu problema escolhido escuta as diferentes possibilidades de enfrentar uma mesma situação, conforme o que cada participante vai relatando.</p>

A postura do terapeuta comunitário, defendida por Barreto (2005), assemelha-se ao papel do educador apresentado na Pedagogia de Paulo Freire. O terapeuta comunitário, afirma Barreto (2005), é uma pessoa que pode proporcionar aos membros de uma família ou de uma comunidade alívio a sua ansiedade, suas angústias e sofrimentos, possibilitando-lhes a partilha de seus recursos, de seus modos de enfrentamento, por meio do intercâmbio de experiências.

A atuação do terapeuta comunitário deve estar voltada para o crescimento humano e coletivo e como diz Paulo Freire (1987), o educador não é o detentor do saber, mas um facilitador. O Adalberto Barreto reafirma Paulo Freire dizendo: “[...] o terapeuta deve trabalhar a competência das pessoas, das famílias, procurando, sempre, através de perguntas, ‘garimpar’ o saber produzido pela experiência, pela vivência de cada um” (BARRETO, 2005, p. 44).

Uma das categorias freireanas importantes é o inédito-viável. Essa categoria traz a noção da utopia, o sonho possível. Para Freire (1987), nós, seres humanos, temos, mal ou bem, ideia de nossos condicionamentos e nossa liberdade. Em determinados momentos de nossas vidas nos deparamos com obstáculos, barreiras que precisam ser vencidas, denominadas de “situações-limites”. Diante dessas situações, temos várias atitudes: ou percebemos como obstáculo intransponível; ou simplesmente não queremos transpor; ou ainda, não sabemos como transpor e vamos nos empenhar para superar. Nessa hipótese, a situação-limite foi entendida criticamente, pois nos sentimos desafiados e queremos agir, rompendo a fronteira entre o ser e o ser mais, idealizada por Freire. Esse é o inédito-viável, a utopia possível, pois sabemos que existe, mas só será conseguido através de uma prática transformadora, libertadora, como sonhava Freire.

## **TCI NO CURRÍCULO ESCOLAR: O INÉDITO VIÁVEL EM UMA ESCOLA PÚBLICA**

Nos últimos cinco anos a TCI tem ocupado espaços institucionais, especialmente na área da saúde, através das parcerias estabele-

cidas nos convênios da UFC com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2005 e 2006. Mais recentemente, com o Ministério da Saúde nos anos de 2008 e 2009, na formação de profissionais para atuarem com a TCI, possibilitando sua inclusão na atenção básica da saúde em muitos municípios brasileiros. Infelizmente, ainda não tivemos na área da educação nenhuma articulação ou mobilização de tamanha envergadura. Temos acompanhado muitas iniciativas dos terapeutas comunitários, espalhadas por todo Brasil, sendo possível estabelecer então uma relação entre a TCI e a educação, além das bases teóricas abordadas anteriormente.

Assim, poderíamos aqui tecer varias abordagens da TCI na educação, uma delas como ferramenta terapêutica, utilizadas com docentes ou com estudantes. Em especial no que se refere ao *bullying*<sup>3</sup> ou mesmo a Síndrome de Burnout<sup>4</sup> em professores, haja vista toda a problemática envolvendo a educação recentemente no Brasil.

Neste capítulo, optamos por enfocar a TCI como instrumento para (re) construção do currículo escolar.

Essa experiência foi desenvolvida na Escola Municipal de Ensino Fundamental de Porto Alegre (EPA), vinculada à Rede Municipal de Ensino da cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul.

Em 1995 aparece no cenário dos espaços de proteção da cidade a Escola Municipal de Ensino Fundamental Porto Alegre (EPA), que desde 1994 desafiava a inexistência de estruturas e, integrada a equipe de abordagem de rua, começava seu fazer pedagógico diferente e único. Pelas ruas da cidade davam-se os primeiros passos para a construção de sua metodologia de trabalho própria, escutando e respeitando as formas de organização dos jovens que por elas circulavam (REIS; SALERNO, 2010, p. 81).

---

3 “É um termo em inglês utilizado para descrever atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupos de indivíduos, com o objetivo de intimidar ou agredir outro indivíduo (ou grupo de indivíduos) incapaz (es) de se defender”. (Fonte: Wikipedia).

4 “A *Burnout* de professores é conhecida como exaustão física e emocional que começa com um sentimento de desconforto e pouco a pouco aumenta à medida que a vontade de lecionar gradualmente diminui.” (Fonte: Wikipedia).

Os alicerces com que foram construídos os princípios sistematizados no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da EPA estão fundados na Educação Popular, filosofia pedagógica de Paulo Freire, que afirma o seguinte:

[...] objetivo da escola é ensinar a leitura da palavra junto com a leitura do mundo para, assim, transformá-lo. Partindo dos contextos de realidade diagnosticados de modo participativo e permanente pelo coletivo da escola, busca-se a transformação da realidade interna e externa de seus sujeitos, através de processos de construção de autonomia (PPP, 2009, p. 6).

Inicialmente, a Terapia Comunitária Integrativa foi implantada em parceria com um serviço de saúde, o CAPS<sup>5</sup> Casa Harmonia, por iniciativa de três profissionais, duas professoras da EPA e uma psicóloga do CAPS, que haviam feito a formação em TCI no Ceará em 2002. Naquela oportunidade, a TCI era oferecida simultaneamente nos dois serviços (EPA e CAPS), para os adolescentes e jovens vinculados aos mesmos ou egressos. As sessões aconteciam semanalmente, inclusive com rodas de TCI acontecendo nas ruas onde eles circulavam, nos mocós<sup>6</sup>, como estratégia de aproximação com alguns adolescentes e jovens.

Mas, quem são esses sujeitos? Como constroem sua subjetividade vivendo nas ruas? O que procuram nos serviços que frequentam? O que buscam e o que esperam na TCI? Quais são os seus sonhos? Quais são os seus medos? Como a TCI pode contribuir para que eles alterem sua relação com a rua? (FALEIROS; REIS, 2004, p. 78).

---

5 CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: “[...] são instituições brasileiras que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátricas. Em outras palavras, constituem um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência.” (fonte: Lucas Queiroz- blogspot).

6 Mocó: na linguagem das ruas, significa esconderijo, refúgio, lugar de moradia e concentração dos moradores de rua. Também conhecido como brete.

Essas foram as questões que nortearam e justificaram, na época, a inclusão da TCI como uma das ferramentas de intervenção pedagógica. Em 2005, ano em que teve a mudança de gestor na administração municipal, essa parceria não teve prosseguimento. A partir de 2007, a TCI foi incorporada ao currículo da Escola, sendo a ferramenta essencial para o planejamento pedagógico das atividades escolares.

A TCI na EPA tem como objetivo ser mais um dos espaços de fala e escuta dos jovens, qualificando o acompanhamento feito aos estudantes. É uma forma de transformar sem violentar, incentivando a partir da dignidade a construção de outro mundo, pois quando existe um fortalecimento emocional, criam-se as condições para a luta por direitos.

A intervenção proposta nas rodas de TCI tem ainda como objetivo oportunizar novos e coletivos espaços protegidos, de elaboração de experiências vividas por adolescentes e jovens. Em especial, proporcionar uma maior reflexão das situações que envolvem sua relação com a rua e o ato infracional, investindo na ressignificação de suas histórias de vida, através do diálogo entre esses jovens e suas redes de afetos e apoios.

Transcrevemos abaixo uma síntese dessa experiência ocorrida em 2010.

A escolha do Tema Gerador, Contra-tema e Questão Geradora para o trabalho pedagógico do ano de 2010 foi feita a partir de uma seleção prévia, contemplando as falas destacadas pelos estudantes e aquelas coletadas nas rodas de TC. Além dessas, também foram incluídas as conversas sobre preconceito e discriminação nos demais espaços da Escola. Assim, após discussão envolvendo o coletivo de professores, foi escolhido como tema gerador: “Por que não me tratam normal?”; como contra-tema: “A EPA desacomoda.” “Gosto daqui porque aqui posso ser eu.” e como questão geradora: “De perto ninguém é normal”. Tendo essa temática como foco, a Escola trabalhará, das mais variadas formas, o cotidiano nas salas de aula, os projetos, a relação com a vida de cada estudante e trabalhador inserido neste contexto,

o objetivo, o subjetivo e as relações de aprendizagem, sempre tendo como pano de fundo a redução de danos e a inclusão social. Sem esquecer que tudo deve estar integrado, deve fazer sentido, deve tornar visível o que antes estava invisível, oportunizando novos pensamentos, novas formas e invenções. (SALERNO; REIS, 2010, p. 158).

Nessa Escola, a organização metodológica nas salas de aula é realizada respeitando os três momentos pedagógicos, conforme a Pedagogia de Paulo Freire. São eles:

### **1. Estudo da Realidade:**

A problematização oportuniza aos professores e estudantes dois encaminhamentos: o primeiro é permitir ao professor investigar quais os conceitos o estudante já construiu a respeito do que será estudado. Essa investigação indicará ao professor que conhecimentos serão importantes para validar ou questionar as hipóteses dos estudantes. O segundo é possibilitar que o estudante sinta necessidade de adquirir novos conhecimentos e/ou validar suas hipóteses.

### **2. Organização do Conhecimento:**

É o momento que o professor faz o recorte de conhecimentos necessários e orienta a confrontação de outras visões de mundo para questões levantadas no Estudo da Realidade, ou para o aprofundamento dos conceitos já construídos.

### **3. Aplicação do Conhecimento:**

Este é o momento do estudante, onde o professor tem menor participação, não significando que não tenha que estar atento para perceber o quanto a visão de mundo do estudante foi desestabilizada. O estudante deve gradativamente perceber que o conhecimento não

está pronto, ele está sendo historicamente construído pela humanidade, é um processo.

Assim, a TCI, se vista por uma lente ampliada, contribuiria mais diretamente para o Estudo da Realidade, levantando quais eram as demandas dos estudantes e quais estratégias os jovens costumavam utilizar no enfrentamento dos seus problemas. Se a lente fosse minimizada, encontraríamos os três momentos pedagógicos (estudo da realidade, organização do conhecimento e aplicação do conhecimento), operando de forma dinâmica em uma roda de TCI.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As rodas de TCI da Escola Municipal de Ensino Fundamental de Porto Alegre aconteceram semanalmente com frequência livre, mas dificilmente algum jovem não participava. É um espaço reconhecido pelos estudantes, onde eles gostam de estar, gostam de participar e trazem questões do cotidiano. As falas dos alunos traduzem em muito o significado dos momentos nas suas vidas e colaboram significativamente para o trabalho pedagógico, exigindo dos educadores uma comunicação articulada com espaços de partilha permanente sobre as propostas a serem trabalhadas. Além das reuniões de planejamento, também eram realizadas reuniões temáticas que provocavam nos educadores a reflexão crítica e criativa. Esta dinâmica de diálogo entre educadores e estudantes tecia uma rede cotidiana permanente que alimentava a criação para o inédito, para a aprendizagem, para momentos alegres de produção e construção do conhecimento que faziam sentido para todos que habitavam o espaço educativo.

Algumas falas dos participantes:

Eu gostei de todas as Terapias Comunitárias, porque me ajudou em muitas coisas quando eu estava triste. Mas a que eu mais gostei foi

quando estávamos conversando sobre a vida de cada um e quando aprendemos a cuidar um pouquinho de nossa aparência. Eu gostei de participar e observar as histórias que parece um filme, um pouco triste. Fico um pouco observando e dependendo da história me deixa feliz e pensativo. Porque eu acho um espaço legal para falar sobre questões que todos nós temos um dia que desabafar, falar sobre amor, medo, sofrimentos, respostas e perguntas. (SALERNO; REIS, 2010, p. 155).

A metodologia da TCI é a mais completa tradução dos ideários da Pedagogia de Paulo Freire, pois além dos conceitos supracitados, outros são incorporados na prática cotidiana: reflexão crítica da prática educativa, respeito ao saber do outro, autoavaliação, compreensão crítica da realidade, formação científica, expressão da afetividade, problematização como princípio pedagógico, valorização dos recursos pessoais e das raízes culturais, circularidade e horizontalidade da comunicação. Tudo isso baseado em uma relação dialógica, pois como afirma Freire: “Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 79).

Por que essa escola tem TCI no currículo? Porque se acredita que o diálogo e a partilha de experiências são exercícios de democracia, de igualdade, onde a diversidade está colocada, onde a cultura se transversaliza e emerge na vida. A partir da sistematização das falas, extraídas das rodas de Terapia Comunitária Integrativa, constroem-se sentidos, criam-se referências para o planejamento pedagógico, estruturando o tema gerador (de onde se parte), o contra-tema (aonde se quer chegar) e a questão geradora (o que irá impulsionar e orientar o planejamento). Sendo assim, faz sentido estudar, faz sentido estar na Escola, pois ela desacomoda o que parecia ter morrido dentro de cada jovem, mostrando que a potencialidade é singular, mas a vida é plural.

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. (CORA CORALINA, Goiás no ar).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BRASIL, **Lei de Diretrizes e Bases n. 9394, dez. 1996**. Diário Oficial da União. Brasília, nº 248, 1996.

BRASIL ESCOLA. **Constituição de 1988**. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/historiab/constituicao-de-1988.htm>>. Acesso em: 11 mar. 2011.

DELIZOICOV, D. **Conhecimento, tensões e transições**. São Paulo. 1991. ( Tese de Doutorado, FEUSP).

ENFERMAGEM. **A arte de cuidar**. Disponível em: <<http://lucasqueirozsubrinho.blogspot.com/2009/10/download-um-outro-olhar-caps.html>> Acesso em: 11 mar. 2011

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 14. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. **Política e educação**. São Paulo, Cortez Editora, 1993.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FALEIROS, L.; REIS, M. L. A. **Terapia comunitária – retalhos do cotidiano**. In: Anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasília, 2004.

GOIÁS NO AR. **Os melhores poemas de Cora Coralina**. Disponível em: <<http://www.goiasnoar.com/2010/07/os-melhores-poemas-de-cora-carolina-cora-carolina-melhores-poemas/>>. Acesso em: 11 mar. 2011.

GRACIANI, M. S. **Pedagogia social de rua**. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

IBGE. **Educação no Brasil**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/educacao.html>>. Acesso em: 11 mar. 2011.

KRUG, A. **Ciclos de formação: uma proposta transformadora**. Porto Alegre: Editora Mediação, 2001.

PROJETO MEMÓRIA PAULO FREIRE. **O método Paulo Freire**. Disponível em: <[http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/pensamento/01\\_pensamento\\_o%20metodo\\_paulo\\_freire.html](http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/pensamento/01_pensamento_o%20metodo_paulo_freire.html)> - Acesso em: 11 mar. 2011.

**PROPOSTA POLÍTICO-PEDAGÓGICA (PPP)**. Porto Alegre (EPA), 2009. (documento interno).

REIS, M. L. de A. **Educação para todos**. Para meninos e meninas de rua também? In: Crianças e adolescentes em situação de rua. São Leopoldo: Con-Texto Gráfica e Editora, 2002.

\_\_\_\_\_. **Intervisão:** o exercício da dialogicidade na formação em terapia comunitária – trajetória da construção de um novo conceito. In: Articulando redes sociais, Porto Alegre: Editorial CAIFC, 2010.


\_\_\_\_\_; SALERNO, G. **Palavra e ação** – Palavração cotidiana in: Articulando redes sociais. Porto Alegre: Editorial CAIFC, 2010.

SALERNO, G.; REIS, M. L. de A. **Singular e plural:** experiência em educação de jovens em situação de rua e; drogadição. In: Outras Palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia - RS, 2010.

WIKIPEDIA. **Bullying.** Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Bullying>> Acesso em: 11 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Síndrome de Burnout.** Disponível em : <[http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_Burnout#A\\_S.C3.ADndrome\\_de\\_.22Burnout.22\\_em\\_Professores](http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Burnout#A_S.C3.ADndrome_de_.22Burnout.22_em_Professores)>. Acesso em: 11 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Diretas Já.** Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Diretas\\_J%C3%A1](http://pt.wikipedia.org/wiki/Diretas_J%C3%A1)>. Acesso em: 11 mar. 2011.



# *Sou mais forte que a doença: a Terapia Comunitária Integrativa no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS*

*Fabiola Slaviero, Marília da Rosa Giudice  
e Miriam Tereza Vali Solé Rocha*

*A arte de viver é simplesmente a arte de conviver... Sim-  
plesmente, disse eu? Mas como é difícil!*

(Mário Quintana)

## **INTRODUÇÃO**

O movimento da Saúde Mental no Brasil, também chamado de Luta Antimanicomial ou Reforma Psiquiátrica, cumpre um importante papel no campo das transformações em saúde mental, é o ator político construindo, no cotidiano, uma nova forma de lidar com a “loucura” (AMARANTE, 1995). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dos serviços substitutivos dos manicômios e o principal articulador no processo de inclusão. Neste sentido, repensar a prática em busca de estratégias que ajudem na compreensão do indivíduo é uma constante.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) tendo como pilares o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural, a Teoria da Comunicação, a Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência, enriquece o olhar sobre a totalidade do indivíduo e sobre a prática dos serviços de saúde mental, auxiliando no processo de trabalho dentro da lógica da Reforma Psiquiátrica.

## REFORMA PSIQUIÁTRICA

As formas que a psiquiatria criou para lidar com a loucura nem sempre foram bem aceitas. Uma delas foi a proposta do modelo manicomial realizada em instituições fechadas, baseada na tutela, vigiância e disciplina, que promovia o isolamento e a segregação das pessoas. Na Itália em 1961, ao assumir a direção do Hospital de Gorizia, o psiquiatra Franco Basaglia<sup>1</sup> introduziu mudanças radicais, abolindo os métodos coercitivos e violentos de tratamento das doenças psíquicas. Ele propunha colocar a doença mental entre parênteses, ou seja, voltar o olhar para o sujeito doente (AMARANTE, 1996).

Na década de 70 iniciou-se, no Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica estimulado por greves que denunciavam a violação dos direitos humanos, agressões, estupros, trabalho escravo e mortes suspeitas, em unidades psiquiátricas. Os profissionais começaram a se organizar, buscando formas de denúncias e ao mesmo tempo propostas de transformação dos serviços. Em novembro de 1978, Franco Basaglia participou do III Congresso Mineiro de Psiquiatria e comparou o Hospital Colônia de Barbacena-MG a um campo de concentração nazista. Este fato teve grande repercussão nacional, registrando forte influência no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2003).

No contexto contemporâneo das políticas de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica intervém no campo das relações da sociedade com a loucura, transformando a compreensão para com o transtorno mental. Isto se dá, por um lado, através de práticas contra a exclusão e, por outro, de estratégias de inclusão social dos sujeitos. Em outras palavras, trata-se de um processo que tem como princípios éticos a inclusão, a solidariedade e a cidadania. Não deve ser entendida somente como reforma do serviço assistencial, mas de construção de um novo espaço social para a loucura (BRASIL, 2003).

---

1 Franco Basaglia (março de 1924 a agosto de 1980), psiquiatra que promoveu a Reforma no Sistema de Saúde Mental na Itália e instituiu a Psiquiatria Democrática. Essa forma de abordagem tem sido modelo para transformações do atendimento psiquiátrico em inúmeros países, inclusive no Brasil.

## O SURGIMENTO DO CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), criado na lógica de uma nova proposta de trabalho, é um serviço de saúde mental, aberto e comunitário, do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

O CAPS cuida do sujeito em seu contexto social, reconhece o seu potencial, estimula a autonomia, o fortalecimento das relações sociais e familiares, a inserção no trabalho e atividades de lazer. É o grande articulador na construção de um espaço social para as pessoas que sofrem com transtornos psíquicos, tanto no âmbito político, como no direito, no trabalho, na cultura e nas relações sociais (RABELO et al., 2006). Esta proposta exige uma atitude por parte dos profissionais, de comprometimento, responsabilização, envolvimento afetivo, cooperação e criatividade, que:

requer uma dinâmica de trabalho que, distante de concepções burocráticas, seja capaz de operar no movimento de ordem-desordem, instituinte-instituído na qual as ações são construídas, desmontadas, reconstruídas a partir das necessidades dos usuários em seu contexto de relações. (NICÁCIO, 2003, apud QUINCAS; AMARANTE, 2008, p. 102).

Este tem sido o entendimento dos profissionais da saúde mental durante o acompanhamento dos usuários dentro de um CAPS. A proposta preconizada deste serviço é a de integrar os atendimentos individuais, a psicoterapia de grupo, as oficinas terapêuticas, os grupos de educação e saúde e os grupos de familiares, de acordo com um programa terapêutico individualizado para cada paciente. Mas, esta proposta nem sempre se aplica na rotina dos serviços, priorizando

cronogramas pré-estabelecidos, centrados nos profissionais de saúde, sem a participação dos usuários e familiares.

As relações entre os membros da equipe, usuários e familiares que deveriam ser predominantemente horizontalizadas, algumas vezes acontecem de maneira hierárquica, com divisão das categorias profissionais, impedindo assim a articulação entre elas. A negação dos diferentes saberes, tônica adotada nas estruturas manicomial, tende a ser reproduzida mesmo nos serviços propostos pela Reforma Psiquiátrica.

### **A TCI E O CAPS**

As rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) são importantes ferramentas de trabalho dentro do CAPS, pois possibilitam a reflexão da prática diária, a “escuta” do usuário pelos diferentes membros da equipe, na busca de entender as necessidades do sujeito. Possibilita ainda, a reorganização do serviço de maneira participativa, desacomodando a rotina que tende a ser burocratizada nas instituições fechadas.

A realização da TCI inicialmente causa certa resistência, manifestada no comportamento dos usuários e profissionais da equipe, que relutam em participar das rodas. Essa relutância se evidencia através dos adiamentos das rodas, no ficar calado dentro do grupo, no “ficar de fora” dos encontros, como, por exemplo, aparece na fala da funcionária: “Não quero entrar no grupo, mas vou ficar escutando” (D.L, 2010). A inibição inicial dos usuários pode ser entendida como dificuldade de mudança de postura, pois a roda de terapia oportuniza que eles passem de “pacientes” para “usuários,” tendo seu saber reconhecido, valorizado, tornando-se corresponsáveis no processo terapêutico.

Com relação aos profissionais, a TCI exige o desenvolvimento de habilidades que não são usuais nos programas da área de saúde, como brincadeiras, cantos, danças, provérbios... Esta nova postura

de “sujeito” ao invés de “técnico”, acompanhada da imprevisibilidade de cada roda, gera insegurança, como aparece na fala do pedagogo: “Aprendo na TCI, porém estou sempre inseguro” (N. L. reunião de equipe, 2011).

A percepção de que o fazer/aprender é uma constante e de que somos todos aprendizes é reforçada a cada roda de terapia, onde os técnicos e usuários se veem como sujeitos na descoberta de novas formas de fazer saúde. Segundo Paulo Freire, “a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscreve o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca” (FREIRE, 2004, p. 57). Assim, a TCI desarruma a ordem tradicional da lógica dos serviços, pois a escuta do usuário, o reconhecimento dos diferentes saberes e a reflexão em relação às posições hierárquicas possibilitam novas articulações na busca de um fazer comum.

O protagonismo e a valorização do sujeito são evidenciados no decorrer da roda de terapia. Em todas as fases da TCI, desde o acolhimento, se percebe o reforço e qualificação da pessoa e também pela alegria demonstrada na comemoração de datas, na partilha de brincadeiras resgatadas de suas histórias de vida e nas cantigas entoadas durante a terapia. Nas palavras de Paulo Freire:

A alegria é fundamental, enquanto clima ou atmosfera do espaço pedagógico. Há uma relação entre a alegria necessária à atividade educativa e à esperança. A esperança é um condimento indispensável à experiência histórica. Sem ela, não haveria História, mas puro determinismo (FREIRE, 2004, p. 72).

As canções, as brincadeiras, os risos, as lembranças da infância, trazem consigo o entusiasmo de reinventar as práticas, abrindo um mundo de possibilidades, de ideias que surgem dos diferentes atores, com a criatividade de uma brincadeira de criança. A esperança é outro sentimento que perpassa o clima dessas rodas. Para Ernest Bloch:

a esperança tem uma função utópica que é a de antecipar/vislumbrar o possível, o diferente, a liberdade. Olhar que vê, por entre as densas brumas matinais da mesmice cotidiana, a possibilidade do alvorecer de um novo amanhã e que o autor chama de otimismo militante. Redobrando-se a coragem e o saber, o futuro não virá como fatalidade sobre o ser humano, mas o ser humano virá sobre o futuro e ingressará nele com o que é seu. (BLOCH, 2005 apud YASUI, 2010, p.179).

A esperança de mudança surge com a percepção de que o sofrimento, as alegrias e as histórias são comuns a todos, o que acontece durante a identificação dos temas propostos na roda pelos usuários e, por exemplo, no relato da enfermeira: “Fiquei muito sensibilizada com o tema, pois vivenciei situação e sentimentos semelhantes, o que me fez sentir mais próxima da usuária e impressionada com sua capacidade de superação. Acredito que eu não conseguiria” (M.G., reunião de equipe, 2011). Silvio Yasui considera que “para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais que um mero objeto de intervenção” (YASUI, 2010, p. 120).

A empatia, o colocar-se no lugar do outro, sentir suas emoções, aparece também na fala da artesã: “Hoje na roda senti uma tristeza muito grande, uma tristeza que dói o coração e o corpo todo. Os olhares eram de tristeza, percebi que a doença [não] rouba o sentimento. Sentimentos de perda, desprezo, solidão, ausência de carinho” (M. M., após realização da TCI, 2011). Assim, a cada roda de TCI no CAPS, onde a “anormalidade” do paciente seria o esperado, se reconhece o que é comum ao ser humano: histórias de superação e emoções que vão aproximando as pessoas e construindo vínculos.

Nise da Silveira<sup>2</sup> refere que: “a volta à realidade depende em primeiro lugar de um relacionamento confiante com alguém, relacio-

---

2 Nise da Silveira (fevereiro de 1905 a outubro de 1999), psiquiatra brasileira, contrária às técnicas agressivas dos manicômios, instituiu ateliês de pintura e modelagem, possibilitando aos doentes reatarem os vínculos com a realidade através da expressão simbólica e da criatividade.

namento que se estenderá aos poucos a contatos com outras pessoas e com o ambiente” (SILVEIRA, 1981, p. 75). Ou seja, o vínculo é essencial, pois, através dele, os usuários sentem-se apoiados, desencadeando o processo de autonomia e favorecendo a integração social.

O ambiente e as relações do sujeito com seu meio social, familiar e cultural são evidenciados durante a Contextualização do tema escolhido onde o usuário fala, o grupo escuta e lança questões para compreender o sofrimento do outro no seu contexto. Possibilitando assim à pessoa que fala organizar melhor suas ideias, sentimentos, emoções e colocar em dúvida suas certezas e convicções.

A compreensão do sujeito, que ocorre na Contextualização não é usual nas consultas e nos grupos terapêuticos, que na maioria das vezes são centrados na “doença”, na roda de terapia emergem os aspectos saudáveis do indivíduo, da família e da comunidade. Assim, são ampliadas as estratégias de ação embasadas nas necessidades e nos recursos, viabilizando várias possibilidades de atuação intra e extra CAPS, com a participação do usuário no processo terapêutico. Para Rotelli (2001, apud QUINCAS, R. M.; AMARANTE, 2008, p. 101), o serviço torna-se forte, territorial ou substitutivo, ao reconhecer o usuário em sua complexidade, mas também considerando sua singularidade e sua diversidade, elaborando respostas dinâmicas e individualizadas, que tentam preservar e ampliar a riqueza da vida das pessoas.

Após a contextualização do tema, as pessoas são convidadas a partilhar suas experiências: “Quem já vivenciou uma situação como esta e como fez para superar?” Na partilha de experiências não se vê pessoas adoecidas, fragilizadas, e, sim indivíduos superando dificuldades e compartilhando vitórias, levando a equipe a se questionar: “Cadê o depressivo?”, “Cadê o bipolar?” ou “Onde está a doença?” Neste momento percebe-se que a doença está realmente entre parênteses (Franco Basaglia), que os aspectos sadios do sujeito se sobrepõem e se

fortalecem. Esses aspectos podem ser exemplificados na fala da usuária: “O meu sofrimento me fez ver que sou mais forte que a doença que tem em mim, a minha doença não é maior que Deus. O CAPS é uma ajuda, mas eu é que tenho que tomar a atitude” (S.G., durante a TCI, 2011).

Por vezes, na partilha de experiência, os técnicos são questionados: “E você psicóloga, doutora, já vivenciou uma situação como esta e o que fez para superar”? Esta pergunta obrigatoriamente faz com que a posição “soberana” do técnico em relação ao usuário seja revista, as defesas colocadas de lado, a “normalidade” colocada em jogo e a fala do “eu”, proporciona a oportunidade de ser “um com os outros”, em um processo de escuta, de apoio e ensino/aprendizagem. A fala da usuária, relatada a seguir, reforça essa percepção: “Na TCI a gente se vê igual a todo mundo” (D. M., após realização da TCI, 2011).

“O terapeuta é, desse modo, um com o grupo e não um para o grupo” (BARRETO, 2008, p. 47). É uma relação que coloca todos na mesma condição. Nela o profissional perde o controle ao qual está acostumado, enquanto técnico, e o usuário sai da posição de “paciente” e ambos se reconhecem como sujeitos. A partir do momento em que os profissionais passam a ser “um com o grupo”, ou seja, “igual a todo mundo”, é o momento em que o aprendizado se inicia e as rodas de terapia passam a fazer sentido dentro da política de saúde mental. Sobre isso Paulo Freire, em *Pedagogia da Autonomia*, nos diz que:

Aceitar e respeitar a diferença são uma dessas virtudes sem o que a escuta não se pode dar. Se me sinto superior ao diferente, não importa quem seja, recuso-me a escutá-lo ou escutá-la. A humildade exprime, pelo contrário, uma das raras certezas de que estou certo: a de que ninguém é superior a ninguém. (FREIRE, 2004, p. 120).

Respeitando a diversidade, a fala de todos é garantida pelas “regras da terapia” que são colocadas no início da roda, inclusive a expressão dos usuários que estão com maior dificuldade de participação, con-

quistando um clima de solidariedade. A TCI, portanto, possibilita escutar o sujeito na sua totalidade, não excluindo as manifestações da doença e garantindo o seu espaço: “Quando um de nós fala algo que não consigo entender, eu escuto normalmente e respeito muito, pois sei que isso às vezes acontece comigo. Não gosto quando percebo que alguém está com jeito de riso” (L. R., usuário após realização da TCI, 2009).

A garantia da escuta, as estratégias de enfrentamento relatadas e a conotação positiva permitem às pessoas verem-se de novas maneiras e capazes de produzir mudanças, provocam o encorajamento do grupo como aparece na fala da usuária: “Digo para mim mesmo que sou forte e o pior da minha vida já passou e se vier algo ruim, pode vir porque eu ‘devagarzinho’, ‘devagarzinho’, escalo aquele muro e pulo”. Este depoimento é de uma usuária, cuja forma de participação, ao longo dos meses, era sentar-se no meio da roda, ou então, ficar fora dela cantando. A aceitação da TCI pelos usuários é traduzida pela seguinte indagação: “Vai ter roda de terapia hoje?” Esta pergunta dentro de uma prática “centrada” no usuário é um estímulo aos profissionais para dar continuidade à prática da TCI, que dentro de um processo constante de apreciação, surpreende pela criatividade, espontaneidade e imprevisibilidade do indivíduo que sofre encoberto pela doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da TCI no cotidiano dos serviços de saúde mental oportuniza o acolhimento, a contextualização, o entendimento da linguagem verbal e não verbal, dos valores, das crenças e da capacidade de superar dificuldades. Transforma as relações entre os sujeitos, permitindo que usuários, técnicos e familiares reflitam sobre o direcionamento das ações, tornando-se co-responsáveis, na busca de um espaço social para a “*loucura*,” o que tem contribuído para evitar

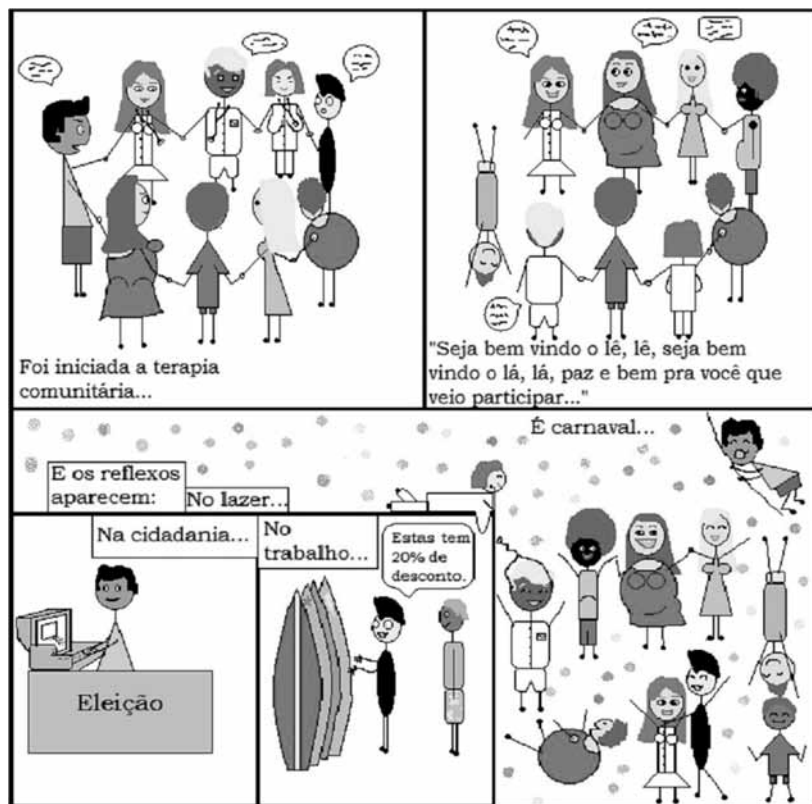
a cronicidade da doença e permanência prolongada no serviço. No entanto, a “*loucura*” por ser algumas vezes uma condição crônica, precisa de uma continuidade no cuidado.

Para Rotelli, “a liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não tem uma finalidade comum com os demais” (ROTELLI, 2008, p. 41). Neste sentido, após a reinserção social do usuário, a TCI tem sido uma estratégia tanto na rede de atenção básica, quanto no CAPS.

Na rede de atenção todos são convidados para as rodas, no papel de cidadãos, e não vistos e classificados por suas patologias, o que reforça o sentimento de autoestima, independência e inclusão. A prática de convidar os usuários que foram reinseridos na comunidade para participar mensalmente das rodas de terapia no CAPS proporciona um lugar de encontro, fazer parte, manter vínculos.

Assim, diante da complexidade do ser humano e tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão do usuário, a TCI tornou-se importante para a efetivação da política de saúde mental, pois dentro de um processo de educação permanente, possibilita a reflexão coletiva no cotidiano dos serviços, contribuindo para o desafio de buscar sempre novas maneiras de transformação das relações da sociedade com a “*loucura*”.

**FIGURA 1:** Representação da Terapia Comunitária Integrativa no CAPS. Mato Grosso: Sorriso.



*Ilustração: Camila Solé Rocha*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. A crítica à razão psiquiátrica: a antipsiquiatria e a reforma psiquiátrica italiana. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Saúde mental políticas e instituições**. Rio de Janeiro: EAD/FIOCRUZ, v. 2, 2003. p. 59 – 88.

\_\_\_\_\_. Conceitos e dimensões da reforma psiquiátrica: reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Saúde mental políticas e instituições**. Rio de Janeiro: EAD/FIOCRUZ, v. 3, 2003. p. 57 – 73.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: DF, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. São Paulo: Editora PAZ E TERRA S/A, 2004.

QUINTAS, R. M.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. Saúde em debate. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Rio de Janeiro. v. 32 n. 78/79/80, 2008. p. 99 – 107.

RABELO, A. R.; Mattos, A. A. Q. ; Coutinho, D. M. ; Pereira, N. N. **Um manual para o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. II. color .Salvador: Editora UFBA, 2006.

ROCHA, C. S. **Terapia comunitária integrativa no CAPS Nova Vida**. Mato Grosso: Sorriso, 2011.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. da. (Org.). In: **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Editora LAPS, 2008. p. 37-50.

SILVEIRA, N. da. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro: ALHAMBRA, 1981.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

A proposta deste livro é oferecer subsídios para que os estudiosos da TCI possam responder a algumas de suas inquietações e aprofundar as correlações percebidas com diversas referências teóricas. A obra *Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras* representa uma convergência de diferentes olhares, princípios e práticas desta metodologia. Os articulistas, de nacionalidades e abordagens diversas, atuam com a TCI em vários contextos sociais. Os capítulos estão organizados em três partes: *Filosofia e Ciências Humanas*, *Abordagens Terapêutica* e *Aplicações nas Políticas Públicas da Saúde e Educação*. Este livro contou com o apoio do Movimento Integrado de Saúde Comunitária do DF.

O MISMEC-DF, instituição sem fins lucrativos, criado em março de 2002, funciona como polo formador de Terapia Comunitária Integrativa, faz parte da rede ABRATECOM e vem participando dos avanços da TCI no Brasil e em outros países. O MISMEC-DF tem trabalhado exaustivamente pela integração de pessoas e comunidades no resgate da dignidade e redução de qualquer tipo de exclusão, através do fomento de redes solidárias e cidadania ativa.



[www.mismecdf.org](http://www.mismecdf.org)  
[mismecdf@gmail.com](mailto:mismecdf@gmail.com)