

TEMAS EM
EDUCAÇÃO
E SAÚDE

Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência
“Dante Moreira Leite” – CENPE
F.C.L. – Araraquara – UNESP
V. 11 – 2015

Faculdade de Ciências e Letras, UNESP – Univ Estadual Paulista, Campus Araraquara

Reitor: Julio Cezar Durigan

Vice-reitora: Marilza Vieira Cunha Rudge

Diretor: Arnaldo Cortina

Vice-diretor: Cláudio César de Paiva

Supervisora do CENPE: Luci Regina Muzzeti

Vice-supervisora do CENPE: Roseli Aparecida Parizzi

Conselho Deliberativo do CENPE

Titular: Paulo Rennes Marçal Ribeiro

Suplente: Relma Urel Carbone Carneiro

Titular: Cássia Regina Coutinho Sossolote

Suplente: Fátima Neves do Amaral Costa

Titular: Ricardo Ribeiro

Suplente: Sebastião de Souza Lemes

Titular: Cláudio César de Paiva

Suplente: Arnaldo Cortina

Titular: Taísa Borges de Souza

Suplente: Sandra Fernandes de Freitas

Titular: Morgana Múrcia Ortega

Suplente: Josefa Emilia Lopes Ruiz

Editoria Executiva

Josefa Emilia Lopes Ruiz

Morgana Múrcia Ortega

Paloma Soares Pereira Faria

Sandra Fernandes De Freitas

Taísa Borges De Souza

Editores responsáveis

Rosângela Sanches Da Silveira Gileno e Luci Regina Muzzeti

Revisão

Os autores

Assessoria Administrativa e Divulgação da Revista

Luiza Helena Cadorim

Lais Inês Sanseverinato Micheleti

Thais Saraiva Moraes

Vitor Yamaguti Muno

Conselho Editorial:

Ana Maria Pimenta de Carvalho (USP - RP), Andreza Marques de Castro Leão (FCL - UNESP - Araraquara),

Antonio dos Santos Andrade (USP - RP), Cássia Regina Coutinho Sossolote (FCL - UNESP - Araraquara),

Denise Maria Margonari (FCL - UNESP - Araraquara), Edson do Carmo Inforsato (FCL - Araraquara -

UNESP), Eladio Sebastian Heredero (UAH, Espanha), Fábio Tadeu Reina (UNIARA - Araraquara),

Gisele Ganadi (Unicamp - Brasil), Guilhermina Lobato Miranda (Universidade de Lisboa), Jaime L. Zorzi

(PUC - SP e CEFAC - SP), José Luis Bizelli (FCL - UNESP - Araraquara, Brasil), Maria de Lurdes Ramos

da Silva (FE - USP, Brasil), Maria de Oliveira Ferreira Filha (UFPB, Brasil), Maria Filomena Teixeira (ESE -

Instituto Politécnico, Coimbra, Portugal), Maria Teresa Machado Vilaça (Universidade do Minho, Portugal),

Mário Sérgio Vasconcelos (FCL - UNESP - Assis), Marta Leandro da Silva (FCL - UNESP - Araraquara),

Paula Ramos de Oliveira (FCL - UNESP - Araraquara), Paulo Rennes Marçal Ribeiro (FCL - UNESP -

Araraquara), Ricardo Ribeiro (FCL - UNESP - Araraquara, Brasil), Roberto Fernández Sanchidrián (UAH,

Espanha), Rolando Lazarte (UFPB - Brasil), Rosebelly Nunes Marques (ESALQ USP), Roseli Aparecida

Parizzi (FCL - UNESP - Araraquara, Brasil), Sebastião De Souza Lemes (FCL - UNESP - Araraquara,

Brasil), Sílvia Torres Alamilla (Universidade Nacional Autónoma de México), Sônia Regina Fiorim Enumo

(UFES - Vitória), Stela Gronsborg (Instituto Sedes Sapientiae) e Vera da Rocha Rezende (UNESP - Bauru).

Normalização: Biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara

Diagramação e montagem da capa: Eron Pedroso Januskevictz

Arte da capa: CENPE – Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite”.

Temas em Educação e Saúde / Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite”, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara. – Vol.1 (1996)–. - Araraquara : UNESP/FCLAR-Laboratório Editorial, 1996-

Anual
ISSN 1414-0144

SUMÁRIO

Apresentação	7
Contribuições da terapia comunitária integrativa em ações da política nacional de assistência social Doralice Oliveira Gomes.....	9
Os seis pilares da autoestima e a integração corpo e mente Josefa Emília Lopes Ruiz, Luci Regina Muzzeti, Morgana Múrcia, Paloma Soares Pereira Faria, Sandra Fernandes de Freitas e Taísa Borges de Souza	27
A construção do mote na terapia comunitária integrativa Liliana Beccaro Marchetti	35
Efeito do Curso cuidando do cuidador na autoestima e estresse Graça Martini e Ana Lúcia de Moraes Horta.....	47
O terapeuta comunitário como produtor de conhecimento Maria de Oliveira Ferreira Filha e Rolando Lazarte.....	65
Abuso na infância: uma abordagem através da terapia comunitária integrativa e a dinâmica da pérola Nastia Branca Bernardelli Lacerda de Souza e Blanca de Souza V. Morales.....	77
A terapia comunitária sistêmica e integrativa no enfrentamento do estresse e do adoecimento no trabalho docente Ralph Castro, Cinara Aline Freitas, Maurino Bertoldo Silva e Eliete Pereira Rodrigues	101
Terapia comunitária integrativa: campo de conscientização em uma prisão feminina Rosalice Lopes	121

Terapia comunitária - do sofrimento difuso para a construção de significados: um modelo de acolhimento, aplicação e treinamento no campo da saúde mental	
Tânia Madureira Dallalana.....	153
Índice de assuntos	163
Índice de autores	167

CONTENTS

Presentation	7
Integrative community therapy contributions in shares of national policy of social assistance Doralice Oliveira Gomes.....	9
The six pillars of self esteem and body and mind integration Josefa Emília Lopes Ruiz, Luci Regina Muzzeti, Morgana Múrcia, Paloma Soares Pereira Faria, Sandra Fernandes de Freitas and Taísa Borges de Souza	27
The motto construction in community therapy integrative Liliana Beccaro Marchetti	35
Effect of caring for the caregiver course on self-esteem and stress Graça Martini and Ana Lúcia de Moraes Horta	47
The community therapist as knowledge producer Maria de Oliveira Ferreira Filha and Rolando Lazarte	65
Abuse in childhood: an approach through integrative community therapy and dynamics of pearl Nastia Branca Bernardelli Lacerda de Souza and Blanca de Souza V. Morales.....	77
The integrative and systemic community therapy in coping stress and the teaching profession illness Ralph Castro, Cinara Aline Freitas, Maurino Bertoldo Silva and Eliete Pereira Rodrigues	101
Therapy community integrative: awareness course in a prison women Rosalice Lopes	121

Community therapy - diffuse suffering for meaning of construction: a host model application and training in the field of mental health Tânia Madureira Dallalana.....	153
Subject index.....	165
Authors index.....	167

APRESENTAÇÃO

É com satisfação que apresentamos ao leitor a nova edição da revista *Temas em Educação e Saúde* do Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite” (CENPE) – Unidade Auxiliar da FCL-UNESP/CAR.

Integramos neste volume XI, relatos de experiências e pesquisas relacionados à Terapia Comunitária Integrativa (TCI), assim como artigos de trabalhos apresentados no VIII Congresso Brasileiro, V Encontro Internacional de Terapia Comunitária Integrativa. Esse congresso foi promovido pela ABRATECOM- Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa e realizado com grande empenho e dedicação pelos polos MISC Minas, MISC dos Vales e CAIFCOM, na cidade de Ouro Preto, MG, no período de 16 a 19 de setembro de 2015.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma prática de promoção à saúde coletiva que favorece a escuta afetiva e efetiva dos participantes do grupo, facilitando o desenvolvimento das relações humanas. Segundo Barreto (2008)¹, a TCI é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Nesta edição da revista, contamos com um conjunto de trabalhos cujos temas demonstram uma rica variedade de estudos e experiências elaborados junto às comunidades, com a finalidade de divulgar práticas que favoreçam o ensino, a pesquisa e a extensão na área de educação e saúde, mediante a ótica da Terapia Comunitária Integrativa.

Portanto, agradecemos a todos os autores que se dispuseram a compartilhar prontamente conosco parte do relevante conhecimento que têm produzido. É importante ainda ressaltar, nesta oportunidade, o empenho e a dedicação de todas as pessoas que se comprometeram com a realização desta edição, notadamente os integrantes da Equipe Editorial da Revista e do Conselho Deliberativo do CENPE, dos dedicados parceiros do STAEPE, da Biblioteca e do Laboratório Editorial da Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, além da Associação Brasileira de Terapia

¹ BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: LCR; 2008.

Comunitária Integrativa (ABRATECOM), representados pelos seus polos formadores em TCI.

Esperamos que a leitura desta edição da revista seja proveitosa a todos os nossos prezados leitores.

Josefa Emília Lopes Ruiz
Morgana Múrcia
(Organizadoras)

CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA EM AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Doralice Oliveira GOMES*

RESUMO: A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) brasileira, em 2004, propõe que a assistência seja implantada enquanto uma política social de proteção que considere a dimensão dos riscos e vulnerabilidades presentes na vida das pessoas, assim como os recursos e potencialidades que possuem para lidar com os desafios do existir. O presente artigo objetiva discorrer sobre as contribuições da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) para a execução do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), desenvolvido nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Para isto, utilizou como referência as rodas de TCI realizadas no CREAS de Samambaia-DF, no período entre 2014/2015, totalizando 18 encontros. Esse estudo de orientação qualitativa foi realizado por meio do registro das rodas e da catalogação dos temas e estratégias de superação apresentados pela comunidade. Os resultados alcançados mostram que as rodas contribuíram com os objetivos do PAEFI, tais como: o convívio comunitário, a criação de rede de apoio e o fortalecimento de vínculos familiares num contexto de acolhimento e não julgamento.

PALAVRAS CHAVE: Assistência social. Terapia comunitária integrativa. Proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos.

* Psicóloga. Centro de Referência Especializado em Assistência Social de Samambaia. Samambaia – DF - Brasil. Terapeuta comunitária. Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária. Fortaleza - CE – Brasil. 60336-790 - doralice32@hotmail.com

Política Nacional de Assistência Social - PNAS

A Política Nacional de Assistência Social Brasileira, datada de 2004, tem como referencial a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de dezembro de 1993. A LOAS regulamenta os direitos presentes na Constituição Federal de 1988 que asseguram a assistência social brasileira como política pública, atuante no campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade do Estado (BRASIL, 2004). A PNAS propõe uma importante reflexão sobre a dimensão ética da assistência que inclui “os invisíveis”, cujas vivências de risco e vulnerabilidades devem ser compreendidas e intervindas não como um caso individual, mas integradas ao contexto social, histórico, político e econômico, numa perspectiva em que as dimensões pessoais e coletivas se inter-relacionem (BRASIL, 2004). Também propõe que a assistência seja implantada enquanto uma política social de proteção, que considere a dimensão dos riscos e vulnerabilidades presentes na vida das pessoas, assim como os recursos e potencialidades que possuem para lidar com os desafios do existir. A tônica da PNAS é proteção e autonomia, que serão asseguradas e fomentadas pela compreensão que: “[...] a população tem necessidades, mas também possibilidades ou capacidades que devem e podem ser desenvolvidas. Assim, uma análise de situação não pode ser só das ausências, mas também das presenças até mesmo como desejos em superar a situação atual.” (BRASIL, 2004, p. 15).

A PNAS orienta para que as ações no campo da assistência social busquem potencializar as dimensões interculturais, interterritoriais, intergeracionais e intersubjetivas, presentes na rede social (DA HORA, 2014).

Assistência social: níveis de proteção

Segundo a PNAS/2004, a assistência social está organizada em proteção social básica e especial, estando subdividida em média e alta complexidade. Esse sistema, que compõe o Sistema Único de Assistência Social, está normatizado na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2013). A **proteção social básica** é executada nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), sendo direcionada às pessoas que estão em situação de vulnerabilidade social ocasionada pela pobreza, dificuldades no acesso aos serviços públicos e demais políticas públicas e/ou fragilização de vínculos afetivos familiares e comunitários. Nesse nível de assistência, priorizam-se ações preventivas de situações de risco, com foco no desenvolvimento de potencialidades e no fortalecimento

dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004, 2013). A **proteção social especial de média complexidade**, implantada por meio dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), disponibiliza serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. A violação de direitos se configura em casos de: violência física, psicológica e negligência; violência sexual: abuso e/ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção; vivência de trabalho infantil; abandono; tráfico de pessoas; situação de rua e mendicância; discriminação em decorrência da orientação sexual, raça ou etnia; outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem-estar; descumprimento do Programa Bolsa Família e Programa de Erradicação em Trabalho Infantil em decorrência de violação de direitos (BRASIL, 2013). Os serviços de **proteção social especial de alta complexidade** são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram com vínculos familiares rompidos e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário. A proteção de alta complexidade é desenvolvida por meio de: atendimento integral institucional; casa lar; república; casa de passagem; albergue; família substituída; família acolhedora; medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada); e, trabalho protegido (BRASIL, 2013).

A Proteção social especial de média complexidade – atuação do CREAS

A atuação do CREAS tem como objetivo contribuir para que a família supere a violação de direitos por meio de ações socioassistenciais que assegurem seus direitos, potencializem seus recursos, reforcem os vínculos familiares e comunitários e a capacidade protetiva da família. As ações ancoram-se na perspectiva do empoderamento, autonomia, emancipação, protagonismo e participação social. O CREAS constitui-se num espaço de acolhida e escuta qualificada com atuação de profissionais da área de Assistência Social, Psicologia, Pedagogia e Direito que fazem o acompanhamento das famílias por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). No PAEFI, as famílias são acompanhadas em atendimentos individuais, familiares, grupos e visitas domiciliares. Os serviços desenvolvidos pelo CREAS são articulados com

a rede de serviços da assistência social, saúde, educação e demais órgãos de defesa de direitos que atuam em parceria. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o PAEFI é um serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias em que pelo menos um de seus membros esteja em situação de ameaça ou violação de direitos.

O presente artigo abordará a TCI como uma estratégia que contribui para a execução do PAEFI.

Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

A TCI é uma abordagem de atenção à saúde comunitária, criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará. É uma prática de grupo desenvolvida desde 1987, no Pirambu, bairro de periferia do município de Fortaleza, no Estado do Ceará (GOMES, 2013). A TCI incentiva, por meio de encontros comunitários, a expressão de experiências de vida, possibilitando que as dificuldades vivenciadas no cotidiano possam ser compartilhadas, bem como as estratégias de superação que foram desenvolvidas (BARRETO, 2008). É uma abordagem de atenção à saúde comunitária realizada em grupo, que objetiva a criação e o fortalecimento de redes de apoio social promovidos pela troca de experiências e superação das dificuldades do cotidiano (BARRETO, 2008). Pode ser considerada uma resposta a um contexto de grande vulnerabilidade social, marcado por precariedade nos aspectos de infraestrutura, segurança pública, acesso ao emprego e renda, bens e serviços, com elevado estigma social. Surgiu num cenário de precária atuação das políticas públicas e graves problemas sociais (GIFFONI, 2008). A essência dessa abordagem terapêutica está presente na etimologia das palavras terapia, comunidade e integrativa. Terapia, do grego *therapeia*, significa acolher, ser caloroso, servir. Nesse sentido, a TCI é um espaço de acolhimento, de cuidado e atenção para com o outro; e terapeuta é aquele que acolhe e cuida de forma calorosa. Comunidade tem como um de seus sentidos o que há de comum entre as pessoas, suas questões afins; e integrativa refere-se à integração de saberes e culturas que ampliem e reforcem as redes solidárias de promoção da saúde e da cidadania (BARRETO, 2008). Barreto (2008, p. 39) apresenta como objetivos da Terapia Comunitária Integrativa:

- 1) reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo; 2) reforçar a autoestima individual e coletiva; 3) redescobrir a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como

pessoa; 4) valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com seu meio; 5) suscitar, em cada pessoa, família ou grupo social, seu sentimento de união e identificação com seus valores culturais; 6) favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através da restauração e fortalecimento dos laços sociais; 7) promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do saber fazer e guardiãs da identidade cultural; 8) Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e saber científico; 9) estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, através do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua transformação.

A identidade da TCI está na disponibilização de espaço de atenção e de acolhimento das demandas e problemáticas existenciais e sociais, o que a tornaram uma abordagem adaptável a públicos e contextos distintos, tanto qualitativamente (crianças, adolescentes, idosos, gestantes e público geral), como quantitativamente, pela possibilidade de atuação com pequenos e grandes grupos (CAMAROTTI; GOMES, 2009; GRANDESSO, 2005; MOURA et al., 2012). A TCI é um recurso que promove a formação de redes sociais solidárias de apoio para lidar com o sofrimento e mobilizar os recursos e as competências das pessoas nos níveis individual, familiar e comunitário (NEDER; PINHEIRO, 2010; GRANDESSO, 2005). Para Grandesso e Lazzarini (2010), a TCI contribui para que as pessoas possam acreditar mais em si mesmas e em suas competências e, com isto, assumir a direção de suas vidas. A TCI é uma prática fomentadora de cidadania por constituir-se num espaço para o exercício de escolhas num contexto coletivo. Faz parte de sua metodologia a apresentação de temas pelos participantes e a escolha de um tema a partir de uma reflexão coletiva. O grupo elege o que é mais relevante para ser trabalhado naquele encontro. Dessa forma, a abordagem, além de sua ação terapêutica, pode contribuir para a transformação social ao promover a autonomia das pessoas, e o exercício da cidadania (GIFFONI, 2008; HORTA; CALDEIRA, 2011). A TCI é defendida por alguns estudiosos, como uma prática social que busca contribuir na promoção dos direitos dos indivíduos, famílias e comunidades, em prol da justiça social, igualdade e dignidade, ao criar gradualmente uma nova consciência política e social (NEDER; PINHEIRO, 2010; PETRINI, 2010; RIVALTA; BARRETO; BARRETO, 2011; SOUZA,

2010). Villaça, Bakman e Monte (2010) qualificam a TCI como impactante, acolhedora e terapêutica, propiciando vínculos fortes e significativos entre os participantes, com possibilidade de ampliação da visão de mundo e, conseqüentemente, possibilidades de compreender e agir nas situações que a vida apresenta.

A TCI no âmbito da Política Nacional de Assistência Social: a experiência no CREAS – Samambaia – DF

A TCI no âmbito da Política de Assistência Social é um tema pouco discorrido na literatura especializada. Os registros são localizados como relato de experiências nos Anais dos 8 Congressos Nacionais de TCI realizados pelo país. Trata-se, todavia, do menor volume de relatos, em comparação com as áreas de saúde e educação. Publicações de artigos científicos sobre o tema em foco não foram identificados para a elaboração do presente texto.

O presente artigo utilizará a experiência de implantação da TCI no Centro de Referência Especializado de Assistência Social em Samambaia, região administrativa do Distrito Federal, para contribuir com reflexões acerca da TCI no âmbito da PNAS, mais especificamente como uma das estratégias de execução do PAEFI.

Samambaia - DF

Samambaia é uma das regiões administrativas do Distrito Federal (RAXII), comumente denominadas como cidades satélites de Brasília – DF. Foi criada em 1988 sendo destinada às famílias com baixa renda. De 1989 a 1992 foi ocupada por um grande número de pessoas advindas de invasões, cortiços e que não dispunham de residência própria. O Governo do Distrito Federal disponibilizou a essa população um sistema de concessão de uso dos lotes (BRASÍLIA, 2015). Samambaia tem uma população urbana em torno de 254.439 habitantes, quase metade encontra-se na faixa etária de 25 a 59 anos. Crianças, na faixa de zero a 14 anos, somam 22%, e os idosos representam 11%. A maior parte da população tem ensino fundamental incompleto. A renda domiciliar é considerada média baixa, sendo a per capita de 1,16 salários mínimos. Atualmente a cidade possui ruas asfaltadas, iluminação pública, calçadas, meios-fios e rede de águas pluviais para grande parte dos domicílios, assim como o abastecimento de água pela rede geral e com fornecimento de energia elétrica (BRASÍLIA, 2015).

CREAS de Samambaia - DF

O CREAS de Samambaia dispõe de uma equipe constituída por psicólogos, assistentes sociais, agentes sociais, administrativos e motoristas, estando organizado em equipes por referência, ou seja, por populações específicas. O sujeito cuja violação de direito demandou a intervenção dessa entidade do Estado define qual equipe será responsável pelo acompanhamento psicossocial de sua família. As equipes de especialistas, constituídas por psicólogos e assistentes sociais, desenvolvem dentre suas ações o PAEFI e estão organizadas pelas seguintes populações: crianças, adolescentes, idosos, mulheres vítimas de violência doméstica e demandas reprimidas. A equipe de referência de famílias cuja violação de direitos está relacionada aos adolescentes incluiu a TCI no rol de suas práticas do PAEFI. Esta equipe no período de 2014/2015 era constituída por duas assistentes sociais, uma psicóloga, duas estagiárias, sendo uma de psicologia e outra de serviço social. A equipe atuou com a seguinte sistemática: atendimentos individuais; atendimentos familiares; visitas domiciliares; grupos quinzenais de Terapia Comunitária com as famílias; articulação com a rede de serviços; e atividades circunstanciais.

Motivação para implantar a TCI no CREAS

O CREAS instalado em Samambaia - DF tem como público de referência as famílias residentes nessa localidade. A demanda de acompanhamento oriunda dos órgãos de defesa de direitos é substancial, impactando nos recursos físicos e humanos do CREAS que não conseguem atender às solicitações com a celeridade desejada e, por vezes, necessária; o que ocasiona um acúmulo de requisições, denominada de demanda reprimida. No intuito de otimizar o processo de atendimento dessas famílias, optou-se por coletivizar a demanda, reforçando os espaços de escuta e troca de experiências em grupo para fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, tal qual orienta a PNAS. Neste intento, identificou-se a TCI como uma abordagem contributiva para esse fim.

Desafios iniciais transpostos: a importância da atuação em rede

O desafio inicial referiu-se à mobilização das famílias para atividades em grupo, pois as famílias comumente apresentavam uma baixa adesão a atividades coletivas. Associada à baixa adesão havia o pouco conhecimento das famílias acerca do CREAS e de sua especificidade de atuação.

Diante disso, optou-se por estabelecer parceria entre CREAS e Conselho Tutelar de Samambaia, principal órgão demandante de acompanhamento do público infante-juvenil. O Conselho tutelar, órgão do sistema de garantia de direitos, é bastante conhecido da população. Por isso, no processo de mobilização das famílias coube ao Conselho Tutelar fazer os convites quinzenalmente por meio de telefonemas, visitas domiciliares e durante os atendimentos. O CREAS também reforçava os convites pelos mesmos meios utilizados pelo Conselho Tutelar. Essas estratégias foram exitosas pois ao longo de um ano os encontros contaram com uma média de 25 pessoas.

Equipe de terapeutas

Na formação em TCI é enfatizada a importância de que as rodas sejam coordenadas por uma equipe de, no mínimo, dois terapeutas comunitários. A equipe do CREAS dispunha apenas de uma terapeuta, psicóloga da instituição. No intuito de reforçar a equipe, o CREAS estabeleceu parceria com a Companhia Energética de Brasília (CEB), que realizava um projeto de responsabilidade social denominado “iluminando relações”. Esse projeto era desenvolvido por um terapeuta comunitário por meio da realização de rodas de TCI na comunidade. Dessa forma, a equipe de terapeutas foi constituída pela profissional do CREAS e pelo profissional da CEB.

Local para realização das rodas

O local para realização das rodas foi outro desafio transposto, pois o CREAS não dispunha de uma sala que comportasse a atividade. Para isto, a parceria com a Escola Superior de Ciências da Saúde de Samambaia, da Secretaria de Estado de Saúde do DF, e com o Centro de Referência de Assistência Social de Samambaia Sul foi fundamental pois disponibilizavam espaços compatíveis para a realização dos encontros.

A TCI no contexto psicossocial

A equipe psicossocial do CREAS definia papéis para o desenvolvimento da atividade. Cabia à psicóloga e ao terapeuta comunitário da CEB coordenar os encontros, as estagiárias o registro das rodas e a elaboração de relatórios e às assistentes sociais desenvolver o que se denominou por “conduta social”. A conduta social correspondia a uma escu-

ta qualificada das profissionais do serviço social que identificavam nas falas durante as rodas as necessidades das famílias acessarem as demais políticas, como saúde, educação e justiça e após as rodas as encaminhavam para assegurar esse direito. Os encontros em grupo também possibilitaram identificar e agendar atendimentos individuais e familiares no CREAS. Ao final das rodas, a equipe divulgava e encaminhava para o mercado de trabalho, estágios e cursos de formação. O profissional da CEB divulgava e esclarecia os benefícios sociais disponibilizados pela CEB, como a tarifa social.

Resultados da implantação

A fim de conhecermos e sistematizarmos o processo de implantação da TCI no CREAS foi realizado um estudo de orientação metodológica qualitativa baseado nas rodas ocorridas de março de 2014 a maio de 2015, totalizando 18 encontros. As rodas tiveram, em média, 20 pessoas, em torno de 17 adultos entre 25 e 55 anos e 3 adolescentes. Os encontros foram registrados por escrito, conforme as etapas da TCI: acolhimento, contextualização, problematização e encerramento; acrescido da conduta social. Os dados foram categorizados em: temas apresentados e estratégias de superação, o que possibilitou vislumbrar a qualidade das partilhas, pois se tratam de experiências com profundo conteúdo emocional, que impactam diretamente nas relações das pessoas consigo, com a família, com a comunidade e as instituições. Nesse sentido, a TCI alcança seu objetivo de ser um espaço que favoreça o desenvolvimento da resiliência, essa capacidade de aprendizado diante dos desafios da vida. Os temas foram levantados a partir do questionamento do que estava preocupando-os. As respostas apresentadas foram categorizadas, conforme apresentado a seguir:

1) Categoria - relações familiares

1.1) Subcategoria - relação pais-filhos

Um dos temas mais presentes nas rodas de TCI foi relação entre pais e filhos. Vale lembrar que se tratava de encontros com famílias com filhos adolescentes e que a maioria dos relatos foi dos pais.

Quadro 1 – Temas apresentados nas rodas categorizados como relacionamento pais-filhos

Relacionamento Pais-Filhos	Frequência com que foram apresentados
Dificuldades na relação com os filhos	10
Sentir-se só nos cuidados com os filhos	9
Envolvimento dos filhos com uso de drogas	9
Preocupação com os filhos que não querem estudar ou estão fora da escola	5
Filho privado de liberdade	4
Se sente Impotente diante da conduta do filho	4
Problemas dos adolescentes nos relacionamentos com os pais	3
Preocupação com a saúde do filho	2
Medo de perder os filhos para as ruas	2
Filho ameaçado de morte	2
Medo de agir por impulso com os filhos (agressividade)	1
Exploração sexual da filha	2
Abuso sexual	1

Fonte: Elaboração própria.

Alguns relatos são ilustrativos:

“Ele começou a se envolver com os amigos, drogas e se afastou da gente”.

“Eu me sinto impotente. As pessoas falam que ele usa drogas e eu não sei o que fazer”.

“Eu me sinto muito só. Sinto que meus vizinhos pensam mal de mim sem conhecerem minha vida e do quanto me esforço para cuidar dos filhos”.

“Desde que comecei a participar da Roda tenho vontade de colocar meu problema, mas só hoje consegui.” (relato de uma adolescente).

1.2) Subcategoria relacionamento conjugal

Quadro 2 – Temas apresentados nas rodas
categorizados como relacionamento conjugal

Relacionamento conjugal	Frequência com que foram apresentados
Problemas pelo alcoolismo do esposo	4
Violência doméstica	4
Esposo privado de liberdade	3
Separação	2
Esposo usuário de drogas	1

Fonte: Elaboração própria.

2) Categoria relacionamento consigo

Quadro 3 – Temas apresentados nas rodas
categorizados como relacionamento consigo

Relacionamento consigo	Frequência com que foram apresentados
Depressão	8
Tentativa de suicídio	2
Ter pouco tempo para si	2
Vergonha de pedir ajuda	2
Estresse/impaciência	2
Uso de drogas	2
Baixa autoestima/impotência	2

Fonte: Elaboração própria.

Relatos ilustrativos:

“As pessoas acreditam em mim mas eu não acredito em mim e isso me faz sofrer. Me sinto triste e coitada e quero que as pessoas sintam pena de mim”.

“Estou me sentindo só, um ninguém.”

3) Categoria temas diversos

Quadro 4 – Temas apresentados nas rodas categorizados como temas diversos

Temas diversos	Frequência com que foram apresentados
Precárias condições de vida	5
Prisão	4
Desemprego	3
Dívidas financeiras	1
Vivência de rua	1

Fonte: Elaboração própria.

O aprendizado que desenvolveram a partir das experiências da vida e as estratégias de superação das dificuldades foram categorizados e serão ilustrados pelas falas transcritas durante as rodas.

4) Categoria - Relação pais-filhos

“Aprendi a colocar limites nos meus filhos”

“eu amo meu filho, mas descobri que devo me amar em primeiro lugar”

“O meu amor não decide pelo meu filho. Eles aprendem com suas escolhas.”

“Eu consegui perdoar o meu pai e hoje ele é tudo pra mim.”

“Aqui eu aprendi a perdoar.”

“Eu criei uma rotina com as crianças e separei um momento para mim... e isso tem melhorado nossa relação.”

“Os meus filhos me ajudaram a parar de usar drogas.”

“Depois que eu fui presa aprendi a valorizar mais minha família.”

5) Categoria - Relação conjugal

“Quando eu morava com o pai dos meus filhos eu me sentia desvalorizada por ele. Mas hoje me sinto valorizada pelos meus filhos e por todos, porque aprendi a me valorizar primeiro.”

“Eu e meu marido a gente brigava muito... ele usava drogas, me batia... foi bom quando a gente se separou... fiquei feliz... ainda mais por eu estar cuidando melhor dos meus filhos.”

6) Categoria - Relação consigo

“Eu consigo reconhecer o que deu certo, onde eu acertei e saber que eu dei o meu melhor.”

“Ninguém pode fazer nada por mim se eu não quiser. Hoje sou mais consciente, mais responsável, mais confiável.”

“Corri atrás, fiz um curso técnico e estou trabalhando. Realizei um sonho.”

“Eu seleciono o que vou ouvir. Se for ruim pra mim nem escuto. Sei que eu tenho limites. Depois de tudo que passou, hoje em dia não deixo mais que digam que sou uma droga, que não sou capaz. Não devemos acreditar em tudo que nos dizem...”

7) Categoria - Relação com a rede institucional

“Eu busquei apoio no conselho tutelar... eu via que sozinha não dava conta.”

“Eu quero dar orgulho para vocês e para minha mãe, porque eu me sinto apoiada. Não quero decepcionar vocês. O pessoal do CREAS foi assim para mim, me ajudou sem me julgar e tem carinho por mim.”

“Eu tive apoio de Deus e de uma pessoa da Vara da infância que conversava comigo, me explicava o que eu precisava.”

“No CREAS eu encontrei o apoio que eu nunca tive.” “Conquistei isso com vocês (força de vontade). Antes eu ficava em casa pensando que não conseguia. Agora estou conseguindo trabalhar e ajudar meus filhos.”

“Participar das rodas me ajuda a desabafar o que está me machucando... aqui todo mundo vai apoiar.”

“O tratamento psiquiátrico me ajudou.”

8) Categoria - Relações sociais

“Conheci uma amiga que me mostrou que eu deveria buscar ajuda, que não deveria ter mais vergonha. Ela me levou no CRAS. O dinheiro que recebi lá abriu as portas para eu poder ser artesã e costureira. Pedeu uma máquina de costura emprestada para religiosas e passei a oferecer meus serviços como costureira. Perdi a vergonha.”

9) Categoria – Espiritualidade

“Minha fé foi quem me tirou do buraco. Não sei o que seria de mim sem Deus.”

A TCI como estratégia do PAEFI

Os resultados alcançados apontam para uma sinergia entre as orientações da PNAS e a proposta da TCI, em especial no que tange à TCI no âmbito do CREAS por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI).

Os temas apresentados e refletidos nas rodas abordaram direitos violados, a exemplo de crianças e adolescentes evadidos da escola, violência doméstica, exploração e abuso sexual, pessoas em situação de rua, adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. Os temas que não trataram explicitamente de direitos violados sinalizam um contexto de risco para o surgimento de violações, o que qualifica a roda como um contexto preventivo para tais agravamentos.

A PNAS está concebida com base nas necessidades da população, mas também suas capacidades e superações desenvolvidas no contexto em que vivem. Tal concepção coaduna com a TCI que possibilita por meio de encontros comunitários que as dificuldades vivenciadas no cotidiano possam ser compartilhadas, bem como as estratégias de resolução. A TCI proporciona um ambiente de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários num clima de respeito, acolhimento e promotor de cidadania.

As estratégias de superação compartilhadas nas rodas são oportunidades das pessoas conscientizarem-se e socializarem seu processo de aprendizado com as dificuldades vividas nos mais diferentes contextos, nas “relações consigo”, com os filhos, com os cônjuges e com os amigos. As falas são ilustrativas de pessoas que estão utilizando a rede de apoio governamental e não governamental no seu processo de superação. As falas exemplificam bem esse processo:

“Eu criei uma rotina com as crianças e separei um momento para mim... e isso tem melhorado nossa relação.”

“Eu e meu marido a gente brigava muito... ele usava drogas, me batia... foi bom quando a gente se separou... fiquei feliz... ainda mais por eu estar cuidando melhor dos meus filhos.”

“Eu seleciono o que vou ouvir. Se for ruim pra mim nem escuto. Sei que eu tenho limites. Depois de tudo que passou, hoje em dia não deixo mais que digam que sou uma droga, que não sou capaz. Não devemos acreditar em tudo que nos dizem...”

“Eu tive apoio de Deus e de uma pessoa da Vara da infância que conversava comigo, me explicava o que eu precisava.”

Considerações finais

A PNAS propõe que as ações na área da assistência social busquem potencializar diferentes dimensões que perpassam as relações sociais, o que envolve culturas, territórios, gerações e subjetividades com especificidades a serem consideradas. Na TCI essas dimensões são respeitadas e valorizadas, pois a riqueza dos encontros reside na partilha de experiência, na troca de saberes, num ambiente livre de julgamentos. Considera as pessoas, independentemente da sua condição social, econômica e cultural, possuem recursos e saberes úteis a si e aos outros.

Da experiência de implantação da TCI no PAEFI do CREAS Samambaia é possível identificar que:

- 1) Foi uma estratégia exitosa para acessar a comunidade e engajá-la no PAEFI numa perspectiva comunitária;
- 2) Favoreceu o conhecimento das demandas da comunidade e sua realidade numa perspectiva sistêmica;
- 3) Constituiu-se num recurso para fortalecer os vínculos familiares e comunitários proporcionando uma atenção integral e sistêmica. Como o exemplo das participantes que combinavam ao final das rodas de irem juntos matricularem-se em atividades esportivas, promoviam doações de roupas entre eles ou outros que expunham e eram valorizados por seus talentos.
- 4) Otimizou a capacidade da equipe de atendimento das demandas por ser uma abordagem em grupo;
- 5) Proporcionou um espaço de alteridade, empoderamento, partilhas e forças unidas na superação das mais variadas violações de direitos;
- 6) Possibilitou trocas sinérgicas produzindo um efeito poderoso por meio do partilhar de uma situação similar, uma música lembrada, um olhar sincero, um toque presente;
- 7) Favoreceu a expressão e resignificação de vivências e afetos;
- 8) Possibilitou um espaço de encontro com o outro e consigo mesmo - por várias vezes eles mencionavam que se identificavam com as histórias que os outros narravam;
- 9) Desenvolveu o senso de pertencimento, como na fala das usuárias: “Aqui eu sinto que sou ouvida”;
- 10) Oportunizou encaminhamentos para o mercado de trabalho, cursos, informações.

A participação regular das famílias nas rodas de TCI evidenciou adesão à proposta. As rodas contribuíram com os objetivos do PAEFI, tais como: o convívio comunitário, a criação de rede de apoio e o fortalecimento dos vínculos familiares num contexto de acolhimento e não julgamento. A partir dos achados dessa experiência, pensa-se agora em como a TCI pode ser potencializada como uma estratégia no âmbito da política de assistência social.

*INTEGRATIVE COMMUNITY THERAPY CONTRIBUTIONS
IN SHARES OF NATIONAL POLICY OF SOCIAL ASSISTANCE*

ABSTRACT: *The National Social Assistance Policy (PNAS) Brazilian in 2004 proposes that assistance be deployed as a social protection policy to consider the scale of the risks and vulnerabilities present in people's lives, as well as the resources and capabilities that have to deal the challenges of existence. This article aims to discuss the contributions of Integrative Community Therapy (ICT) for the implementation of Protective Services and Specialized Care to Families and Individuals (PAEFI), developed in the Specialized Reference Centers of Social Assistance (CREAS). For this, we used as reference the TCI chats taken in CREAS Samambaia-DF, between 2014/2015, totaling 18 meetings. This study of qualitative approach was carried out by recording the chats and cataloging the issues and coping strategies presented by the community. The results obtained show that the chats contributed to the objectives of PAEFI, such as: community life, creating a network of support and the strengthening of family ties in the context of acceptance and non-judgment.*

KEYWORDS: *Social assistance. Community therapy integrative. Protection and specialized care to families and individuals.*

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. **Tipificação nacional dos serviços socioassistenciais.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013.

BRASIL. **Política nacional de assistência social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

BRASÍLIA (Estado). Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios**: Samambaia: PDAD 2015. Brasília, 2015.

CAMAROTTI, H.; GOMES, D. O. Terapia comunitária integrativa: circularidade nas relações sociais. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Org.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 218 – 232.

DA HORA, F. R. L. **Cotidiano profissional do assistente social no CREAS-PAEFI: trabalho com famílias na perspectiva de matricialidade sociofamiliar**. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2014.

GIFFONI, F. A. O. **Saber ser, saber fazer: terapia comunitária integrativa, uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia**. 2008. Tese (Doutorado em Educação Brasileira) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Fortaleza, 2008.

GOMES, D. O. **A expansão da terapia comunitária integrativa no Brasil e sua inserção em ações de políticas públicas nacionais**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2013.

GRANDESSO, M. Terapia comunitária integrativa: um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e rede. **Revista Brasileira de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.1, n.2, p.113-205, 2005.

GRANDESSO, M.; LAZZARINI, L. L. B. Minha vida tem sentido toda vez que venho aqui: significado atribuído à terapia comunitária integrativa pela família do participante. **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, Ano 19, p.101-114, 2010.

HORTA, A. L. M.; CALDEIRA, N. H. Terapia comunitária integrativa: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.2, p. 165-171, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/02.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2012.

MOURA, S. G. et al. A experiência da terapia comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 1, p. 329-338, 2012.

NEDER, C. R. ; PINHEIRO, S. A. Terapia comunitária em ambulatórios universitários. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 520-525, 2010.

PETRINI, H. Saber cuidar na TC: o reencantar do humano a luz da música. In: SOUZA, M. O. (Org.). **Articulando redes sociais**. Porto Alegre: CAIFCOM, 2010. p. 51-57.

RIVALTA, M. C. B.; BARRETO, A.; BARRETO, J. A. A trajetória da terapia comunitária integrativa sistêmica. In: CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T. C. G.; BARRETO, A. (Org.). **Terapia comunitária integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações**. Brasília: MISMEC-DF, 2011. p. 26-44.

SOUZA, M. O. Tecendo redes sociais de solidariedade e formando multiplicadores: descobrindo competências e promovendo prevenção de saúde mental através da Terapia Comunitária. In: SOUZA, M. O. (Org.). **Articulando redes sociais**. Porto Alegre: CAIFCOM, 2010. p. 33-41.

VILLAÇA, C.; BAKMAN, G.; MONTE, H. J. Por que é importante cuidar dos que cuidam: terapia comunitária integrativa para terapeutas. **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, Ano 19, n. 37, p. 80-88, ago. 2010.

OS SEIS PILARES DA AUTOESTIMA E A INTEGRAÇÃO CORPO E MENTE

Josefa Emília Lopes RUIZ'
Luci Regina MUZZETI''
Morgana MÚRCIA'''
Paloma Soares Pereira FARIA****
Sandra Fernandes de FREITAS*****
Taísa Borges de SOUZA*****

RESUMO: Esse artigo propõe refletir sobre a importância do trabalho com a autoestima como recurso de cuidado terapêutico e transformação na vida pessoal e profissional dos indivíduos. O conceito de autoestima que orienta essa proposta segue os pressupostos de Branden (2002) que apresenta seis atitudes fundamentais que necessitam ser desenvolvidas: viver conscientemente, autoaceitação, autorresponsabilidade, autoafirmação, intencionalidade e integridade pessoal. Se propõe também a oferecer

* UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências e Letras - CENPE – Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite”. Araraquara – SP – Brasil. 14800-901 - jruiz@fclar.unesp.br

** UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências e Letras - CENPE – Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite”. Araraquara – SP – Brasil. 14800-901 - lucirm@fclar.unesp.br

*** UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências e Letras - CENPE – Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite”. Araraquara – SP – Brasil. 14800-901 - mmo@fclar.unesp.br

**** UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências e Letras - CENPE – Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite”. Araraquara – SP – Brasil. 14800-901 - paloma@fclar.unesp.br

***** UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências e Letras - CENPE – Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite”. Araraquara – SP – Brasil. 14800-901 - sff@fclar.unesp.br

***** UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências e Letras - CENPE – Centro de Pesquisas da Infância e da Adolescência “Dante Moreira Leite”. Araraquara – SP – Brasil. 14800-901 - taisa@fclar.unesp.br

uma proposta de cuidado corporal para o alívio do estresse e de tensões, favorecendo o autoconhecimento e a integração corpo e mente.

PALAVRAS CHAVE: Autoestima. Cuidados terapêuticos. Autoconhecimento.

Nesse mundo inquieto, diante de tantos chamados, da busca permanente por algo permanente e de equilibrar os anseios da alma, um quadro alarmante se apresenta para o ser humano: o risco de perder o contato consigo mesmo e com o mundo, de não saber mais quem “EU” sou e não confiar mais em si e nas relações. Muitas vezes o medo e a ansiedade se apresentam como aliados e acabamos nos isolando, fugimos de tudo e de todos, não conseguindo mais pensar e refletir. Esse distanciamento interno sobre quem somos e sobre o que sentimos leva a vários tipos de fuga relacionados aos excessos de comida, bebida, trabalho, sexo, drogas, dentre outros.

Segundo Barreto (2010), todo sofrimento é uma construção humana, e cabe a cada um de nós encontrarmos saídas, desde que tenhamos cuidados conosco, não distanciando da nossa história e nos livrarmos do sentimento de impotência que nos paralisa, por não compreendermos o que está acontecendo.

O caminho está em descobrir formas de resistir ou ceder a um problema, sem paralisar em uma polaridade ou em outra, permitir a pulsação, o movimento e aprender a acolher as dificuldades.

A autoestima é a chave que nos possibilita sair destas situações aparentemente sem solução, ela nos encoraja ou desencoraja em nossos pensamentos e sentimentos.

Para Branden (2002), a autoestima quando plenamente internalizada é vivência de que somos adequados para a vida e suas exigências, assim autoestima é:

1. Confiança em nossa capacidade de pensar; confiança em nossa habilidade de dar conta dos desafios básicos da vida; e 2. Confiança em nosso direito de vencer e sermos felizes; a sensação de que temos valor e de que merecemos e podemos afirmar nossas necessidades e aquilo que queremos alcançar nossas metas e colher os frutos de nossos esforços. (BRANDEN, 2002, p.22).

Barreto (2010) refere que a autoestima se constrói nas relações familiares e se consolida através do estabelecimento ou ampliação de relações sociais saudáveis. Uma educação baseada no amor, no respeito, na valorização, na competência e bondade do indivíduo são adubos essenciais para o seu desenvolvimento.

No manual do Cuidando do Cuidador - Resgate da Autoestima na Comunidade, Barreto (2010) reforça que a autoestima passa pela rede relacional e contextual. Assim, a consciência e a construção de identidade de si nascem de uma relação de comunicação com o outro. O outro funciona como espelho: a partir de como o outro me vê, eu construo a minha própria imagem e a minha autoestima. Dessa forma agimos de forma adequada e aberta para as relações, pois, consideramos que o que pensamos tem valor de reconhecimento para o outro e criamos relacionamentos saudáveis, onde o semelhante atrai semelhante e o saudável é atraído pelo saudável.

Branden (2002) descreve que autoestima correlaciona-se com racionalidade, realismo, intuição, criatividade, independência, flexibilidade, habilidade para lidar com mudanças, disponibilidade para admitir e corrigir erros, benevolência e cooperação.

Ainda para esse autor, autoestima baixa correlaciona-se com irracionalidade, cegueira diante da realidade, rigidez, medo do novo e não familiar, conformismo por demais submisso ou supercontrolador e medo dos outros ou hostilidade em relação a eles.

Quanto mais baixa for a sua autoestima, mais propenso estaremos a esquecer quem somos e maior a necessidade de provar quem somos. As relações serão mais impróprias, doentias, com dificuldades na comunicação e sentimentos de inferioridade diante do outro. A autoestima é uma consequência de atitudes geradas internamente. Precisamos entender essas atitudes para conscientemente integrá-las em nossa vida e colocá-las em prática conosco e com os outros. Desenvolvendo algumas atitudes podemos ter autoestima e ajudar a incentivar a autoestima das outras pessoas.

Branden (2002) cita 06 atitudes fundamentais as quais denominou “os seis pilares da autoestima” que devemos desenvolver.

1º pilar: “A atitude de viver conscientemente”

Branden (2002) discute que é muito importante ter consciência do que está por trás dos nossos atos. Quanto mais elevada for a forma de consciência, que é um recurso de sobrevivência, mais avançada será a

relação com a vida. Isso nos leva à maturidade, sair do estado de nevoeiro mental. Viver conscientemente significa querer estar ciente de tudo o que diz respeito a nossas ações, nossos propósitos, valores e objetivos, ao máximo de nossa capacidade, qualquer que seja ela e comportarmos-nos de acordo com aquilo que vemos e conhecemos. Viver conscientemente é viver responsabilmente perante a realidade, ter a mente ativa em vez de passiva, ter uma inteligência que deriva bem-estar, estar no momento sem perder o contexto amplo, distinguir a relação entre os fatos, sua interpretação e as emoções. É ter discernimento e coragem.

2º pilar: “A atitude da autoaceitação”

Sem autoaceitação, a autoestima é impossível. Enquanto a autoestima é algo que experimentamos, a autoaceitação é algo que fazemos: valorizo “a mim mesmo”, tratando-me com respeito e lutando por meu direito de ser e a disposição de dizer sobre qualquer emoção ou comportamento.

Barreto (2010) comenta que autoaceitação envolve se perceber com valor próprio, poder dizer que “tenho valor”, “que sou capaz” e poder me afirmar e de dizer não, é estar a meu favor, ser coerente com o que sinto. Quando calamos, com certeza o corpo vai falar através de vários sintomas: gastrites, úlceras, etc. Quem se rejeita e não se aceita não tem futuro promissor. Todo ser humano é imperfeito, todos cometemos erros, e muitas vezes somos possuídos por sentimentos negativos. Se desejarmos nos livrar deles temos que primeiro aceitar que erramos. Se tenho raiva, aceito ter raiva, se tenho medo, aceito que tenho medo.

A autoaceitação envolve a ideia de ser amigo de si mesmo, aceitando as imperfeições, os conflitos e até mesmo a nossa grandeza.

3º pilar- “A atitude da autorresponsabilidade”

Branden (2002) refere que a atitude de autorresponsabilidade envolve: ser responsável pela realização de meus desejos, por minhas escolhas e meus atos, pelo nível de consciência com que trabalho e vivo meus relacionamentos, por meu comportamento com os outros, pela qualidade das minhas comunicações, por aceitar e escolher os valores que vivo pela minha própria felicidade e pela minha própria autoestima.

Se errei, reconheço que errei, peço perdão, me desculpo, me corrijo, tiro as lições e sigo em frente. Jamais culparei os outros por meus próprios erros e nem muito menos procurarei álibis para justificar meus deslizes. Diz um filósofo alemão: “Não me envergonho de mudar porque não me envergonho de pensar.” (BARRETO, 2010, p.11).

4º pilar: “A atitude da autoafirmação”

Segundo Branden (2002), esse pilar é a disposição para honrar minhas vontades, meus desejos, necessidades e valores e tratar a mim com respeito. Sem a autoafirmação agimos como meros espectadores e não participantes. É necessário sermos atores de nossas próprias vidas.

A autoafirmação é aceitar ser o que se é com suas qualidades e defeitos, sem precisar esconder ou falsificar a si mesmo para poder ser aceito pelos outros. Precisamos agir sem agressividade, prestando atenção ao contexto, nutrindo em nós a confiança e a segurança naquilo que se é, sem medo de represálias.

5º- Pilar: “A atitude da Intencionalidade”

É necessário estarmos atentos, estabelecendo metas e objetivos produtivos. É viver de forma intencional, assumindo as escolhas com responsabilidade e de forma consciente.

Para viver de forma intencional e produtiva, segundo Branden (2002) é necessário desenvolver dentro de nós a capacidade da autodisciplina, que é uma virtude de sobrevivência.

Essa atitude envolve os seguintes aspectos: preocupar-se em identificar os atos necessários para alcançar os objetivos estabelecidos, monitorar o comportamento para que ele esteja em sintonia com esses objetivos, prestar atenção aos resultados dos próprios atos, para saber se eles levam ao que se quer chegar e estar conectado com o nosso presente, pois assim estaremos olhando para o futuro.

6º- Pilar- “A atitude da integridade pessoal”

Integridade é a integração dos ideais, das convicções, dos critérios, das crenças e dos comportamentos.

Integridade é a congruência dos nossos atos, dos nossos valores, compromissos e prioridades. É ter autoconsciência e autorresponsabilidade. É ser íntegro consigo mesmo, admitir nossas falhas sem culpar os outros, **entender** o porquê daquilo que fazemos, **reconhecer** nossos erros e pedir perdão, **reparar** os danos causados e se comprometer intencionalmente a agir de forma diferente. É agir com os demais de forma como gostaríamos que agissem conosco, de forma gentil, delicada e justa.

PROGRAMA QUALIDADE DE VIDA - UM CAMINHO DE SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL

Ao longo dos anos e dos trabalhos desenvolvidos pela Unidade Auxiliar – CENPE, também Polo de Formação em Terapia Comunitária Integrativa, reconhecido pela ABRATECOM desde 2006, em contato com a diversidade de públicos atendidos, a equipe de especialistas deste Centro, composta por duas psicólogas, uma fonoaudióloga, uma psicopedagoga e uma terapeuta ocupacional, percebeu a necessidade de oferecer um espaço diferenciado de cuidados, que pudesse proporcionar acolhimento, escuta e orientações a comunidade interna (alunos, funcionários e professores) e externa (pais de crianças atendidas, professores, dentre outros).

Considerando estas questões, a equipe de especialistas investiu em capacitação pessoal e profissional com o Professor Doutor Adalberto Barreto, da Universidade Federal do CEARÁ, trazendo dois cursos de formação para a Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara - Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e Curso Cuidando do Cuidador.

A TCI, prática inovadora criada por Barreto na década de 80 se propõe a ser:

Um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura-se suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos nossos antepassados indígenas, africanos, orientais e europeus, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um. (BARRETO, 2008, p. 60).

O autor valoriza a diversidade cultural e considera que nas rodas de terapia comunitária é possível ao indivíduo se apropriar dos valores de sua história, de sua cultura, agregar novos valores, se “empoderar”, sendo estes, elementos importantes na construção de sua identidade e cidadania.

Seu modelo de atenção (primária) em saúde mental sai da patologização das doenças para focar o olhar no sofrimento humano, no indivíduo inserido em seu contexto. É um olhar sistêmico que vai em busca de competências, do resgate de sua autoestima e da autonomia de vida. Prioriza competências construídas ao longo da história de vida e favorece a formação de vínculos sociais solidários. É uma prática que oferece a oportunidade de resgatar e encontrar o que há de mais humano em nós: A EMOÇÃO e a VIDA PULSANTE.

A formação no Cuidando do Cuidador envolve técnicas de trabalhos corporais e de relaxamento inspirados em conceitos e técnicas da medicina oriental, adaptadas para nossa realidade cultural, que favorecem o alívio de tensões e do estresse, atuam também na prevenção de doenças, além de proporcionarem autoconhecimento.

O CENPE criou o **Programa Qualidade de Vida: reduzindo o estresse e a ansiedade**, cujo objetivo é favorecer o resgate da autoestima e a qualidade da vida emocional dos participantes. É um espaço de cuidados, de relaxamento, enfrentamento e alívio do estresse, além de possibilitar a construção de vínculos solidários e o empoderamento por meio da fala e da escuta ativa. Além das rodas de TCI, são incluídas, atividades corporais onde os participantes são convidados a ativar a consciência de seus corpos e da respiração por meio de movimentos corporais.

Atendendo a pluralidade dos participantes e os objetivos dos trabalhos, adaptamos atividades, inserimos dinâmicas e inovamos práticas, sempre no sentido de agregar valores, trocar e aprofundar conhecimentos.

Dessa maneira, desenvolver uma oficina de cuidados com a autoestima no Congresso de Terapia Comunitária Integrativa é oportunizar além de cuidados, reflexões sobre histórias de vida, construir novos conhecimentos ou reciclar os já existentes, tanto para os leigos quanto para os profissionais que trabalham com a formação em TCI e Cuidando do Cuidador.

CONHECENDO A OFICINA

A Oficina *Vivenciando os 6 pilares da autoestima e integrando corpo e mente* a ser ministrada durante o VIII Congresso e V Congresso Internacional de Terapia Comunitária Integrativa em Ouro Preto - MG faz parte do programa descrito acima.

Teve como objetivo favorecer o resgate da autoestima e a qualidade emocional dos participantes, por meio de reflexões teórica e vivencial sobre os seis pilares da Autoestima, segundo Nathaniel Branden. Os participantes tiveram a oportunidade de aprofundar essa referência teórica sobre conceitos envolvidos na autoestima, buscando uma conexão com sua própria história de vida e puderam despertar sentimentos de confiança, motivação, persistência e ajuda na identificação e superação de fragilidades. Foram utilizadas técnicas de dinâmicas de grupo para sensibilização, aquecimento e discussão dos conceitos relacionados à autoestima e seus 6 pilares. Em seguida foi realizado um trabalho reflexivo, associando cada pilar com a história de vida de cada um, na sequência, a partilha em

grupo. Cada participante elaborou “decretos” (frases afirmativas e positivas, com proposição de metas com relação às atitudes) de cada um dos pilares, como possibilidade para um processo de mudança. Ao final, os participantes foram conduzidos a uma vivência corporal seguida de relaxamento para integrar corpo e mente.

Acreditamos que esse trabalho ofereceu aos participantes possibilidades de resgate da autoestima, refletidos em atitudes de autocuidado e cuidado com o outro, com as relações, e que possam ao longo do tempo reeditar suas histórias de dores, de passividade, sendo agentes de transformação pessoal e social (em seu trabalho e/ou na função de terapeutas), além de oferecer uma oportunidade de encontro com corpos adormecidos e conseguir de forma simples mas presente, o despertar de muitos corações e o alívio de tensões.

THE SIX PILLARS OF SELF STEEM AND BODY AND MIND INTEGRATION

ABSTRACT: *This article aims to reflect on the importance of working with self-esteem as a therapeutic care resource and transformation in personal and professional lives of individuals. The concept of self-esteem that guides the proposal follows the assumptions of Branden (2002) which features six fundamental attitudes that need to be developed: to live consciously, self-acceptance, autoresponsabilidade, self-affirmation, intention and personal integrity. Also proposes to offer a body care space to relieve stress and tension, promote self awareness and body integration and mind.*

KEYWORDS: *Self-esteem. Therapeutic care. Self knowledge.*

REFERÊNCIAS

BRANDEN, N. **Autoestima e os seus seis pilares.** Tradução de Vera Caputo. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BARRETO, A. **Manual:** cuidando do cuidador-resgate da autoestima na comunidade. Fortaleza: [s.n.], 2010.

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

A CONSTRUÇÃO DO MOTE NA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Liliana Beccaro MARCHETTI*

RESUMO: A autora, coordenadora do TCendo.sp – ensino e desenvolvimento, polo formador de terapia comunitária integrativa na cidade de São Paulo desde 2002, em sua atividade de formadora se deparou com a dificuldade na utilização do mote pelos terapeutas comunitários, independentemente da sua experiência. Assim, criou uma metodologia para superar esta dificuldade, cujo resultado foi apresentado no Congresso Brasileiro e Internacional de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) 2015, na cidade de Ouro Preto em Minas Gerais, Brasil. O mote pode ser entendido como uma frase ou palavra, metafórica ou não, formulada pelo terapeuta comunitário como uma pergunta, durante a fase de problematização da TCI, cujo objetivo é refletir a síntese da situação dramática vivida pelo protagonista na roda. É através do mote que ocorre a operacionalização da terapia comunitária. A sua formulação exige do terapeuta uma atitude analítica, que permita o pleno esclarecimento da situação-problema e a sua resolução. Para tanto, compreende algumas etapas: a busca de palavras chaves, sua checagem, a elaboração e sua apresentação ao grupo. A formulação do mote, por si só, tem um substancial impacto terapêutico, devendo ser utilizada deliberadamente para desencadear mudanças em todos os participantes da roda de TCI, inclusive o terapeuta.

PALAVRAS CHAVES: Mote. Terapia de grupo. Terapia comunitária.

* Psicóloga Clínica e Hospitalar. Psicoterapeuta. HCFMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - Projeto de Neuropsiquiatria da Epilepsia (PROJEPSI). Coordenadora, professora e intervadora. Polo Formador de Terapia Comunitária Integrativa TCendo.sp: ensino e desenvolvimento. São Paulo – SP – Brasil. 05018-001 - lilibmarchetti@hotmail.com

Introdução

Pensar, fazer e falar de mote é sempre interessante e intrigante. Por vezes é muito fácil e por vezes é muito difícil produzir um mote que sintetize a dor e o sofrimento específico de um protagonista em um grupo ou roda. Quando iniciamos a formação em terapia comunitária integrativa (TCI), nos deparamos com a necessidade de construir um mote para mobilizar de maneira inclusiva e profunda o grupo na tarefa de refletir e trazer as soluções pessoais semelhantes ao problema apresentado.

Como um polo formador desta modalidade de atendimento em saúde nos deparamos ao longo do tempo com a dificuldade dos alunos em produzirem o mote, tanto dos iniciantes, como de muitos experientes terapeutas que consideram esta uma tarefa trabalhosa e difícil. Além disso, ela tem um grande peso, pois como Dr. Adalberto Barreto (2005) coloca em seu livro *Terapia Comunitária passo a passo*, o mote é o coração da terapia.

Tendo em vista o interesse da nossa parte, a necessidade frente à dificuldade encontrada pelos alunos e à experiência que desenvolvemos propusemo-nos a pensar numa tecnologia para dar cabo desta tarefa e instrumentalizar melhor o terapeuta comunitário de maneira mais sistemática para fazer esta atividade com o efetivo sucesso na roda de terapia comunitária integrativa.

Para cumprir nossa proposta, criamos esta oficina que surgiu do benefício de identificar a dificuldade e trazer a possibilidade de superá-la, criando e desenvolvendo uma metodologia a partir da compreensão da importante função do mote.

Uma oficina tem a qualidade de aproveitar a experiência de todos que dela participam, portanto, aprendemos também com ela. Para ajudar, usamos questões mobilizadoras para produzir reflexão e resolução da tarefa a que nos propomos, tais como: O que é um mote? Como fazer um mote? Quais os objetivos do mote? Que estratégias ou recursos usar? O que é importante? Qual o melhor mote?

Desenvolvimento

O que é um mote?

Partindo desta pergunta iniciamos um caminho que se fez produtivo e esclarecedor. Buscamos inicialmente a definição no dicionário Houaiss que nos possibilitou ver de maneira genérica que o mote se refere a:

Qualquer adágio, sentença breve, etc, tomado por escritores, dramaturgos, poetas, etc, como ponto de partida para o desenvolvimento de sua obra ou para resumir-lhe o sentido; assunto tema de alguma coisa; tema de vida; tema, assunto, epígrafe, lema. (HOUAISS, 2008, p.1968).

Considerando esta definição começamos a pensar do ponto de vista da terapia, e nos perguntamos o que é o mote na TCI? Concluímos que na, TCI o **mote** é uma pergunta-chave que identifica e define a situação problema, permite a reflexão sobre o comportamento do protagonista com determinado problema em determinado momento e que seja capaz de trazer à tona elementos para ressignificar a realidade vivida numa síntese que promova mudança. Então, com a colaboração do terapeuta o mote é a alma da terapia. Logo, formulamos uma definição de mote para a TCI, como:

O mote na TCI é como uma frase ou palavra, metafórica ou não, formulada pelo terapeuta como uma pergunta, durante a problematização da terapia comunitária integrativa, cujo objetivo é refletir a síntese do drama da situação vivida pelo protagonista do grupo ou roda. (MARCHETTI; FUKUI, 2007, p. 48-51).

Objetivos do mote

Atentos à importância do mote nos deparamos com a reflexão de que temos objetivos a atingir e ficamos muito surpresos com o que atentamos, pois, descobrimos, nesta busca, que o mote promove a possibilidade de ver uma situação-problema, busca seu esclarecimento por vários ângulos e procura conhecer os diferentes saberes da comunidade evitando a solidão e a exclusão. Portanto, em muitos momentos usamos a frase “Você não está só!”. Logo, o mote promove experimentar o pertencimento quando o protagonista e o grupo percebem que fazem parte de um grupo e também de algo maior: uma comunidade. O mote pode caminhar do individual para o coletivo, através das pessoas, suas famílias, da comunidade a que pertencem e da sociedade.

Além disso, busca desvelar a dor vivida pelo protagonista de forma que o grupo possa trazer as histórias que mostram o instrumental do grupo para lidar com problemas. Permite integrar o grupo na busca de soluções para a situação-problema numa unidade. Cada integrante do grupo mostra o seu melhor para contribuir com o alívio da dor do outro. Então, o

mote promove uma rede solidária de apoio fraterno que congrega a possibilidade de dar e receber o seu melhor e muitas vezes conhecer o seu melhor e, quando é possível, contribuir para aliviar a dor do outro e descobrir que ajudando o outro, ajudo a mim mesmo.

Estratégias e recursos para fazer um mote

Inicialmente é importante conhecer bem os pilares da TCI, pois eles orientam os caminhos a seguir e a abrangência que o mote pode ter, seja ela cultural, resiliente, sistêmica, familiar e/ou comunitária. Outro ponto importante é conhecer bem as etapas da terapia, pois, cada uma delas é importante na preparação do grupo para a formulação do mote, e o sucesso da terapia. O mote será colocado na problematização e precisa preparar o grupo para isso.

Para a construção do mote vamos privilegiar sempre a informação do protagonista e para que isto seja possível o terapeuta precisa estar atento e “presente” para não incluir coisas pessoais à situação-problema. Inclusive, por causa disso, na capacitação do terapeuta comunitário integrativo, temos o cuidando do cuidador e recomendamos que os terapeutas o façam outras vezes, mesmo depois da capacitação, para trabalhar suas angústias e dificuldades, e poder estar inteiramente a serviço das pessoas na roda de terapia comunitária.

Durante a terapia, como dissemos anteriormente, a construção do mote se dará desde o início, com a preparação do grupo pelo terapeuta. Mas é na contextualização que esta tarefa se faz necessária, pois o terapeuta inicia a coleta de informações para entender o sofrimento e a dor daquela pessoa, e, desta forma, construir o mote. Uma forma de acolher é colher as palavras-chave da pessoa, isto é, as palavras significativas e específicas com as quais o protagonista se identifica, para formular o mote. O mote é feito da palavra-chave de maneira mais próxima possível do sofrimento do protagonista. Então, lançando mão de perguntas e estimulando o grupo a ajudá-lo na tarefa de perguntar, é que será possível ao terapeuta compreender a dor, o sofrimento da pessoa e construir o mote.

Coletar informação é sempre uma tarefa difícil, mas com o treino é possível fazê-la muito bem: fazendo muitas terapias, dominando o “script da TCI” e na medida em que o treino acontece, inclusive, há uma melhora na qualidade da pergunta. Descobrimos, com a experiência, que a arte de perguntar está na capacidade de fazer uma pergunta que obtenha uma resposta que esta contribua para a compreensão do problema da pessoa e consequentemente ajude na formulação do mote.

A arte de perguntar permite reconhecer os temas importantes da pessoa e a ajudá-la a questionar objetivamente pontos de vista, opiniões e crenças pertinentes que auxiliem a esclarecer a sua dor e o seu sofrimento. Frequentemente orientamos o grupo, neste momento, que quando vier à mente um conselho, sugerimos à pessoa transformá-lo numa pergunta, assim será mais útil para o protagonista que poderá refletir e compreender o seu problema.

Outra propriedade das perguntas é que elas auxiliam na organização das informações e a lidar com a insegurança do terapeuta, pois, permitem a este certificar-se de que o que ele está pensando é mesmo do protagonista. O uso da restituição neste momento é relevante. Exemplo: “Deixe-me ver se eu entendi, se não, por favor, me corrija! A sua dor é ...”. Desta forma, o terapeuta certifica-se da sua apreensão da palavra-chave e valida o mote que pretende colocar para o grupo, na maioria das vezes, com a confirmação do protagonista, o mote está pronto.

Fazendo um adendo que corrobora esta ideia, Sócrates já dizia: “Conhece-te a ti mesmo e conhecerás o universo e os deuses.” Este grande filósofo, nos ensinou a importância de perguntar e acrescenta que “você deve dar-se conta do limite do seu saber, isto é, do seu não saber, pois permite a você estar seguro do que sabe do outro para então poder ajudá-lo”.

Mas atentemos ao fato de que o mote é constituído por dois questionamentos que contemplam a tarefa do terapeuta: um que explora o saber, a experiência individual, pessoal, e o outro, que busca soluções conhecidas, maneiras possíveis de resolução, presentes no grupo, na experiência do outro que participa da roda. Por esse motivo questionamos, usando o mote genérico: “1ª) Quem já viveu uma situação semelhante a essa contada pelo colega? 2ª) E o que fez para resolver?”

Queremos ainda colocar a curiosidade como um recurso muito importante para o terapeuta no grupo, pois ela dá qualidade à pergunta, faz com que o terapeuta demonstre interesse genuíno pelo tema, pela pessoa, pelo humano. Além disso, ajuda o terapeuta a estimular o grupo e auxiliá-lo a perguntar, porque o terapeuta sabe que o grupo conhece a sua realidade melhor do que ninguém e funciona como seu co-terapeuta. Mais ainda, permite ao terapeuta ter fé no silêncio e paciência em ouvir o grupo. Quando o grupo pergunta, considera que o grupo é capaz de resolver seus problemas, como muito bem diz Dr. Adalberto “você é capaz de criar o problema e também a solução”.

Também é importante conhecer outros motes, de outros terapeutas, treiná-los, usá-los. Outra possibilidade de grande ajuda é conhecer provérbios, ditos populares que ajudam a ampliar o horizonte do mote, bus-

cando, na sabedoria popular, a virtude de, em poucas palavras dizer tudo. O mesmo acontece com o uso da metáfora que possibilita a ampliação do tema, produzindo novas possibilidades verbais.

Tipos

Temos que completar a explanação, pontuando que temos dois tipos de mote: Um tipo é o **mote genérico** ou **curinga**. Este é um mote polivalente que amplifica sua atuação. Pode ser usado em qualquer situação, especialmente quando o terapeuta não tem clareza da dor do protagonista na situação ou quando o terapeuta verifica que um mote genérico pode ser mais útil, abrangente e beneficia de maneira significativa o grupo. Um exemplo: “Quem já viveu uma situação semelhante ao fulano e o que fez para resolver?” O mote genérico é poderoso, pois pode desdobrar possibilidades que não foram pensadas até aquele momento. O outro tipo é o **mote simbólico** ou **específico**. Este mote é específico, usado para ir direto ao ponto da dor do protagonista, busca um sofrimento ou dor específica. Pode ser usado quando o terapeuta tem clareza do sofrimento colocado, confirmado pela restituição. Neste caso, muitas vezes, a palavra-chave faz parte do mote e também podemos lançar mão dos provérbios, metáforas que serão o mote, por exemplo: “Quem já se sentiu um patinho feio e o que fez para resolver?” Como o nome diz, este mote refere-se sempre a um símbolo, mito, que se refere a situação-problema do protagonista. Sua vantagem está no fato de que todos entendem cada um a sua maneira o símbolo e terão uma estória para contar.

Níveis de mote

Temos mais um ponto importante a ser explorado. São os níveis de mote. O que queremos dizer com isso? Queremos trazer à luz que o terapeuta tem a possibilidade de fazer motes diferenciados: individuais, familiares, comunitários e sociais próximos ou mais amplos. Com o tempo de roda e experiência, estas possibilidades vão se colocando.

Os individuais se referem à dor de uma pessoa, a um problema individual que pode ser aproveitado pelo grupo. São os mais comuns. Os motes familiares se referem a questões de família, a um pequeno grupo dentro do grupo, e dizem respeito às dificuldades familiares propriamente ditas, por exemplo, as relações familiares. No nível comunitário, o mote comunitário vai tratar de alguma questão da comunidade, por exemplo, drogas ou brigas na comunidade (FUKUI; MARCHETTI; VIANNA, 2003).

E, por fim, pode tratar até de uma questão social mais ampla, que possa conter uma reivindicação social do grupo para uma mobilização social, como cuidar de uma praça do bairro, por exemplo, ou reivindicar algum trabalho de algum órgão público, seja municipal, estadual ou federal, e viabilizar o seu encaminhamento.

Com o tempo, percebemos que, conforme o treino do terapeuta vai acontecendo, ele vai ficando mais experiente e mais habilidoso em fazer os motes, o grupo vai aprendendo a lidar com as questões grupais e a participar do grupo, seus integrantes vão ficando mais ativos e começam a se empoderar. Do mesmo modo, as questões vão também ficando mais específicas, complexas, reivindicatórias e humanas. O grupo começa a querer discutir outros níveis. Como exemplo, podemos citar um caso de uma comunidade de Brasília que na sua maioria mulheres através das terapias comunitárias montaram uma cooperativa que virou referência no mundo da moda, o Paranoarte¹.

Então as possibilidades são infinitas, o terapeuta, à medida que tem experiência em seu ofício e conhece a comunidade com que trabalha, vai criando possibilidades cada vez mais inusitadas. Queremos finalizar aqui com a frase de Martin Buber que nos acompanha e contempla: “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.” (MARCHETTI; FUKUI; VIANNA, 2002).

O que é UM BOM mote?

Um bom mote é uma questão que sempre acompanha os terapeutas comunitários. Justamente pela importância que lhe é conferida. Mas o que exatamente é o melhor mote? Outra questão frequente é se o terapeuta conseguiria fazer um mote melhor do que o feito?

Inicialmente, para se conseguir um bom mote, o terapeuta deve se ater ao tema relatado pela pessoa, ter claro e identificar o sofrimento, a

¹ O PARANOARTE é um projeto de geração de renda na comunidade e inclusão social. É uma proposta de trabalho social voluntário voltada, para o desenvolvimento da comunidade e, focada, no artesanato produzido principalmente com resíduos têxteis e materiais recicláveis em parcerias com a rede de produção e de comércio solidário, onde se valoriza o artesão, o meio ambiente e a cultura popular. Consiste em buscar, nas comunidades do Distrito Federal, especialmente entre os integrantes dos grupos de terapia comunitária, a descoberta de competências pessoais e habilidades artesanais para o desenvolvimento de trabalhos produtivos que resultem em geração de renda, dignidade, cidadania, melhoria da qualidade de vida e da autoestima para as artesãs, suas famílias e demais participantes do projeto. Consultar: <<http://paranoarte.blogspot.com.br>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

dor da pessoa. Conseguir apreender a dor do protagonista é a tarefa mais importante do terapeuta, pois, sabendo o que faz o protagonista sofrer poderá lançar mão do seu arsenal teórico para elaborar o melhor mote para aliviar o sofrimento da pessoa.

A investigação será feita através de perguntas. Gostamos de pensar que perguntar é uma arte, pois a qualidade da pergunta é que fornece a informação desejada. O terapeuta inicia as perguntas durante a etapa da contextualização da terapia comunitária, mas, estimulará o grupo a ajudá-lo. Isto é muito importante, pois o grupo escolheu o tema e sabe, conhece aquela dor. Então as perguntas do grupo serão até mais pontuais do que as do terapeuta, dando o caráter de pertinência dos iguais. A investigação levantará os sentimentos, convicções, valores, cultura, e outras posições do protagonista. Conhecendo a história e o sofrimento, o terapeuta encontra as palavras-chave do protagonista, então, anota, e cuida da qualidade delas. A qualidade da palavra-chave refere-se à palavra mais significativa para o protagonista, pois o que promove a mudança é o que é relevante para aquela pessoa. Neste trabalho de grupo, sempre temos a possibilidade de lidar com as questões individuais que repercutem nas questões coletivas do grupo.

Ainda mais, deve ir, além disso, procurar entender a humanidade que o tema, trazido pelo protagonista, está comunicando. Com isso, queremos dizer que o sofrimento do protagonista traz uma dimensão do humano que o terapeuta precisa alcançar para poder comunicar. À medida que o terapeuta acessa este caráter humano do sofrimento, ele congrega o aproveitamento de todos no grupo e a compreensão do sofrimento específico do protagonista.

De maneira sintética, podemos dizer que o mote precisa conter o contexto, transformar o sofrimento e promover a mudança.

Depois de cuidar destes passos iniciais, o melhor mote é aquele que desvela a dor, que promove a mudança, vence a indiferença e a banalização do sofrimento e da violência, construindo caminhos diferentes do caminho da reação. É aquele que é capaz de trazer à tona os elementos fundamentais que permitem ao grupo rever seus esquemas mentais, preconceitos e ressignificar a realidade, além de apresentar os problemas como comuns a todos, diminuindo, ou extinguindo, desta forma, estereótipos, preconceitos, intolerâncias, prisões e ilusões e, acima de tudo, propondo os dois lados da mesma questão, a polaridade, por exemplo, da autossuficiência X dependência, ou a dependência X autonomia.

Então, para finalizar como colocar o mote? Então, queremos dizer com isso que a forma de colocar o mote também é importante. É muito

importante que o terapeuta coloque o contexto claro do mote e suas elaborações, como segue. Aqui um exemplo de mote genérico, então, dizemos ao grupo: Ouvimos a história dessa pessoa que, com certeza, nos fez lembrar nossas histórias e mexeu com nossas emoções. Vamos agora falar de nós, daquilo que nos tocou e que nos chamou a atenção. Então, agora é momento do grupo se colocar, quem já viveu situação semelhante à de fulano e o que fez para resolver?

Conclusão

O terapeuta tem uma grande responsabilidade em suas mãos, caminhar na terapia comunitária no sentido de promover a mudança para dissipar a dor e o sofrimento. O instrumento para fazer isso é o mote. Ele precisa ser o mais adequado possível para a situação-problema que se apresenta como tema da terapia comunitária.

Procuramos descrever todas as questões que se colocam ao se pensar no mote. Em princípio, no início, todo terapeuta tem uma certa dificuldade, mas nada melhor do que a prática para conseguir conquistar a segurança que necessita para fazê-lo. Para tanto, queremos lembrar outras necessidades para dar conta da tarefa que estão fora desta metodologia. É muito importante que o terapeuta se aprimore, através de cursos que ampliem a sua visão de mundo, aumentando a sua capacidade de entender o humano e compreender seu sofrimento. Mas a eficiência se consagra quando o terapeuta sabe cuidar de si. Então, fazer o cuidando do cuidador para trabalhar suas questões pessoais e ficar livre das suas limitações, ajuda o terapeuta a se humanizar e se desenvolver na sua sensibilidade: cuidar de si para poder cuidar do outro.

Atualizar-se, buscar informações nos Anais dos Congressos de Terapia Comunitária Integrativas, em livros produzidos pela rede, nos artigos divulgados pelos colegas e em outras abordagens buscar possibilidades que ampliem a sua atuação como terapeuta. Buscar conhecer e estudar as mazelas que os grupos possuem ajudam a compreender o grupo que estamos trabalhando (MARCHETTI, 2011). Ouvimos em algum momento ao longo dos anos que trabalhamos com a terapia comunitária integrativa, e concordamos que a terapia comunitária não é um instrumento acabado, estará sempre em construção e evolução, pois é um organismo vivo que precisa alimentar-se sempre, buscando novidades e ampliando-se, desde que, sem ferir seus princípios básicos elencados no livro *Terapia Comunitária passo a passo* escrito pelo Professor doutor Adalberto Barreto (2005), seu criador.

Resumindo: O que não se pode esquecer é que o mote é uma pergunta-chave. É o coração da terapia comunitária. Com a perícia do terapeuta, torna-se a alma da terapia comunitária e tem como objetivo principal, identificar a dor, ampliar, ressignificar e promover a mudança. O mote ocorre na problematização, mas precisa das informações colhidas na contextualização, na observação do protagonista e do grupo, e o preparo do grupo nas etapas anteriores. Além disso, tem dois tipos de motes e vários níveis. O bom mote desvela a dor e propõe uma reflexão que gera mudança em todos, inclusive no terapeuta. O treino é necessário, assim como, conhecer bem os pilares da TCI, conhecer provérbios e buscar auxílio em outras abordagens.

Então, para finalizar, o mote é o momento crucial da terapia comunitária, pois é através dele que o grupo trabalha, as pessoas se identificam com o sofrimento desvelado pela situação-problema do protagonista, elaborado no mote pelo terapeuta. Então, o mote permite a operacionalização da terapia quando consegue revelar o drama na vida do protagonista e acontece o compartilhamento das histórias, produzindo a compreensão e o compartilhamento de soluções para os problemas da vida. Já para o terapeuta, o mote é uma oportunidade de usar sua sensibilidade e disposição em escutar o outro para conceber a operacionalização e sucesso da terapia.

THE MOTTO CONSTRUCTION IN COMMUNITY THERAPY INTEGRATIVE

ABSTRACT: *The author, coordinator of TCendo.sp – teaching and development, an integrative community therapy former pole in the city of São Paulo since 2002, realized that therapists have a great difficulty in the formulation of the motto, notwithstanding their experience. Then, she created a methodology devised to overcome this difficulty. The result of this job was presented at the Brazilian and International Integrative Community Therapy (TCI) Congress. The motto can be understood as a phrase or word, metaphoric or not, formulated by the therapist with the aid of a question, during the questioning phase of the TCI. The objective of motto's formulation is presenting a synthesis of the dramatic situation experienced by the protagonist of the therapy, when the operationalization happens through. The therapist needs an analytical attitude to formulate the motto that will enable him to elucidate and resolve the problem situation. This involves some steps: searching for keywords, checking them, motto's elaboration, and its presentation to the*

group. Motto's formulation alone has a substantial therapeutic impact, so it must be deliberately used to precipitate changes in all the participants of the therapy, also the therapist.

KEYWORDS: *Motto. Group therapy. Community therapy.*

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

FUKUI, L.; MARCHETTI, L. B.; VIANNA, M. S. L. Terapia comunitária e o conceito de comunidade: uma contribuição da sociologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA COMUNITÁRIA, 1., 2003, Morro Branco. **Anais...** Morro Branco, 2003. p. 7-11.

HOUAISS. **Grande dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

MARCHETTI, L. B. Compreendendo o grupo na terapia comunitária integrativa. In: CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T. C. G. P.; BARRETO, A. (Org.). **Terapia comunitária integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações**. Brasília: [s.n.], 2011. p. 177-195.

MARCHETTI, L. B.; FUKUI, L. Em busca do Mote. In: CONGRESSO BRASILEIRO, 4. ; ENCONTRO INTERNACIONAL DE TERAPIA COMUNITÁRIA, 1., 2007, Porto Alegre, **Anais...** Porto Alegre, 2007. p. 48-51.

MARCHETTI, L. B.; FUKUI, L. F.; VIANNA, S. L. Agruras e vicissitudes de um terapeuta: relato de uma experiência paulista em terapia comunitária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA FAMILIAR, 5. ; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE TERAPIA FAMILIAR, 3., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador, 2002. Disponível em: <http://nemgeusp.weebly.com/uploads/6/1/5/7/6157532/agruras_vicissitudes_marchetti.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

EFEITO DO CURSO CUIDANDO DO CUIDADOR NA AUTOESTIMA E ESTRESSE

Graça MARTINI*
Ana Lúcia de Moraes HORTA**

RESUMO: O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito do curso Cuidando do Cuidador sobre a autoestima e o estresse. Foram avaliados 26 participantes por meio da aplicação da Escala de autoestima de Rosenberg e Escala de Percepção de Estresse antes e após a realização do curso. Para comparação antes e depois dos desfechos foram utilizados os testes t para amostras dependentes e o teste de *Wilcoxon*, para se avaliar a associação foi utilizado um χ^2 e ainda, foi realizada uma correlação de *Spearman*. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes demonstrando a melhora destes desfechos após a realização do curso. Ainda, há uma correlação moderada entre a mudança da autoestima e estresse.

PALAVRAS-CHAVES: Autocuidado. Autoestima. Estresse psicológico. Terapia.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da família e da nossa sociedade tem percorrido o caminho das relações objetivas cujo foco passa a ser o acúmulo de bens materiais e conseqüentemente em excessiva carga de trabalho, diminuindo

* Coordenadora e Intervisora do Polo Formador CAIFCOM-PR - Centro de Ensino, Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade. Psicopedagoga da Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de Londrina. Londrina – PR - Brasil. 86047-565 - gracapedrazzi@gmail.com

** UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo - Departamento de Enfermagem. São Paulo – SP – Brasil. 04012-060 - analuciahorta18@gmail.com

do os espaços de partilha na família e nos grupos sociais, gerando estresse e afetando a autoestima.

De acordo com Zuardi (2014), o estresse se relaciona a uma resposta adaptativa que prepara o organismo para enfrentar o desafio. A resposta ao estresse envolve uma mobilização de energia em locais do corpo, como, por exemplo, o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da frequência respiratória e a mobilização da glicose no corpo, para eventuais situações de risco ou fuga - necessidades primárias dos animais. A autoestima é um importante aspecto na vida, e que se constitui num sentimento de juízo, de apreciação, valorização, bem-estar e satisfação que a pessoa tem de si mesmo, manifestada pelas atitudes que toma em relação a si mesmo.

Os riscos de se colocar em exposição aos eventos estressantes estão sempre presentes em cada momento e em cada lugar. O termo risco tem sido utilizado no campo da saúde mental como o significado do fator estressor ou fator que pode levar a um resultado negativo ou indesejado no desenvolvimento do tema e para a sua saúde.

Autoestima pode ser concebida como essencial para a manutenção da saúde física, mental e social. Fatores de risco estão relacionados a todos os tipos de eventos de vida negativos e atua de forma diferente a depender dos períodos de desenvolvimento do indivíduo. O risco pode gerar um transtorno ou uma doença, de acordo com a sua gravidade, duração, frequência ou intensidade, portanto, não é um evento estático. Não se trata de uma variável por si só, e deve ser pensada como um processo. Um dos caminhos para que esses efeitos sejam minimizados, tratados e até mesmo eliminados é o do autoconhecimento.

Existem diversas e infinitas formas de buscar o autoconhecimento: terapia de família, terapia individual, ioga, meditação, terapias alternativas, TRE-Técnicas de redução de estresse, etc. Uma dessas propostas para a busca do autoconhecimento e autocuidado vem sendo difundido por meio do Curso Cuidando do Cuidador. O curso cuidado do cuidador, objeto desse estudo é proposto para cuidadores do cotidiano. Cuidadores são todas as pessoas que cuidam de alguém: pai, mãe, profissionais de educação, saúde, assistência social, justiça, religiosos e terapeutas.

O Cuidando do Cuidador, trabalho realizado em forma de terapia em grupo, ancora-se nesse ato de cuidar e suas significações. Traz como eixo a palavra e o acolhimento. O alívio do estresse passa pela palavra, pelo olhar para dentro de si e pelo acolhimento nutrido pelo elo estabelecido entre os participantes. Considera em todo seu processo que a cura pode estar na troca entre as pessoas, na partilha, na fala, escuta de si e do outro, na rede

de apoio e afeto em grupo. As pessoas se fortalecem por essa relação de troca, assim como a aranha se nutre e se protege pela sua teia, sua rede de sustentação. O alívio e/ou a cura das dores da alma passa pela relação com o outro, onde cada um aprende a se ver no outro, podendo o sujeito, adoecer por falta de verdadeiros vínculos e “teias” que possibilitem a partilha e as trocas afetivas.

Como lidar com a imprevisibilidade e flexibilidade na relação com o outro se não nos dispuséssemos a tê-las conosco? Se não olhamos para as necessidades de nossa própria alma? Se não acolhemos ou escutamos a nós mesmos? Em que momento o profissional de saúde, educação, o missionário religioso, a mãe e o pai de família, terapeuta ou o cuidador em geral, pode fazer essa troca dialogada consigo e com o outro? Quais são os efeitos causados pelo curso Cuidando o Cuidador nesses indivíduos?

O Curso Cuidando do Cuidador tem sido desenvolvido em alguns estados brasileiros e no exterior, deixando um impacto positivo nos participantes, porém, sem visibilidade e base científica. Ninguém até então, avaliou o efeito do curso sobre o cuidador. Logo, o objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito das vivências terapêuticas do curso Cuidando do Cuidador na autoestima e o estresse.

Método: tipo e local de Estudo

Este é um estudo do tipo antes e depois, que foi aplicado no Curso Cuidando do Cuidador, este conduzido pelo seu idealizador Adalberto de Paula Barreto, em espaço reservado no Ceará, no período de execução da atividade.

Participantes: critérios de inclusão e exclusão

Todos os inscritos no curso Cuidando do Cuidador que concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foram estabelecidos limites de idade, número ou gênero. Os critérios de exclusão foram participantes com transtornos mentais graves que impedissem o preenchimento das escalas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil pelo CEP 958272.

Amostra

Vinte e seis participantes foram inclusos neste estudo, entretanto, o cálculo do poder estatístico ($1-\beta$) baseado no tamanho de efeito \bar{d} de

Cohen 0,63 para o desfecho autoestima foi de 0,87. Duas participantes vieram de outro país e o restante da amostra foi composta por participantes de diversos estados brasileiros. A Idade dos participantes variou de 26 a 79 anos. Os interessados neste tipo de curso caracterizaram-se em participantes já formados em Terapia Comunitária Integrativa e que já tiveram portanto, contato com as vivências do Cuidando do Cuidador; e participantes que estavam entrando em contato com as vivências pela primeira vez.

Procedimentos

No primeiro dia do curso foi realizada a avaliação inicial. Para isto foi entregue um envelope a cada participante da pesquisa contendo:

- Formulário de Identificação
- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)
- A Escala de Percepção de Stresse (EPS)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O envelope foi entregue no início das atividades do curso e foi recolhido logo após o preenchimento de seu conteúdo. Após a avaliação inicial os participantes foram encaminhados para as atividades do curso com duração de 7 dias em regime de internato. Após o término do curso foi entregue um segundo envelope contendo: um formulário para avaliação do curso, a EAR e a EPS.

Instrumentos

Neste trabalho foram utilizadas entrevistas estruturadas e semiestruturadas conforme descrição abaixo:

- Formulário de Identificação
- Escala de Autoestima de Rosenberg adaptada por Hutz e Zanon (2014) para ser utilizado com adultos. A EAR foi desenvolvida por Rosenberg, em 1965, e consiste em um instrumento utilizado para a avaliação da autoestima global. Para o autor, a autoestima é a autoavaliação, a qual implica um sentimento de valor, que engloba um componente predominantemente afetivo, expresso numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma. De acordo com Meurer et al. (2012), a EAR é constituída por dez itens, com conteúdo referente aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens é enunciada positivamente.

te e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, tipo Likert (concordo totalmente = 4, concordo = 3, discordo = 2 e discordo totalmente = 1). A soma das respostas aos dez itens fornece o escore da escala cuja pontuação total oscila entre dez e quarenta, e a obtenção de uma pontuação alta reflete uma autoestima elevada.

- Escala de Percepção de Estresse, segundo Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), é uma medida global de estresse que se propõe avaliar o grau em que um indivíduo aprecia a sua situação de vida como estressante. Cohen et al. (1983), produziu três escalas, uma de catorze itens, outra com dez desses catorze itens resultado da análise em componentes principais da versão de catorze itens, e ainda uma versão de quatro itens. Para Fliege et al. (2005), Hewitt, Flett e Mosher (1992), Remor (2006), Watson, Logan e Tomar (2008), a escala de catorze itens é referida como uma das mais utilizadas para avaliar a percepção de estresse. Para o Brasil, essa escala foi validada por Reis et al. (2010), numa versão de dez itens. Para cada questão existem cinco opções de resposta, tipo Likert (nunca, quase nunca, às vezes, pouco frequente e muito frequente). Para Reis (2010), os itens das questões 4, 5, 7 e 8 são positivos e por esta razão devem ser pontuados de forma invertida. Após a reversão, todos os itens são somados. O escore obtido com a soma de todos os itens é utilizado como medida de estresse percebido.

Desenvolvimento das atividades do Curso Cuidando do Cuidador

As atividades práticas foram desenvolvidas pelo idealizador do Curso, as principais vivências terapêuticas em grupo foram: resgate da criança interior; trabalhando a centralização do corpo e da mente; trabalhando nossas tensões do corpo e vencendo os desafios; O sol e a lua (trabalhando nosso olhar crítico e o olhar compassivo); a pulsação da vida; a comunidade cuidando de si – massagem; integrando o masculino e o feminino; TRE- Técnica de Redução do Estresse pós-traumático; trabalhando a raiva e a integração, consigo e com os outros e o túnel do amor e da confiança (BARRETO, 2014).

O Curso Cuidando do Cuidador oferece este espaço para um “olhar por e para nós”, para trabalhar as nossas histórias, angústias, aflições e sofrimentos cotidianos, bem como nossos sonhos adormecidos, nossos planos para o futuro, nossa capacidade e de superação que a boca não fala no dia a dia. Há a oportunidade de se abrir um espaço para aprender a importância, ora do silêncio ora da partilha, da troca– silêncio

não só para ouvir o outro, mas um momento de escuta ativa dos próprios sentimentos a partir do outro. Quando você fala de você, você me permite ouvir de mim. Quando eu falo de mim o “outro” escuta de si (BARRETO, 2009).

Análise dos Dados

Os dados foram analisados de forma descritiva e analítica. As variáveis numéricas foram testadas quanto à distribuição de normalidade por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. Nos casos em que os pressupostos foram atendidos, as mesmas foram apresentadas por meio de média (\bar{X}) e desvio-padrão, caso contrário por meio de mediana (Md) e seus quartis (1º-3º). As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa. Para se comparar o desfecho autoestima antes e após a realização do curso foi utilizado o teste de *Wilcoxon* e para a comparação da mesma situação para o desfecho estresse foi utilizado o teste t para amostras dependentes. Para se avaliar a diferença entre as pessoas que nunca participaram de vivências terapêuticas no formato criado e difundido por idealizador do curso daquelas que já participaram, para os mesmos desfechos, foi utilizado o teste t para amostras independentes para o desfecho estresse e o teste de *Mann-Whitney* para o desfecho autoestima. Para a avaliação do relacionamento entre autoestima e estresse foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, a correlação foi considerada baixa entre 0-0,40; moderada entre 0,41 – 0,70 e alta acima de 0,75 (Baquero,1978). E para se avaliar a associação da realização do curso com a melhora da autoestima e do estresse foi utilizado o teste de X^2 rxc. A significância estatística adotada foi de 5% ($P < 0,05$). O programa estatístico utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 22.0).

Resultados

A amostra avaliada apresentou uma mediana (1º; 3º quartis) de idade de 42 (35; 52,50) anos, 50% da amostra era casada, 38,5% solteira, 7,7% divorciada e 3,8 % classificaram seu estado civil como outros, a mediana de número de filhos foi de 1 (0,0; 2,00) filho. Informações mais detalhadas da amostra encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 – Dados descritivos da amostra.

Variável	n (%)
<i>Gênero</i>	
Feminino	23 (88,5)
Masculino	3 (11,5)
<i>Escolaridade</i>	
3º grau incompleto	2 (7,7)
3º grau completo	11 (42,3)
Pós-graduado	12 (46,2)

Fonte: Elaboração própria.

30,8 % eram primogênitos, sendo que 50,3% da amostra estavam entre primeiro e segundo filho na ordem de nascimento de sua família de origem. 65,4 % possuía pelo menos um dos progenitores mortos, sendo que 30,8% destes tinham ambos progenitores mortos, 34,6% ainda possuem seus progenitores vivos. A maioria da amostra (34,6%) possuía uma renda mensal entre 5 – 15 salários mínimos e 61,5 % já participaram das vivências “Cuidando do Cuidador” ou estavam realizando o curso novamente.

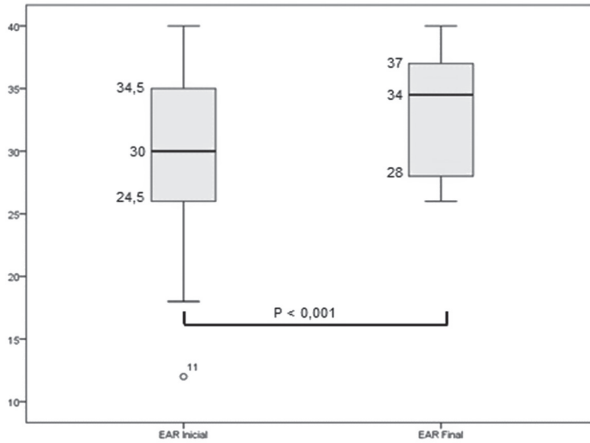
Para o desfecho autoestima, avaliado por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na comparação antes e depois. A mesma diferença foi encontrada para o desfecho estresse, onde os resultados apontam uma diminuição do estresse após a intervenção. Maiores detalhes encontram-se na Figura 1 e 2.

Foi realizada uma comparação dos resultados entre aqueles indivíduos que já haviam participado das vivências e aqueles cuja participação era a primeira vez. Entretanto, não se observou influência desta condição sobre os resultados desta amostra.

Quanto aos resultados da associação da realização do curso cuidando do Cuidador com a mudança na categorização da autoestima, os resultados apontaram associação entre realizar o curso e melhorar sua categorização de autoestima ($X^2 4,11$; $P = 0,043$). Pode-se observar que 6 participantes mudaram da classificação baixa autoestima para autoestima normal no final do curso e que nenhum dos participantes cuja autoestima estava normal ou elevada caiu para baixa autoestima, ou seja, os participantes não pioraram. Entretanto, dois participantes tiveram uma queda na classificação de sua autoestima de elevada para normal, isto

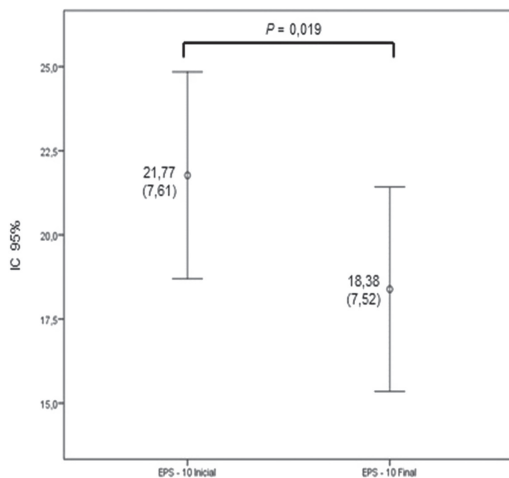
pode ser explicado pela característica individual de dois participantes que chegaram em estado de euforia acima do nível do grupo e ao final do curso estavam mais tranquilos e em consonância com a atmosfera grupal, bem como com mais clareza sobre si mesmos. A referida queda foi de apenas 1 ponto (Tabela 2). Vale ressaltar que os três participantes que foram classificados com autoestima baixa no início do estudo continuaram com baixa autoestima na avaliação final, entretanto quando seus resultados são avaliados pela pontuação do questionário, ao invés de categorizados, pode-se observar uma melhora substancial faltando apenas um ponto para a classificação de autoestima normal, mas não foi grande o suficiente para mudança de categorização. Os resultados encontrados na análise de associação devem ser interpretados com cautela, pois foram encontradas frequências observadas de zero e menores que 5 nas caselas.

Figura 1 – Mediana e seus quartis da pontuação da Escala de Autoestima e Rosenberg na comparação antes e depois.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 2 – Média (DP) da pontuação da Escala de Percepção de Estresse na comparação antes e depois.



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 – Associação entre realização do curso e mudança na categorização da autoestima.

EAR Inicial	EAR Final			Total
	Autoestima Baixa	Autoestima Normal	Autoestima Elevada	
Autoestima Baixa	3	6	0	9
Autoestima Normal	0	12	3	15
Autoestima Elevada	0	2	0	2
Total	3	20	3	26

EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg. $X^2 4,11$; $P = 0,043$.

Fonte: Elaboração própria.

Foi realizada ainda, uma análise da correlação entre autoestima e estresse. Pode-se observar um $r = -0,65$, ou seja, foi encontrada uma correlação moderada e negativa entre as variáveis, isso quer dizer que quando

a variável autoestima aumenta, a variável estresse diminui ou vice e versa. O X^2 foi de 42%, ou seja, 42% da variabilidade na autoestima pode ser explicada pela variabilidade no estresse e vice e versa e 58% desta variabilidade deve ser explicada devido a outros fatores.

Discussão

Os resultados apontaram uma melhora nos desfechos autoestima e estresse após a realização do curso Cuidando do Cuidador. O estresse e a baixa autoestima trabalhados no curso tiveram sua raiz no sofrimento gerado pelas relações familiares na infância.

Bowen (2009) descreve a família humana como um sistema que segue as leis dinâmicas dos sistemas naturais. O sistema solar, por exemplo, é um subsistema de um sistema mais amplo que é o universo. Dentro desse sistema familiar, toda pessoa tem uma função que a converte num sistema “segmento” imprescindível num todo mais vasto. É possível trabalhar com um membro da família como se todos os demais estivessem “sentados junto a ele, como “fantasmas”.

O estresse gerado pelo sofrimento provém de uma interação entre a pessoa e a situação; se o estresse ocorre em qualquer contexto, depende inteiramente da forma como a situação é avaliada, baseando-se em valores, metas e segurança física ou psicológica de cada indivíduo. Portanto, o estresse e o trauma não são apenas o resultado de um indivíduo no ambiente externo e suas experiências, mas também, o que é mais importante, do que e como uma pessoa pensa sobre elas. Os efeitos negativos do estresse apontam para a necessidade de intervenções que têm um impacto positivo na regulação da resposta ao estresse. Além disso, as respostas psicológicas ao estresse é uma base para intervenções cognitivas e psicocomportamentais. Torna-se possível, então, uma espécie de “vacinação” contra o estresse, para desenvolver habilidades de resiliência que previnem e protegem contra os danos causados pelo estresse crônico, para que a realização de intervenções produza efeitos positivos na função cerebral (FREDRICKSON, 2013).

Mediadores biológicos dão resposta ao estresse, incluindo hormônios do estresse (por exemplo, o cortisol e a adrenalina) causando alterações que podem ser prejudiciais, em um longo prazo, para a saúde física e mental. De fato, o estresse crônico pode afetar negativamente o funcionamento cognitivo e contribuir para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e doenças psiquiátricas, como a depressão grave. O estresse crônico, em pesquisas mais

recentes, tem demonstrado potencial para danificar a estrutura do DNA; por exemplo, a longo termo, o estresse desgasta os telômeros (proteínas de DNA) que protegem as extremidades dos cromossomos do paciente (GOUIN; HANTSOO; KIECOLT-GLASER, 2008).

As ações dos hormônios do estresse são benéficas no curto-prazo, mas podem criar danos se a resposta ao estresse não for atenuada. Para manter o corpo e a mente em um estado de equilíbrio saudável, é necessário manter o controle da ativação dos mediadores da resposta ao estresse, a fim de evitar a exposição excessiva aos efeitos prejudiciais. Um dos aspectos da construção da resiliência é a capacidade de modular a resposta ao estresse, para que os mediadores das respostas físicas e biológicas não sejam ativados incorretamente (FREDRICKSON, 2013).

Existem variações quando a pessoa é encorajada e tem controle, ou quando é impotente e se sente ameaçada – estes fatores contribuem significativamente para as consequências psicológicas de um evento estressante. Os estressores são parte da vida cotidiana; muitos estressores são previsíveis e controláveis, enquanto outros são tão grandes em termos de alcance, sendo prejudiciais ao indivíduo e difíceis para que ele possa resolver. Entretanto, com um devido preparo, é possível que esse indivíduo desenvolva o controle de sua reação frente a um evento estressante (FREDRICKSON, 2013). Desta forma, o estresse é uma das variáveis mais trabalhadas no curso Cuidando do Cuidador. Margiset al. (2003) ressaltam que o estresse implica em um estado gerado pela percepção de estímulos que causam excitação emocional, perturbando a homeostase (equilíbrio) o que leva ao processo de adaptação, aumentando a adrenalina no corpo. Segundo os autores, os estressores - os eventos ou estímulos que provocaram ou conduziram ao estresse - causam distúrbios fisiológicos e psicológicos (MARGIS et al., 2003). De acordo com Souza e Abreu-Rodriguez (2007) o autoconhecimento é capaz de trazer ao indivíduo, controle ao seu próprio comportamento, se manifestando pelas contingências e relações sociais. Porém, embora Souza e Abreu-Rodriguez (2007) defendam a ideia de Skinner (1993) quanto ao autoconhecimento a partir do relato verbal, não se acredita que, na prática, essa questão seja tão simplificada, pois é comum a criação de negação dos comportamentos e/ou sentimentos que não se consideram ética ou moralmente corretos. Isto pode trazer um conceito de autoconhecimento errôneo e, portanto, um discurso verbal e não verbal irreal.

Para Brandenburg e Weber (2005), o autoconhecimento remete a ideia de comportamento consciente, correspondendo a um comportamento verbal de autodescrição. Ter consciência de si corresponde ao com-

portamento de discriminar comportamentos próprios e variáveis que os controlam. O autoconhecimento é autoconsciência, então, autoconhecimento é autodiscriminação de comportamentos e estímulos a eles relacionados. Autoconhecimento é um comportamento verbal discriminativo; expressa um conhecimento sobre o próprio comportamento.

Os pesquisadores acima têm observado que alguns dos desenvolvimentos mais significativos dos indivíduos ocorrem no contexto das relações sociais. Assim, a melhora no apoio social pode ser um mecanismo pelo qual possa se dar desenvolvimento e superação do momento estressor. Ao mesmo tempo em que várias experiências, (sejam geradoras de alto, médio ou baixo nível de estresse), podem servir como veículos de crescimento. É a avaliação interna de uma experiência - mais do que qualquer experiência particular - que fornece o contexto em que o indivíduo compreende o significado das dificuldades e dos sofrimentos vividos. Esse processo pode ocorrer por intervenções psicossociais, orientando o indivíduo a solução de problemas por meio da análise contemplativa das experiências espirituais. A prática contemplativa tem um papel importante para o processo pós-traumático, a busca da cura e dar apoio aos indivíduos saudáveis que desejam prosperar em suas vidas.

O crescimento pessoal pós-traumático pode ser promovido em nível comunitário. Quando reunidos em conjunto, os indivíduos têm o potencial de melhorar sua capacidade de resistir e recuperar-se do estresse, construindo laços desenvolvendo sistemas adaptáveis. O treinamento em conjunto tem o potencial para transformar os indivíduos e as comunidades em que estão imersos. Vale destacar que a proteção não é eliminar os fenômenos psicológicos da situação de estresse vivida, isto é, não significa falta de vulnerabilidade. Mas eles são recursos que afetam positivamente a percepção do sujeito e, conseqüentemente, as suas atitudes, o que leva a uma vida mais funcional e adaptada.

A vulnerabilidade é um termo utilizado para definir cada fraqueza psicológica que vai aumentar as chances de ocorrer um resultado negativo ou indesejável na presença de um risco. Refere-se a variáveis ou predisposição genética inata, adquirida ou aprendida e variáveis situacionais, como baixa autoestima, distúrbios mentais, o desemprego, a pobreza, o acesso à saúde, à educação, entre outros. Quanto à autoestima, outro constructo avaliado neste estudo, entende-se como sendo um importante aspecto na vida, e que se constitui num sentimento de juízo, de apreciação, valorização, bem-estar e satisfação que a pessoa tem de si mesmo, manifestada pelas atitudes que toma em relação a si mesmo.

Para Rosenberg, a autoestima se caracteriza pelo conjunto de sentimentos e pensamentos de um indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. Segundo Rosenberg (1965), a baixa autoestima é expressa pelo sentimento de incompetência, de inadequação ou incapacidade de enfrentar os desafios; a autoestima no nível médio se caracteriza pela oscilação de sentimento, ora de aprovação ora de rejeição de si; a alta ou a autoestima adequada consiste num autojulgamento de valor, confiança e competência.

Sbcigo, Bandeira e Dell'Aglio (2010), afirmam que, na literatura nacional, o constructo da autoestima tem sido pouco investigado, principalmente em amostras com grande número de participantes. Tavares (2002) afirma que a expressão autoestima traz implícito o sentido de sucesso e de ser capaz, bem como, também traz em seu bojo a visão de um indivíduo que se ajusta às constantes mudanças da realidade.

Outras abordagens sobre a autoestima, também contribuem para compreendê-la, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Ela se baseia no pressuposto de que as emoções e os comportamentos dos indivíduos são influenciados por sua percepção dos acontecimentos, na sua forma de interpretar a situação (BECK, 1997). Nesta abordagem, a terapia cognitivo-comportamental está preocupada com o nível de pensamento que não são derivadas do raciocínio, que parecem surgir de repente, são os pensamentos automáticos. As pessoas costumam aceitar seus pensamentos automáticos como verdadeiros, sem reflexão ou avaliação. Quando estes pensamentos disfuncionais e não adaptativos se manifestam, podem afetar negativamente as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas da pessoa, que responde à situação de acordo com seus padrões de pensamento (BECK, 1997).

Os pensamentos disfuncionais são mais profundos, chamados crenças nucleares, que se desenvolvem desde a infância, e são moldados pelas experiências pessoais. Quando essa crença está ativa, a pessoa interpreta as situações que vivencia no seu cotidiano por meio das lentes dessa crença, que pode ser contraproducente e irreal (KNAPP; BECK, 2008). Alguns eventos fazem parte do ciclo natural da vida, sendo eles inevitáveis, como a morte de um ente querido, o término de um relacionamento, ou em tempos de mudanças climáticas tão intensas, a perda de bens materiais em razão de acidentes naturais. Somados ainda aos sofrimentos trazidos da infância e que são revividos no presente, diante destas adversidades, quando estes são ainda inconscientes, ou seja, a pessoa não passou por processo terapêutico ou de autoconhecimento. A forma para lidar com

esses eventos traumáticos depende de cada um, ou seja, é idiossincrática. Então existem aqueles casos em que uma pessoa sofre a tal ponto de ficar impossibilitada de dar continuidade à própria vida, enquanto para outras, apesar da dificuldade, é possível seguir a vida e obter maneiras de aprender com o momento.

Estresse e baixa autoestima podem estar ligados a traumas do passado. A teoria Polivagal aponta que os traumas vividos no passado podem desencadear manifestações fisiológicas associadas a evolução da regulação neural do coração com a experiência afetiva, a expressão emocional, gestos faciais, comunicação vocal e comportamentos sociais sensíveis às relações com outras pessoas. Aponta também para a regulação da função cardíaca como neuroanatomicamente ligada ao controle dos músculos da face e da cabeça (PORGES, 2012). Assim, problemas ligados ao estresse e a autoestima, podem estar associados a manifestações ligadas diretas ou indiretamente a algum tipo de trauma/sofrimento do passado. Portanto, os resultados apresentados neste estudo apontaram uma melhora na autoestima e no alívio do estresse, mas devem ser interpretados com cautela, pois o desenho metodológico não permite uma generalização dos resultados tendo em vista que foi avaliado o efeito de uma intervenção terapêutica, o que compromete a validade interna do estudo. Ainda, há muita dificuldade de comparação dos resultados com a literatura, pois ainda não existem estudos que investigaram o curso Cuidando do Cuidador.

Conclusão

O ato de cuidar deve ser pautado também no autocuidado. Esta pesquisa aponta um sinal de alerta para que todo cuidador aprenda a importância de cuidar de si enquanto cuida do outro. Portanto, o ato de cuidar pode ser comparado a uma moeda que necessariamente possui dois lados: enquanto eu cuido do outro eu cuido de mim.

Devem ser conduzidos ensaios clínicos aleatórios (ECAs), de alta qualidade, para avaliar o efeito do curso Cuidando do Cuidador sobre novos participantes. Para isto é sugerido que os ECAs sigam as regras do Consort-Statement e que os participantes sejam alocados em três grupos: Grupo Controle, Grupo Cuidando do Cuidador e Grupo Outra Intervenção Terapêutica. Os desfechos primários recomendados são: estresse e autoestima.

Como resultado, podemos concluir que foi encontrado uma diminuição do estresse e o aumento da autoestima após a participação no Cuidando do Cuidador.

*EFFECT OF CARING FOR THE CAREGIVER
COURSE ON SELF-ESTEEM AND STRESS*

ABSTRACT: *The objective of this study was to evaluate the effect of caring for the Caregiver course on self-esteem and stress. 26 participants were assessed by applying the scale of self-esteem Rosenberg and Stress Perception Scale before and after the course. For comparison before and after the outcomes's test for independent samples and the Wilcoxon test were used to evaluate the association we used a X² RxC and was even held a Spearman correlation. Statistically significant differences were found demonstrating the improvement of these outcomes after the completion of the course. Still, there is a moderate correlation between the change in self-esteem and stress.*

KEY WORDS: *Self care. Self concept. Stress psychological. Therapy.*

REFERÊNCIAS

BAQUERO, M. G. **Métodos de pesquisa pedagógica:** estatística psico-educacional. São Paulo: Loyola, 1978.

BARRETO, A. P. **Resgate da autoestima passo a passo.** Fortaleza: Projeto Viravida, 2014.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo.** Fortaleza: LCR, 2009.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva:** teoria e prática. Tradução de S. Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOWEN, M. **De la familia al individuo:** la diferenciación del si mismo e nel sistema. Barcelona: Paidós, 2009.

BRANDENBURG, O. J.; WEBER, L. N. D. Autoconhecimento e liberdade no behaviorismo radical. **Psico-USF**, BragançaPaulistav.10, n. 1, p. 87-92, 2005.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, v. 24, n. 4, p.385-396, Dec. 1983.

FLIEGE, H. et al. The perceived stress questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. **Psychosomatic Medicine**, New York, v.67, n. 1, p. 78-88, 2005.

FREDRICKSON, B. L. Updated thinking on positivity ratios. **American Psychologist**, Washington, v. 68, p. 814-822, July 2013.

GOUIN, J. P.; HANTSOO, L.; KIECOLT-GLASER, J. K. Immune dysregulation and chronic stress among older adults: a review. **Immunomodulation**, [S.l.], v. 15, n. 4-6, p. 251-259, 2008.

HEWITT, P.; FLETT, G.; MOSHER, S. The perceived stress scale: factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 247-257, Set. 1992.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. **Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 65-74, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MEURER, S. et al. Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, v. 8, n. 4, p. 5-15, 2012.

PORGES, S. P. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. **International Journal of Psychophysiology**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 123-146, 2012.

REIS, R. S.; AKIRA, A. F. H.; AÑEZ, C. R. R. Perceived stress: reability and validity in Brazil. **Journal of Health Psychology**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 107-114, Jan. 2010.

REMOR, E. Psychometric properties of a european spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). **The Spanish Journal of Psychology**, Madrid, v. 9, n. 1, p. 86-93, 2006.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2015.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SOUZA, A. S.; ABREU-RODRIGUES, J. Autoconhecimento: contribuições da pesquisa básica. **Psicologia em Estudos**, Maringá, v. 12, n. 1, p.141-150, 2007.

TAVARES, M. **Auto-estima: o que pensam os professores?** 2002. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

WATSON, J. M.; LOGAN, H. L.; TOMAR, S. L. The influence of active coping and perceived stress on health disparities in a multi-ethnic low income sample. **BMC Public Health**, [S.l.], p. 8-41, 2008.

ZUARDI, A. W. **Fisiologia do estresse e sua influência na saúde**. [Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto], [Ribeirão Preto], [2014]. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34894091/Fisiologia_do_estresse_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1479836104&Signature=59T2CrYd8GeOtt1EO3477YnAykw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFISIOLOGIA_DO_ESTRESSE_E_SUA_INFLUENCIA.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

O TERAPEUTA COMUNITÁRIO COMO PRODUTOR DE CONHECIMENTO

Maria de Oliveira FERREIRA FILHA*
Rolando LAZARTE**

RESUMO: Este artigo trata de uma reflexão sobre o relato de experiência com a produção do conhecimento sobre a TCI. Os autores destacam pontos importantes de suas trajetórias acadêmicas com a TCI e apontam os desafios vivenciados nesse processo. Mostram como a TCI foi inserindo-se paulatinamente nas suas vidas e no trabalho e ressaltam a importância dessa ferramenta de cuidado para a saúde mental de grupos e populações vulneráveis para o adoecimento mental. Concluem que na conjuntura atual a TCI potencializa o cuidado comunitário tão necessário nos dias atuais para a formação de vínculos de solidariedade entre vizinhos, famílias e comunidades, reforçando a necessidade de fortalecimento do modelo de atenção psicossocial.

PALAVRAS CHAVE: Terapia comunitária integrativa. Conhecimento. Saúde mental.

É inegável que a produção de conhecimento sobre a Terapia Comunitária Integrativa ainda é um fato novo no Brasil e no mundo. Contudo, existe uma tendência de crescimento, pois se vê que mais estudos e pesquisas vêm emergindo na academia, sendo apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais. É também consensual

* UFPB - Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde - Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa – PB - Brasil. 58090-900 - marfilha@yahoo.com.br

** Sociólogo. Terapeuta comunitário. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental Comunitária (GEPMEC). UFPB - Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde - Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa – PB - Brasil. 58090-900- elzarat@gmail.com

a afirmativa de que a pesquisa é um elemento essencial para a formação docente. Portanto, é como docente que falo, pois este tem sido o lugar social que venho ocupando ao longo de 25 anos de carreira acadêmica.

A minha história de inserção na TCI começou em 2004, a partir da minha formação como terapeuta comunitária, em Morro Branco/CE. Quando conheci a TCI, percebi que um novo campo de prática se abria para minha atuação no campo da saúde mental comunitária. Minha formação teórica e prática fora direcionada para a psiquiatria e a saúde mental. Nos anos que participei do Movimento de Luta Antimanicomial – MLAM, transitei entre o velho e novo paradigma, tentando-me (re) modelar, para dar sentido a minha formação como enfermeira psiquiátrica.

O paradigma antigo, baseado no modelo hospitalocêntrico, não me iluminava. Ao contrário, ofuscava meus ideais. E muitas vezes sentia que estava em um *beco sem saída*. Não sabia como superar um modelo tão violento, excludente e gerador de sofrimento. A minha militância no MLAM, foi importante para saber o que não queria e onde queria chegar, mas não sabia como chegar! No movimento, queríamos construir um modelo de saúde mental baseado na inclusão social e no resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental. Mas também queríamos saber como evitar que outras pessoas caíssem na armadilha da medicalização do sofrimento, pois o caminho que se tinha pela frente era sempre o da dependência e da internação.

No início dos anos 1990, o MLAM ganhou força no país e buscávamos no estilo *return around*, outros modelos que oferecessem possibilidades de avaliar, refletir e redimensionar as forças construtivas do saber acadêmico, identificando aquelas capazes de provocar mudanças e rupturas, com relação ao paradigma da exclusão social. Vieram à tona, várias experiências que já haviam sido desenvolvidas no Brasil e em países como Inglaterra, como as comunidades terapêuticas de Maxwell Jones; Itália, com a experiência de Trieste, tendo como protagonista Franco Basaglia e Argentina, com o trabalho de Alfredo Moffatt.

Na verdade, estas experiências foram bastante inspiradoras para o movimento pró-reforma psiquiátrica. Por outro lado, desde finais da década de 1980, desenvolvia-se no Estado do Ceará, uma experiência genuinamente brasileira, tendo como protagonista o Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto, docente da UFC, que em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, plantava em solo fértil, aquilo que almejávamos: uma prática transformadora e desalienante, voltada para grupos, que pudesse ser aplicada em ambientes comunitários, por pessoas de diferentes origens

profissionais, inclusive da enfermagem, e que acima de tudo, fosse uma prática educativa de alcance para populações em situação de vulnerabilidade social. Procurávamos longe o que estava perto!

Em 2002 conclui meu doutorado na Universidade Federal do Ceará e logo depois conheci a TCI. Em 2004 fiz minha formação em Morro Branco e nesse mesmo ano, ao retornar para a minha terra, junto com a profa. Dra. Maria Djair Dias que também fez sua formação, no mesmo período que eu, começamos a experimentar e vivenciar a TCI, enquanto um trabalho preventivo e social, vinculado ao campo teórico prático da saúde mental comunitária com inserção dos trabalhadores da Equipe de Saúde da Família.

Iniciamos nossa experiência na comunidade dos Ambulantes/Bairro de Mangabeira do município de João Pessoa e durante 2 anos, aprendemos e vivenciamos os efeitos de uma práxis libertadora e construtora de redes e vínculos comunitários. Essa comunidade foi o nosso laboratório vivo! Estudantes de graduação e de pós-graduação passaram a atuar em um campo de prática mais pulsante, onde a vida estava em movimento, com pessoas que tinham problemas reais.

Foi nesse cenário que iniciamos as nossas primeiras pesquisas com a TCI. Introduzimos a Iniciação Científica, projetos de Extensão e daí emergiram as primeiras dissertações de mestrado que orientamos. Víamos que tínhamos a nossa frente um bom terreno para a pesquisa científica de natureza empírica e de abordagem qualitativa. Essa era a nossa praia! Havíamos concluído nossos cursos de doutoramento. A profa. Djair na USP e eu na UFC. Ela trazia o conhecimento e o fascínio pela História Oral e eu, pela Ciência com Consciência, como diz Edgar Morin (1982). O meu compromisso era com a transformação e a libertação do oprimido, pois Paulo Freire vivia em mim, enquanto educadora (FREIRE, 1987).

Com o espírito curioso que sempre tive, e depois de conhecer as ideias de Bachelard (2007) quis investigar a TCI e saber quais as repercussões que essa ferramenta de cuidado gerava na vida das pessoas. Naquela época, a TCI era desconhecida para a enfermagem e para outras profissões também. Muitos queriam saber o que era a TCI. Nas minhas reflexões, em que indagava sobre porque e para que pesquiso a TCI, a resposta mais óbvia era: necessitávamos dar visibilidade a essa ferramenta de cuidado, tão importante para se trabalhar a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento. Sobretudo, queríamos mostrar que a TCI estava em consonância com as diretrizes do SUS e como o modelo de saúde mental comunitária que queríamos ver implantado em João Pessoa/PB.

Através da investigação, íamos descobrindo que a TCI poderia ser aplicada com grupos específicos e em contextos diversificados. Queríamos com isso conseguir que a TCI fosse incluída na rede de serviços da Atenção Básica de Saúde – ABS, como uma estratégia de cuidado para as pessoas em situação de sofrimento, evitando ou diminuindo o uso dos psicofármacos, principalmente dos Benzodiazepínicos – BZD, porque este é um dos medicamentos mais prescritos e consumidos no Brasil e tem gerado muita dependência. Estudos mostram que esta droga vem sendo prescrita e consumida de forma abusiva (FIRMINO et al., 2012; LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008). Faltam nesses serviços, espaços de fala e de escuta das dores e sofrimento do outro. As pessoas necessitam de acolhimento e de vínculo de pertencimento.

Quando fazíamos as rodas íamos descobrindo como cada pessoa tinha um mundo de sonhos e desejos frustrados, mas também de vitórias e lutas. Percebemos que as histórias contadas nessas rodas eram verdadeiras pérolas que produziam impacto na saúde e no estilo de vida das pessoas. Na escuta dessas histórias, vimos abrir-se o espaço para o campo da investigação científica. Quisemos fazer registro das histórias e das mudanças que ocorriam nas pessoas a partir da participação delas nas rodas de terapia.

Criamos o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária da Universidade Federal da Paraíba-GEPSMEC, cadastrado no CNPq, cujo projeto maior foi: A Terapia Comunitária no contexto do SUS. Esse projeto, ao longo dos seus 9 anos de existência, incluiu mais de 50 estudantes de graduação e pós, bolsistas de iniciação científica e de extensão para produzir conhecimentos sobre a TCI. Para mim o que torna a ciência necessária é a possibilidade de utilização do conhecimento para promover transformações que melhorem a vida das pessoas.

Neste momento do texto, insere-se o colega que colaborou na construção deste artigo, para dizer que esteve, durante os anos da sua prática docente universitário, em busca de uma sociologia que servisse para a libertação da pessoa humana. Este tipo de sociologia exigia, necessariamente, uma prática, um exercício vivencial. Tal forma de prática sociológica libertadora despertava muitas vezes o entusiasmo de alunos e alunas que queriam algo mais que informação. Queriam se formar, se redesenhar em moldes novos. Isto era possível, porque o meu exercício docente universitário se deu no começo, em instituições pouco centrais do espaço acadêmico: a Escola de Sociologia e Política de São Paulo, a Universidade São Francisco, também na capital paulista e a Universidade Federal da Paraíba.

Saíamos da sala de aula para andar pelas calçadas do bairro e pelos jardins do campus universitário. Isto despertava a resistência e a fofoca tanto de alguns alunos inconformados com um exercício criativo e crítico que desafiava a sua passividade, típica da educação bancária, quanto de colegas docentes, que de alguma maneira se sentiam desafiados pelo que julgavam de um exercício pouco sério - imagino - da sociologia. O caso é que, em 2001, fui obrigado a me aposentar como docente da UFPB, por motivos de saúde, e aí começou outro tipo de exercício da sociologia, que foi me trazendo de volta para meus objetivos originais.

Comecei a colaborar com a professora que encabeça esta dupla de autores, em atividades de saúde mental comunitária em Cabedelo, na Paraíba. E, posteriormente, me somei à equipe que implantou a TCI em João Pessoa. Primeiro como usuário, já que me encontrava em depressão, e em seguida, como colaborador e apoiador e, finalmente, como formador, já que nesse processo, também fiz a minha formação como terapeuta comunitário, nas Ocas do Índio, Morro Branco, Ceará. Tenho participado em sensibilizações e formações em TCI no Uruguai, Argentina e Bolívia. E posso dizer com certeza, que agora pratico uma sociologia da libertação, uma que se faz com as pessoas, e não sobre as pessoas.

Que tipo de conhecimento é o que é gerado quando a pessoa participa de rodas de TCI? O que é que aprendemos quando nos inserimos nesta dinâmica de partilha de sofrimento e estratégias de superação? O que é que temos de volta de nós mesmos, ao nos descobrirmos espelhados nas histórias de vida de outras pessoas? Temos descoberto que este tipo de conhecimento tem uma característica que lhe é muito própria: é um conhecimento integrado. Também é um conhecimento libertador. Não dispensa a compreensão, o conhecimento racional, mas também não se limita a interpretar ou entender racionalmente. Busca, sobretudo, que a pessoa se liberte de culpas, de arrependimentos, rancores, emoções negativas, e que faça das suas dores possibilidades de crescimento.

Podemos dizer que se trata de um conhecimento desalienante, uma vez que desfaz as ideias e imagens equivocadas que tínhamos sobre nós mesmos, e revaloriza a experiência de vida e os valores culturais. É também um conhecimento que empodera, porque a pessoa vem a saber que ela foi vencedora, e não vítima. Ela foi capaz de gerar força resiliente a partir das dores e das perdas sofridas.

Como diz o criador da TCI, Adalberto Barreto (2008), a TCI é um conhecimento que se constrói de maneira horizontal e circular. Todos somos doutores da nossa própria experiência. Ninguém mais do que nós

mesmos, sabe sobre a nossa própria vivência. Como resultado desta forma de conhecer que é a TCI, a pessoa, progressiva e continuamente, se descobre ator principal da história da sua vida. Passa a valorizar mais a sua intuição, o conhecimento direto, experiencial, que se soma ao conhecimento racional ou intelectual, como duas vias convergentes de suma utilidade para a orientação e a ação na vida.

Temos explorado algumas das características peculiares do conhecimento da TCI e das transformações que ele propicia, em: Sociologia e Terapia Comunitária Integrativa. Agora, basta-nos acrescentar mais algumas das características deste conhecimento tão *sui generis*: é um conhecimento pessoal, personalizado, não genérico nem abstrato. A pessoa vê a si mesma como ela é, independentemente dos seus papéis sociais, e também independentemente da forma como tinha visto a si mesma até então. É um conhecimento visual, imagético. A pessoa se percebe e percebe a sua situação no mundo, seu ser e seu estar em relação, de maneira visual. São imagens as que nos vão trazendo de volta (LAZARTE, 2011).

É um conhecimento crítico, não ingênuo. Envolve tomada de posição frente à nossa história pessoal e diante do mundo em que vivemos. É a base de uma política pessoal comunitária. É um conhecimento incluído, onde o diferente é incluído, aceito, não rechaçado nem posto para fora ou punido. É um conhecimento que vai resgatando a nossa condição original, infantil, de confiança plena. Como oposta ao medo e à preocupação, a ansiedade, que nos tornam presas fáceis da manipulação externa.

Podemos dizer em síntese, que o conhecimento que a TCI produz, é um conhecimento em que convergem saberes científicos e populares. Rompe-se a dicotomia entre conhecimento científico e conhecimento experiencial. Desfaz-se a cisão entre o conhecimento que se adquire pelos estudos universitários, pelos livros, e aquele conhecimento que obtemos a través da experiência, no cotidiano.

Em 2008, quando começamos a atuar como formadoras e participamos do projeto de formação de terapeutas comunitários apoiado pelo Ministério da Saúde e pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, começamos a descobrir elementos novos na TCI. Foi nos encontros de formadores que vimos a generosidade do Prof. Dr. Adalberto Barreto, que nos ensinava como fazer a formação, enfatizando o sentido das vivências para a formação do terapeuta, com o resgate da criança interior. Por outro lado, a participação efetiva dos nossos amigos e amigas, terapeutas formadores, trazendo perguntas e dúvidas sobre o processo de formação foram elucidadas pelo Prof. Adalberto, tornando o nosso aprendizado muito mais rico. Podemos dizer que essa experiência,

foi um novo laboratório de aprendizado para o nosso aprofundamento com a TCI.

Em um desses encontros de formadores, em Morro Branco, me recorde de uma reflexão feita pelo amigo Robson que falava com uma expressão de fascinação no seu rosto: – “Quando eu conheci a TCI me encantei! Pensei: isso é mágico! Mas ao longo do tempo percebi que não era mágica! Porque quando a gente descobre como a mágica é feita, nos desencantamos e com a TCI é diferente! Quanto mais descubro como ela é feita mais me encanto.” Foi essa reflexão do Robson que me fez retomar minhas perguntas, por que e para que pesquiso a TCI? E aí minha resposta mudou! Sei que quanto mais conheço a TCI, mais me encanto porque aprendo mais sobre mim e sobre os outros. Essa resposta não me veio assim, como um feixe de luz! Foi trabalhando com afinco no Polo Formador, com Rolando Lazarte, Djair Dias e Ana Vigarani, além das outras terapeutas, que foram se somando ao grupo formador do Polo, que descobri o sentido de pesquisar a TCI. Como diz o professor Dr. Rolando Lazarte, a pesquisa sobre a TCI não dispensa o sujeito, **o terapeuta comunitário**. Ele está constantemente investigando sua própria vida e a vida ao redor na trama da rede da qual faz parte. A pesquisa envolve o pesquisador e a população pesquisada. Quando o terapeuta é o pesquisador, a pesquisa quase sempre é uma pesquisa ação ou participante. O conhecimento gerado é sempre transformador e nunca uma simples informação ou interpretação.

Nessa trajetória de investigação, aos poucos fomos dando conta de que, à medida que priorizamos o objeto e o recortamos da realidade, fazemos um esforço para captar o que é essencial e aparente, e à medida que vamos nos aprofundando, captamos os nexos internos e vamos clarificando as aparências, tornado os achados evidências científicas. O que queremos dizer com isso é que a TCI, na sua estruturação, seja enquanto método ou caminho de abordagem do sofrimento tem um sentido humano e filosófico que leva as pessoas a refletirem sobre sua existência e sobre seu estar no mundo.

Reafirmamos que a pesquisa sobre a Terapia Comunitária Integrativa é relativamente nova no Brasil. Embora o seu objeto de estudo tenha uma existência superior aos 25 anos, a defasagem entre o surgimento do objeto e o seu estudo, não deve causar estranheza. O fato de que um conjunto de práticas, de modos de ser e de fazer, de pensar e de sentir, o que Durkheim (2007) chama de **fato social**, demore em atrair a curiosidade dos acadêmicos, dos gestores e dos diversos atores sociais, pode até ser considerado normal; pois para que esse conjunto de práticas venha a ter efeitos que despertem a atenção dos estudiosos, essas práticas já devem ter

provocado consequências tais, pela sua aplicação e disseminação, tornando-se inevitável que as instituições de ensino e pesquisa se voltem para o novo fenômeno em expansão.

Os primeiros artigos publicados em periódicos científicos indexados datam de 2006. Em levantamento feito nas bases de dados, até 2012 encontrava-se 21 artigos, 17 dissertações e 2 teses. As principais áreas de investigação são a saúde e a educação. Enquanto dispositivo de cuidado, a TCI reforça as redes de apoio existentes, cria espaços de inclusão e valoriza a diversidade, resgatando a herança cultural e a história pessoal do sujeito (AZEVEDO et al., 2013). Atualmente, pode-se encontrar na produção brasileira, aproximadamente 53 artigos, 24 dissertações e 3 teses.

Tais pesquisas demonstraram a eficiência desta tecnologia de cuidado, em diferentes contextos e com grupos diversificados. Podem-se encontrar pesquisas mostrando que a TCI vem sendo realizada em unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial, hospitais, escolas, associações de bairro, igrejas, prisões, além de outros espaços comunitários. Também se aplica a TCI com grupos mistos (comunidade de um modo geral) ou específicos (idosos, mulheres, adolescentes, crianças) e com problemáticas semelhantes (usuários e familiares dos CAPS, pessoas em situação de tratamento com hemodiálise, crianças em tratamento com quimioterápicos, mulheres que vivenciam situações de violência, deficientes visuais, dentre outros).

As pesquisas em TCI são realizadas com diferentes métodos e abordagens. Contudo predominam os estudos qualitativos, pois a TCI vem adotando o método da pesquisa ação, entendida como “rejeição do monopólio universitário sobre a produção do conhecimento”. Não se trata de rejeitar o saber acadêmico, mas de resgatar esta outra fonte geradora de competências, que é a experiência da pessoa. Trata-se de permitir que um método de cunho científico, possibilite ao outro método mais intuitivo e cultural, tomar corpo, consciência, consistência e reconhecimento de habilidades adquiridas por vias não convencionais (BARRETO; LAZARTE, 2013). Nessa perspectiva, percebemos que a história oral também podia dar conta desse resgate, pois ela prioriza o vivido, da base, na base e para a base. Os resultados das investigações têm sido encorajadores.

Com base nesses estudos podemos dizer que o impacto da TCI na produção de cuidados em saúde mental é algo inovador. Embora a sua existência já conte com mais de duas décadas, apenas em 2010, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ela foi reconhecida como uma intervenção psicossocial avançada e passou a integrar o *Caderno de Atenção Básica: saúde mental* (BRASIL, 2013) Esse reconheci-

to foi resultado do esforço feito pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária - ABRATECOM e 25 Polos Formadores em TCI, que desde 2005, vêm trabalhando em parceria com instituições vinculadas a governos Federal, Estadual e Municipal, no sentido de capacitar profissionais da área de saúde e afins, para desenvolver a TCI nos seus respectivos espaços de atuação.

Junto com outras práticas integrativas e complementares, a TCI, vem contribuindo para reverter o quadro de adoecimento provocado pelo estresse contínuo, desesperança, abandono e insegurança que configuram a **síndrome da miséria psíquica**, resultado de uma tríplice perda: perda de confiança em si, nos outros e no futuro. A pessoa perde o seu bem maior. Não crê mais no seu potencial, se desvaloriza, sente-se nula tanto em sua família como na sociedade e não mais merecedora do amor dos outros (BARRETO, 2008).

Em síntese, podemos afirmar que no contexto atual, há uma forte tendência da saúde mental para adotar modelos e práticas de cuidado que invistam no campo psicossocial, e a TCI vem se destacando como uma dessas práticas, com fortes possibilidades para potencializar o modelo comunitário, focalizado no território, pois é lá onde as pessoas vivem, amam, trabalham, sofrem e constroem seus projetos de vida. A proposta da Terapia Comunitária Integrativa vem, portanto, somar às práticas comunitárias já existentes, apresentando-se como uma abordagem efetiva e promissora para a imensa demanda por serviços de atenção à saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, criador da Terapia Comunitária Integrativa, por ter construído este espaço de recuperação da identidade e integridade da pessoa humana. Uma verdadeira ferramenta de desalienação e de construção de sentidos para o viver. Milhares de pessoas pelo mundo afora (América Latina e Europa, África) tem-se beneficiado desta forma de ação cidadã que vem repondo a humanidade de maneira simples e efetiva.

Agradecemos também as companheiras do MISC/PB, especialmente a profa. Dra. Maria Djair Dias, parceira nessa caminhada, e aos estudantes de Graduação e Pós Graduação, que hoje já são terapeutas comunitárias e membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária – GEPSMEC, pelas valiosas contribuições com a pesquisa científica. Eles são a força motriz da produção do conhecimento.

THE COMMUNITY THERAPIST AS
KNOWLEDGE PRODUCER

ABSTRACT: *This article is a reflection on the report of experience with the production of knowledge of the TCI. The authors highlight important points of their academic trajectories with TCI and point the challenges experienced in the process. They show how the TCI was inserting itself gradually in their lives and work and emphasize the importance of care tool for mental health groups and vulnerable to mental illness. They conclude that at this juncture the TCI enhances community care much needed these days to form bonds of solidarity among neighbors, families and communities, reinforcing the need to strengthen the psychosocial care model.*

KEYWORDS: *Integrative community therapy. Knowledge. Mental health.*

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. B. et al. Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 114-120, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/6333>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.

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

BARRETO, A. de P.; LAZARTE, R. Uma introdução à terapia comunitária integrativa: conceitos, bases teóricas e método. In: FERREIRA FILHA, M. de O.; LAZARTE, R.; DIAS M. D. (Org.). **Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento**. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2013. p.24-43.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FIRMINO, K. et al. Utilização de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.157-166, 2012.

FREIRE, P. **A pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LAZARTE, R. Sociologia e Terapia Comunitária Integrativa. In: CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T. C. G. de P., BARRETO, A. de P. (Org.). **Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras**: compreendendo suas interfaces e aplicações. 1a. ed. Brasília, Distrito Federal: MISMEC-DF, 2011, v. 01, p. 94-106.

LEITE, I. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, abr. 2008. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s0/a29v13s0.pdf> >. Acesso em: 07 maio 2015.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Portugal: Europa América, 1982.

ABUSO NA INFÂNCIA: UMA ABORDAGEM ATRAVÉS DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E A DINÂMICA DA PÉROLA

Nastia Branca Bernardelli Lacerda de SOUZA*
Blanca de Souza V. MORALES**

RESUMO: A violência intrafamiliar contra a mulher (sexual, física ou psicológica) compromete as relações afetivas na vida adulta. O trauma do abuso em mulheres foi trabalhado na tese da primeira autora. A sensibilização para a fala das mulheres vítimas do abuso sexual se deu por meio de palestras sobre autoconhecimento, autoestima, saúde emocional, comunicação e relacionamento conjugal. Por experiência da pesquisadora, essas mulheres, após as palestras, sentem-se encorajadas a revelar o segredo. Foram convidadas a participarem de entrevistas semiestruturadas, e de dois encontros interventivos, com os cinco passos da Terapia Comunitária Integrativa e o modelo da Dinâmica da Pérola, modificada e denominada Dinâmica da Esponja. Nos resultados, evidenciou-se que o sofrimento perpetuou-se, interferindo na convivência conjugal, com ênfase maior na esfera da intimidade e sexualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Abuso sexual. Relações conjugais. Terapia comunitária integrativa. Dinâmica da esponja.

Introdução

Ao longo da vida, as pessoas que foram abusadas na sua infância, podem apresentar dificuldades em vários âmbitos, dentre eles, na vida afetiva e na conjugalidade. A situação de violência contra a mulher (sexual,

* CAIFCOM - Centro de Ensino, Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade. Pós-Graduação em Terapia Familiar. São Paulo - SP – Brasil. 90560-005 - nastia.branca@hotmail.com

** Centro Integrado de Ensino e Atendimento Familiar. Porto Alegre - RS – Brasil. 90550-070 - blancmoraes@yahoo.com.br

física ou psicológica) poderá desencadear na vítima sérios problemas físicos e emocionais, entre eles dores, desconfortos, problema de concentração, tonturas, cefaleias, depressão, baixa autoestima, insônia, tentativa de suicídio, traumas neurológicos, uso de substâncias químicas e sofrimento psíquico em geral (BIELLA, 2005).

Estudos de Beltran (2010) confirmam as consequências psicológicas em longo prazo do abuso sexual infantil. A autora classifica os sintomas em cinco categorias: problemas emocionais, de relacionamento, funcionais, de adaptação e sexuais.

Boarati, Sei e Arruda (2009) ao estudarem os impactos na vida adulta, afirmam que a forma como cada criança vivencia o abuso é diversa. Algumas se fascinam com o abuso e se tornam elas próprias abusadoras, outras temem o abusador mais do que o abuso, outras sentem uma profunda afeição pelo abusador. Apresentam também dificuldades no ajustamento sexual adulto, entre elas, dificuldades conjugais, impotência, ansiedade e satisfação sexual diminuída.

Já os estudos sobre violência doméstica de Day, Thurlowb e Woolliscroftb (2003) apontam que as consequências negativas e sequelas psicológicas do abuso são ainda mais graves que seus efeitos físicos. A violência sexual na infância e adolescência interrompe abruptamente o desenvolvimento natural e impõe uma vivencia no qual ainda não existe a maturidade biológica e psicológica para enfrentamento e compreensão desta prática (BARBOSA et al., 2013).

Na maioria dos casos, o abuso sexual de crianças apresenta alguma relação com a família. Segundo Silva (2002), o abuso ou violência sexual é geralmente praticado por adultos que gozam da confiança da criança ou do adolescente, tendo também a característica de, em sua maioria, serem incestuosos. Araújo (2002) salienta em seus estudos, que o abuso sexual intrafamiliar, em 80% dos casos, tem como principais abusadores, o pai biológico, padrasto, irmão, tios e avós. A intenção da violência sexual é sempre o prazer (direto ou indireto) do adulto. O mecanismo para a criança, na participação, é a repressão exercida pelo agressor.

É possível constatar, no abuso intrafamiliar, situações diversas, as quais podem apresentar momentos em que a vítima, manifeste o desejo de defrontar o agressor ou a família para expressar a sua dor. Para Madanes (1993), a violação sexual também é uma violação do espírito, principalmente quando esse ato vem de uma pessoa que a criança ama e depende. Ainda, de acordo com a autora, os estudos realizados sinalizam que os abusos sexuais acontecem em várias gerações da família e que, ao atacar a vítima o abusador ataca os demais familiares. Muitas vezes, distorce e cha-

ma seus atos abusivos de amor, confundindo a vítima. A manutenção do segredo familiar é outro fator considerado por Madanes (1993) crucial, porque pode favorecer outros casos de abuso, sendo importante o rompimento deste segredo através de intervenções.

Caminhar entre o dizer e o não dizer é sem dúvida, a trama mais complexa e infundável existente nesse contexto. O texto a seguir discute a manutenção do segredo de um acontecimento violento na vida de um dos cônjuges e suas possíveis implicações. A família e os casamentos se organizam em consonância com a cultura, com o tempo e o lugar e são subsistemas a serviço de sistemas maiores. Muitas pessoas encontram dificuldades em conciliar desejos opostos, como o da liberdade com comprometimento e a individualidade com o vínculo. Outras dirigem seus afetos para grupos, tarefas ou para o lado profissional (ANTON, 2012).

Féres-Carneiro e Neto (2010) enfatizam que, de acordo com a visão Sistêmica, a formação da conjugalidade passa por diversos estágios de relacionamento e envolve também o contexto. A união de um casal traz uma história de vida, ideias e crenças de família de origem, bem como, experiências estruturadas a partir de relacionamentos existentes na comunidade e percepção de desempenho de papéis de marido, esposa, pai e mãe. Enfatiza-se a relevância dessa pesquisa pelo olhar que se volta para a mulher vítima do abuso sexual intrafamiliar na infância e as implicações no contexto familiar e em suas relações afetivas atuais. O fato do abuso sexual sofrido na infância revelar-se como um problema que pode agravar-se na vida adulta, provocou o interesse em pesquisar acerca de quais implicações podem surgir nas relações conjugais atuais em que as participantes desta pesquisa estão inseridas. Implicações estas que podem revelar-se de forma explícita ou silenciosa. Qual a relação existente entre o abuso sexual intrafamiliar e possíveis conflitos ou situações na atual conjugalidade? Quais as dificuldades existentes na relação e que podem estabelecer relação com o acontecimento do abuso vivido na infância? Sendo assim, este estudo tem como objetivo investigar e analisar quais as implicações que emergem no relacionamento conjugal que podem ser consequências de abuso sexual intrafamiliar.

Nessa direção, apresenta-se um estudo sobre o abuso sexual infantil, sua característica intrafamiliar e a abordagem sobre as relações conjugais atuais das mulheres vítimas. Foi organizado uma metodologia com questionário semiestruturado e, frente a mobilização das questões referentes às violências sofridas, a intervenção foi uma proposta necessária.

Na Terapia Comunitária Integrativa (TCI) desenvolvida por Barreto (2008) o principal objetivo é aliviar o sofrimento humano e fortalecer a

rede de apoio solidária. Seu processo é um ato terapêutico onde o terapeuta tenta articular as dimensões: biológica, psicológica, social e política dos problemas. A TCI é uma abordagem de atenção à saúde comunitária, realizada em grupo com o objetivo principal de aliviar o sofrimento humano e fortalecer a rede de apoio solidária, promovendo troca de experiências e superação das dificuldades (BARRETO, 2008). Tem ainda como objetivos valorizar as histórias de vida dos participantes, resgatar a identidade, restaurar a autoestima e a confiança em si, ampliar a percepção dos problemas e possibilidades de enfrentamento e resolução. O processo é um ato terapêutico de grupo que pode ser realizado com qualquer número de pessoas e de qualquer nível socioeconômico.

As etapas da roda de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) de acordo com seu autor Barreto (2008), são: Acolhimento; escolha do tema: Através do provérbio “Se a boca cala o corpo fala, se a boca fala o corpo sara”, o terapeuta mobiliza e sensibiliza o grupo para falar das suas dificuldades. Essa fase é muito importante, pois o grupo escolherá o tema com o qual mais se identifica, e dessa forma todos têm a oportunidade de trabalharem suas questões e dificuldades. As pessoas se escolhem no outro. A escolha é feita por votação. A Contextualização é o terceiro passo. Contextualizar é pedir mais informações sobre o assunto para compreender o problema no seu contexto. Continuando, a terapia entrará na fase da Problematização. Nesta etapa, a pessoa que expôs o problema fica em silêncio e todos os participantes do grupo têm a oportunidade de compartilhar suas vivências através da resposta ao Mote. O Terapeuta dirige-se ao grupo e poderá fazer perguntas desencadeadoras. Para o encerramento é feito Rituais de agregação e conotação positiva o equilíbrio mental, físico e espiritual, por meio de uma abordagem sistêmica, aliada a suas crenças e valores culturais.

Na Proposta de Intervenção para mulheres vítimas do abuso é descrita apresentando dois encontros interventivos. Em um deles realiza-se uma Roda de Terapia Comunitária Integrativa e no outro, a Dinâmica da Esponja adaptada pela pesquisadora. Trabalhar terapeuticamente assuntos delicados, embasados na TCI proposta por Barreto (2008), proporcionou o alicerce e criou as estruturas necessárias para a ampliação da compreensão das situações de sofrimento e dor que emergiram nos discursos.

Método

Este é um estudo qualitativo de corte transversal realizado em “Retiro para mulheres” numa cidade do interior do Paraná. Foram incluídas

mulheres que participavam no “Retiro para mulheres” e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes que forneceram subsídios para esta discussão e análise foram mulheres casadas, que atenderam os critérios: ser maior de 18 anos ter sofrido abuso sexual intrafamiliar na infância, ter convivido e/ou estar convivendo com um parceiro e, ter disponibilidade para participar da pesquisa. Essas participaram de palestras no “Retiro para mulheres” numa cidade do interior do Paraná em maio de 2015. Após as palestras, as mulheres foram convidadas para participar de entrevista semiestruturada, com objetivo de obter mais informações na amostra e consequentemente obter transparência e validade científica.

Após o consentimento da instituição, a pesquisadora foi até o local do evento “Retiro para mulheres”, promovido por uma Igreja Evangélica em uma cidade do interior do Estado do Paraná. O cronograma do evento foram momentos de reflexão, de orações, músicas evangélicas (louvores), formação de duplas de oração, atividades de lazer e relaxamento (caminhadas, piscina, descanso). Os temas abordados foram Estudo da Bíblia e espiritualidade, saúde emocional, autoestima, autoconhecimento, resiliência diante dos conflitos e sofrimentos. Na última palestra a pesquisadora falou sobre a importância de olhar para dentro de si mesmo, encorajar-se para elaborar as coisas do passado para que não influencie no presente. Estes temas mobilizaram as pessoas a participarem da pesquisa. A pesquisadora participou do retiro, o que contribuiu para uma relação de proximidade e igualdade, isso transmitiu maior segurança e confiança para participação.

No último dia do evento, foi apresentada a pesquisa e feito o convite para a entrevista semiestruturada. Ao encerrar a palestra a pesquisadora falou sobre o trabalho que estava realizando e convidou para participarem da entrevista mulheres que se encaixassem nos requisitos da pesquisa. As interessadas procuraram a pesquisadora que estava disponível no anfiteatro para realizar a entrevista individualmente. Foi esclarecido sobre a seriedade da pesquisa e que seguiria o código de ética em todas as etapas do trabalho. Foi esclarecido nesse convite, que a contribuição para a pesquisa, é livre e voluntária. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi dado início a entrevista semiestruturada que durou aproximadamente 30 minutos.

Após a entrevista, foi feito um convite para participação em dois encontros com data previamente estipulada onde foram realizadas intervenções baseadas na Terapia Comunitária Integrativa onde compareceram todas as participantes das entrevistas e a pesquisadora.

O encontro foi dividido em etapas, segundo o modelo descrito no Instrumento anexo.

Para aplicar o método da Análise de Conteúdo nas duas fases, da entrevista e da intervenção, foram feitas as transcrições na íntegra. Após, foi feita a leitura do conteúdo e a transcrição, bem como, a análise consta nessa tese, no capítulo Análise do conteúdo. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados consistiu em uma entrevista semiestruturada e a Intervenção que seguiu o modelo da Terapia Comunitária Integrativa. A entrevista semiestruturada consta de um roteiro temático, incluindo perguntas fechadas e abertas. As questões foram elaboradas a partir dos estudos retirados de bibliografia atual. Por meio das questões, foram explorados sentidos e vivências singulares das pessoas, o que permitiu compreender e identificar possíveis evidências em pessoas que sofreram abuso sexual infantil intrafamiliar na infância e sofrem consequências na vida conjugal posterior. A entrevista foi aplicada às pessoas que sofreram abuso sexual infantil intrafamiliar e que convivem em uma relação conjugal. As informações colhidas através das entrevistas semiestruturadas foram transcritas integralmente para análise dos dados.

A intervenção no primeiro momento seguiu os passos da Terapia Comunitária Integrativa que se caracteriza por ser um espaço de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários. As etapas seguidas foram: o acolhimento das participantes; a escolha do tema; a contextualização; a problematização e o fechamento. No segundo encontro foi feita a Dinâmica adaptada pela pesquisadora embasada na Dinâmica da Pérola proposta por Barreto, 2008.

Análise dos Dados

A análise qualitativa dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004). As funções desta análise podem coexistir de maneira complementar por duas funções: a heurística – pesquisa exploratória que visa ampliar as possibilidades da descoberta e formulações de hipóteses a partir de análises de mensagens pouco exploradas anteriormente; e a função de administração da prova – servir de prova para verificação de hipóteses apresentadas sob a forma de questões ou de afirmações provisórias.

Conforme Bardin (2004), a organização da análise se constitui nas diferentes fases 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Silva e Fossá (2013)

contribuem em seu estudo sobre análise de Conteúdo, exemplificando a aplicação da técnica para análise de dados qualitativos conforme descrito abaixo.

Na pré-análise, é possível sistematizar as ideias e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreende na leitura das entrevistas transcritas. Essa fase consiste na operacionalização do trabalho e organização do material para favorecer o estudo.

Após a fase acima descrita, parte-se para a segunda fase da exploração do material, que consiste na construção da codificação, considerando-se os registros, a definição das regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.

Na terceira fase, é feita a inferência e interpretação qualitativa dos dados. É realizada a análise comparativa das diversas categorias ressaltando aspectos semelhantes e diferentes coletados nas entrevistas. Dada a importância da pesquisa, a fundamentação teórica comparada à realidade em cada amostra, evidencia significativas possibilidades de intervenções e métodos específicos.

Resultados 1

Descrição da intervenção proposta para mulheres vítimas de abuso

É difícil ser pleno como propõe a Igreja, se existe um capítulo não resolvido na infância. O abuso sexual na infância é na grande maioria, caracterizado pelo silêncio. É confuso para a criança, muitas vezes, culpabilizar ou perceber como violência um ato praticado por aquela pessoa próxima no qual ela confia. E é confuso também pelo fato da criança não ter maturidade biológica e nem psicológica para lidar com o que está acontecendo. Com o passar do tempo o segredo se mantém pela falta de confiança, vergonha, medo de julgamentos e por sentir-se culpada pela situação. Há toda a cultura de culpabilização das mulheres e crianças que é histórica em nossa sociedade. Aliviar suas dores, saber que não estão sozinhas e que os seus segredos também são os segredos de outras mulheres podem ajuda-las a reelaborar suas vivências dolorosas e auxiliá-las a terem uma vida mais plena.

Descrição

As mulheres podem ser mobilizadas em Igrejas, palestras, encontros, grupos sociais entre outros. A proposta interventiva está embasada na

Terapia Comunitária Integrativa (TCI), proposta por Barreto (2008). No primeiro encontro, fez-se Uma Roda de Terapia Comunitária e no segundo encontro foi realizado a Dinâmica da Esponja e Pérola criada pela pesquisadora embasada na Dinâmica da Pérola proposta por Barreto (2008). Segue descrição dos dois encontros interventivos e os passos seguidos.

Primeiro Encontro

No primeiro encontro interventivo preparar o local da seguinte maneira: colocar cadeiras em círculo no local e disponibilizar água, chá, copos e lenços de papel sobre uma mesa lateral de fácil acesso. Após o acolhimento informal e as acomodações dos participantes é dado o início seguindo os passos da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) proposta por Barreto: o acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, e fechamento.

Passo 01- Acolhimento

TERAPEUTA: “Agora nós podemos partilhar nossos sentimentos e aproveitar a oportunidade para falar sobre aquilo que tira meu sono, que me traz angústia, me deixa ansioso, triste e desanimado. Se você tem algo que esta lhe incomodando, te fazendo sofrer, poderá falar sobre o seu problema de forma breve, de maneira que todos entendam e em seguida decidiremos qual tema será escolhido para nos aprofundarmos e aí sim o tema eleito pelo restante do grupo terá a oportunidade de falar mais sobre o sofrimento.”

Passo 02- Escolha do Tema

TERAPEUTA: “Agora nós podemos partilhar nossos sentimentos e aproveitar a oportunidade para falar sobre aquilo que tira meu sono, que me traz angústia, me deixa ansioso, triste e desanimado. Se você tem algo que esta lhe incomodando, te fazendo sofrer, poderá falar sobre o seu problema de forma breve, de maneira que todos entendam e em seguida decidiremos qual tema será escolhido para nos aprofundarmos e aí sim o tema eleito pelo restante do grupo terá a oportunidade de falar mais sobre seu sofrimento.”

Passo 03- Contextualização

Terapeuta explica que esse é o momento onde a participante do tema eleito poderá contar a sua história e falar mais sobre isso. E, se alguém tiver alguma pergunta poderá fazer neste momento.

Passo 04- Problematização

TERAPEUTA: “Esse é o momento onde quem já viveu algo parecido poderá relatar e dizer o que fez para superar seu sofrimento, quem conseguiu transformar o seu sofrimento em força, quem pode transformar algo negativo em positivo.” Sugere: “É importante que você fale somente sobre você, não dê nenhum tipo de conselho, seguindo sempre os nossos combinados do início do nosso encontro.”

Passo 05- Fechamento

TERAPEUTA: Neste momento explica que podem levantar-se e um abraçar o outro ombro a ombro, fechando um círculo e que a participante que teve seu tema discutido no grupo poderia dizer o que aprendeu com a experiência do outro e o que levaria de positivo para a vida. Os outros participantes também poderiam manifestar seus sentimentos.

Sugestão de fechamento:

TERAPEUTA: “Todos temos nossos sofrimentos, nossa história de vida, nossos dilemas, mas hoje em especial nós vivenciamos nossas próprias experiências e também aprendemos com a do outro, pudemos desenvolver mais empatia pelos sofrimentos do outro e também como dissemos no início, quando a boca cala, o corpo fala, e nós falamos hoje para não adoecermos amanhã. Todas vocês se mostraram corajosas em vir até aqui e abrir seu coração, expor seus sentimentos e suas dores. E acredito que a partir dessa nossa experiência podemos como vocês disseram, sair daqui mais fortalecidas para vida.”

Segundo Encontro

No segundo encontro é feito a Dinâmica da Esponja e Perola que é uma variação da Dinâmica da Perola proposta por de Barreto (2008, p.104), modificada pela pesquisadora. Essa dinâmica tem como diretriz

“uma ostra que não foi ferida não produz perolas [...]”. Assim como no primeiro encontro, antes das participantes chegarem, preparar a sala da seguinte forma: as cadeiras dispostas em círculo, duas mesas de apoio com materiais para dinâmicas, água, copos e lenços de papel. O encontro foi organizado por etapas.

01 – Recepção

Aguardar cada uma na porta da sala e receber, e agradecer a presença de todas.

02- Explicar sobre o encontro:

TERAPEUTA: “Gostaria de lembrar que assim como no primeiro encontro é importante que tudo que vivenciarmos aqui hoje seja mantido entre nós, respeitando a individualidade de cada um”. Não devemos falar do outro, aconselhar e nem julgar, estamos aqui hoje para com o objetivo de refletir sobre nossas próprias experiências. “Esse é o momento onde cada uma de nós poderá dizer ao grupo como está se sentindo por estar aqui hoje e o que espera desse encontro.”

03- Dinâmica da Esponja e Pérola

Aplicação

Convidam-se as participantes para sentar-se em círculo e utiliza-se o roteiro do discurso para iniciar a dinâmica.

TERAPEUTA: “Hoje gostaria de conversar com vocês sobre a nossa infância. Essa é uma etapa da vida no qual absorvemos praticamente tudo que vivemos.” As impressões ficam gravadas em nossa mente, mesmo de forma inconsciente, ou seja, não apagamos aquilo que vivemos desde o nascimento, ao contrário muitos dos nossos comportamentos de hoje são pelo que absorvemos nos primeiros anos de vida. A “criança aprende por repetição, aprende pelos modelos e aprende experimentando novas situações”.

“Na infância pode nos ter faltado muitas coisas e pode ser que outras vieram em excesso, tanto as faltas como os exageros são absorvidos pela criança, nessa linha de raciocínio podemos pensar que as crianças são como esponjas que tem a função de recolher todo e qualquer material, líquido, sólido, limpo ou sujo.”

O TERAPEUTA comunica que receberão uma caixa e um pedaço da esponja, solicita que fiquem de olhos fechados e segurem a esponja.

Colocar uma música instrumental, como “Dreams - Ênia”.

TERAPEUTA: Minha proposta é que agora você possa pensar em você criança e em você adolescente, saia da posição de adulto e volte no tempo.

Feche seus olhos e segure o pedaço de espuma, na medida em que for se lembrando dos fatos que viveu na infância e que você não quer mais manter dentro de você, vá espremendo essa esponja e se permita sentir que esta se desprendendo de algo que não te faz bem. Vou fazer algumas perguntas apenas para te ajudar a refletir, responda apenas para você mesma. “Procure relaxar e se entregar, tente não distrair seu pensamento, viva apenas as emoções do momento presente”.

Pense nos seus primeiros professores, seus pais.... Como eram seus pais?

Como era o olhar da sua mãe?

Como seu pai te tratava?

Quem cuidou de você?

E quando você se machucou, quem te socorreu?

Você apanhou?

Quem bateu em você?

Você sentiu medo? De que você tinha medo?

Você tentou falar e te mandaram ficar quieto?

Você sofreu bullying na escola?

Você se sentiu ignorada pelos professores?

Você se sentiu humilhada na escola?

Você se sentiu humilhada pelos seus irmãos?

Sentiu-se humilhada por alguém da sua família?

Você foi abusada verbalmente?

Você foi abusada fisicamente?

Você foi abusada sexualmente?

Como aconteceu?

Você sentiu dor? Ainda dói?

Quem foi que abusou de você?

Você quer se libertar dessas dores?

Aperte esse pedaço de esponja com força e lentamente na medida em que conseguir, deixe a esponja cair no chão e relaxe suas mãos.

Sinta seu corpo, preste atenção nas batidas do seu coração, na sua respiração, você esta viva, foi difícil e doeu muito, mas você superou a tudo isso.

Continue de olhos fechados, apenas abra suas mãos. Concentrem-se apenas nos seus sentimentos agora. “Vou colocar algo em suas mãos, mas peço que não abra olhos ainda.”

O TERAPEUTA coloca nas mãos de cada participante uma pequena caixa com uma esponja no fundo e uma pérola em cima (modelo porta-joias).

TERAPEUTA: “Podem abrir os olhos e ver o que vocês tem nas mãos”. Veja que aí existe uma esponja que esta por baixo da pérola, essa esponja simboliza sua história de vida, sua infância, a sua raiz. Por cima esta a pérola que representa você hoje.

As pérolas são produtos da dor, resultados da entrada de uma substância estranha ou indesejável no interior da ostra, como um parasita ou um grão de areia.

As pérolas são produtos da dor, resultados da entrada de uma substância estranha ou indesejável no interior da ostra, como um parasita ou um grão de areia. Pérolas são feridas curadas, isso é o que diz a biologia. E hoje, você que foi invadida por algo estranho que lhe causou dor e sofrimento, foi capaz de resistir e tem uma pérola. A sua dor ontem é sua pérola hoje.

Partilhando a Experiência

“Sem o fundo musical o grupo é convidado a falar sobre a experiência vivida com a dinâmica.”

Encerramento

TERAPEUTA: “A pérola é uma lembrança para vocês e a esponja que esta no chão você pode decidir se quer levar consigo ou deixar aqui no lixo.”

Vamos dar um abraço coletivo, ficar abraçadas em círculo enquanto cantamos a música que será projetada: É Preciso Saber Viver – TITÁS Composição: Erasmo Carlos/ Roberto Carlos.

Resultados 2

Perfil das entrevistadas

Foram entrevistadas oito mulheres que participaram de Retiro para Mulheres numa cidade do Interior do Paraná- PR em maio de 2015.

Todas atenderam os critérios pré-estabelecidos: ser maior de 18 anos ter sofrido abuso sexual intrafamiliar na infância, ter convivido e/ou estar convivendo com um parceiro e, ter disponibilidade para participar da pesquisa.

As participantes estavam na faixa etária de 25 a 48 anos. Uma (1) de 20 a 29 anos, quatro (4) dos 30 a 39 anos, e três (03) dos 40 a 49 anos. Três participantes têm 02 filhos entre 11 e 15 anos, três participantes têm filhos entre 06 e 10 anos, uma participante tem um filho de 2 anos e outra um filho de 19 anos. Caracteriza fase do ciclo vital em que a maioria dos casais está com filhos na entre a pré-adolescência e a adolescência. Todos os filhos ainda moram com os pais.

Quanto à escolaridade, três (03) das participantes tem ensino fundamental II, duas (02) ensino médio, e três (03) possuem ensino superior. Três (03) das participantes são profissionais do lar, e (5) são profissionais liberais). A questão mista deste perfil, quanto à escolaridade e profissão, parece não interferir para que essas mulheres pudessem revelar seus segredos ou atenuar seus sofrimentos.

Todas são casadas pela primeira vez, com tempo de casamento mínimo de 08 anos (02 participantes) até 25 anos (01 participante). As demais participantes, possuem uniões de 09 anos (01 participante), 14 anos (01 participante), 16 anos (01 participante), 20 anos (01 participante) e 22 anos (01 participante).

Dessa amostra, todas praticam uma religião e são heterossexuais.

Resultados 3: Impactos

A Revelação

As mulheres participantes deste estudo enfrentaram sozinhas, ao longo dos anos, a elaboração dessa violência. Apenas duas contaram recentemente para outra pessoa o ocorrido. A (P8) contou para seu psicólogo e tem atualmente o suporte da terapia e a (P2) contou para a mãe. Essa teve a reação de querer resolver a situação tirando satisfação com o agressor e a filha pediu que não fizesse isso e o assunto da revelação ficou suspenso. Percebe-se falta de informação, esclarecimento e que não há mecanismos claros para a condução da elaboração desse assunto, e nem muitas informações nas diversas instituições (escolas, igrejas, hospitais, entre outros) para os devidos encaminhamentos.

Comunicação

Na fala das mulheres é possível perceber mensagens e alguns comportamentos que podem estar relacionados com o abuso sofrido na infância. A consciência do segredo as torna de certa forma, culpadas. As falas “nunca digo tudo” (P1), “mesmo que eu estou triste, prefiro dizer que não é nada” (P2), “prefiro sofrer sozinha” (P3), “prefiro ficar quieta, não compensa discutir” (P4), “quando eu tenho um problema eu só sei chorar” (P6). Essas falas podem inferir que elas mantêm o segredo pelo qual se sentem culpadas, e se culpam por criarem situações em seus relacionamentos no qual não sabem como lidar.

Não saber dizer não também aparece nas respostas e pode indicar uma postura de impotência, “não sei dizer não, muitas vezes aceito as coisas mesmo sem querer, tipo fazer uma compra, uma viagem, sei lá” (P7). Não compreender seu sofrimento de forma suficiente leva a vítima a diferentes posturas e atitudes. Brigas no relacionamento e a dificuldade de entender seus próprios sentimentos podem causar conflitos conjugais, tanto no âmbito da comunicação como no relacionamento sexual.

Falar sobre os sentimentos ajuda a tornar o relacionamento melhor e já é um avanço como relata a participante que teve “dificuldades no começo do casamento, mas hoje eu já falo sobre meus sentimentos. Mas sobre isso eu nunca contei” (P8).

Ao referir-se ao abuso a (P8) usa a palavra “isso” deixando claro como é estigmatizado e também doloroso falar sobre o acontecido quando criança com o cônjuge.

Percebe-se, nessa amostra, um tempo considerável de relacionamento conjugal no qual poderiam estabelecer-se vínculos de confiança suficientes para a busca do apoio necessário. Porém, os vínculos conjugais não garantem que os casais estejam preparados para lidar com a demanda do outro. As pessoas nem sempre estão preparadas para lidar com situações delicadas, como a violência infantil.

Sentimentos e Emoções

A culpa, tristeza, insegurança e desconfiança foram os sentimentos que se apresentaram em maior intensidade de acordo com as respostas das participantes. Esses sentimentos apareceram também nas falas das mulheres, de modo explícito ou implícito nas respostas de outras questões. Eles permeiam quase todas as falas. A revelação de um sentimento, como a desconfiança, por exemplo, como a de (P5), que responde a questão 10-

Como você avalia seu relacionamento com seu parceiro? “É ruim, por causa da minha desconfiança, sempre acho que ele está me escondendo alguma coisa”. A literatura aponta que as crianças, ao serem abusadas por pessoas, as quais, elas mais confiam, ou amam, tem dificuldades em compreender o sentido dessa confiança e dificuldades em confiar novamente.

O discurso pode marcar preconceitos em relação às mulheres, porque são carregados de “deveres” entre eles: “fazer seus maridos felizes”. A fala da (P2) na intervenção, no segundo encontro, aponta nessa direção. “Eu não devia ter me casado, não consigo fazer meu marido feliz, às vezes penso que ele devia me deixar, eu não sirvo pra isso, não gosto de ser tocada, não suporto quando me acaricia me dá muita agonia”. Referindo-se ao âmbito da sexualidade que parece ser o momento mais difícil para as mulheres lidarem com os sentimentos contraditórios que surgem. O toque, neste momento pode suscitar outros sentimentos e emoções fortes. O corpo sofre as consequências do sofrimento psicológico e emocional. O evitar o toque aparece na amostra nos interstícios das falas. (P2): “Eu vivo inventando desculpas, chego a fingir que estou menstruada, uso absorvente, tomo remédio de dor sem precisar, demoro pra ir pra cama, vocês não imaginam o que eu invento, minto”. Esse comportamento de evitar manter relacionamento sexual com o marido aparece na vida da participante como sentimento de culpa posteriormente: “Me sinto uma má caráter, não consigo nem orar a Deus pra pedir perdão, porque eu sei que não consigo mudar, no mesmo dia vou fazer de novo.” (P2). Depois de evitar o marido, vem à culpa, gerando assim, uma dinâmica que pode estar relacionada aos sentimentos de desânimo, angústia entre outros.

A ansiedade, o desânimo e o medo, aparecem com frequência de acordo com as respostas assinaladas na questão do número 9. O medo de perder o afeto familiar aparece implícito no cotidiano da (P4) “[...] tenho muito medo de perder minha família e, às vezes, eu deito na cama e choro muito antes de dormir, mesmo sem ter acontecido nada de importante.” Essas falas sugerem que os impactos do abuso ainda estão presentes na vida adulta destas mulheres mesmo que, muitas vezes, elas não tenham a percepção ou a consciência de que esses sentimentos podem estar relacionados às consequências da violência sofrida na infância.

A raiva, irritação e angústia também se fizeram presente nas respostas das participantes. Embora tenha aparecido com menos frequência essas emoções aparecem muito explícitas ao relatarem um pouco de seus cotidianos. (P2): “Muitas vezes, eu estou bem, mas do nada, eu começo a sentir falta de ar, sinto uma bola na garganta, meu peito dói, fico sufocada,

só passa depois que eu choro, oro a Deus”. (P4): “Choro muito antes de dormir, mesmo sem ter acontecido nada de importante. Sinto uma dor no peito, que me sufoca é como um nó na garganta.” Como diz Barreto (2008), o corpo está falando o que a boca está calando. Os sentimentos e emoções são energias que influenciam o corpo biológico e o fisiológico. Alguns sintomas presentes nestas mulheres podem ter relação com o segredo não revelado e os sentimentos encobertos, incontidos.

Afetividade e Sexualidade

Os sentimentos que as mulheres assinalaram com maior intensidade e os que flutuam em suas vidas no relacionamento conjugal atual, na maioria das participantes impedem uma comunicação plena no âmbito da sexualidade com seus parceiros. Mesmo com um longo tempo de casamento, não há confiança e segurança, suficientes para dividir essa dor.

Sentimentos de dor muito forte, mesmo depois de adulto e de tanto tempo após o episódio de violência ter sido praticado, chama atenção neste relato. (P1): “Eu não gosto de pensar sobre isso, mas hoje estou conseguindo falar pra você, mas dói, é ruim falar, é só isso mesmo.” Outra fala de (P2).” Eu tentei esquecer tudo isso, deixar pra trás, mas isso ainda me atormenta, contorce minha alma, é uma dor muito grande. Isto sinaliza o impacto do abuso praticado contra uma criança por uma pessoa querida de sua família. A incompreensão da época se perpetua, pois a dor de hoje ainda está presente e certamente ainda é incompreendida.

Em outra fala de (P2): “É difícil falar disso, eu não sinto raiva do meu tio, mas sinto vergonha, parece que eu sinto agora tudo aquilo, é um sentimento de tristeza a raiva parece ter sido sublimada, mas a vergonha e o sentimento de tristeza permanecem sem entendimento.”

No âmbito da sexualidade se evidencia um cotidiano marcado por submissão, solidão, convivência encoberta pelas convenções sociais. Ou seja, um esforço por parte destas mulheres em manter um relacionamento de acordo com o que a sociedade, a igreja, enfim as convenções de uma cultura consideram como adequado. As formas de aprisionamento camuflam sentimentos que podem refletir uma autoestima fragilizada. A vítima, (P5) quando relata “no meu relacionamento conjugal eu estou errada, me esforço pra mudar, mas não é fácil” sinaliza o quanto se sente culpada por não conseguir compreender a quão violentada se encontra. A violência, por vezes, torna-se incompreensível, pois se perpetua num ciclo vicioso.

Autopercepção do relacionamento conjugal

Sobre o relacionamento com seus parceiros, três (3) participantes avaliaram como sendo bom e justificaram pela ausência de brigas. Duas (2) entrevistadas responderam que o relacionamento é razoável: “às vezes tem brigas”. Esses indicadores apontam que as mulheres avaliam a qualidade do relacionamento pela quantidade ou ausência de brigas. Três (3) das participantes avaliaram seus relacionamentos como ruins. Essas se sentem sozinhas com a responsabilidade da família e, novamente abusadas. A fala de (P2) revela: “Não é bom, fico triste, ele é folgado, não gosta de trabalhar, só faz bicos, não me ajuda em casa, além de levantar cedo e pegar no batente, chego em casa e tem tudo pra fazer, não me ajuda com nada, sobra toda a responsabilidade pra mim. É mais um filho pra eu sustentar, eu sei que ele se aproveita de mim.” Os papéis estão confusos nessa conjugalidade. “eu sei que ele se aproveita de mim” confirma a consciência disso.

A fala na intervenção de (P3) pode ser sugestiva quanto ao sofrimento pessoal que interfere no relacionamento conjugal, mas também que se estende para além da conjugalidade: “Talvez eu também esteja fazendo mal pra minha família e também pra mim assim como fizeram comigo, porque aí eu não tenho prazer e nem meu marido, e ninguém tem culpa do que aconteceu no passado.” A intervenção proporcionou para essa mulher uma profunda e consistente reflexão depois de tanto tempo mantendo o segredo e sofrendo calada. Ao encontrar um espaço no qual pode sentir-se acolhida, e perceber-se igual a outras também mulheres que sofreram parecidos abusos, teve uma percepção de como ela poderia ser diferente com seu marido e com seus familiares.

Discussão

Este estudo sobre os impactos na conjugalidade do abuso sexual intra-familiar na infância teve momentos preparatórios importantes para que pudesse acontecer. Na primeira etapa, foi feita a mobilização e sensibilização das mulheres num Retiro Espiritual, o que possibilitou também, encontrar um número suficiente de pessoas, para uma amostra significativa. A pesquisadora foi um elo muito importante neste processo, porque foi participante do retiro e palestrante de alguns temas. Esse fato estabeleceu uma relação de proximidade, igualdade e confiança das mulheres que a procuraram para participar do estudo. Sem essa etapa seria difícil encontrar uma amostra significativa e participativa num único local. A segunda

etapa, a entrevista semiestruturada foi possível devido a esse vínculo com a pesquisadora criado no local do Retiro. E, posteriormente, a intervenção se justificou para dar suporte psicológico às mulheres participantes, tendo em vista a mobilização de conteúdos de temas sensíveis e dolorosos.

A complexidade do abuso sexual sofrido na infância com os possíveis impactos deixados na conjugalidade torna o tema extremamente desafiador. O contexto histórico de cada mulher confluiu-se em muitos momentos. O que parecia similar, em cada acontecimento revelou-se, no entanto, uma história muito pessoal, um contexto único e uma dor muito singular.

Casadas com o primeiro marido a um tempo considerável, todas praticantes de uma religião, com o segredo não revelado do abuso sexual intrafamiliar praticado na infância; essas mulheres, de maneira geral, apesar de se tratar de um tema delicado, da intimidade sexual e conjugal, foram sensibilizadas e sentiram-se confortáveis a participar dessa pesquisa e se permitiram às falas e envolvimento na intervenção.

Investigar quais as implicações que emergem no relacionamento conjugal que podem ser consequências de abuso sexual intrafamiliar permitiu, na análise de conteúdo, articular as falas das mulheres participantes e estabelecer algumas categorias.

O *abuso às avessas* é evidenciado pela confusão da criança no apoderamento do maior sobre o menor de modo sedutor e confiante. Um modo de abuso que confunde a percepção da criança que ainda está em desenvolvimento. Esse afeto 'abusado', deixou consequências evidenciadas nos relacionamentos afetivos atuais. Ao fazer vínculos reconectam com os vínculos feitos com familiares que as abusaram o que pode trazer lembranças de traição, desconfiança, culpas. Evidentes nas falas, onde aparecem sentimentos que as confundem.

Parece não haver forças o suficiente ou valorização de si, para o enfrentamento sobre a situação, seja no diálogo ou tomada de atitude. Apesar das falas revelarem histórias comuns entre casais evidencia-se que a intervenção poderia ser benéfica, uma vez que, há uma vítima da violência envolvida. Esse fato pode diminuir consideravelmente a postura dessa mulher no enfrentamento das situações de sua vida conjugal. É possível que não venham perceber outras formas de violências se repetindo, ainda que, por vezes, de forma sutil, nos seus relacionamentos.

Ao adentrarmos no impacto na vida conjugal, a não revelação do segredo sobre o abuso sexual sofrido na infância, uma vez que, apenas duas contaram recentemente, mostrou mulheres que enfrentaram sozinhas, ao longo dos anos, a elaboração dessa violência. Um contínuo existir com o silêncio e a dor foi o que nos possibilitou estabelecer relações

com a atual conjugalidade. Nas falas, os sentimentos da culpa, sempre muito presente, as levam a criar situações no âmbito da comunicação em seus relacionamentos, os quais não sabem como lidar. 'É melhor calar...' essa foi a leitura feita nas linhas e entrelinhas das falas das mulheres. O silêncio carregado de significados, ilegíveis pelos seus maridos é uma das comunicações evidenciadas nesta pesquisa.

As participantes da pesquisa trouxeram para a discussão o tema da culpa. Sobre a dificuldade quem tem em manter relações sexuais com seus maridos, das artimanhas que usam para manterem-se caladas por pensar que seus maridos poderiam culpá-las do ocorrido quando crianças. A literatura aponta que ao longo da vida, as pessoas que sofreram alguma forma de abuso na infância podem associar o sexo com algum elemento ou lembrança vivida durante a violência sexual que pode influenciar neste âmbito. Às vezes são pequenos gestos, comportamentos ou palavras que podem fazer com que se lembre de seus abusadores. A sexualidade é a parte mais íntima do casal e é compreensível que seja o mais difícil momento para essas mulheres.

Os possíveis impactos deixados pelo abuso sexual intrafamiliar na infância com relação à sexualidade, neste estudo, deixa indícios que existem consequências ao logo do tempo deixadas pela violação do desenvolvimento da sexualidade. Podem ser percebidos através dos sintomas fisiológicos e psicológicos relatados pelas mulheres como falta de libido, não gostar de ser tocada e não sentir prazer, fugas, desculpas e artimanhas diversas. A presente pesquisa converge com a literatura atual que descreve muitas mulheres vítimas de abuso na infância, que tendem a ter disfunções sexuais. Contudo, a maneira como a pessoa sofreu essa violência e como elaborou essa vivência pode ter implicações diferentes. As mulheres participantes deste estudo demonstraram isso em seus relatos.

Conclusão

Este contribuiu ao discutir alguns impactos do abuso sexual infantil intrafamiliar na conjugalidade, e pode se reportar à importância da mobilização e sensibilização dessas mulheres que sofrem caladas por muitos anos, sentindo-se culpadas, erradas como pessoa. Buscar essas mulheres que sofrem e que não chegam ao setting terapêutico, também foi o que mobilizou essa pesquisa. E é uma iniciativa possível de ser realizada. A Terapia Comunitária Integrativa proposta por Barreto (2008) foi o alicerce que criou as estruturas necessárias para a construção do ambiente de intervenção e de acolhimento.

*ABUSE IN CHILDHOOD: AN APPROACH
THROUGH INTEGRATIVE COMMUNITY
THERAPY AND DYNAMICS OF PEARL*

ABSTRACT: *The violence against women, whatever kind, (sexual, physical or psychological), compromise the emotional relationships in adulthood. The trauma caused by the abuse of women was worked in the thesis of the first author. The sensitization for the speech of women victims of sexual abuse took place through lectures with topics on: self-knowledge, self-esteem, emotional health, communication and marital relationship. By experience of the researcher, these women after the lectures, feels encouraged to reveal the secret. They were invited to take part of semi-structured interviews, and of two interventional meeting, with the five steps of Integrative collective therapy and the Dynamics of Pearl, modified, which he called Dynamic of Sponge. In the results, it became clear that the suffering remained, interfering in the conjugal life, with greater emphasis on spheres of intimacy and sexuality.*

KEY-WORDS: *Sexual abuse. Marital relations. Collective integrative therapy. Sponge dynamics.*

REFERÊNCIAS

ANTON, I. C. **A escolha do cônjuge:** um entendimento sistêmico e psicodinâmico. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.7, n.2, p. 3-11, 2002.

BARBOSA, L. V. et. al. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracajú/SE. **Interfaces Científicas: Saúde e Ambiente**, Aracajú, v. 1, n. 2, p. 9-20, fev. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: 70, 2004.

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

BELTRAN, P. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso infantil. **Papeles del Psicólogo**, Madrid, v. 31, n.2, p.191-201, 2010.

BIELLA, J. L. **Mulheres em situação de violência:** políticas públicas, processo de empoderamento e a intervenção do assistente social. 2005. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial286678.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

BOARATI, M. C. B.; SEI, M. B.; ARRUDA, S. L. S. Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.19, n. 3, 2009, p. 426-433.

DAY, A.; THURLOWB, K.; WOOLLISCROFTB, J. Working with childhood sexual abuse: a survey of mental health professionals. **Child Abuse and Neglect**, Elmsford, v.27, p.191-198, 2003.

FÉRES-CARNEIRO, T.; NETO, O. D. Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 46, p.269-278. mai./ago. 2010.

MADANES, C. **Sexo, amor y violencia:** estratégias de transformación. Barcelona: Paidós, 1993.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**, Recife: EDUPE, 2002.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., Brasília. **Anais...** Brasília: EnEPQ, 2013. p.01-14.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Iniciais: _____

Idade: _____ Grau de Escolaridade: _____

Estado Civil atual _____ Tempo: _____

Já foi casada ou teve um relacionamento conjugal? () sim () não quantos? _____

Profissão/Ocupação: _____

Orientação sexual _____

Numero de pessoas no núcleo familiar _____

Pratica alguma religião () sim () não

1. Qual o grau de parentesco da pessoa que abusou voce? (pai, irmão, tio, padrasto, outro).
2. Que idade você tinha quando iniciou o abuso?
3. Quanto tempo dura e/ou durou?
4. Você contou para alguém? () sim () não
5. Se sim na questão anterior, você teve apoio nesse momento? Em que consistiu esse apoio?
6. Se não contou na época, atualmente alguém sabe? Quem?
7. Você percebeu se o abuso sexual sofrido na infância/adolescência interferiu na sua vida afetiva conjugal () sim () não
8. Você tem algum tipo de dificuldade de comunicação com seu parceiro?
9. Quais os **sentimentos ou emoções** que estão ou estiveram **mais presentes** durante seu relacionamento atual e /ou passado:
 - a. Enumere em ordem **decrecente**, ou seja, do maior para o menor (10 - 01).
 - b. () ansiedade () culpa () raiva () tristeza () desanimo
 - c. () irritação () medo () angústia () insegurança () desconfiança
 - d. Outros: _____
10. Como você avalia seu relacionamento com seu parceiro?
11. Como é o convívio na vida sexual?
12. Você tem um convívio social? (rede de apoio)
13. Você teve ou tem algum suporte psicológico?
14. Você gostaria de falar algo mais? (Para relato livre de coisas que elas querem falar e que não foi perguntado)

Dinâmica da Esponja e Pérola

Ao som da música instrumental a pesquisadora vai direcionando lentamente as participantes:

“Pense nos seus primeiros professores, seus pais, como eram seus pais?

Como era o olhar da sua mãe?

Como seu pai te tratava?

Quem cuidou de você?

E quando você se machucou, quem te socorreu?

Você apanhou?

Quem bateu em você?

Você sentiu medo? De que você tinha medo?

Você tentou falar e te mandaram ficar quieto?

Você sofreu bullying na escola?

Você se sentiu ignorada pelos professores?

Você se sentiu humilhada na escola?

Você se sentiu humilhada pelos seus irmãos? Se sentiu humilhada por alguém da sua família?

Você foi abusada verbalmente?

Você foi abusada fisicamente?

Você foi abusada sexualmente?

Como aconteceu?

Você sentiu dor? Ainda dói?

Quem foi que abusou de você?

Você quer se libertar desses traumas?

Aperte esse pedaço de espuma com força e lentamente na medida que conseguir, deixe a esponja cair no chão e relaxe suas mãos.

Sinta seu corpo, preste atenção nas batidas do seu coração, na sua respiração, você esta viva, foi difícil e doeu muito, mas você superou a tudo isso.

Continue de olhos fechados, apenas abra suas mãos. Concentre-se apenas nos seus sentimentos agora. “Vou colocar algo em suas mãos, mas peço que não abra os olhos ainda.”

A pesquisadora coloca nas mãos de cada participante uma pequena caixa com uma espuma no fundo e uma pérola em cima (modelo porta-joias).

Aplicação da Dinâmica

Pesquisadora: “Podem abrir os olhos e ver o que tens nas mãos. Veja que aí existe uma esponja que esta por baixo da pérola, essa esponja sim-

boliza sua história de vida, sua infância, a sua raiz. Por cima esta a pérola que representa você hoje.”

“As pérolas são produtos da dor, resultados da entrada de uma substância estranha ou indesejável no interior da ostra, como um parasita ou um grão de areia. Pérolas são feridas curadas, isso é o que diz a biologia. E hoje você que foi invadida por algo estranho que lhe causou dor e sofrimento, foi capaz de resistir e tem uma pérola. A sua dor ontem é sua pérola hoje.”

Partilhando a Experiência

Pesquisadora: “Agora é o momento que se alguém se sentir à vontade para falar o que vivenciou com essa experiência, poderá partilhar com o grupo.”

A TERAPIA COMUNITÁRIA SISTÊMICA E INTEGRATIVA NO ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE E DO ADOECIMENTO NO TRABALHO DOCENTE

Ralph CASTRO*
Cinara Aline FREITAS**
Maurino Bertoldo SILVA ***
Eliete Pereira RODRIGUES****

RESUMO: Atualmente, há um aumento das responsabilidades dentro da escola, onde o professor assume cada vez mais inúmeros papéis, inclusive àqueles que antigamente eram exercidos pela família, precisando ter uma postura de equilíbrio em diferentes situações. A grande maioria dos estudos, além de relacionar as condições de trabalho e o adoecimento do professor, concluem que as transformações ocorridas na organização social e no trabalho docente, da década de 90 até hoje, permitem classificar esta atividade no Brasil como uma profissão de risco e insalubre. Este estudo procurou verificar se a Terapia Comunitária Sistêmica e Integrativa (TCSI) pode ser utilizada como instrumento de avaliação das condições do trabalho docente, tanto em Uberaba quanto no Brasil. Foram realizadas dez sessões de TCSI em dez escolas da rede municipal de Uberaba-MG com intenção de apontar os principais problemas, sentimentos e estratégias de enfrentamento dos professores. Relacionando os dados das sessões de TCSI com as informações de pesquisas sobre a

* Mestrando em Educação. UNIUBE - Universidade de Uberaba - Pós-graduação em Educação. Uberaba - MG - Brasil. 38010-200 - ralph.castro@uberabadigital.com.br

** Psicopedagoga e Analista de Gestão Educacional. Secretaria de Educação de Uberaba. Uberaba - MG - Brasil. 38061-080 - cinara.freitas@uberabadigital.com.br

*** Psicólogo. IPREM - Instituto de Previdência Municipal de Governador Valadares. Governador Valadares - MG - Brasil. 35020-020 - maurinobertoldo@yahoo.com.br

**** Bióloga e Professora de Educação Básica. Secretaria de Educação de Uberaba. Uberaba - MG - Brasil. 38061-080 - elieterodriguesvisa@gmail.com

temática saúde e adoecimento docente, é possível apontar a TCSI como ferramenta tanto de avaliação, quanto de enfrentamento das principais causas de adoecimento docente no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho docente. Saúde do professor. Terapia comunitária integrativa sistêmica.

Introdução

A escola, criada para transmitir conhecimentos e técnicas, atualmente tenta destinar o foco das suas ações para a formação do indivíduo como um todo. Ou seja, ideologicamente, a escola deve ir além de simplesmente criar mão-de-obra especializada, formando sujeitos críticos, participativos, capazes de colaborar na transformação da sociedade em que vivem. Neste sentido, a missão da escola hoje ultrapassa, e muito, suas finalidades desde sua criação nos moldes atuais, por volta do século XV. Em nossos dias observa-se um aumento das responsabilidades dentro da escola, onde o professor assume cada vez mais inúmeros papéis, inclusive aqueles que antigamente eram exercidos pela família, e muitas vezes, precisa ter uma postura de equilíbrio em diferentes situações. Outro ponto que interfere na prática docente é o avanço contínuo do saber, que afeta especialmente o professor resistente à mudanças e que não abre mão do modelo social de transmissor exclusivo de conhecimento (CARLOTTO, 2002).

Hoje, sobre seus ombros, os professores suportam e tentam carregar o duro peso da responsabilidade de serem vistos pela sociedade como o único ser capaz de determinar a prosperidade ou a marginalização do aluno. Ser professor também implica a exposição a ambientes conflituosos, de alta exigência, e múltiplas atividades, tais como: docência, tarefas extraclasse, reuniões, funções administrativas, atividades adicionais, orientações de alunos problemas (com relatos de ameaças verbais e físicas), bem como limitação de tempo para realizar as atividades. Além disso, está inserido num contexto de mudanças em que, alterações ambientais (políticas, econômicas, sociais e culturais) e as pressões decorrentes sobre determinadas tarefas têm alterado experiências de trabalho e seus significados. Essa situação estressante leva a repercussões na saúde física e mental e no desempenho destes profissionais (LANDINI, 2008).

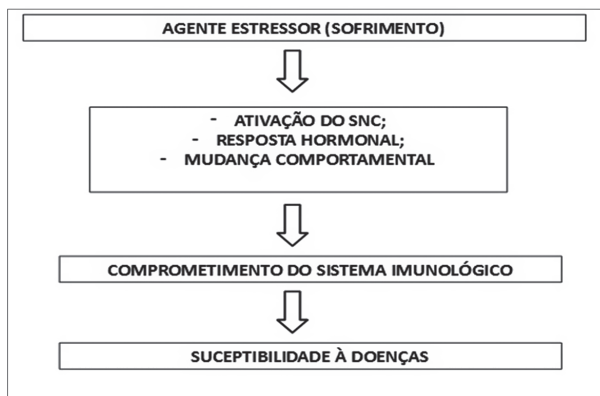
Miller (1992) afirma que esses fatos afetam a estrutura psíquica dos indivíduos e Dejours (1988) aponta a docência como uma profissão de sofrimento. Os desgastes físico e mental, ocasionados pelas exigências permanentes da profissão docente, trazem certamente, impactos em termos de bem-estar e saúde para a maioria dos profissionais da categoria. Não é preciso um grande esforço para perceber que o ambiente de trabalho docente (organização, exigência, baixa remuneração e falta de estrutura) implica em risco à saúde e qualidade de vida. Em outras palavras, pensando o adoecimento docente como fruto ou produto também das relações e das condições de trabalho, tanto a saúde como o adoecimento do professor podem ser melhorados ou agravados, conforme o grau de dedicação coletiva no sentido de humanizar o trabalho.

Esteve (1989) identificou cinco grandes mudanças sociais que impuseram certa pressão aos professores e que criaram condições para o aumento dos estudos sobre *stress* na categoria. São elas:

- A transformação do papel do professor e dos agentes tradicionais de integração social;
- As crescentes contradições no papel do professor;
- As mudanças nas atitudes da sociedade em torno do professor;
- A incerteza acerca dos objetivos do sistema educacional e da longevidade ou utilidade do conhecimento;
- A deterioração da imagem do professor.

A partir de um estudo realizado na Secretaria Municipal de Educação de Uberaba-MG (SEMED) analisou-se que as principais causas de afastamentos dos servidores apontam os problemas de saúde mental e osteomusculares como responsáveis por quase metade dos afastamentos e por mais da metade do número de dias afastados. Estes fatores guardam relação intrínseca ao sistema de trabalho, stress, sobrecarga e baixa qualidade de vida. Segundo A. Maia (2002) existe a interação entre o sistema imunológico e o sistema nervoso e endócrino, conforme Esquema 1:

Esquema 1 – Estresse e adoecimento docente



Fonte: A. Maia (2002).

A SEMED conta com sessenta e quatro (64) unidades de ensino, entre unidades urbanas e rurais. As escolas atendem crianças a partir dos seis (6) meses de idade na educação infantil e a alunos no ensino fundamental. Para atender a essa demanda e promover um ensino de qualidade, a SEMED possui um quadro total de 3997 servidores. Pensando em proporcionar uma melhor qualidade de vida aos seus servidores, esta secretaria se sente corresponsável pelos seus, e não poderia deixar de fomentar o “cuidado” com aqueles que têm como missão formar novos cidadãos. Com intuito de dar voz e acolher o sofrimento dos professores da rede municipal, a SEMED de Uberaba abriu espaço para a realização de sessões de Terapia Comunitária Sistêmica e Integrativa (TCSI) nas unidades escolares. A escolha da TCSI ocorreu por esta prática considerar que todos os indivíduos de uma comunidade, no caso a comunidade escolar, são responsáveis pela busca de soluções e a superação dos problemas. De acordo com Barreto (2005) a comunidade que tem o problema tem a solução. Desta forma a TCSI pode integrar os diversos saberes e contextos socioculturais ampliando as redes solidárias de promoção da saúde e cidadania. Além disso, a TCSI rompe com estratégias verticais e descontextualizadas por ser um espaço de partilha de experiências de forma horizontal e circular.

Nas sessões de TCSI as soluções nascem do grupo, por isso a prática favorece a autoconfiança coletiva e o sentimento de inclusão e pertencimento dos indivíduos da comunidade. Além disso, nas sessões, o sofri-

mento humano é entendido como uma fonte geradora de competência e, por isso, deve ser valorizado, resgatado e utilizado como instrumento para crescimento do indivíduo e da comunidade.

A TCSI tem como objetivo ouvir e compreender os problemas, as principais causas de sofrimento, os sentimentos e as estratégias de enfrentamento da comunidade. Em uma comunidade formada por profissionais e professores da rede municipal, este estudo procurou verificar se a TCSI pode ser utilizada como instrumento de avaliação das condições do trabalho docente. Além disso, buscou-se identificar os principais problemas enfrentados pelos professores da rede municipal; compreender os principais sentimentos e sofrimentos vivenciados pelos professores; determinar as principais estratégias de enfrentamento dos problemas dos docentes; comparar os principais problemas relatados nas sessões de TCSI com os principais problemas enfrentados pelos professores no Brasil.

Metodologia

Foram realizadas dez (10) sessões de TCSI em dez (10) escolas da rede municipal de Uberaba-MG, escolhidas de forma aleatória, com intenção de apontar os principais problemas, sentimentos e estratégias de enfrentamento dos professores. Além disso, também foi realizada uma sessão de terapia comunitária apenas com diretores das escolas. No total participaram das sessões 296 professores e 12 diretores da rede municipal havendo como critério de inclusão o interesse em participar da TCSI. As rodas foram realizadas por terapeutas formadores, professores do Curso de Terapia Comunitária de Uberaba, as sessões foram organizadas seguindo a metodologia desenvolvida pelo Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC), criada pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto e descrita no livro “Terapia Comunitária passo a passo” de Barreto (2005) conforme esquema a seguir:

- Acolhimento: boas vindas, celebração da vida e regras;
- Escolha do tema: apresentação dos temas, identificação do grupo com os temas apresentados, votação e escolha do tema;
- Contextualização: coletar informações para compreender o tema eleito;
- Problematização: Mote. Redimensionar seu sofrimento e descobrir que sua dor é a dor de muitos. A situação trazida pelo protagonista faz emergir situações semelhantes já vivenciadas, suas

respectivas estratégias de superação e socialização das estratégias de enfrentamento;

- Conclusão: Conotação positiva e socialização do que foi apreendido.

Em todas as sessões realizadas houve a preocupação em registrar todos os temas relatados, os sentimentos despertados e as estratégias de enfrentamento da comunidade. Ao final de cada sessão, a equipe de terapeutas se reunia com a finalidade de avaliar as atividades, registrar e organizar os dados. Após as sessões de TCSI os dados foram classificados, organizados e apresentados para profissionais e gestores da secretaria de educação do município.

Para comparar os problemas relatados nas sessões de TCSI com os principais problemas enfrentados por professores no Brasil, houve a necessidade de fazer um levantamento bibliográfico.

O levantamento bibliográfico foi realizado inicialmente no Portal de Periódicos da Capes utilizando os descritores “trabalho docente” e “mal estar docente” como assunto. Apareceram dois (2) trabalhos e apenas um (1) sobre o assunto. Utilizando os descritores “saúde do professor” e “Burnout” como assunto surgiu um trabalho com enfoque na saúde e na análise de prontuários. Ao buscar “saúde do professor” e “ensino e saúde” no assunto aparece um trabalho focado o ensino superior. Nenhum trabalho foi encontrado utilizando “saúde do professor” e “mal estar docente” como assunto. Utilizando os termos “saúde do professor” e “ensino fundamental” é disponibilizado apenas um trabalho que foca a discussão em práticas pedagógicas. Ou seja, em todo levantamento realizado no Portal de Periódicos da Capes apenas um (1) trabalho referente ao assunto foi “trabalho docente” e “mal estar docente”.

Outro banco de dados utilizado foi o google acadêmico, filtrando trabalhos produzidos em um intervalo entre 1999 a 2015 na busca avançada. Utilizando os termos “adoecimento docente” e “trabalho docente” no título, são dispostos doze (12) estudos dos quais, após a leitura dos resumos, sete (7) trabalhos foram selecionados. Ainda dentro do mesmo banco de dados utilizando os descritores “trabalho docente” e “saúde do professor” no título ocorre a presença de um (1) trabalho. Com a utilização de “mal estar docente” no título aparecem oitenta (80) trabalhos dos quais, após a leitura do resumo, apenas um (1) foi selecionado. Quando utilizado os termos “saúde” e “trabalho docente” no título trinta e nove (39) trabalhos são apontados e deles apenas seis (6) foram selecionados após a leitura dos resumos. Sem dúvida o maior número de trabalho apa-

rece ao utilizar o descritor “saúde docente” no título em que aparecem 150 trabalhos dos quais dez (10) foram escolhidos após a leitura dos resumos. Em suma, toda a pesquisa no banco de dados do google acadêmico apontou vinte e quatro (24) trabalhos entre artigos e dissertações produzidos em vários locais do território nacional.

Após a leitura de pesquisas e estudos, foram delimitados os principais problemas enfrentados pelo exercício docente no Brasil para posterior comparação com os principais problemas relatados nas sessões de TCSI por professores de rede pública de ensino infantil e fundamental da cidade de Uberaba-MG.

Resultados

No total foram realizadas dez (10) sessões de TCSI com professores e uma (1) sessão de TCSI com diretores da rede municipal de Uberaba-MG. Ao reunir e analisar todos os dados relativos aos problemas relatados nas sessões foi possível perceber e destacar que todos os temas poderiam ser classificados em cinco (5) categorias apresentadas de forma decrescente:

- 1º - Problemas relativos ao sistema de trabalho (principal queixa dos professores);
- 2º - Problemas relativos à família;
- 3º - Baixo salário;
- 4º - Problemas relativos ao relacionamento com alunos;
- 5º - Questões pessoais.

Em relação aos problemas do sistema de trabalho, os principais sentimentos despertados, segundo a fala dos professores, foram: frustração, impotência diante de problemas no trabalho, sobrecarga, falta de qualidade de vida, silêncio (3 rodas), descrença, decepção, tristeza, autoco-brança, falta de qualidade de vida, desmotivação, falta de reconhecimento e incompreensão. Quando arguidos sobre questões com a família, os principais problemas foram relativos a conflito, morte ou adoecimento de familiares.

No que diz respeito aos problemas com baixo salário, os sentimentos relatados pelos participantes foram, insegurança e desvalorização. Referente à relação com alunos, os principais sentimentos foram insatisfação e desrespeito. Sobre as questões pessoais que apareceram nas sessões,

os principais sentimentos apontados foram: culpa por magoar o outro, falsidade, traição, obesidade, problema de saúde, medo de morrer, agonia, impaciência e nervosismo.

Em linhas gerais, os principais sentimentos relatados pelos participantes em todas as sessões foram: frustração, impotência (problemas de trabalho), desvalorização, descrença, desrespeito, desmotivação, desespero, agonia, impaciência, nervosismo, sobrecarga, cobrança, insegurança (baixo salário), medo (baixo salário), insatisfação, autocobrança, culpa, traição, ansiedade e decepção.

Frente a tantos problemas e sentimentos despertados, professores e diretores foram perguntados sobre suas estratégias de enfrentamento, sendo elas: 1. Fortalecimento e empoderamento pessoal; 2. Busca de redes solidárias (amigos, vizinhos etc.); 3. Ajuda religiosa; 4. Ajuda profissional. É necessário ponderar que muitos profissionais, frente às dificuldades e a baixa remuneração, acabam optando por abandonar a atividade e estes profissionais logicamente não participaram das sessões de TCSI.

Levantamento Bibliográfico

Realizando um levantamento bibliográfico nas últimas décadas, sobre o estudo das condições de trabalho e do adoecimento docente, é possível apontar pesquisas em toda a extensão do território nacional, como: Rio Grande do Sul (Porto Alegre e cidades do interior), Rio de Janeiro, Bahia (Feira de Santana, Vitória da Conquista e Salvador) Minas Gerais (Uberlândia, Betim e Belo Horizonte), Paraíba (João Pessoa), Pará, Paraná (Cascavel) e São Paulo (Campinas e Ourinhos). Ou seja, a lógica e organização do trabalho e os fatores que levam ao comprometimento da saúde do professor desperta o interesse dos estudiosos já há algum tempo.

Todos os trabalhos selecionados representam um universo de aproximadamente 7919 professores da rede pública e particular de ensino, funcionários e professores universitários, além de aproximadamente 5000 alunos. O vasto número de pesquisados contribui para esclarecer, dar contornos e descrever os processos de trabalho e de adoecimento do professor no Brasil. A grande maioria dos estudos, além de relacionar as condições de trabalho e o adoecimento do professor, concluem que as transformações ocorridas na organização social e no trabalho docente, principalmente da década de 90 até hoje, permitem classificar esta atividade no Brasil como uma profissão de risco e insalubre (CARLOTTO,

2002; GOULART, 2003; CRUZ; LEMOS, 2005; ARAUJO, 2005; MENDES, A., 2006; ASSIS, 2006; REIS, E., 2006; FREITAS; CRUZ, 2008; ASSUNÇÃO, 2008; LANDINI, 2008; ARAUJO; CARVALHO, 2009; BASTOS, 2009; MENDES, M., 2010; MAIA, P., 2010; REIS, M., 2009; BRAND, 2010; MARCELINO, 2011; SCHWALM, [20--]; KAWAMURA, 2015; BERNARDES, 2015).

Para os autores, a estrutura produtiva, política e ideológica do capitalismo leva ao adoecimento docente, especialmente na educação básica. A ampliação do capitalismo em nível global promoveu e promove a competitividade, eficiência e lucratividade diminuindo os direitos de trabalho, especialmente, daqueles trabalhadores sob o jugo do estado (REIS, M., 2009; KAWAMURA, 2015; BERNARDES, 2015).

A ideia de uma escola como única instituição capaz de promover uma ascensão social, a capacidade de consumo, o sucesso e o fracasso do indivíduo, torna a escola um espaço de produtividade e de transmissão de conhecimento, com vistas à formação de mão-de-obra para produção e desenvolvimento econômico. Neste habitat, o professor é visto como um prestador de serviço, sendo cobrado e exigido além da sua capacidade (BRAND, 2010). O estudo de Landini (2008) também aponta a precarização do trabalho, principalmente por influência do capitalismo, como um dos principais fatores de adoecimento.

O baixo salário é o grande responsável pelo sentimento de desvalorização do professor. Soma-se ao baixo salário um contexto muito mais amplo, que envolve a falta de recursos e estrutura física inadequada como: poeira de giz, ruídos, falta de iluminação adequada, desconforto térmico, materiais didáticos inadequados, salas superlotadas (ARAÚJO, 2005; MENDES, M., 2006; REIS, E., 2006; ASSUNÇÃO, 2008, CRUZ; LEMOS, 2005; GOMES; BRITO, 2006; MARIANO, 2006; BASTOS, 2009; REIS, M., 2009; BRAND, 2010; MARQUES; FIRKOWSKI, 2013).

Todavia, a precariedade das condições de trabalho não é o único fator promotor de adoecimento, sendo outro ponto de debate, a organização do trabalho docente, que envolve questões como: jornadas duplas e triplas de trabalho, quase nenhum espaço (tempo e estrutura física) de descanso, refeições rápidas e em locais desconfortáveis, sobrecarga, ritmo e cobrança intensa de trabalho, falta de atividade de lazer e para o autocuidado, baixo suporte social (vínculo entre a equipe), faltas, absenteísmo, enxugamento da quantidade de profissionais, longos períodos na escola, nível de exigência e cobrança elevado, produtivismo acadêmico, necessidade constante de qualificação, exigência de alta concentração para dar conta das tare-

fas e escassez de feedback institucional (ASSUNÇÃO, 2008; LANDINI, 2008; MARQUES; FIRKOWSKI, 2013; ASSIS, 2006; REIS, E., 2006; BASTOS, 2009; REIS, 2009).

A profissão docente também implica relacionar com o outro, envolvendo as relações hierárquicas, com colegas, alunos, família e comunidade. Em um cenário de esgotamento físico e mental do professor, as relações e as interações ficam em constante estado de tensão. O professor é dia a dia obrigado a lançar mão de seus recursos biológicos, psíquicos e cognitivos para compensar a falta de recursos e garantir o aprendizado, ou seja, o professor paga com a própria saúde a garantia do processo de ensino aprendizagem (MENDES, M., 2006; GOMES; BRITO, 2006; MARIANO, 2006; REIS, E., 2006; ASSUNÇÃO, 2008; BASTOS, 2009; REIS, M., 2009; BRAND, 2010; MARQUES; FIRKOWSKI, 2013).

Muitos autores também concordam no que diz respeito à falta de autonomia do professor, pela imposição de conteúdos de livros e de processos de avaliação, que faz o docente perder a identidade com o conteúdo e com o trabalho, que fica cada vez mais estranho e imposto a ele. Ou seja, a perda da autonomia do professor diminui seu domínio sobre o processo e o produto de seu trabalho, alienando-o e desmotivando-o. A alienação e a desmotivação, frutos da perda de autonomia do professor, promovem sentimentos de tristeza, ansiedade, insatisfação, depressão, que por sua vez, promovem o adoecimento docente e aumento do número de licenças médicas. A área da educação é uma das que mais geram afastamentos por licença médica (ASSIS, 2006; ASSUNÇÃO, 2008; LANDINI, 2008; ARAÚJO; CARVALHO, 2009; REIS, 2009; MAIA, P., 2010).

Outro produto da falta de autonomia, perda de identidade, alienação e desmotivação é a mecanização e simplificação da atividade docente, onde a educação passa a ser encarada sob a ótica de transmissão de conhecimento para a formação de mão de obra. O professor, encarcerado em uma realidade opressora e sem voz, adoecido e mal remunerado, passa a se distanciar de seus ideais e a trabalhar mecanicamente, perdendo ao longo do tempo a identidade com a profissão. Nesse caminho, o abandono da profissão costuma ser a opção de muitos (ASSIS, 2006; ASSUNÇÃO, 2008; LANDINI, 2008; ARAÚJO; CARVALHO, 2009; REIS, M., 2009; MAIA, P., 2010).

Tanto o levantamento bibliográfico, quanto as sessões de TCSI denunciam que hoje o professor quase que diariamente enfrenta situações onde tem que assumir vários papéis, muitas vezes, assumindo o papel da

família, por exemplo, aumentando a sobrecarga no trabalho. No mesmo ambiente, o professor exerce a função de pai, amigo, confidente, avaliador (jugador), colega de trabalho, coordenador e, por isso, muitas vezes, precisa ter uma postura de equilíbrio em diferentes situações. Além disso, o professor é obrigado a destinar boa parte do seu tempo de trabalho para assumir serviços burocráticos e administrativos, por falta de funcionários, pessoas especializadas e para contensão de despesas (CARLOTTO, 2002; BRAND, 2010; CRUZ; LEMOS, 2010).

Os estudos e levantamentos sobre as condições de trabalho e a saúde do professor também relatam os principais sentimentos provocados pela atividade de ensino, são eles:

- Cansaço e esgotamento físico e mental, exaustão emocional (ARAÚJO, 2005; MENDES, M., 2006; GOMES; BRITO, 2006; ASSIS, 2006; REIS, E., 2006; FREITAS; CRUZ, 2008; MAIA, P, 2010; SCHWALM, [20--]; BERNARDES, 2015).
- Nervosismo, irritabilidade, esquecimento e hostilidade (ARAÚJO, 2005; REIS, E., 2006; LANDINI, 2008; BERNARDES, 2015).
- Frustração, insatisfação, desmotivação, tristeza, angústia, sentimento de inutilidade e vergonha (GOMES; BRITO, 2006; ASSIS, 2006; ASSUNÇÃO, 2008; LANDINI, 2008; BASTOS, 2009; CRUZ; LEMOS, 2010; MARCELINO, 2011).

Além de apontar as principais formas de adoecimento e sentimentos envolvidos no exercício da educação, os estudos também descrevem alguns tipos de comportamentos e atitudes frutos do ambiente de trabalho do professor. O convívio diário com situações estressantes, a falta de autonomia, a baixa remuneração e o risco à saúde e qualidade de vida muitas vezes induz o funcionário a lançar mão de subterfúgios para sobreviver e se proteger. Entre várias estratégias de proteção e enfrentamento estão o absentismo, o abandono da profissão, o pedido de exoneração, a acomodação (postura de distanciamento sobre a realidade), pedidos de transferência e greve branca (CRUZ; LEMOS, 2005; ASSUNÇÃO, 2008; LANDINI, 2008; KAWAMURA, 2015).

Desta forma, o grande número de atestados médicos na área da educação, muitas vezes compreendido como preguiça ou dissimulação do professor, revela uma triste realidade. O excesso de afastamentos dos professores deve ser visto como uma forma de expressão, descrevendo uma realidade institucional. O mesmo ambiente supracitado também favorece a passividade, o silêncio e o mutismo do professor. A sensação de que

“nada pode ser feito” e de que “nada nunca muda” desmotiva a equipe a discutir seus problemas, diminui os vínculos, a colaboração, fazendo crescer um sentimento de insatisfação e falta de identidade, afetando drasticamente os resultados, a produtividade e o desempenho do funcionário (GOULART, 2003; REIS, M., 2009; CRUZ; LEMOS, 2010; MENDES, A., 2010).

Resultados

Analisando os resultados obtidos, é possível perceber que as queixas em relação ao sistema de trabalho aparecem como principal fonte de sofrimento docente, tanto em Uberaba quanto no Brasil como um todo. O sistema de trabalho dos professores da rede municipal de Uberaba é apontado como principal fator gerador de sentimentos como: frustração, impotência (problemas de trabalho), desvalorização, descrença, desrespeito, desmotivado, desespero, agonia, impaciência, nervosismo, sobrecarga, cobrança, insegurança e medo (baixo salário), insatisfação, auto-cobrança, culpa, traição, ansiedade e decepção. Sentimentos frustração, insatisfação, desmotivação, angústia, nervosismo, insegurança, desvalorização, exaustão física, mental e emocional também foram descritos em pesquisas nacionais (ARAÚJO, 2005; MENDES, M., 2006; GOMES; BRITO, 2006; ASSIS, 2006; REIS, E., 2006; FREITAS; CRUZ, 2008; ASSUNÇÃO, 2008; LANDINI, 2008; BASTOS, 2009; MAIA, P., 2010; CRUZ; LEMOS, 2010; MARCELINO, 2011; SCHWALM, [20--]; BERNARDES, 2015).

Chama atenção que, em três (3) das dez (10) escolas onde foram realizadas as sessões de TCSI, os professores ficaram em silêncio quando houve espaço para falarem sobre seus problemas. O silêncio dos servidores fala a favor do sentimento de descrença no sistema, a crença de que nada será mudado e que todos os problemas dependem de vontade política e de figuras superiores hierarquicamente (LANDINI, 2008; MARQUES; FIRKOWSKI, 2013; KAWAMURA, 2015).

Fazendo uma leitura tanto em Uberaba quanto no Brasil, é possível perceber uma inversão de valores, ou seja, a lógica capitalista de produtividade, cobrança e baixo custo, quando utilizada no controle do ensino, oprime e desmotiva os envolvidos diminuindo seu desempenho profissional (LANDINI, 2008; MARQUES; FIRKOWSKI, 2013; KAWAMURA, 2015).

Ampliando o olhar para a rede de acolhimento e suporte à saúde oferecida aos professores da rede, é possível perceber que a concepção

presente nas escolas, de modo geral, é a de que o adoecimento docente configura-se como algo de responsabilidade individual, não percebendo, ainda, que o indivíduo não é o único responsável por ser portador de um sintoma ou de seu sofrimento, mas sim que existem relações que mantêm este sintoma. Tanto os resultados das sessões de TCSI quanto à leitura das pesquisas dão subsídios à crítica do tipo de atenção dada ao professor adoecido.

O professor adoece socialmente e é atendido individualmente, geralmente dentro de um consultório de alguma das especialidades médicas. O sistema de acolhimento ofertado aos professores da rede municipal é eficiente no que diz respeito ao acolhimento e tratamento do indivíduo, pois dispõe de plano de saúde para o servidor, bem como atividades terapêuticas, porém deixa a desejar em relação ao acolhimento coletivo. Estaria o médico, dentro do consultório, preparado para lidar com todo o contexto do adoecimento docente? Chama atenção a necessidade do enfrentamento coletivo de tudo aquilo que envolver o ser professor no Brasil nos dias atuais.

Em Uberaba outro fator apontado como que favorecedor do sentimento de descrença e desmotivação é o baixo salário, que impede o professor de ter acesso a atividades de lazer e relaxamento tão importantes para lidar com a sobrecarga e o estresse da atividade docente. Além disso, a baixa remuneração está associada a sentimentos de desvalorização e medo de não conseguir se sustentar, principalmente após a aposentadoria. O baixo salário também é associado a sentimento de desvalorização, insatisfação e desmotivação (LEMOS, 2005; MENDES, M., 2006; GOMES; BRITO, 2006; MARIANO, 2006; REIS, E. 2006; ASSUNÇÃO, 2008; BASTOS, 2009; REIS, M. 2009; BRAND, 2010; MARQUES; FIRKOWSKI, 2013).

Outro resultado obtido em Uberaba, nas sessões de TCSI, é o fato da ajuda profissional aparecer como a quarta estratégia de enfrentamento dos problemas. Estes dados vão ao encontro dos estudos que descrevem a descrença, a falta do sentimento de identidade e o desânimo em relação ao sistema de atenção dado ao professor. O sentimento de descrença no sistema de trabalho que, para o servidor, é frio e incompreensivo. Na hora de enfrentar os problemas, o servidor prefere enfrentá-los sozinho, buscar a ajuda de amigos, vizinhos ou a igreja antes de procurar a ajuda profissional (LANDINI, 2008; MARQUES; FIRKOWSKI, 2013; KAWAMURA, 2015).

Estes dados ajudam a entender porque existe o sentimento de descrença no sistema como um todo, e os sentimentos de impotência e de que

nada mudará. Outro ponto importante é que amigos, vizinhos e conhecidos podem não ter preparo para acolher e compreender o sofrimento do servidor, gerando ainda mais sofrimento e conflito (REIS, M., 2009; KAWAMURA, 2015; BERNARDES, 2015).

Considerações Finais (desafios / O Que Fazer / Propostas)

À luz de todos os dados apresentados, emerge a ideia de que é necessário um olhar mais compreensivo sobre o sistema de trabalho dos professores, tanto da rede municipal de Uberaba quanto do Brasil, não no sentido de propor ações estanques ou individuais, mas no sentido de dar voz àqueles que sentem os efeitos, muitas vezes pagando com a própria saúde o preço da carga de trabalho. No cenário atual as escolas e instituições de ensino devem, cada vez mais, debater e compreender que a solução dos problemas está no coletivo e em suas interações. A criação de espaços de partilha, de identificação com o outro e respeito às diferenças parece ser importante na promoção da saúde da coletividade e dos indivíduos. Em outras palavras, os problemas coletivos devem ser enfrentados coletivamente. Esta percepção ajuda a compreender a TCSI como importante estratégia para atender as demandas coletivas.

Através da realização de apenas dez (10) sessões de TCSI foi possível apontar vários fatores também enunciados em diversos estudos nas últimas décadas. Os problemas em relação ao sistema de trabalho foram a principal queixa nas sessões e nos estudos nacionais. Os sentimentos de frustração, insatisfação, desmotivação, angústia, nervosismo, exaustão física, mental e emocional apareceram tanto nas sessões de TCSI quanto no levantamento bibliográfico. Outro cenário descrito tanto em Uberaba quanto no Brasil, foi a da passividade e do silêncio, revelador de uma sensação de que nada mudará. Também aparecem em ambas as fontes de pesquisas queixas em relação ao baixo salário e a falta de apoio social e vínculo entre os membros da equipe. A presença de tantos achados comuns em Uberaba e no Brasil fala a favor da TCSI ser considerada como uma estratégia para dar voz e compreender o sofrimento e a realidade coletiva dos professores. Além disso, a TCSI é uma prática de baixo custo, versátil e que pode ser realizada em diversos contextos e ambientes, o que a credencia como um eficiente instrumento principalmente em locais com condições precárias de trabalho.

A TCSI é um espaço onde o servidor pode falar de si e não apenas de problemas técnicos, o que a torna uma proposta humanizadora, de promoção da saúde e combate ao estresse e adoecimento do professor.

Um grupo que não se expressa (o que pareceria significar que não possui temas) sugere, ao contrário, um tema trágico: o tema do silêncio que sugere uma estrutura de mutismo frente à força esmagadora das situações-limite. Apoiar a criação e manutenção de espaços de partilha, com a presença de terapeutas preparados para ajudar o professor, cansado, muitas vezes adoecido e desanimado, parece ser um caminho interessante. O coletivo e a comunidade escolar devem cada vez mais ensaiar uma forma de expressar seus sentimentos e quebrar seu silêncio. Desta forma, a TCSI também contribui para combater o sentimento de impotência do professor, uma vez que este passa a ter voz e participar das discussões a respeito do sistema de trabalho.

Em linhas gerais é possível argumentar, a princípio, que as estratégias utilizadas em Uberaba e no Brasil pouco interferem no coletivo e consequentemente produzem resultados pouco eficientes no sentido de promover a saúde da coletividade e dos indivíduos que a constituem. Este estudo deixa em aberto uma pergunta que permanece sem resposta coerente: Se o professor adoce socialmente porque tratá-lo individualmente? Parece importante que a TCSI faça parte de projetos mais amplos voltados à compreensão dos sofrimentos coletivos, à saúde do trabalhador, e para futuramente contribuir na elaboração de políticas públicas em educação. Chama atenção a necessidade do enfrentamento coletivo de tudo aquilo que envolve ser professor no Brasil nos dias atuais.

*THE INTEGRATIVE AND SYSTEMIC COMMUNITY
THERAPY IN COPING STRESS AND THE
TEACHING PROFESSION ILLNESS*

ABSTRACT: *In recent years, teachers and school have gained prominence over family in children's education. Most researches on the subject concluded that those changes in social organization and teachers' work contribute to create an unhealthier and more hazardous working environment for teachers. This study seeks to determine whether the Integrative Systemic Community Therapy (ISCT) can be used to evaluate the conditions of teachers' work, both in the city of Uberaba and in Brazil. Ten sessions of ISCT were carried out in ten schools in Uberaba-MG with the objective to identify the main problems on the teachers' perspective. Considering both the data of ISCT sessions and researches on teachers' health, it is possible, ISCT is a tool to better assess and tackle those issues.*

KEYWORDS: *Lecturer work. Teacher's health. Integrative and systemic community therapy.*

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. M. et al. Mal – estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29 n.1, p.6-21, jan./jun. 2005.

ARAUJO, T. M.; CARVALHO, F. M. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 107, p. 427-449, maio/ago. 2009.

ASSIS, F. B. de. **Síndrome de Burnout**: um estudo qualitativo sobre o trabalho docente e as possibilidades de adoecimento de três professoras das séries iniciais. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

ASSUNÇÃO, A. A. Saúde e mal-estar do(a) trabalhador(a) docente. In: SEMINÁRIO REDESTRADO: NUEVAS REGULACIONES EN AMÉRICA LATINA, 7., 2008, Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires: [s.n.], 2008. p.1-20. Disponível em: <http://www.fae.ufmg.br/estrado/cdrom_seminario_2008/textos/ponencias/Ponencia%20Ada%20Avila.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2005.

BASTOS, J. A. Q. R. **O mal-estar docente, o adoecimento e as condições de trabalho no exercício do magistério, no ensino fundamental de Betim-MG**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BERNARDES, A. T. Hegemonia neoliberal, precarização do trabalho docente no ensino público do estado de São Paulo e adoecimento: uma análise a partir de ourinho. **Revista Pegada**, Presidente Prudente, v. 16, n. esp., maio 2015.

BRAND, R. M. W. Um contexto em mudança: trabalho, saúde e profissão docente. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2.;

SEMANA DE PEDAGOGIA, 21., 2010, Cascavel. **Anais...** Cascavel: Ed. da UNIOESTE, 2010. p.1-15. Disponível em: <<http://cac-phil.unioeste.br/eventos/iisimposioeducacao/anais/trabalhos/174.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002.

CRUZ, R. M. et al. Saúde docente, condições e carga de trabalho. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia**, Jaén, n. 4, p. 147-160, 2010.

CRUZ, R. M.; LEMOS, J. C. Atividade docente, condições de trabalho e processos de saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, n. 24, p. 59-80, jan. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/742/3887>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1988.

ESTEVE, J. M. Teacher burnout and teacher stress. In: COLE, M.; WALKER, S. (Ed.). **Teaching and stress**. Milton Keynes: Open University Press, 1989.

FREITAS, C. R.; CRUZ, R. M. Saúde e trabalho docente. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 28., 2008. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: 2008. p.1-15.

GOMES, L.; BRITO, J. Desafios e possibilidades ao docente e à sua relação com a saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 1, p.49-62, 2006.

GOULART, J. A. et al. Afastamento para tratamento de saúde: sintoma institucional e recurso precário no enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho docente. **Revista Mal-Estar E Subjetividade**, Fortaleza, v. III, n. 2, p. 372-394, set. 2003.

KAWAMURA, E. A. **A saúde mental e a (re)organização do trabalho docente**: trabalho coletivo e poder agir. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2015.

LANDINI, S. R. Trabalho docente, precarização e quadros de adoecimento. **Revista da FAEBA: Educação e contemporaneidade**, Salvador, v. 17, n. 30, p. 117-128, jul./dez. 2008.

MAIA, A. Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, [Braga], n. 2, p. 207-225, 2002.

MAIA, P. A. **As condições do trabalho docente e suas interferências na saúde mental do professor**: um estudo sobre as licenças médicas. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2010.

MARCELINO, A. L. G. **Adoecimento docente**: narrativas do trabalho em busca do que viver. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MARIANO, M. S. S.; MUNIZ, H. P. Trabalho docente e saúde: o caso dos professores da segunda fase do ensino fundamental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 1, p.76-88, 2006.

MARQUES, L. B.; FIRKOWSKI, N. F. Saúde do docente: fatores que levam ao adoecimento mental da categoria no Brasil. In: JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE, 7., 2013, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Ed. da UFPR, 2013. p. 1-4. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2013/12/25_SA%C3%9ADE-DO-DOCENTE.pdf>. Acesso em: 21 nov.2016.

MENDES, A. R. Saúde docente: uma realidade a ser enfrentada a caminho do bem-estar e da realização profissional. In: MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO, 5., Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: PUC RS, 2010. p 533-535. Disponível em: <http://www.edipucrs.com.br/Vmostra/V_MOSTRA_PDF/Educacao/82148-ALINE_ROCHA_MENDES.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

MENDES, M. L. M. Condições de trabalho e saúde docente. In: SEMINÁRIO DA REDESTRADO–REGULAÇÃO EDUCACIONAL E TRABALHO DOCENTE, 6., 2006, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, Ed. da UERJ, 2006. p.1-10. Disponível em: <http://www.fae.ufmg.br/estrado/cd_viseminario/trabalhos/eixo_tematico_2/condicoes_trab_saude_docente.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

MILLER, H. **The state of the academic profession**. England: The University of Aston in Birmingham, 1992.

REIS, E. J. F. B. et al. Docência e exaustão emocional. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.27, n. 94, p. 229-253, jan./abr. 2006.

REIS, M. I. A. **Gestão, trabalho e adoecimento docente**: caminhos e descaminhos na Fundação Escola Bosque. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) - Instituto de Ciências da Educação, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

SCHWALM, P. H. Saúde docente: possibilidades e limites. **Dia a Dia da Educação: Portal Educacional do Estado do Paraná**, Curitiba, [20--]. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/859-2.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2015.

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CAMPO DE CONSCIENTIZAÇÃO EM UMA PRISÃO FEMININA

Rosalice LOPES*

RESUMO: Este artigo aborda utilização da Terapia Comunitária Integrativa - TCI numa prisão feminina na cidade de São Paulo. As Rodas de TCI aconteceram de dezembro/2012 a novembro/2013. Serão abordados aspectos gerais sobre criminalidade, características históricas das prisões femininas e a situação atual em São Paulo. Foram realizadas 32 de TCI totalizando 279 pessoas, sendo 258 adultos, 14 adolescentes e 04 crianças. Destes 278 eram mulheres e apenas 1 homem. Participaram presas, algumas gestantes, funcionários e estagiários de Psicologia e Serviço Social. O número de participantes nas Rodas foi variável e a maioria aconteceu com mulheres presas. O presente artigo aborda exclusivamente as experiências com as presas. Os procedimentos adotados seguiram o estabelecido durante a formação; em 31 das Rodas os participantes escolheram o tema, em uma delas seguiu-se o modelo de Roda Temática. É certo de que nesta experiência conseguimos constituir uma *diferença favorável* na relação com as mulheres presas.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia comunitária integrativa. Prisões femininas. Psicologia.

As Prisões Femininas e a utilização da Terapia Comunitária

As prisões, com uma estrutura e perspectivas ideológicas bem próximas ao que conhecemos atualmente, espalharam-se pelo mundo a partir do século XIX. É certo que, especialmente na Europa, já existiam prisões

* UFGD - Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados – MS – Brasil. 79825-070 - rosalicelopes@ufgd.edu.br

com alguns objetivos e características peculiares, mas elas não apresentavam o nível de organização produzido por um sistema de justiça penal que foi se estruturando e institucionalizando ao longo do século XX e que hoje, passados 15 anos do século XXI, atingiram um alto grau de complexidade na maioria dos países do ocidente e também no Brasil. Em nosso país, segundo dados publicados pelo Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN, em dezembro de 2013, tínhamos o total de 581.507 pessoas presas no sistema penitenciário – estadual e federal - e na polícia. Do total, 35.218 correspondiam a mulheres e destas, 21.610 já se encontravam condenadas e em cumprimento de pena nas diferentes unidades prisionais – de segurança máxima, de regime semiaberto, aberto, de medida de tratamento ou de internação – enquanto 11.272 eram presas provisórias aguardando julgamento e, por fim 2.336 encontravam-se sob custódia nas Secretarias de Segurança Pública (BRASIL, 2013).

Em diferentes estados brasileiros, na atualidade, as unidades prisionais para cumprimento de pena de privação de liberdade são administradas por distintas secretarias de estado. Em São Paulo, com Lei nº 8.209, de 04/01/93, que criou e o Decreto nº 36.463, de 26/01/1993, que organizou, surgiu a Secretaria da Administração Penitenciária - SAP, a primeira no Brasil, a tratar com exclusividade do referido segmento (SÃO PAULO, 1993a, 1993b). Há 22 anos uma secretaria específica cuida dos assuntos prisionais em um estado com 162 unidades, das quais 79 são Penitenciárias, 41 são Centros de Detenção Provisória, 15 são Centros de Progressão Penitenciária, 22 são Centros de Ressocialização, 01 unidade de Regime Disciplinar Diferenciado e 04 unidades Hospitalares, sendo 01 de tipo geral para atendimento ambulatorial e de internação para problemas de doença em geral e 03 para Custódia e Tratamento dos casos de medida de segurança.

As unidades prisionais localizam-se na capital e em cidades do interior do estado e estão agrupadas em 05 Coordenadorias Prisionais Regionais. A SAP conta ainda com uma Coordenadoria de Reintegração Social e Cidadania, uma Coordenadoria de Saúde, o Conselho Penitenciário, o Museu Penitenciário e o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, o único no gênero em nosso país. No que se refere ao universo feminino existem no estado de São Paulo 17 unidades prisionais, das quais, 08 Penitenciárias, 01 Centro de Detenção Provisória, 02 Centros de Progressão Penitenciária e 06 Centros de Ressocialização.

As prisões femininas são significativamente distintas, em sua dinâmica relacional, das prisões masculinas. Mesmo admitindo que as normas disciplinares em seu aspecto geral sejam as mesmas para homens e mulheres

presos, as necessidades, as queixas, a forma particular de enfrentamento do cotidiano é singularmente distinta quando se trata do aprisionamento de mulheres. No entanto, até bem pouco tempo atrás, inexistia uma real preocupação com as prisões femininas, fazendo suspeitar que, para as autoridades, aqueles locais eram considerados apenas como uma **espécie de depósito**¹ das mulheres que ousaram romper com a ordem estabelecida para quem tinha nascido com este sexo/gênero. A descrença social de que as mulheres eram e são capazes de cometer crimes certamente é um dos principais fatores que permitiram que elas fossem relegadas a um plano de quase invisibilidade nas políticas de segurança pública e de execução penal.

As relações sociais de gênero se processaram de tal forma em nossa sociedade que, ainda hoje é mais comum que se espere dos homens a prática de comportamentos violentos. A sociedade se surpreende quando algum fato noticia a **maldade ou a violência** de uma mulher. Mulheres que cometiam/cometem delitos, não eram/ não são vistas da mesma forma que homens que cometiam/cometem delitos. Permeando e influenciando a relação entre homens e mulheres existem na atualidade inúmeras concepções de gênero, mas a prática de crimes por mulheres parece continuar a ser uma espécie de interdição, um tabu. Afirmar que algo é um tabu tanto pode significar que este algo é sagrado e, portanto, o contato com ele é impedido, como também indicar algo perigoso, imundo ou impuro, como o crime, por exemplo. De alguma forma, as concepções de gênero sobre o que as mulheres devem ser, as impede de cometer crimes, sem que, concomitantemente, passem a ser vistas como más e, portanto, merecedoras de discriminação, humilhação, desvalorização, desprezo, descrédito e exclusão, porque a díade mulher e crime ainda é um tabu (LOPES, 2004).

Entendemos que foi a partir da década de 90 do século passado, com a adoção pelo Brasil de dispositivos já referendados em outros países, que o atendimento a mulheres presas passou ao campo da visibilidade e do planejamento de políticas públicas; aquelas que até então eram excluídas, especialmente em virtude do crescimento da criminalidade feminina, mobilizaram as autoridades a acabar com a severa cegueira e o triste silêncio mantido sobre a temática *mulher e crime* e a colocar luz sobre possíveis alternativas de intervenção.

É certo que as causas do distanciamento e da despreocupação para com as mulheres presas encontravam-se muito mais fora dos muros da

¹ Todas as marcações em **negrito** são destaques no texto produzidos pelas autoras com a finalidade de demarcar a necessidade de reflexão sobre o fato apontado.

prisão do que dentro delas e se relacionavam, como já dissemos, a certas inteligibilidades de gênero que diferenciavam mulheres boas de mulheres más. Essas concepções que afetavam e ainda afetam as relações sociais e determinam, de modo quase inconsciente, a forma como as mulheres devem se comportar e como deve se dar o desempenho de seus papéis na sociedade, também se refletem na forma particular de compreender e intervir junto às mulheres que se encontram presas.

Um dos mais significativos exemplos de papel social que uma mulher pode representar, e que conta com um absoluto reconhecimento social, é o de mãe. As mulheres mais más são aquelas que cometem crimes tendo filhos ou que acabam por tê-los na prisão. Criminalidade e mulher não produzem um par socialmente aceito, pois ainda é uma verdade para muitos que a maior virtude ou vocação de uma mulher é ser uma mãe (LOPES, 2004).

As teorias que explicam as práticas criminais evoluíram significativamente ao longo do século XX e início do XXI, mas ainda é difícil admitir, sem cautela, que o discurso que infantiliza a mulher, que entende suas condutas como produzidas por uma **maldade** natural como pensavam os teóricos do final do século XIX, especialmente no caso de mulheres que têm filhos e estão nas prisões, desapareceu. Para quem atua nas prisões é possível perceber que algumas particulares concepções de gênero sobre o **quê ou como** as mulheres devem **pensar e ser** ainda hoje são notadas nos pequenos gestos, em olhares, em silêncios, na ausência de assistência e no descaso para com as dores que elas vivem. Apesar de todos os dispositivos² jurídicos existentes para protegê-las, as mulheres presas ainda vivem uma triste condição de relativa invisibilidade.

Cabe ressaltar, segundo Lopes (2004) que as relações de gênero não teriam derivado de características inerentes ao macho e à fêmea que se complementam na procriação. Na realidade, estas concepções inter-relacionam-se de forma dialética dando oportunidade à superação das contradições nelas contidas. Se não consideramos gênero como relação social como oposições decorrentes de traços distintivos inerentes aos seres, somos incapazes de perceber os diferentes poderes detidos e sofridos por homens e mulheres. Dando destaque às ideias de Saffioti (1994), Lopes afirma que se gênero diz respeito a relações e a estruturas de poder, as pes-

² Os dispositivos que atendem as necessidades das mulheres presas no Brasil e no mundo são inúmeros, entre eles podemos citar as Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas para tratamento de Presos, Regras de Bangkok (BRASIL, 2016a); Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para mulheres infratoras (BRASIL, 2016b).

soas estariam situadas nos denominados eixos de distribuição/conquista de poder – gênero, etnia e classe social – em virtude das semelhanças que apresentam com determinadas pessoas e as dessemelhanças que possuem em relação a outras. Assim, por meio de tecnologias de gênero³ – práticas sociais e culturais – o sujeito é constituído simultaneamente em gênero, etnia e classe social. Promover a discussão das diferenças entre homens e mulheres como uma categoria isolada é o que permite a manutenção dos discursos discriminatórios.

Refletindo sobre estas ideias, o estudo de Kim et al. (2009) deixa claro as inter-relações entre gênero e classe social. Os autores realizaram uma pesquisa com 143 mulheres presas do Presídio de Brasília com a finalidade de verificar se os determinantes relacionados a situações sociais e econômicas poderiam produzir um comportamento criminoso. A partir da análise estatística realizada com o instrumento utilizado na pesquisa, o grupo de estudiosos observou na população brasileira uma série de aspectos convergentes aos grupos estudados em outros países da América do Norte e Europa. O estudo demonstrou

[...] que fatores relacionados a situações sociais e econômicas precárias atuam como condicionantes diretos da atividade criminosa. Destacam-se a renda na atividade legal, o estado civil e o tempo de condenação como determinantes na regra de decisão das atividades ilegais – tráfico de drogas, roubo, falsificação e homicídio. Primeiro a influência da renda na atividade legal demonstra que uma parcela significativa dos crimes está relacionada a fatores econômicos ou ao fato de haver uma forte relação entre baixos rendimentos e condições de desenvolvimento social e profissional (como concorrer de igual para igual com o sexo masculino em termos de cargo social, salários, respeito, etc.) levando-as, muitas vezes, à opção de incorrer em atividades criminosas como meio de sustento. Segundo, a maioria das detentas era solteira antes de serem presas. Isso explica que a ocupação dos cargos e das condições semelhantes às dos homens, as mulheres passam a dividir também suas angústias e necessidades. Assim, com a necessidade de garantir o presente, limitam-se

³ A expressão tecnologia de gênero é entendida aqui num sentido foucaultiano, ou seja, implica admitir que relações entre homens e mulheres são permeadas pelo poder, entendido como constelações dispersas de relações desiguais, discursivamente constituídas em campos sociais de força, permitindo a análise dos fenômenos tanto num nível micro como macro. Para Saffioti (1992), os espaços de poder da mulher se inscrevem muito mais no plano micro do que no macro das relações sociais.

às expectativas para o futuro e prioriza-se o imediato, o que pode facilitar, sobretudo, no caso das mais pobres e desamparadas a curto prazo [...] Terceiro, a verificação de determinantes características das detentas, de acordo com o tipo de crime, pode demonstrar alguns padrões importantes. No caso de tráfico de drogas, há um envolvimento representativo no aumento da participação de mulheres, confirmando que essa categoria de crime relaciona a baixa média de tempo de condenação em relação a outros tipos de crimes, o que pode indicar um incentivo a cometer esse tipo de delito. (KIM et al., 2009, p.40).

Muitos podem ser os determinantes de uma prática delitiva. Outros autores, assim como os mencionados, apontam para o fato de que a criminalidade feminina envolve uma série de inteligibilidades de gênero, produzem arranjos e acertos que na maioria das vezes colocam a mulher em risco e deixam claro que, diferentemente dos homens, as mulheres presas se tornam pessoas praticamente abandonadas, esquecidas e humilhadas nas prisões. (FERNÁNDEZ, 1995; GRAZIOSI, 1999; SMAUS, 1999; LOPES, 2004).

Em estudo realizado por Lopes et al. (2014) sobre visitas familiares a mulheres presas, fica evidente que a família – mãe, pai, irmãos não abandonam a mulher presa, mas seu parceiro, geralmente, não permanece ao seu lado. Não são poucos os casos de mulheres que adentram a unidade prisional na condição de gestantes e depois de permanecerem pelo tempo estabelecido por lei em nosso estado – 06 meses – ao lado do filho elas devem encontrar alguém que se responsabilize pelo bebê. Mas os sofrimentos adicionais não se encerram.

A estrutura física da unidade certamente interfere no bem-estar e na saúde mental da mulher presa. Deixando evidente que, também aqui, as questões de gênero se mostram atuantes nas prisões femininas, pois a maior parte delas não foi pensada para mulheres, ou seja, as mulheres presas ocupam espaços deixados por homens ou ainda espaços de outros tipos de unidade de internação ou reclusão – como conventos – que deixaram de funcionar. O estado de São Paulo é um dos poucos em nosso país cujas novas estruturas prisionais para mulheres vêm sendo admitidas como **pensadas para** elas. As necessidades das mulheres nesses locais vêm sendo mais pontualmente atendidas, com a presença de berçários mais equipados, creches e uma infraestrutura e espaço arquitetônicos voltados às suas necessidades revelando uma preocupação em oferecer à mulher presa um local no qual ela possa cumprir a pena e não adicionar à pena de

privação de liberdade, a pena de ter que (sobre)viver num local que agrava sua saúde física e mental.

Diante da realidade das mulheres presas, apresentadas neste texto de forma sucinta, encontrar modelos de intervenção que possam promover, em algum nível, a qualidade de vida das mulheres presas no interior das dessas instituições tem sido um dos maiores desafios do corpo técnico que atua nas unidades prisionais. Uma vez que nessas instituições, principalmente as de segurança máxima, o foco principal da ação dos agentes institucionais é a segurança, quaisquer atividades que desloquem mulheres entre pavilhões ou que promovam reuniões com um grande número de presas, produz sensível **incômodo** no cotidiano das atividades das oficinas se as participantes lá trabalharem, **atrapalha** o andamento das aulas das frequentam escola e **adiciona tarefas** aos agentes de segurança que devem acompanhar quaisquer atividades que acontecem na unidade.

Inúmeras ações visando, em algum sentido, a chamada reintegração social, já aconteceram e quase todas fracassam porque a dinâmica institucional promove um tal número de obstáculos às atividades – demora na entrega das convocações, desconsideração de encaminhamentos, impossibilidade de se ausentar do trabalho nas oficinas ou escola em detrimento da participação das atividades nos grupos de atendimento visando a reintegração social, etc. – que as pessoas, quer sejam participantes ou técnicos acabam por desistir.

Como afirmava Foucault (1977), a prisão por sua forma de controlar os corpos, o tempo e o movimento e limitar a autonomia ao invés de alcançar sua vocação de reintegrar pessoas, a realidade, reproduz criminalidade. No entanto, os idealistas e humanistas não desistem de propor ações que se voltem para mudanças e melhoria qualidade de vida das pessoas presas. Em mais uma tentativa de promover ações nessa direção, foram realizadas consultas juntos aos técnicos do sistema prisional, que optaram pela oportunidade de participar da formação em Terapeutas Comunitários, cujo objetivo era capacitar tais técnicos no manejo da técnica da Terapia Comunitária de modo a aplicá-la no cotidiano da vida das pessoas em condição de encarceramento. Esta formação teve início em dezembro de 2012.

Este artigo tem por objetivo relatar a experiência de utilização da Terapia Comunitária em uma unidade prisional feminina da cidade de São Paulo, considerada a maior unidade da América Latina, com capacidade para abrigar aproximadamente 2.500 mulheres. A referida unidade ocupa o edifício arquitetônico da antiga Penitenciária do Estado de São Paulo, edifício este tombado pelo Patrimônio Histórico, em virtude das

características de sua estrutura que segue os padrões ingleses do início do século XX. O edifício tem quase 100 anos, tendo sido inaugurado em 1920. A unidade é formada por três grandes pavilhões. As mulheres são divididas por tipo de condenação e também por pertencimento a grupos ou facções a exemplo dos presídios masculinos. Existe também um grande número de celas reservadas às mulheres que ainda não foram julgadas e, desta forma, esta unidade prisional também funciona como um Centro de Detenção Provisória.

Nessa unidade, são poucas as referências de um universo que podemos identificar como **feminino**, os corredores são úmidos, a iluminação precária e a ventilação sofrível. O grande vão central de cada pavilhão, em cada um dos andares, é preenchido com redes de proteção de modo a evitar qualquer tentativa de um **salto** ou **arremesso** irrefletido ou impulsivo. Os edifícios são altos e aos andares superiores só se chega por escadas de muitos degraus, cada pavilhão tem uma ala par e uma ímpar, as quais são separadas por dois longos corredores centrais, um no andar térreo e outro no primeiro andar, conhecidos como **galeria baixa** e **galeria alta**.

Durante um dia comum, uma constante e intensa vibração sonora atravessa todos os pavilhões da unidade. Em qualquer local que se esteja o som se faz presente, mais baixo ou mais alto, mas nunca ausente, um som resultante da conversa, dos cânticos dos rituais religiosos, dos jogos no pátio, dos pedidos feitos aos gritos a quem está distante. O silêncio, se acontece, não ocorre durante o dia. O eco dessas vozes conjuntas, **polivozes prisioneiras**, é ininteligível em seu conjunto, apenas se estamos próximos a um fato podemos entender o que acontece **naquele momento com aquela pessoa**, boa parte dos diálogos são cifrados, pessoas que andam para lá e para cá, lembrando as agentes de segurança e auxiliares sobre suas necessidades, um **falatório** que só tem fim na **hora da tranca**⁴. Em muitos momentos de trabalho naquela unidade, técnicos, agentes ou mesmo as mulheres presas parecem estar no interior da **Torre de Babel**.

O **falatório** das mulheres presas nos corredores dos pavilhões, mas também no interior das oficinas, na enfermaria e em outros locais é, com certeza, a ação que evidencia suas **vidas pulsando freneticamente**. Mulheres impedidas, limitadas e excluídas para as quais falar entre si, e por vezes de si, é uma das poucas ações autônomas admissíveis e, mesmo assim, filtradas pelas exigências normativas das **irmãs** que estabelecem o **comando moral paralelo** na unidade. Fazer parte de um grupo ou facção

⁴ A **hora da tranca** é o momento em que as presas são recolhidas às celas e são trancadas para serem novamente liberadas para suas atividades apenas no dia seguinte.

requer silenciamento e autorização para falar e falar muito com outros que não elas mesmas, pode fazer suspeitar uma delação. Esse falar intenso e expressivo, pode à primeira vista parecer desprovido de razões, mas é um engano. As falas são polissêmicas, existem as que falam para ouvir a própria voz, as que falam, mas não são ouvidas, as que são obrigadas a falar o que gostariam de segredar, as que reclamam porque não sabem negociar, as que gritam porque não conseguem mais dialogar. As mulheres presas enquanto falam sem cessar, fazem-nos refletir sobre a importância do silenciar para que seja possível ouvir **a voz que vem de dentro** na forma de pensamentos, sentimentos, reflexões. Apesar de terem tanto tempo ocioso, não há esforço para preenche-lo com aquilo que pode produzir alguma mudança, para transformar uma fala **sem sentido** numa troca **compartilhada**, para que se experimente ouvir e ser ouvido.

Foi pensando na possibilidade de produzir alguma mudança favorável na vida das mulheres presas que, na oportunidade do convite para participar de um curso de formação em Terapia Comunitária - TC, nosso interesse se efetivou em inscrição e participação, pois víamos na TC, a **oportunidade** de criar um espaço no qual monólogos, diálogos, discussões, acordos pudessem ocorrer, de favorecer trocas afetivas significativas entre as mulheres presas, oportunizar que cada uma das participantes do grupo acolhesse a dor e sofrimento da parceira e que todas, ao seu modo e tempo, pudessem vir a ressignificar suas próprias experiências na **vivência do grupo de TC**.

Terapia Comunitária: um campo de consciência

É certo que **falar qualquer coisa** não produz necessariamente mudanças e, especialmente em uma população prisioneira as transformações certamente são mais lentas, uma vez que a própria instituição prisional, em virtude da qualidade das relações que produz, não favorece a saúde mental de ninguém. Mas, com a utilização da TC no final de 2012 e ao longo do ano de 2013, pudemos experimentar, ao lado de algumas mulheres presas, algumas delas gestantes em distintos momentos da gravidez, **como** atribuir novos sentidos para a própria vida em companhia de outras pessoas que têm ou tiveram experiências semelhantes é extremamente significativo, favorece a reflexão sobre a própria vida, auxilia na descoberta de alternativas de enfrentamento dos problemas, promove a solidariedade, a humanização e, especialmente, amplia a qualidade de percepção sobre as escolhas e sentimentos, algumas das vantagens apontadas na utilização desta técnica criada por Adalberto Barreto.

A utilização da Terapia Comunitária – TC – na unidade feminina, surgiu como possibilidade de intervenção e de promoção de saúde para mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade e risco social. Barreto (2008) preconiza que o objetivo principal desta prática é auxiliar o indivíduo a sair de um possível sofrimento e submissão, atingir liberdade interior e autonomia e permitir às pessoas que se tornem mais conscientes e autoras de sua própria história, portanto é inegável o valor de sua utilização nestes locais.

Não é nosso objetivo neste texto descrever e refletir de forma aprofundada sobre os princípios teóricos da Terapia Comunitária, nem tampouco especificar detidamente os passos da técnica. Neste artigo, focaremos a atenção em alguns princípios – embora todos sejam importantes – que fundamentam a Terapia Comunitária, pois entendemos que eles são, no caso da aplicação da técnica nas prisões, sutilmente mais relevantes e abordaremos os passos da TC, salientando peculiaridades e importâncias no ambiente prisional.

Quando pensamos no atendimento de pessoas na condição de encarceramento por meio da Terapia Comunitária é admissível que esta experiência, ao mesmo tempo que agrega conhecimento ao corpo teórico da TC, em termos de sua aplicabilidade em diferentes campos, evidencia a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre os fenômenos psíquicos diferenciados que caracterizam a vida mental de pessoas que estão privadas de sua autonomia. Pessoas presas sentem e percebem a realidade de seu meio de forma distinta de quem está livre e, portanto, as experiências **intra e inter psíquicas** que se processam **nas/ e a partir** das relações de cada uma das mulheres encarceradas com as demais e delas com o staff institucional merece uma atenção especial. O bom andamento de uma Terapia Comunitária na prisão depende do entendimento de como estas relações se processam.

No que se refere à questão dos princípios ou alicerces teóricos da Terapia Comunitária, a reflexão sobre o pensamento sistêmico adquire, em nosso entendimento, qualidade diferenciada no ambiente prisional. Barreto (2008, p.27) afirma que o pensamento sistêmico:

[...] nos diz que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebemos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que ligam e relacionam as pessoas num todo que envolve o biológico (corpo) o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade. Tudo está ligado, cada parte depende da

outra. Somos um todo, em que cada parte influencia e interfere na outra parte.

Dessa forma, se todos estamos ligados, fazemos parte de um todo, no qual uma parte influencia a outra, estabelecemos na rede de relações o **pertencimento ao grupo**. Comumente pensamos no funcionamento de sistemas menores como nossa família, nossa comunidade religiosa, nosso ambiente de trabalho, mas quanto mais cresce o número de pessoas, mais complexos se tornam os sistemas, pois vão ampliando as conexões a tal ponto que, em alguns momentos, quase podemos ter a sensação de que não fazemos parte de algumas realidades sociais ou mesmo não interferimos nelas.

Um engano defensivo certamente, pois, absolutamente tudo o que acontece nos diz respeito em maior ou menor grau, com maior ou menor consciência ou capacidade crítica de nossa participação. A perspectiva sistêmica é dentre os conceitos apresentados por Barreto (2008) em seu texto, um dos mais relevantes, em nossa percepção, pois uma unidade prisional é um sistema particular, dentro de outros sistemas sociais, todos interconectados, embora muitos vejam a prisão como um local que abriga aqueles **que não mais pertencem**.

Lopes (1998), em seu estudo sobre agentes de segurança, obteve de seus entrevistados declarações que apontavam a prisão como “[...] um outro mundo”, “[...]um mundo à parte”, “[...] um mundo onde se entre de manhã, mas não se sabe se conseguimos sair no fim da tarde.” As declarações destes agentes são absolutamente paradoxais pois a prisão é deste mundo e desta sociedade, mas ao mesmo tempo eles trazem, em suas revelações, algo de distinto, algo que de fato acontece, apenas ali, na prisão. A prisão é um microcosmo **encapsulado**, de alguma forma a prisão filtra a realidade externa, segrega, separa e quase cria um **novo mundo** para quem está lá trabalhando ou cumprindo pena. Um exemplo do que Foucault (1977) apontava como a **celularização**, da mesma forma que aqueles que cumprem penas nas celas, os que trabalham (sobre) vivem em seus **casulos-salas**.

Os sentimentos e as realidades experimentadas nas prisões continuam sendo **humanos**, mas nas relações que se produzem ocorre uma exacerbação de alguns aspectos do psiquismo, os quais, no mundo externo, as pessoas, quase que habitualmente, costumam ignorar. É necessário admitirmos que as pessoas caminhando pelas ruas não ficam 100% do tempo olhando para os outros e esperando serem assaltadas, furtadas, sequestradas, estupradas, etc. Algo em nossa vida mental, além do chamado pacto

social que pré-estabelece o respeito mútuo entre todos os cidadãos, favorece nosso sentimento de confiança nas pessoas na maior parte de nossas experiências, embora seja natural que possamos desconfiar muitas vezes e isto é muito adequado.

Para que tenhamos a possibilidade de pertencer a um sistema, de nos sentirmos **fazendo parte dele** é necessário que possamos desenvolver **vínculos de confiança**. Na prisão, no entanto, as relações se estruturam, exclusivamente, na **desconfiança** não existe ali nada que favoreça a vinculação, ao contrário, todos os que estão presos sabem que ali estão porque traíram a confiança de alguém e quem trabalha sabe disso tanto quanto eles. As relações se mantêm por interesses, conveniência e favorecimento.

Sistemas que se estruturam com base neste tipo de qualidade relacional produzem, na melhor das hipóteses indivíduos neurotizados e **neurotizantes**, nos piores casos, a ruptura com o real é a estratégia defensiva que a psicose oferece. Nas prisões é pouco provável que as pessoas **se sintam parte de algo**, na realidade, elas expressam que desejam “[...] sair dali”, “[...] retomar suas vidas, suas relações” e especialmente sugerem que desejam voltar a **pertencer a um sistema**, na maioria das vezes o sistema primário familiar.

No entanto, cabe salientar, que algumas pessoas, por um histórico particular de vida, passaram anos seguidos de sua existência nas **instituições** abrigo para abandonados ou vitimizados, nas de internação por prática infracional quando adolescentes ou nas prisões já na vida adulta. Nestes casos a relação de **pertencimento**, tão crucial ao psiquismo humano, se estrutura nas relações **com os agentes e com o espaço familiarizado da instituição**. Estas são as pessoas que, depois de saídas e entradas acabam por confessar que não conseguem viver no **mundo externo**, comumente elas são conhecidas com **institucionalizadas**. As pessoas que trabalham nessas instituições por um grande período e que não são acompanhadas ou para as quais não sejam oferecidas oportunidades de reflexão e reciclagem, podem vir a sofrer de um mal semelhante aos que não conseguem mais viver fora de lá. Um agente de segurança expressou bem esse sentimento ou condição denominando-a de **síndrome de emparedamento**, um conjunto de sintomas que o trabalhador apresenta e que o assemelha às pessoas que estão presas – gestos, gírias, comportamento, além da corrupção (LOPES, 1998).

Seminotti e Cardoso (2007) ressaltam que quando estabelecemos uma relação de pertença a um grupo e, portanto, a um sistema, fazemos isso com o intuito de nos distinguirmos de outros. Neste processo são definidas fronteiras, o permitido, o proibido, o uso do tempo, um dentro e

um fora são estabelecidos objetivando que, juntos, seus membros possam fazer algo **em conjunto**. A perspectiva sistêmica e de pertencimento a um grupo ao mesmo tempo que nos aproxima pelo que temos de comum, nos separa por aquilo que temos de distinto.

A atividade na Terapia Comunitária traz consigo, durante a experiência do grupo, a possibilidade de **quebrar** com essa realidade tão cristalizada em nossas relações. No que diz respeito à realidade prisional, um espaço onde a desconfiança reina absoluta, a TC aparece como uma estratégia durante a qual cada um pode resgatar, **na experiência do grupo**, o saudável sentimento de pertencimento, uma vez que ele está diretamente relacionado com o sentimento de **ser reconhecido** e ser alguém diferenciado da multidão e, ao mesmo tempo, ser **alguém para o outro** e, portanto, alguém **para além do número de matrícula**. Ao produzir agregação, união, participação e troca, produz saúde mental. A TC permite resgatar pertencimento, mesmo que não seja da mesma intensidade e força do vínculo de pertencimento que nos liga aos nossos familiares, por exemplo. Tendo em vista que muitas pessoas presas são abandonadas por seus familiares a Terapia Comunitária permite a cada participante, resgatar, no mínimo, seu pertencimento ao **grupo de humanos**, grupo do qual todos eles são banidos, por outros humanos, quando cometem um crime.

A partir destas reflexões sobre o funcionamento do sistema relacional nas prisões e o sentimento de pertencimento, o Acolhimento é, com certeza um momento crucial na utilização desta técnica com pessoas encarceradas. A forma como são recebidas e acolhidas pode permitir a elas, gradativamente, a percepção de que são pessoas **bem-vindas e esperadas**, favorecendo um movimento de abertura de sua vida afetiva e sua participação no grupo, sendo claramente um movimento oposto ao que elas estão habituadas a viver no cotidiano da prisão. Dessa forma um Acolhimento adequado é favorecedor do desenvolvimento do sentimento de pertencimento ao grupo, ser recebido com uma música de boas-vindas é uma espécie de saudação à vida de quem chega, é reconhecer na pessoa que chega o valor de sua individualidade.

Outro princípio de relevância para a compreensão do valor que a TC tem no ambiente prisional é o da comunicação. No espaço prisional, houve época em que o silêncio era uma exigência e sua prática representava a possibilidade do indivíduo refletir sobre sua vida e seus atos (FOUCAULT, 1977). Felizmente ao longo das décadas a palavra passou a ser permitida e, como já dissemos é uma das poucas ações espontâneas que as presas podem ter, apesar das rígidas regras de convivência, quer sejam impostas por outras presas ou pelas normas institucionais, O **falatório**

cotidiano não produz entendimento é verborrágico, distenciona, serve apenas para que a energia contida no corpo extravase de alguma forma; uma forma desesperada de recuperar, em algum nível, a homeostase. Mas, o que o falatório revela para além da função de **extravasar tensões** e que ele é a manifestação **singular da ausência da regra** num ambiente onde praticamente tudo é controlado.

No espaço da TC, o falar é conduzido por uma sequência de regras que também são apresentadas no momento do Acolhimento, os participantes são orientados a fazer silêncio quando o outro fala, que cada um só fala de sua própria experiência e sempre na primeira pessoa “eu”, que o grupo não é local de conselhos, sermões ou julgamentos e que a história de cada um deve ser respeitada. Na dinâmica prisional as regras referem-se às necessidades de manutenção da segurança e disciplina, são regras impostas que limitam tempos e movimentos, que objetivam a homogeneização das internas, todas usam as mesmas roupas, caminham pelos corredores em determinada postura, não circulam em determinadas áreas, dentre tantas outras.

Na TC também existem regras, mas seus efeitos são significativamente distintos sobre as participantes porque as regras nas prisões são impostas a todos e cada um é um fiscal do outro no cumprimento das mesmas, o cumprimento da regra se faz no contra-controle de um sobre o outro. O **falatório**, neste sentido, também pode ser visto como a válvula de escape às regras. Na TC as regras são apresentadas, explicadas e seu sentido é apresentado como uma possibilidade de oportunizar a cada participante o direito de falar e ser ouvido **com respeito**. Dessa forma as regras são entendidas e assimiladas **na relação com o outro** e o outro se torna **um parceiro** não mais um vigia em potencial. As regras na TC têm o valor intrínseco de produzir regularidade e ritmo, permitindo que o **falatório** passe a ser uma **fala com sentido** e que **adquire sentido para o outra** que ouve, porque cada uma reconhece a importância do tempo para falar e do tempo para ouvir, do valor da experiência individual e de que todas as experiências têm valor.

Evitar o julgamento, uma das regras da TC num ambiente onde as mulheres presas continuam a ser julgadas mesmo depois da pena estabelecida, situações nas quais se evidencia o que Foucault (1984) denominou **microfísica do poder**, e que estão presentes nos comentários desonrosos das agentes de segurança, na demora ou ausência de atendimento médico, na precariedade das dietas para gestantes, na falta de medicamentos, na rapidez dos atendimentos médicos e principalmente no poder que é estabelecido pelas chefes de facções que cumprem pena na unidade e

que determinam, inclusive, um controle sobre a comunicação das demais mulheres estabelecendo regras sobre o que elas podem ou não falar, **que elas não devem chorar** e que não podem ficar muito tempo em uma mesma atividade oferecida pelos técnicos, pois as mulheres **podem vir a falar demais**.

Abandonar o julgamento é uma tarefa difícil para mulheres encarceradas, embora seja um dos mais nobres aprendizados que a TC oferece a elas. Quando uma ação de qualquer pessoa é julgada, ela é tomada como algo que **não deveria ser do jeito que é, porque o jeito que se apresenta é considerado falho, fraco e indesejável** e, dessa forma transmite à pessoa julgada, que sua identidade não está **de acordo** com o caminho correto ou que pode fazê-la feliz. Aprender a conter o julgamento está diretamente relacionado à possibilidade de desenvolver respeito pela diversidade, a alteridade, a diferença e permitir à pessoa que se aproprie de sua própria vida e de suas escolhas quaisquer que sejam elas. Não julgar favorece o desenvolvimento da integridade de cada participante.

Dessa forma, mais uma vez temos como destaque no processo da Terapia Comunitária, a etapa do Acolhimento. Entendemos que é neste momento que a pessoa pode **nascer para uma nova forma de compreensão**. É possível que esta compreensão não seja atingida da primeira, nem na segunda vez que uma pessoa participa da TC, mas a regularidade na repetição das regras permite que, aos poucos, elas sejam internalizadas e assimiladas por todos e cada um, fortalecendo a rede de colaboração, o sistema, a comunicação entre todos e, também o pertencimento e a confiança.

Por fim, um último princípio que entendemos de significativa importância ao ambiente prisional é a resiliência que, nada mais é do que a capacidade de enfrentamento das situações adversas de forma criativa e construtiva. Numa TC, os coordenadores não objetivam

[...] identificar as fraquezas e carências. Não tentamos diagnosticar os problemas nem os meios de compensá-los, pelo contrário, 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 e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade. (BARRETO, 2008, p.32).

A pena privativa de liberdade talvez seja o maior inimigo da **resiliência**, pois fragiliza, enfraquece, apazigua e mesmo domestica

muitos dos comportamentos e dos impulsos das pessoas presas, na melhor expressão foucaultiana, **quebra as resistências quer sejam de homens ou mulheres presas**. Ao final nada mais produzem do que uma moral heterônoma. As mulheres em cumprimento de pena são mais sensíveis do que os homens em condições parecidas, elas são mais solicitantes de atenção e os recursos das unidades, a exemplo da que realizamos as oficinas carecem de profissionais em número suficiente para prestar assistência psicológica e os medicamentos psicotrópicos passam a ser a melhor estratégia de controle dos comportamentos indóceis e incômodos.

Manter-se resiliente em uma unidade prisional não é uma tarefa para qualquer ser humano, pois as prisões **abrem fendas simbólicas nas pessoas presas, mas fazem escoar sentimentos verdadeiros de espontaneidade, vontade, criatividade, disposição e força**. A resiliência é um indicador de força psicológica. É muito provável que se encontrem muitas mulheres presas sem resiliência, portanto frágeis e sem perspectiva, mas a Terapia Comunitária é capaz de fazer ressurgir a resiliência em quem já a possui e mesmo fazer nascer em quem ainda não tem. Nas rodas de TC a resiliência pode ser observada nos rituais de agregação e conotação positiva pela qualidade da fala dos participantes e no caso das mulheres presas embora talvez com alguma dificuldade, muitas expressam sua resiliência por uma solução positiva encontrada, a criatividade e busca de alternativas diante dos problemas, a projeção ao futuro, um a vez que foram acolhidas e cuidadas podem admitir a possibilidade de **caminhar para o mais**, como diria Bert Hellinger (2009).

Método

Este artigo é um relato de experiência que apresenta os resultados de 32 (trinta e duas) Rodas de Terapia Comunitária ocorridas de dezembro de 2012 a novembro de 2013 e que foram supervisionadas pelos Coordenadores do CENPE – UNESP de Araraquara, numa unidade prisional feminina da cidade de São Paulo. Ao todo, participaram da roda 279 pessoas, sendo 258 adultos, 14 adolescentes e 04 crianças. Dos participantes 278 eram mulheres e apenas 01 homem e, dentre eles tivemos presas comuns, presas gestantes, funcionários e estagiários das áreas de Psicologia e Serviço Social.

O número de participantes em cada uma das Rodas foi variável e a maioria delas ocorreu com mulheres presas, sendo que este artigo se refere, exclusivamente, às experiências vividas com elas. Os procedimentos adotados na realização da Roda de TC seguiram o modelo estabelecido

durante a formação e, em 31 delas foram os participantes que escolheram o tema, apenas em uma seguiu-se o modelo de uma Roda de TC Temática, junto ao grupo de gestantes.

A organização do material colhido nas Rodas de TC, do qual apresentamos parte neste texto seguiu o modelo estabelecido pelo CENPE para o registro das atividades. No Formulário Padrão, continham informações sobre o Pólo Formador, do Endereço no qual aconteciam as rodas, os nomes dos Terapeutas e Co-terapeuta, Quadro com informações dos participantes – sexo, idade e quantidade de presentes à roda, Quadro com indicações gerais de possíveis temas apresentados durante a etapa da Escolha do Tema, Quadro do Tema Escolhido, o Quadros das Estratégias de Enfrentamento e o dos Depoimentos Significativos da TC e, por fim, espaço para anotação de indicação de possível encaminhamento e o tipo realizado. A análise dos resultados estará referenciada nos autores da área da Terapia Comunitária, da Psicologia de Grupos, da Psicologia, Psicologia Jurídica Prisional e Sociologia.

Os dados colhidos a partir dos temas apresentados e escolhidos durante as rodas foram organizados em Categorias de Análise, apresentadas abaixo. Entendemos que tais categorias agrupam sentimentos e experiências vividos pelos participantes ao longo das experiências nas Rodas de TC. Nas análises também serão discutidas as estratégias de enfrentamento e depoimentos relevantes trazidos pelos participantes. Entendemos que outros tipos de categorias análises poderiam ser elaboradas a partir do material colhido, mas estas foram as que elegemos para este momento.

Categorias de Análise

1. Filhos, a conexão com o mundo externo e a continuidade da vida.
2. Relacionamentos amorosos: as mulheres presas e o romantismo.
3. Autoestima: o desconhecido de si no espaço institucional

Apresentação dos Dados

Das 32 Rodas de Terapia Comunitária realizadas, foram pelos participantes um total de 111 temas. Deles 27 estavam relacionados a experiências de **estresse**, 19 a sentimentos de **rejeição e abandono**, 12 a conflitos familiares, 09 a **sentimentos de depressão e perda**, 05 a questões de **uso de droga e alcoolismo**, 04 relacionados a **conflitos** de modo geral, 03 a experiências de **violência**, 02 a problemas de **trabalho**, 02 a **problemas mentais**, 01 relacionado à discriminação, e dentre os demais propostos

pelo CENPE, os temas **prostituição e problemas escolares** não foram apresentados nenhuma vez. Os demais temas apresentados distribuíram-se de forma significativamente pulverizada na categoria *outros*, sendo que o tema **opressão** foi apresentado 03 vezes, saudades 03 vezes, tristeza 02 vezes e os demais, que incluem a **culpa, impotência, qualidade dos vínculos, desespero, saudade, política brasileira, mudanças nas celas, ética do crime, saudade, tristeza, mentira, vínculo e confiança, ausência do trabalho, vergonha, ausência dos filhos, opressão, humilhação, descoberta de doença – Aids, não querer viver e homossexualismo** apareceram uma única vez. A Roda temática versou sobre o tema **experiência de entrega do filho que nasce na prisão para alguém da família ou outra pessoa**.

De todos os temas sugeridos pelos participantes, após a eleição do tema a ser discutido, em ordem da 1ª à 32ª Roda tivemos os seguintes Temas como os escolhidos para a Contextualização e Problematização: **Ausência dos filhos, Tristeza por ter perdido o controle da vida dos filhos, Sentimentos de Perda e incapacidade de perdoar-se, Casamento frustrado, Separação dos filhos, Carência de Autocontrole, Eu quero dar o amor que tem em mim, Reciprocidade nos relacionamentos, Saudade, Arrependimento, Angústia e saudade, Sentimento de Opressão pela mãe, Sentir-se excluído e não entendido, decepção diante da doença, Drogadição da mãe, Desespero, Ausência e saudade dos filhos, Tristeza com a situação do filho, Tempo ocioso e ausência do trabalho, Como se sentirá com a entrega do filho, o que acontece no Brasil hoje, Injustiça da Justiça, Relação com o marido e confiança, Perspectiva de vida pós prisão, Culpa e mudança na aceitação familiar, Amizade, Adolescência, Eu sou negra e não gostam de mim, Discriminação, Medo de fazer a escolha errada e se arrepender, Não quero mais viver e Medo da morte.**

Das Temáticas de Enfrentamento diante do Tema escolhido, em 25 das rodas, apareceram as seguintes estratégias: **Fortalecimento e Empoderamento pessoal**, ou seja, **a capacidade de apropriar-se do seu poder de agir**, em 12 delas os participantes entenderam ser necessário **Buscar redes solidárias – amigos –**, 12 vezes as estratégias apontadas foram **buscar ajuda religiosa ou espiritual**, 12 vezes **cuidar e se relacionar melhor com a família**, 06 os participantes entenderam que a estratégia adequada é **buscar ajuda de amigos**, 19 vezes entenderam que uma estratégia adequada seria a **participação nas Rodas de Terapia Comunitária** e, na categoria *outros*, apareceram ainda como estratégias **preencher o vazio com alguma atividade, usar a ironia como forma de**

enfrentar situações desfavoráveis, estudar mais e se formar e, por fim sentar e chorar.

Com relação a Depoimentos Significativos apresentados pelos participantes na Etapa de Rituais de Agregação e Conotação Positiva as seguintes falas dos participantes⁵: “[...] Podemos confiar nas pessoas e não ter preconceitos; Podemos confiar nos outros; Quando cansar de nadar, viro de costas e boio e vi que o céu é azul; Sempre há possibilidade de mudança, minha dor não é maior do que a do outro; Eu pensava que estar na prisão ia me deixar dura, mas hoje eu percebi que meu coração ainda tem sentimentos; Vou pra cela e queimar tudo (cartas do antigo amor) precisamos dar, mas também receber; Foi uma experiência de superação; Eu senti esperança; A semana que vem vou ter algo para comemorar; Quando a relação não estiver equiparada, a gente deve ir esvaziando devagar para não explodir; Saudade é um sentimento bom, pois nos traz recordações de coisas boas; Eu quero o meu melhor; Olhando para o passado a cadeia foi mais boa do que ruim; Eu vou conversar com minha filha, descobrir que posso recuperar o tempo perdido; Eu aprendi que devo compreender, embora às vezes não consiga aceitar minha mãe; As coisas que vivo como adulto eu vejo que estou refletindo coisas de criança; Rir é o melhor remédio; Tudo passa até uva passa; O jeito é deixar pra lá; Para coisas importantes, incomodar até conseguir; Ter esperança, não desistir, viver um dia de cada vez; Quando estou em situação difícil e sem saída busco Deus; Buscar fazer o que pode quando não pode fazer o que quer; Pensar nos buracos do caminho, se estou diante de um buraco grande, melhor dar a volta para não cair nele devo aprender com os meus erros e me desviar dos buracos que conheço; Tudo passa e nada é eterno; Amanhã é outro dia; Sentar e chorar; Só Deus para nos ajudar; Por mais que eu tenha errado, não queria que isso acontecesse com meu filho; Vir aqui é muito bom ajuda a clarear o pensamento; É preciso jogar as coisas fora para receber novas; Eu vou sofrer, mas vou continuar lutando pelo meu filho; Eu vou ficar os seis meses com o meu filho, talvez esses sejam os únicos que vamos passar juntos; Se eu não tenho título não existo, o que eu sou? Estrangeira? De outro mundo? Eles estão sumindo com o povo da cracolândia por causa da copa, muita gente vai ser presa ainda; O governo quer a gente burra, precisamos ter mais consciência; Sinto muito remorso quando logo após fazer uso de crack peguei meu filho no colo e senti que ele teve uma crise de abstinência, minha história é a história de quem venceu o crack; Dar mais valor para as pessoas da família e pensar nos

⁵ As falas apresentadas aqui são transcrições literais dos participantes.

conselhos dos pais; Quando eu sair não vou abaixar a cabeça quando me disserem não vou continuar a lutar; Paz, estou alegre por falar coisas que não conseguia falar; Um amigo pode ser um porto seguro, mas também pode levar ao lixo, cuidado esse não é amigo, Deus é amigo; Quem ama também dá limites; Ninguém é melhor que eu só porque não é negra; A doença eu posso tratar, não sou inferior por causa disso, agora vou parar de rir ou ter medo de quem tem isso (Epilepsia); Ter coragem, paciência e foco; Eu quero viver, eu não quero ser ninguém, eu me amo; A morte é só uma etapa, tenho que viver a vida.”

Por fim, ainda quando aos dados que pretendemos proceder análises, resta mencionar das Rodas de TC as informações quanto aos encaminhamentos procedidos. Do total de 32 encontros foram realizados apenas 09 encaminhamentos sendo que 04 deles foram para o setor de saúde da unidade, especialmente no grupo de gestantes que apresentaram problemas por falta de acompanhamento continuado e um caso de participante HIV positivo, para orientações; 01 participante foi encaminhada ao atendimento do Serviço social e 03 para atendimento psicológico e 01 para a assistência jurídica da unidade.

Análise dos Dados

Como mencionamos anteriormente, a análise dos dados será conduzida a partir das categorias que utilizamos para organizar os temas apresentados e escolhidos. Dessa forma apresentamos a seguir nossas análises, entendendo desde já que elas são apenas uma perspectiva ou um olhar sobre a imensa realidade que as manifestações dos participantes puderam representar tanto para nós mesmos, no presente, como no futuro se viermos a rever o que pensamos hoje, como também para outras pessoas. Admitimos com isso, que muitas outras compreensões são possíveis e cabíveis e esperamos que elas possam surgir e ampliar a compreensão das experiências daqueles que atuam nas prisões para além do que pudemos alcançar.

Filhos, a conexão com o mundo externo e a continuidade da vida.

Em seu estudo sobre o Amor Materno em Mães Presas, Lopes (2004) menciona que para aquelas que fizeram parte de seu estudo, os filhos tinham um valor significativamente grande. Eles eram apresentados pelas mães como “**um dom de Deus.**” Para as mães pesquisadas por ela, receber o dom de ter um filho é uma graça que diferencia a mulher agraciada de

outras que podem ser apontadas como uma “**árvore seca.**” Não produzir um “**fruto**”, possivelmente, afasta a mulher do contato com o divino e transcendente. O filho entendido como um **dom** “[...] inconscientemente para a mãe encarcerada é a ponte que permite a ela transitar do mundo real – mundo de dores, humilhação, carências afetivas e de aprisionamento – para o mundo em que ela espera viver uma experiência de plenitude e felicidade, um mundo sem sofrimento.” (LOPES, 2004, p.145).

Nas diferentes Rodas de Terapia Comunitária, a temática dos filhos apresentou uma recorrência que devemos considerar relevante e que, confirmando as colocações de Lopes (2004) os filhos têm a capacidade de fazer com que as mulheres presas estabeleçam profundas reflexões sobre suas vidas. Entre as gestantes foi possível encontrar quem admitisse que ao ver o filho com crise de abstinência “[...] sentiu remorso pelo uso do crack”, outras querem ficar com os filhos “os [...] 06 meses” que a lei garante a elas, mesmo que, de forma dramática, tenha sido possível reconhecer, em virtude da longa pena, que estes poucos meses “[...] sejam os únicos que vamos passar juntos.” As mulheres presas ao pensarem em seus filhos nas rodas admitiram que os erros cometidos são vistos com muito sofrimento porque a mãe não quer que isso “[...] acontecesse com seu filho” fazendo clara alusão ao fato dele ir parar numa prisão.

A prisão embora seja uma instituição que subtrai tanto daqueles que lá passam anos de suas vidas parece que ainda mantém algumas pessoas com disposição para encontrar soluções alternativas no enfrentamento de seus problemas ou ouvir uma mãe afirmar que vai “[...] conversar com minha filha” porque durante o trabalho na Roda de TC descobriu “[...] que posso recuperar o tempo perdido” nos faz pensar que esta técnica agrega um profundo valor no sentido de despertar sentimentos e qualidades humanas que possam parecer esquecidas no mundo interno de pessoas que vivem **no esquecimento**. Para mulheres que participaram nas rodas e que tinham filhos temos a convicção de que muitas de suas relações puderam ser repensadas, pois como afirmava Lopes (2004, p. 145), o filho:

[...] devolve a mãe ao *domus*⁶. Ela, de alguma forma sabe que ele a permitirá, novamente resgatar o lugar de *domina* e *dominatrix*. Ela será, por intermédio de seu filho, reconduzida a sua casa e a sua família, será, novamente, não só a dona da casa, mas também senhora de seu próprio destino.

⁶ Domus, palavra derivada de **dom** significa casa e as palavras domina e dominatrix, respectivamente senhora da casa e senhora de seu próprio destino é uma alusão interessante à importância do filho na vida de uma mulher.

Nas palavras de uma participante de uma das Rodas de TC, podemos perceber que os filhos são capazes de mover forças incríveis em uma mulher e que as levam a admitir que “[...] Eu vou sofrer, mas vou continuar lutando pelo meu filho.” A prisão não é capaz de vencer o amor de uma mãe e nas Rodas elas puderam reviver esta força e aflorar este sentimento. Neste sentido, fica claro o que afirma Barreto (2008, p. 303), ou seja, que a TC “[...] é uma ação cidadã, que transcende classes sociais, profissões, raças, credos, partidos [até mesmo a condição moral, entendemos agora]. Cada um partilha seu saber, sua competência, construindo uma grande rede solidária.” A TC permite que as pessoas se recolorem em seus lugares que se (re) empoderem de suas vidas, escolhas e destinos.

Relacionamentos amorosos: as mulheres presas e o romantismo.

Mulheres presas têm necessidades afetivas como quaisquer outras mulheres. A vida na prisão é uma vida de apartação social, na qual, especialmente mulheres presas são frequentemente abandonadas pelos seus parceiros. Muitas delas estão presas porque foram flagradas levando droga ou celulares para eles na prisão, ou ainda se envolveram em uma vida de crimes porque os parceiros que cumprem penas as deixaram com filhos e sem outras oportunidades de inserção social. Segundo Machado et al. ([20--]) no texto Observatório Penitenciário, a influência de terceiros é o que mais influencia as mulheres à prática de crimes e estes, geralmente são parceiros com os quais elas mantinham vínculos afetivos e até mesmo tinham filhos, antes da prisão. Segundo os autores muitas mulheres foram presas na porta da prisão “[...] quando transportavam drogas para dentro dos presídios, principalmente dos masculinos, quando iam visitar familiares detidos.”

Muitas das mulheres traficantes, apesar de conscientes de que o seu ato representa transgressão à norma penal e sabedoras do repúdio social sobre a figura do traficante, não se reconhecem como criminosas, pois, para elas, as identidades relacionadas à vida doméstica – mãe, companheira, filha – sobrepõem-se àquelas que dizem respeito à sua condição de traficante. De fato, na visão das mulheres traficantes, suas múltiplas identidades não estão dissociadas no cotidiano. (PIMENTEL, 2008, p.7).

Observamos estes fatos claramente durante as rodas, as mulheres falam de suas experiências com os delitos, especialmente o tráfico, de uma

forma quase natural, uma espécie de decorrência de suas vidas e escolhas, mas depois que são presas, o abandono por parte dos parceiros, e a falta de confiança de que a relação se mantenha, é uma espécie de fantasma que as persegue. Pudemos perceber o alívio que foi poder falar que “[...] Vou pra cela e queimar tudo (cartas do antigo amor) precisamos dar, mas também receber” ao reconhecer que alimentava um amor **sem futuro** e dar-se conta que olhar para si mesma, para suas necessidades permitiria reconhecer que “[...] Eu quero viver, eu não quero ser ninguém, eu me amo.”

Muitas mulheres presas são românticas, sofrem de um amor estabelecido por inteligibilidades de gênero que colocaram as mulheres no lugar das **dependentes e carentes**, muitas vêm de família nas quais as mães já eram submissas e o modelo relacional era o do homem que **domina** e da mulher **que obedece**. Um amor sinônimo de subjugação que pode ser discutida e repensada junto a outras que viveram os mesmos determinantes e que puderam se conscientizar que “[...] É preciso jogar as coisas fora para receber novas [ou ainda que] Pensar nos buracos do caminho, se estou diante de um buraco grande, melhor dar a volta para não cair nele devo aprender com os meus erros e me desviar dos buracos que conheço.” A maioria das mulheres que participaram das rodas sabem de suas fragilidades. Poucos foram os casos de participantes das Rodas que sugeriam algum tipo de sofrimento mental mais severo, embora muitas tenham referido doenças mais comuns. Barreto (2012) afirma em seu texto que quando a boca cala os órgãos falam, assim sintomas tais com dores de cabeça, pela dificuldade de equilibrar as emoções, as dores de estômago, resultantes da raiva, ou ainda os problemas relativos à falta de ar, relativos à perda do território, são registros da ausência da fala sofre possíveis perdas, no caso de seus parceiros, mulheres que perderam seus parceiros, não tem confiança nas relações, que foram destituídas de seus *domus*, que perderam referências amorosas, mas que como toda mulher buscam afeto. Nas Rodas, para algumas a solução é “[...] deixar para lá”. Para outras “[...] em situação difícil e sem saída busco Deus”, mas a maioria, as Rodas permitiram perceber que “[...] Tudo passa e nada é eterno [...] Amanhã é outro dia.” Mas falar traz alívio e “[...] Rir é o melhor remédio.”

Autoestima: o desconhecido de mim no espaço institucional

O tema da autoestima foi, de longe, o que mais movimentou as rodas de Terapia Comunitária. Poder falar de si mesmas foi um grande exercício de (re) conhecimento para as mulheres presas. Falar de seus sentimentos,

sonhos, desejos, ao relatar às parceiras o que as afligia e perceber que suas parceiras sentiam e pensavam coisas semelhantes em suas experiências singulares, possibilitou que várias delas se sentissem mais empoderadas. Em nosso entendimento, autoestima, ou o amor por si, é um tipo de sentimento que guarda relação com a autoaceitação, na medida em que para amar a si mesmo a pessoa necessita aceitar sua história, seus determinantes socioculturais, sua família, tudo o que a constituiu, mesmo antes que ela pudesse saber quem era e ter consciência que era alguém que podia fazer escolhas. Somos seres constituídos socialmente, somos resultantes das experiências que temos junto a outros humanos.

Nem todos os seres humanos têm experiências felizes em seu desenvolvimento. Alguns nascem e não são acolhidos de uma forma amorosa ou não têm o que Winnicott (1994) denominou **mãe suficientemente boa**, ou seja, uma mãe com capacidade amorosa suficiente para promover um desenvolvimento adequado de seu filho (a) de modo que este ser humano atinja a maturidade sendo capaz de cuidar de si e respeitar os outros em suas singularidades. Muitas mulheres presas sofreram histórias de abandono e, portanto, apresentam problemas de autoestima e autoaceitação. Quando uma mulher presa manifesta em uma Roda de TC que “[...] Se eu não tenho título não existo, o que eu sou? Estrangeira? De outro mundo?” ela não está falando apenas do preconceito e da discriminação, ela também fala do difícil reconhecimento de que ela admite que algo **falta nela** e que a faz diferente, distinta, alguém que pertence **a um outro mundo**, um lugar que não a aceita **como ela é**, ou com as qualidades que ela tem.

As mulheres presas são cotidianamente **bombardeadas** com doses maciças de humilhação, discriminação e exclusão. A maioria delas vive situações de violência nos mais distintos tipos de serviço e atendimento institucional. Durante o período de realização das rodas de TC, acompanhamos gestantes em atendimento individual e tivemos a oportunidade de constatar que muitas delas se queixavam do atendimento médico “[...] eles nem olham para nós, não colocam a mão e nem falam direito com a gente”, outras iam realizar exames, mas retornavam **desconsoladas** porque os aparelhos estavam quebrados, também se queixavam da ausência de medicamentos, alimentação diferenciada, dentre tantas outras coisas.

Mas a precariedade na atenção básica à saúde das gestantes também se estende às demais mulheres presas e, como decorrência, interfere no **cuidado de si**, outro componente da autoestima. A saúde no sistema prisional é precária e mulheres presas são obrigadas a suportar este sofrimento cotidianamente. Mas, como diria Goffman (1975) as experiências

da criminalidade criam um tipo de estigma aos seus autores que, quase inviabiliza, em virtude do preconceito, a disponibilização de atenção e reconhecimento dessas pessoas como seres merecedores de respeito. Para muitas delas “[...] Sentar e chorar” ou só contar com “[...] Deus para nos ajudar”; essas falas que apareceram nas rodas denunciaram a dor e sofrimento ali existente.

A auto-estima nos conduz à felicidade, quando acreditamos em nós mesmos e em nossa capacidade de superar os obstáculos. Sentimo-nos mais confiantes, mais seguros, mais persistentes na busca do sucesso de nossos atos. Nessa caminhada, as quedas são atribuídas a nossas falhas. Assumimos nossos erros, nos corrigimos e prosseguimos com maior confiança em nossa capacidade de superação. Só podemos agir dessa maneira quando compreendemos o que está acontecendo, quando nos sentimos sujeito. (BARRETO, 2008, p.308).

As atividades nas Rodas de TC, especialmente para as mulheres que tiveram oportunidade de comparecer repetidas vezes, oportunizou uma reflexão mais marcante sobre a autoestima, sem que fosse necessário usar exatamente esta expressão. E os comentários surgidos ao final de cada roda era uma marca ou um registro de que estávamos no caminho certo ao oportunizar tal atividade em um meio tão inóspito como a prisão. **Apesar** da prisão, as participantes da TC externavam que “[...] Vir aqui é muito bom ajuda a clarear o pensamento”, para além de propiciar uma ampliação da capacidade de viver conscientemente, compreendendo o que os nossos atos podem ocultar como afirma Barreto (2008), as rodas possibilitaram a muitas mulheres experimentar um dos mais raros sentimentos vividos em uma prisão, a **confiança**.

Quando uma mulher assume diante de muitas outras que ali, na Roda de TC “[...] Podemos confiar nas pessoas e não ter preconceitos” e sentimos que “[...] Podemos confiar nos outros” constatamos que as Rodas são capazes de produzir nas mulheres presas o sentido de pertencimento, aquele que nos referimos no início deste texto como um dos mais importantes para a constituição de nossa subjetividade. A prisão é, por excelência, a instituição que subtrai dos internos o sentimento de pertencimento e sem ele nossas vidas ficam esvaziadas de afeto e esperança.

Segundo Barreto (2008) as pessoas que não se aceitam não têm um futuro promissor. Dessa forma, oportunizar que as mulheres possam falar de si, de seus acertos e de seus erros, que possam compartilhar suas experiências e perceberem-se como seres pensantes, seres que sentem e que são

capazes de assumir responsabilidades inclusive morais, por seus atos no mundo exterior é produzir autoaceitação e autoestima. Aquele que aprende a se aceitar e a gostar de si mesmo torna-se apto a se “[...] adotar como pessoa” e assim tornar-se amigo de si mesmo (BARRETO, 2008, p. 310).

Uma das mais expressivas colocações sobre o aprendizado da autoestima e da possibilidade de se estabelecer mudanças qualitativas na vida veio da seguinte colocação de uma presa ao final de uma Roda “[...] Quando cansei de nadar, virei de costas e boie e vi que o céu é azul”, outra se coloca deixando claro o quanto as experiências das parceiras se espelharam na vida dela, pois “[...] Sempre há possibilidade de mudança, minha dor não é maior do que a do outro.”

Quando as mulheres presas que participaram das rodas começaram a olhar para elas mesmas e iniciaram o processo de aceitação, fazendo uma avaliação do passado foi possível admitir que até mesmo na prisão se aprende algo e que “[...] a cadeia foi mais boa do que ruim.” Mesmo que suas palavras possam ser questionadas e que saibamos que são bem poucas as coisas boas que existem numa prisão, aquela mulher talvez se referisse ao fato de que com suas participações nas Rodas, ela pode perceber **algo em sua vida** que a fez atribuir algum valor para a experiência prisional e isto foi importante para ela. As Rodas de TC trouxeram à consciência de cada participante que é possível falar de si, de trocar, de criar um ambiente, mesmo na prisão, no qual, **pertencer** pode ser uma realidade e é só quando nós pertencemos a algum tipo de sistema relacional que podemos nos sentir reconhecidos e aceitos.

Conclusões

As prisões são instituições reprodutoras de abandono, solidão, desprezo, exclusão. Levar para este local a experiência da Terapia Comunitária implicou coragem, paciência e perseverança das técnicas envolvidas. É uma tarefa complexa enfrentar a resistência, sempre presente, das atividades de segurança, da indisposição dos agentes de segurança em deslocar mulheres entre os pavilhões para que elas pudessem participar dos encontros, além é claro da resistência das próprias participantes que, embora não pudessem admitir textualmente eram cobradas pelas **irmãs** que comandam o que elas denominam **a ética da prisão**.

Mas para além de todas as dificuldades vividas devemos considerar a experiência exitosa no sentido de que todas as participantes, especialmente as mais frequentes, visivelmente produziram mudanças em seu mundo interno. Seus semblantes se iluminaram, seus olhares eram mais diretos,

seus sorrisos mais francos, suas palavras mais espontâneas. Ao final de cada Roda de TC, vivíamos uma verdadeira experiência de **troca humana de experiências e afetos**. Todos os participantes, quer fossem as mulheres presas ou as terapeutas, puderam olhar para dentro de si mesmos e experimentar algo mover-se no sentido do mais, no sentido da ampliação e da maior consciência sobre si e sobre o outro como um igual em humanidade.

Temos a absoluta convicção de que a experiência da Terapia Comunitária Integrativa nas unidades prisionais é uma das melhores alternativas em termos do que podemos admitir como reintegração social, ou seja, a possibilidade da pessoa presa olhar para si mesma, aceitar-se, refletir sobre sua história e vida **com outras** mulheres que vivem experiências semelhantes.

O objetivo da TC não é outro senão promover saúde. Nas Rodas ninguém é melhor que ninguém, todos se respeitam, todos têm um lugar e a oportunidade de fala, todos se tornam co-responsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano. É certo de que nesta experiência conseguimos constituir uma **diferença favorável** na relação com as mulheres presas. Foi extremamente produtivo poder transformar o **falatório** cotidiano em falas com sentido, repletas de sentidos pessoais que traziam suas reflexões sobre a vida e a experiência do encarceramento, assim como reflexões sobre possibilidades de mudança no presente, ali mesmo **na prisão**. Uma delas, ao final afirmou “[...] Eu pensava que estar na prisão ia me deixar dura, mas hoje eu percebi que meu coração ainda tem sentimentos.” Perceber-se como alguém que tem sentimentos **na prisão** é ser alguém que está aberto à sensibilidade, à percepção e à mudança. Bastaria que continuasse a ser acolhida e a se sentir pertencendo, a fazer parte de uma experiência **com sentido**, em meio a experiências absolutamente sem sentido que acontecem nas prisões.

Nossa expectativa ao final é de que esta experiência pudesse ser replicada muitas vezes, na mesma unidade e em outras e que esta técnica se tornasse parte do cotidiano de trabalho junto aos encarcerados. O investimento na formação de Terapeutas Comunitários é insignificante diante dos ganhos que se pode obter junto às pessoas presas com sua utilização. Fica a indicação e o convite. Que outros se formem e que outros se disponham a trabalhar com esta ferramenta extremamente transformadora. Nossa gratidão eterna às participantes que suportaram nossa ignorância durante o aprendizado e à equipe de formação pela paciência e confiança.

*THERAPY COMMUNITY INTEGRATIVE:
AWARENESS COURSE IN A PRISON WOMEN*

ABSTRACT: *This article discusses the use of Integrative Community Therapy - TCI in a women's prison in the city of São Paulo. The TCI Circles of chatting happened December / 2012 to November / 2013. They will discuss general aspects of crime, historical features of women's prisons and the current situation in São Paulo. 32 TCI were performed totaling 279 people, adults were 258, 14 and 04 children adolescents. Of these 278 were women and only one man. Participated arrested, some pregnant women, employees and trainees of Psychology and Social Work. The number of participants in the Circles was variable and most happened to women prisoners. This article discusses only the experiences with the prey. The procedures adopted followed the established during the training; 31 Circles of chatting of participants chose the topic, one of them followed the Thematic Circle model. It is true that this experience could be a favorable difference in relation to women prisoners.*

KEYWORDS: *Integrative community therapy. Women's prisons. Psychology.*

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. P. **Quando a boca cala os órgãos falam:** desvendando as mensagens dos sintomas. Fortaleza: Gráfica LCR, 2012.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária:** passo a passo. 4. ed. rev. ampl. Fortaleza: LCR, 2008.

BRASIL. **Regras de Mandela:** regras das Nações Unidas para o tratamento de presos. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016a. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/05/39ae8bd2085fdb4a1b02fa6e3944ba2.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

BRASIL. **Regras de Bangkok:** regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas de liberdade para mulheres infratoras. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016b. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/03/27fa43cd9998bf5b43aa2cb3e0f53c44.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Departamento Penitenciário Nacional. **Dados consolidados do sistema penitenciário nacional**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/Acesso/participacao-social/subpaginas_consultas-publicas/departamento-penitenciario-nacional-depen>. Acesso em: 12 jan. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Regras mínimas para o tratamento do preso no Brasil**. Brasília, 1995.

FERNÁNDEZ, G. T. Mujer, cárcel y derechos humanos. **Capítulo Criminológico**. Maracaibo, v.23, n.1, p.337-358, enero/jun.1995.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Lígia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1977.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GRAZIOSI, M. Infirmis sexus: la mujer en el imaginario penal. **Nueva Doctrina Penal**, Buenos Aires, p. 55-95, 1999.

HELLINGER, B. **O amor do espírito na Hellinger Ciencia**. Patos de Minas: Atman, 2009.

KIM, J. E. et al. Criminalidade feminina: uma análise empírica a partir dos dados do presídio feminino de Brasília. **PIMES: Revista Economia & Desenvolvimento**, Pernambuco, v.8, n.1, p.06-54, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/economia/article/viewFile/4867/3671>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LOPES, R. **Prisioneiras de uma mesma história: o amor materno atrás das grades**. 2004. 268f. (Tese Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LOPES, R. **Atualidades do discurso disciplinar: a representação da disciplina e do disciplinar na fala dos agentes de segurança penitenciária**. 1998. 207f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.

LOPES, R. et al. *Gestação na prisão e relações familiares: suporte familiar ou abandono*. In: CONGRESSO BRASILEIRO PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO. OS IMPACTOS DA PSICOLOGIA NA SOCIEDADE BRASILEIRA: A POLÍTICA DA CIÊNCIA E DA PROFISSÃO, 4., São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNINOVE, 2014. Disponível em: <<http://www.cienciaeprofissao.com.br/anais/>>. Acesso em: 14 maio 2015.

MACHADO, D. H. S. et al. **A integridade física da mulher que cumpre pena em estabelecimento penal no Brasil**. Observatório Penitenciário, [20--]. Disponível em: <<http://www.uned.es/dpto-derecho-politico/foroVVAA2.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

PIMENTEL, E. Amor bandido: as teias afetivas que envolvem a mulher no tráfico de drogas. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA: MUNDOS SOCIAIS SABERES E PRÁTICAS, 6., Lisboa. **Anais...** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008. p.01-14. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/708.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p.183-251.

SAFFIOTI, H. I. B.; MUÑOZ-VARGAS, M. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, Brasília: UNICEF, 1994.

SÃO PAULO. **Lei nº 8.209, de 04 de janeiro de 1993**. (Atualizada até a lei complementar nº 897 de 09 de maio de 2001). Cria a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária e dá providências correlatas. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, São Paulo, 4 jan. 1993a. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1993/alteracao-lei-8209-04.01.1993.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SÃO PAULO. **Decreto nº 36.436, de 26 de janeiro de 1993**. Organiza a Secretaria da Administração Penitenciária e dá providências correlatas. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, São Paulo, 26 jan. 1993b. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1993/decreto-36463-26.01.1993.html>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

SEMINOTTI, N.; CARDOSO, C. As configurações vinculares no pequeno grupo potencializando e/ou limitando seu processo. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, dez. 2007. Não paginado. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100004>. Acesso em: 12 maio 2015.

SMAUS, G. Teoría del conocimiento feminista y criminología de la mujer. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, ano7, n.27, p. 235-249, jul./set. 1999.

SMAUS, G. Il diritto penale e la criminalità femminile. **Dei Delitti e delle Pene**, Torino, n.1, p. 75-94, mar. 1992.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO [USP]. **Regras mínimas para o tratamento de reclusos**: 1955. São Paulo, 1955. A presente tradução seguiu parcialmente uma anterior versão em língua portuguesa, publicada pelo Centro dos Direitos do Homem das Nações Unidas. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-na-Administra%C3%A7%C3%A3o-da-Justi%C3%A7a.-Prote%C3%A7%C3%A3o-dos-Prisioneiros-e-Detidos.-Prote%C3%A7%C3%A3o-contr-a-Tortura-Maus-tratos-e-Desaparecimento/regras-minimas-para-o-tratamento-dos-reclusos.html>>. Acesso em: 10 out. 2014.

WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

TERAPIA COMUNITÁRIA - DO SOFRIMENTO DIFUSO PARA A CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS: UM MODELO DE ACOLHIMENTO, APLICAÇÃO E TREINAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Tânia Madureira DALLALANA*

RESUMO: Este artigo é um relato de experiência sobre a aplicação e o treinamento da Terapia Comunitária Integrativa no ambulatório de saúde mental do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná /EBSERH. Foram realizados 300 encontros de Terapia Comunitária Integrativa criando contexto terapêutico para escutar o sofrimento do outro em cada encontro do grupo; compartilhar a experiência emocionada dessa percepção relatando a própria vivência significativa e a resolução escolhida para transformar o sofrimento vivido em aprendizagens compartilhadas; reforçar as competências: individual, familiar, comunitária e cultural; desenvolver processos intersubjetivos de prevenção em saúde mental. A terapia comunitária ativa a experiência de acolhimento do sofrimento; propõe e reforça a participação e valorização da rede social; promove reflexão pela liberdade e legitimidade de narrativa de todos os presentes no espaço da terapia; e convoca a todos para a construção singular e coletiva de inter-relações mais comprometidas com o cuidado da vida.

PALAVRAS CHAVES: Saúde mental. Terapia comunitária. Sofrimento psíquico.

O processo da construção do atendimento em saúde mental no Brasil é árduo e, com o mesmo vigor, repleto de grandes transformações. Os prejuízos causados pelos DSMs (AMERICAN PSYCHIATRIC

* UFPR - Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clínicas - Serviço de Psicologia. Curitiba - PR - Brasil. 80420-160 - t.dalla@uol.com.br

ASSOCIATION, 1994) com sua metodologia de relação linear e de disjunção sobre o sofrimento humano forçam a construção de identidades patológicas.

A insistência no uso de teorias que descrevem a condição humana por métodos de classificação priorizam compreensões unilaterais e hierarquizadas da história do sofrimento, fortalecendo a política mercadológica dos medicamentos.

Desde 1841 – com a criação do Hospício de Pedro II, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2003), até os dias de hoje – as ações para atender o sofrimento psíquico estão evoluindo para práticas em rede de resgate da identidade pessoal, familiar, social e comunitária. Valorizando e reconhecendo os indicadores de saúde nas competências e autonomia no estilo de enfrentamento das pessoas no contexto social onde vivem.

Acompanhando as transformações no campo da saúde mental, aparecem práticas clínicas ampliadas e mais congruentes com a nova agenda de discussão: atender sem causar mais opressão. Este é o grande desafio das equipes de saúde junto com as famílias.

A Terapia Comunitária Integrativa (BARRETO, 2005) é uma dessas novas metodologias. Ela cria um espaço terapêutico para que o sofrimento psíquico encontre junto ao dia-a-dia das pessoas, famílias e comunidades, lugar, expressão e transformação. Integra a saúde mental no campo da saúde coletiva. Para isso, a Terapia Comunitária propõe recursos reflexivos de abordagem de problemas e reconhece capacidades potencialmente criativas de construção de novas aprendizagens na busca de sentido para o enfrentamento do cotidiano. A ação diagnóstica neste modelo rompe com a ideia de se apresentar como uma metáfora de aprisionamento e domesticação de identidades. Ela se transforma em um diálogo construído entre pessoas, mais complexo, mais ético, mais virtuoso. A proposta da Terapia Comunitária é colocar a doença mental entre parênteses e combater a questão do perigo da reatualização e do *aggiornamento* (AMARANTE, 2003).

A frase “A liberdade é terapêutica” precisa acontecer no dia-a-dia de muitos centros de atenção em saúde. Esta liberdade também está relacionada à perda de poder dos profissionais de descrever a vida das pessoas encapsulando suas identidades pelo nome da doença, e o ganho de poder das pessoas que enfrentam fragilidades psíquicas na apropriação de suas história psíquica, social, cultural, espiritual e comunitária.

Oportunizando, desta forma, a potencialização das singularidades e recursos individuais ativados em momentos de sofrimento e a valorização dos recursos e da memória comunitária.

A terapia comunitária resgata a possibilidade de uma conversa sobre a experiência do sofrimento provoca reflexividade e ressignificação porque a emoção é seu campo de ação, “A emoção e o emocionar-se são disposições corporais que especificam a cada instante o domínio de ações em que se encontra uma pessoa, o emocionar, como o fluir de uma emoção à outra, é o fluir de um domínio de ação a outro.” (MATURANA, 1997, p.170).

Narrativas de alguns participantes:

“Ah eu aprendi com todos... isso eu aprendi hoje aqui.”

“... aprendi bastante coisa, tentar melhorar tudo aquilo que for possível.”

“Ver que a gente pode aprender...”

“... eu acho que tenho muito que aprender ainda.”

“Eu acho que vou aprender muita coisa ainda.”

“Eu achei útil que dentro dessa nossa conversa, dizer aos demais...”

“Ah, foi útil porque... ah porque a gente conhece bastante gente, vê o sofrimento dos outros, a gente passa o sofrimento pra eles, acho que é útil porque a gente sai aliviado.”

“Útil foi ver que tem pessoas que tem os problemas como eu tive...”

“Achei bom conversar com várias pessoas...”

“Ah o diálogo né, entre conversar e trocar ideias, isso daí.”

“Interessantíssimo.”

“É bom voltar.”

“Foi tudo... a alegria, a cantação... foi tudo.”

“... não podemos perder a esperança... vou sair daqui hoje já com quase que esperança.”

“... então eu venho porque eu acho que faz bem pra mim.”

“... não saio daqui cansada como acontece com algumas pessoas...”

“... aqui me fortalece muito esse tipo de grupo.”

“... estou aqui pra carregar a bateria...”

“... o que me faz retornar é que estou acreditando que isso tá melhorando...”

“... a gente tem que expor o problema da gente de qualquer jeito, tentar né pelo menos limitar um pouco o sofrimento da gente...”

“... com a comunidade aqui que eu melhorei.”

“... eu amei esse grupo...”

“... foi exatamente gostar do grupo...”

“... achei legal, conheci bastante pessoas, foi divertido.”

“... em comunitário que me ajude a superar essa dificuldade.”

“Eu acho que as experiências das pessoas que foram passadas aqui...”

“Ah, é sempre bom trocar ideias né?...”

“Ah... eu acho... quero ver se alguém passa alguma coisa pra mim...”

Nestes 12 anos de atendimento com mais de 300 terapias comunitárias e 11 capacitações de terapeutas comunitários com início em 2005, defendo e reconheço esse modelo terapêutico como uma ferramenta extremamente eficaz no campo da saúde mental nos seus diferentes níveis de complexidade.

Na formação dos terapeutas comunitários o impacto é muito intenso, a mudança de paradigma conduz os futuros terapeutas para ampliação de consciência do self terapêutico; resgata a historicidade do terapeuta, sua pertença e co-responsabilidade na construção de espaços terapêuticos aonde as pessoas tenham voz e possam pelo acolhimento do sofrimento e da competência, reconhecer a esperança em busca de novos sentidos para a existência.

Narrativas dos alunos em formação:

“Terapia Comunitária é trocar, é dividir, é somar, é diminuir, é multiplicar, é compartilhar. Trocamos nossas experiências, dividimos nossos medos, somamos nossos saberes, diminuimos nossas angústias, multiplicamos nosso amor e compartilhamos nosso viver. Na Terapia Comunitária aprendemos falar, calar, ouvir, refletir, sentir, mudar... Uma roda onde roda o acolhimento, a compreensão, a tolerância, o afeto, a esperança, a

fé, a aceitação, a confiança..., o AMOR. Terapia Comunitária para que cada SER venha “SER” tudo que pode “SER”.”

A mudança de paradigma durante as discussões e vivências nas aulas é evidente, passamos da obstinação do tratamento e do diagnosticar, para o cuidar escutando o sofrimento e ressignificando histórias e recursos sociais, culturais, pessoais, relacionais e espirituais.

“Ah! que maravilha é a existência da vida neste planeta azul. Como é bom viver e conviver, relacionar-se com pessoas e com o universo e usufruir da dádiva divina de respirar, enxergar, ouvir, andar, ajudar-se a si próprio e aos nossos companheiros de jornada. Sinto-me feliz em ter a oportunidade desta experiência do curso da TC que possibilitou me conhecer melhor, valorizar minhas competências e creio eu, em ser um ser humano melhor enquanto pessoa e como profissional. Em meus relacionamentos com as pessoas tenho buscado contribuir para minimizar as dores e os sofrimentos pelos quais o meio social nos apresenta de modo que as pessoas busquem dentro de si próprias forças e capacidades para superação e busca de soluções de seus problemas. Estou agradecida pela oportunidade de crescimento e de poder ser multiplicadora deste aprendizado.”

“E como de forma fantástica mas difícil é possível quebrar os paradigmas que temos, diante do enfoque que damos aos problemas e não tentamos nos aprofundar nas ricas histórias das pessoas, de como somos treinados para analisar, interpretar e diagnosticar as pessoas e grupos, essa sempre será a luta diária de todos nós, e um dos pontos que mais me marcou.”

O terapeuta constrói novas possibilidades de reconhecimento da realidade, acessando mais os talentos e as competências do que o fracasso e o erro, através das narrativas dos participantes da roda e das perguntas que nascem da metodologia do modelo da terapia comunitária integrativa, histórias carregadas de textos densos transformam-se em enredos de superação.

“Foi uma experiência para quebrar paradigmas entender que o ser humano é ser histórico, envolvido nos seus sistemas e redes, é ter um olhar para sua resiliência, para o que de bom, sem julgamentos, diagnóstico ou preconceito. Foi possível perceber a importância da pergunta reflexiva, em como ela pode impactar a maneira da pessoa pensar, para isso é essencial que o terapeuta esteja despido de seus julgamentos e que esteja atento aos processos envolvidos processos envolvidos nas histórias das pessoas.”

Quanto mais o terapeuta demonstra com suas perguntas interesse em entender como as pessoas definem e traduzem as experiências vividas,

uma riqueza de significados e sentidos se apresenta para todos na roda, oportunizando aprendizado que nasce do singular para o coletivo.

A Terapia Comunitária pode ser entendida como a ARCA de Moisés. Porque ARCA é o que significa esta terapia, pois se pode traduzir em uma Atitude Real de Carinho e Amor. E o atendimento às pessoas carentes, compartilhando diversas histórias é a mesma coisa.

Para mim a TC não significou apenas uma abordagem de atendimento, mas uma forma de demonstrar a preocupação e o carinho que as pessoas apresentam umas pelas outras. Pois é maravilhoso ouvir na saída duas pessoas que mal se conheciam saírem conversando e procurando caminhos para ajudar o outro. Durante sua duração, não são expostas apenas o sofrimento, mas também as conquistas daqueles que estão bem e a doação do próprio sentimento e afeto no acolhimento de quem sofre muito.

Portanto, a TC é simplesmente algo maravilhoso criado por um brasileiro e difundido por este imenso país, que ajuda a quem precisa e diminui as imensas filas proporcionadas pela falta de profissionais do SUS para atendimento psicológico. “Pessoas unidas são mais felizes e saudáveis que uma pessoa só no mundo, sem ter com quem contar nas horas tristes e alegres.”

Ser testemunho de que a rede afetiva, comunitária e dinâmica produz cuidado, e valorizar todo o contexto da história é um dos objetivos da Terapia Comunitária Integrativa, reconhecer o território da crise como recurso e abertura.

Sluzki (1996) salienta que o apoio social é a razão de ser de inúmeros grupos de autogestão e autoajuda de pacientes e familiares que sofrem de transtornos físicos ou emocionais crônicos; os programas de hospitalização parcial ou hospital dia contém, como um de seus mais importantes componentes, a possibilidade de favorecer o desenvolvimento e a consolidação de uma rede estável de relações informais e a aprendizagem ou reaprendizagem das habilidades necessárias para estabelecer, nutrir e manter relações sociais ativas.

Um dos muitos resgates desta ação está na questão dos direitos humanos. A possibilidade de uma proposta baseada na idéia de rede insere-se dentro das inter-relações que acontecem em múltiplos contextos, fazendo acontecer o resgate ético no reconhecimento do esforço que as pessoas em situação de opressão fazem para poder viver e ainda fertiliza experiências construtoras de relações de pertença na comunidade e nos grupos estimulando a estima individual e familiar.

Este reconhecimento produz colaboração entre as pessoas, porque “vamos com a cultura” de todos os envolvidos na conversação. Com a

função de estar “dentro”: compartilhar a cultura de todos e de estar “fora”: reconhecendo as diferenças culturais. Oferecendo vários modos de gerar múltiplas descrições da experiência e modos para todos mapearem o próprio intercâmbio cultural.

“O conhecimento desta metodologia por meio de diversos autores como Morin, Paulo Freire nos fez refletir nossa forma de atuação profissional, em nosso trabalho e nas ações do dia a dia, a forma como olhamos nosso cliente. Foi possível compreender que se pode olhar além do problema. Contudo de maneira geral, considero que a Terapia Comunitária Integrativa abriu um mundo de possibilidades para mim enquanto pessoa.”

“Nada do que foi será, de novo do jeito que já foi um dia, tudo passa, tudo sempre passará. A vida vem em ondas como o mar, num indo e vindo infinito. Tudo que se vê não é igual ao que a gente viu a um segundo, tudo muda o tempo todo no mundo. Não adianta fugir, nem mentir para si mesmo agora Há tanta vida lá fora e aqui dentro sempre... como uma onda no mar...”

Para mim esta música tem um significado muito especial dentro da terapia comunitária. Ela fala do futuro, do passado... do foi, de como vai ser. De capacidade de resiliência das pessoas. De como temos capacidade de superação, da nossa força interna, capaz de nos tornar resistentes. Através do nosso testemunho, da nossa própria história podemos ajudar outras pessoas. Assim como estas pessoas também tem a capacidade de nos ajudar como o relato de suas histórias. Saber lidar como o sofrimento como o próprio não é tarefa fácil e a terapia comunitária tem grande importância neste processo. A superação depende da pessoa para pessoa. É importante respeitar a tempo de cada um.

Resiliência é um termo da física, capacidade que um material tem de voltar à forma inicial após ser submetido a força, pressão. Nós humanos também temos esta capacidade. E cada força, pressão, problema e a maneira de superar também é ... mas a vida vem em ondas.. é um ir e vir infinito ! superação !”

Recebendo a escuta da historia de cada um como ajuda e reflexão para as interrogações das historias de todos, inclusive do próprio terapeuta.

“Era uma vez... era uma vez um povo que vivia em uma pequena vila. Viviam bem e se ajudavam; se benziam e com os chás se curavam. Dançavam ao som dos atabaques, se encontravam e se amavam. Os filhos que nasciam por todos eram cuidados. Bebiam de vez em quando a bebida preparada pelos anciãos. “Mas”, aí veio a eletricidade, a escola, o posto de saúde e tudo era para melhorar, como promessa dos políticos. Ficaram

empolgados, depois inseguros e depois tristes. Na verdade era um niilismo que pesava em seus corações. As crianças não eram mais livres, não criavam, não aprendiam as histórias dos seus povos e nem mais queriam aprender a tocar seus instrumentos. Cada um cuidava do seu terreno/pátio da sua casa e dos filhos. Não iam mais buscar os chás, mas procuravam o Dr. Que vinha uma vez por semana. A doença não podia acontecer a qualquer hora precisava ser agendada. Os remédios eram poderosos. Tudo era para melhorar, mas isso não estava acontecendo. A anciã das anciãs percebeu que tudo ia muito mal. Começou a abrir sua casa para bate papo sobre a vida, sob a luz das estrelas, ao entardecer. Tinha algumas regras:

- vinha quem queria. Ela os acolhia
- Ouvia-se o outro com reverência
- Não se interrompia o outro jamais
- Quando alguém se emocionava davam-se as mãos e cantavam suas canções em homenagem e como presente de esperança.
- Tudo que era falado naquele grupo ali ficava.

A anciã sempre lançava uma pergunta como um raio de luz, que a todos tocava e a muitos emocionava. Ela despedia com uma bênção. E aos poucos o provérbio foi se encarnado: “Quando a boca cala os órgãos falam, quando a boca fala os órgãos saram.”

E o grupo foi crescendo, as pessoas foram se ajudando e descobrindo sua força, dando vazão a sua criatividade e as soluções foram acontecendo e eles voltavam a dançar ao som dos atabaques, beber a bebida dos anciãos, tomar seu chá e sua bênção, ter seus encontros e seus filhos e cuidar deles. E a comunidade se fez comum.

O terapeuta facilita a conversação, interage sempre com a intenção de produzir novas histórias emocionadas e ricas levando a gerar novos sentimentos sobre sua própria narrativa.

Considerações Finais

Conversando sobre sofrimentos e competências, melhoramos o olhar para o cuidado e crescemos na percepção de que somos coautores da comunidade onde vivemos, esta pode ser uma alternativa para a transformação de vários problemas que enfrentamos em nossa sociedade.

A principal característica é a construção de uma rede de ajuda, esta ação aparece na narrativa da experiência de superação de dificuldades vividas. Na passagem do sofrer sozinho para o sofrer compartilhado, falar da dor sem ser julgado, e sem ser vitimizado por opressões ideológicas é realmente uma experiência inovadora.

A Terapia Comunitária consegue florescimentos de significados diferentes na compreensão sobre a superação do desespero e do sofrimento. Ouvir o outro promove uma escuta recursiva de si - mesmo, desta forma acontecem aprendizagens e novas possibilidades para viver o dia a dia.

São cinco experiências intersubjetivas: aprendizado, troca de informações, alívio do sofrimento, expansão de consciência no enfrentamento dos problemas e valorização da competência das pessoas, desta forma a expressão de um *self* pessoal e comunitário fortalecido é a proposta terapêutica de cada encontro.

Tecendo a rede do afeto através do acolhimento, criando o ambiente de partilha da narrativa da história individual e escuta da história coletiva, de descanso e de trabalho, de ansiedade e expectativa, de medo e de esperança, de choro e de riso. A música, a roda, o toque das mãos, a escolha da pergunta reflexiva, o silêncio, a história de cada um, as perguntas, as respostas, a escolha da frase ou palavra que define a experiência e finaliza a terapia.

Assim a terapia comunitária cria a ponte, faz passagem para que o sofrimento não detenha a esperança, funda o sentimento de solidariedade e revela pelas histórias compartilhadas que pertencemos a nós mesmos e a nossa comunidade de sentido.

*COMMUNITY THERAPY - DIFFUSE SUFFERING
FOR MEANING OF CONSTRUCTION: A HOST
MODEL APPLICATION AND TRAINING IN
THE FIELD OF MENTAL HEALTH*

ABSTRACT: *This article is an experience report on the implementation and training of Integrative Community Therapy in the mental health clinic Complex Clinical Hospital of the Federal University of Paraná / Ebserh. They were held 300 meetings of Integrative Community Therapy creating therapeutic context to listen to the suffering of others in each group meeting; share the emotional experience of that perception reporting the very significant experience and the chosen resolution to transform the suffering lived in shared*

learning; enhance skills: individual, family, community and cultural; develop inter-subjective process of prevention in mental health. The active community therapy suffering care experience; It proposes and enhances participation and appreciation of the social network; promotes reflection for freedom and narrative legitimacy of all present in the space of therapy; and calls everyone to the individual and collective construction of more committed interrelations with the care of life.

KEYWORDS: *Mental health. Community therapy. Psychic suffering.*

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (Org.). **Saúde mental, políticas e instituições**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 3v.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. [S.l.], 1994. DSM-IV.
- BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2005.
- MATURANA, H. **A ontologia da realidade**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1997.
- SLUZKI, C. E. M. D. **La red social: frontera de la practica sistematica**. Barcelona: Gedisa, 1996.

ÍNDICE DE ASSUNTOS

- Abuso sexual, p. 77
- Assistência social, p. 9
- Autoconhecimento, p. 27
- Autocuidado, p. 47
- Autoestima, p. 27 e p. 47
- Conhecimento, p. 65
- Cuidados terapêuticos, p. 27
- Dinâmica da esponja, p. 77
- Estresse psicológico, p. 47
- Mote, p. 35
- Prisões femininas, p. 121
- Proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos, p. 9
- Psicologia, p. 121
- Relações conjugais, p. 77
- Saúde do professor, p. 101
- Saúde mental, p. 65 e p. 153
- Sofrimento psíquico, p. 153
- Terapia, p. 47
- Terapia comunitária integrativa sistêmica, p. 101
- Terapia comunitária integrativa, p. 9, p. 65, p. 77 e p. 121
- Terapia comunitária, p. 35 e p. 153
- Terapia de grupo, p. 35
- Trabalho docente, p. 101

SUBJECT INDEX

- Collective integrative therapy, p. 77
- Community therapy integrative, p. 9
- Community therapy, p. 35 e p. 153
- Group therapy, p. 35
- Integrative and systemic community therapy, p. 101
- Integrative community therapy, p. 65 e p. 121
- Knowledge, p. 65
- Lecturer work, p. 101
- Marital relations, p. 77
- Mental health, p. 65 e p. 153
- Motto, p. 35
- Protection and specialized care to families and individuals, p. 9
- Psychic suffering, p. 153
- Psychology, p. 121
- Self care, p. 47
- Self concept, p. 47
- Self knowledge, p. 27
- Self-esteem, p. 27
- Sexual abuse, p. 77
- Social assistance, p. 9
- Sponge dynamics, p. 77
- Stress psychological, p. 47
- Teacher's health, p. 101
- Therapeutic care, p. 27
- Therapy, p. 47
- Women's prisons, p. 121

ÍNDICE DE AUTORES

- CASTRO, R., p. 101
DALLALANA, T. M., p. 153
FARIA, P. S. P., p. 27
FERREIRA FILHA, M. de O., p. 65
FREITAS, C. A., p. 101
FREITAS, S. F. de., p. 27
GOMES, D. O., p. 9
HORTA, A. L. de M., p. 47
LAZARTE, R., p. 65
LOPES, R., p. 121
MARCHETTI, L. B., p. 35
MARTINI, G., p. 47
MORALES, B. de S. V., p. 77
MÚRCIA, M., p. 27
MUZZETI, L. R., p. 27
RODRIGUES, E. P., p. 101
RUIZ, J. E. L., p. 27
SILVA, M. B., p. 101
SOUZA, N. B. B. L. de., p. 77
SOUZA, T. B. de., p. 27

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

Formatação: Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows, ou programa compatível, fonte Times New Roman, tamanho 12 (com exceção das citações e notas), espaço simples entre linhas e parágrafos, espaço duplo entre partes do texto. As páginas devem ser configuradas no formato A4, sem numeração, com 3 cm nas margens superior e esquerda e 2 cm nas margens inferior e direita.

Extensão: O artigo, configurado no formato acima, deve ter até 20 páginas, no máximo, observando-se o número mínimo de 8 laudas.

Organização: A organização dos trabalhos deve obedecer à seguinte seqüência: TÍTULO (centralizado, em caixa alta); RESUMO (com máximo de 200 palavras) e PALAVRAS-CHAVE (até 6 palavras), escritos no idioma do artigo; Texto; Agradecimentos; ABSTRACT e KEYWORDS (versão para o inglês do Resumo e das Palavras-chave, precedida pela Referência bibliográfica do próprio artigo), exceto para os textos escritos em inglês; REFERÊNCIAS (apenas trabalhos citados no texto). Resumos, palavras-chave, em português e inglês, devem ser digitados em Verdana, corpo 11.

Notas de Rodapé: As notas devem ser reduzidas ao mínimo e apresentadas no pé da página, utilizando-se os recursos do Word, em corpo 10, com a numeração acompanhando a ordem de aparecimento.

Referências: As referências bibliográficas e outras devem atender às normas da ABNT.

Citações dentro do texto: Nas citações diretas feitas dentro do texto, de até três linhas, o autor deve ser citado entre parênteses pelo sobrenome, em maiúsculas, separado por vírgula da data de publicação e página (SILVA, 2000, p. 12). Se o nome do autor estiver citado no texto, indica-se apenas a data, entre parênteses: “Silva (2000) assinala...”. Nas citações

diretas, é necessária a especificação da(s) página(s) que deveram seguir a data, separada por vírgula e precedida de “p.” (SILVA, 2000, p.100). As citações de diversas obras de um mesmo autor, publicadas no mesmo ano, devem ser discriminadas por letras minúsculas após a data, sem espaçamento (SILVA, 2000a). Quando a obra tiver dois ou três autores, todos devem ser indicados, separados por ponto e vírgula (SILVA; SOUZA; SANTOS, 2000); quando houver mais de 3 autores, indica-se o primeiro seguido de et al. (SILVA et al., 2000).

Citações destacadas do texto: As citações diretas, com mais de três linhas, deverão ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, em corpo 11 e sem aspas (NBR 10520 da ABNT, de agosto de 2002).

Referências: As Referências, dispostas no final do texto, devem ser organizadas em ordem alfabética pelo sobrenome do primeiro autor. Exemplo: livros e outras monografias (AUTOR, A. Título do livro. número da edição ed., Cidade: Editora, número de páginas p.), capítulos de livros (AUTOR, A. Título do capítulo. In: AUTOR, A. Título do livro. Cidade: Editora, Ano. p. X-Y), dissertações e teses (AUTOR, A. Título da tese ou dissertação. Ano de defesa. Número de folhas f. tipo do trabalho (tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, etc.), o grau, a vinculação acadêmica, o local e a data da defesa), artigos em periódicos (AUTOR, A. Título do artigo. Nome do periódico, Cidade, v. volume, n. número, p. X-Y, Ano), trabalho publicado em Anais de congresso ou similar (AUTOR, A. Título do trabalho. In: NOME DO EVENTO, número da edição ed., ano. Anais... Cidade: Instituição. p. X-Y).

Análise e julgamento

A Comissão Editorial encaminhará os trabalhos para, pelo menos, dois membros do Conselho Consultivo. Depois da análise, uma cópia dos pareceres será enviada aos autores. No caso dos trabalhos aceitos para publicação, os autores poderão introduzir eventuais modificações a partir das observações contidas nos pareceres.

Como a revista tem um limite de páginas por número, quando necessário, serão escolhidos os artigos mais bem qualificados pelo Conselho Consultivo, de acordo com o interesse, a originalidade e a contribuição do artigo para a discussão da temática proposta.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, recomenda-se que os autores verifiquem a conformidade da submissão com todas os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em “Comentários ao Editor”.
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (desde que não ultrapasse os 2MB)
3. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores <<http://www.fclar.unesp.br/>, na seção Sobre a Revista.
4. A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação por Pares Cega.

**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS DE USO DE TEXTO
NA REVISTA TEMAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE**

ISSN: 1517-7947

Pelo presente termo de cessão de direitos de uso, o(s) Sr.(s) abaixo identificado(s), autorizam, em caráter exclusivo e isento de qualquer ônus, o uso de seu(s) texto (s) intitulado(s) **TÍTULO(S)** do(s) artigo(s) para publicação na Revista Temas em Educação e Saúde. O(s) autor(es) declara(m) que o(os) texto(s) em questão é (são) de autoria pessoal (do grupo), se responsabilizando, portanto, pela originalidade do(s) mesmo(s) e dá(ão), ao(à) organizador(a), plenos direitos para a escolha dos meios de publicação, meios de reprodução, meios de divulgação, tiragem, formato, enfim, tudo o que for necessário para que a publicação seja efetivada. Quanto às fotografias, ilustrações e imagens, as declarações de autorização para divulgação dessas imagens são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Nome: RG: CPF: Assinatura: _____	Nome: RG: CPF: Assinatura: _____
---	---

Endereço para encaminhamento:

Conselho de Publicação da
Revista Temas em Educação e Saúde
A/C Rosângela Sanches da Silveira Gileno
Centro de Pesquisas da Infância e da
Adolescência “Dante Moreira Leite” (CENPE)
Rodovia Araraquara-Jaú, km 1
14800-901
Caixa postal 174
e-mail: revistacenpe@gmail.com



Produção Editorial:



Impressão e acabamento:

