

# TERAPIA COMUNITÁRIA COMO EXPRESSÃO DE EDUCAÇÃO POPULAR: UM OLHAR A PARTIR DOS ENCONTROS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Maria Beatriz Lisboa **Guimarães** – FIOCRUZ\*

Victor Vincent **Valla** – FIOCRUZ\*\*

## 1. Introdução

O presente trabalho insere-se no contexto da pesquisa “Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica: uma proposta de ouvidoria coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro”, que vem sendo desenvolvida no Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ desde dezembro de 2003. A primeira fase da pesquisa organizou um sistema de vigilância que foi capaz de identificar os problemas de saúde das classes populares da região da Leopoldina e os recursos utilizados na tentativa de superá-los. Por meio de encontros mensais, profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos – ouvidores naturais das condições de vida da população – se reuniram em fóruns para apresentar e discutir as condições de vida percebidas nas comunidades em que atuam (Guimarães *et al.*, 2005).

A metodologia da Ouvidoria Coletiva configura uma nova metodologia de trabalho que envolve uma escuta ativa da população e conjuga elementos de ouvidoria com pesquisa social qualitativa. Trata-se de uma concepção que amplia a visão tradicional de vigilância à saúde, o que se torna relevante diante do adoecimento e sofrimento crescente da população e das dificuldades de acesso e resolutividade dos serviços públicos (Lacerda *et al.*, 2006).

A proposta é promover a participação popular – um conceito que conta com as noções básicas de educação popular. Nesse sentido trata-se de reconhecer o saber local construído a partir das experiências de vida das pessoas que lidam com o sofrimento e a doença e seus determinantes nas condições de vida da população mais pobre. Também na mesma direção os fóruns constituíam-se em um espaço de diálogo entre os saberes científicos e populares, de acordo com os pressupostos do processo de “*construção compartilhada do conhecimento*” em que se busca um novo tipo de saber, que agrega tanto o saber científico quanto o popular (Carvalho *et al.*, 2001).

---

\* Socióloga; Doutora em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social / UERJ; Pesquisadora-visitante da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ

\*\* Professor Emérito da Fundação Oswaldo Cruz

Dentre os resultados coletados, a partir da percepção dos “ouvidores naturais”, cabe destacar: a violência em geral, mais especificamente contra a mulher; a solidão dos adolescentes; o adoecimento dos profissionais de saúde e a dificuldade de solução dos problemas de saúde pelos usuários mais pobres, mesmo estes tendo acesso aos profissionais e ao recebimento de medicação nos serviços públicos.

Nas discussões realizadas prevaleceu o sentimento coletivo de que as classes populares vivem um verdadeiro impasse proveniente de dificuldades aparentemente insuperáveis. O impasse sintetiza uma série de fatos cotidianos que culminam na inação, advinda da própria ineficácia das soluções encaminhadas ou da impossibilidade de agir diante das circunstâncias apresentadas (Guimarães *et al.*, 2005).

Os impasses da população se agravam na conjuntura atual de políticas neoliberais no Brasil que contribuem para aumentar a desigualdade social, o desemprego, a violência, a pobreza, a crise na área da saúde, entre outros, além da ineficácia das ações governamentais para solucionar os problemas e oferecer serviços básicos adequados (Lacerda *et al.*, 2006). A idéia de que há uma imensa parcela da população que não será integrada de forma satisfatória na economia moderna e de que a distribuição de alguns benefícios pelos governos pode não resolver a situação dessas pessoas parece não ter sido suficientemente assimilada pelas instâncias públicas (Schwartzman, 2004) e fica evidente nos fóruns de Ouvidoria.

A pesquisa detectou um elevado nível de sofrimento nessa população, advindo das suas terríveis condições de vida. Nesta instância, diversas expressões de sofrimento foram explicitadas pela população, inclusive um tipo de sofrimento psíquico mais leve, denominado por esse grupo de pesquisa de “sofrimento difuso”, e que se encontra disseminado de forma endêmica em toda a região pesquisada. Enquadra-se dentro do que a epidemiologia denomina de “Transtornos Mentais Comuns” (TMC) e são responsáveis por uma parcela significativa da demanda por consultas médicas (Fonseca, 2007). Os problemas de saúde mental chegam a atingir cerca de 56% de todo o atendimento realizado na atenção básica (MS, 2003).

O sofrimento difuso é caracterizado pela sensação de um mal estar generalizado e apresenta múltiplos sintomas, tais como: queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores no corpo, além de falta de perspectiva de vida e de lazer, entre

outras manifestações. Por sua natureza, não é acolhido nos serviços públicos de saúde, por não fazer parte da clientela preferencial da clínica médica e nem da saúde mental. Uma vez que a clínica está estruturada para atender sintomas que estejam inscritos no corpo e que podem ser comprovados por meio de exames que utilizam recursos tecnológicos e não dá conta das queixas de ordem emocional. E, ao mesmo tempo, tais queixas não se adequam às demandas prioritárias da saúde mental – estruturada para o atendimento a transtornos mentais mais graves. Entretanto, esse sofrimento é uma das mais importantes causas de morbidade na atenção básica, além dessa clientela continuar demandando atenção em saúde, e ser responsável por uma parcela significativa dos gastos com consultas, exames, potenciais hospitalizações, licenças médicas e aposentadorias por problemas de saúde (Fonseca, 2007).

A resposta mais imediata a esse tipo de sofrimento e a que tem sido mais utilizada nos serviços públicos é a medicalização com benzodiazepínicos. Tal medida tende a acobertar os problemas sociais envolvidos na gênese e atualizações destas perturbações nervosas, tanto para os sujeitos envolvidos como para a sociedade, e também para a formulação de práticas e políticas de saúde. O que se percebe é que o recurso a medicalização não resolve o problema individual e concorre para a cronificação do doente, dependente deste tipo de medicação (Fonseca, 2007).

Durante os fóruns da pesquisa da Ouvidoria, os participantes se queixaram da ausência de espaços para serem ouvidos, e, quando instigados a formularem propostas para os problemas apresentados, os agentes comunitários de saúde (ACS), em especial, solicitaram que eles fossem capacitados para a ampliação da escuta para o sofrimento/adoecimento, e para que eles tivessem maior conhecimento acerca das estratégias passíveis de serem encaminhadas no sentido de encontrar possíveis soluções para os problemas que eles se deparam no dia-a-dia. Nossa equipe explicitou essa demanda com a proposta de realização do que chamamos, na época, de “oficinas de escuta”. Essas oficinas apontaram para a inserção da Terapia Comunitária (TC) no trabalho que vínhamos realizando.

Deste modo, a Terapia Comunitária que estamos realizando na ENSP partiu da solicitação dos agentes comunitários de saúde (ACS), no sentido de capacitá-los para a ampliação da escuta do sofrimento e do adoecimento. Foi oferecida nos anos de 2006 –

2007 a todos os ACS da Área Programática 3.1 (A.P. 3.1), proposta que foi acordada junto ao Grupo de Apoio Técnico da Estratégia de Saúde da Família desta área e aceita pela Secretaria Municipal de Saúde. Neste primeiro momento, também constituímos outro grupo destinado ao atendimento de mulheres moradoras dos complexos de Manguinhos e da Maré e seus convidados. Posteriormente, além desses dois, constituímos também outros grupos de Terapia Comunitária: um formado por jovens residentes em diferentes favelas do município do Rio de Janeiro - uma parceria da Fiocruz com o Itaú Social -, outro com jovens monitores do Museu da Vida/FIOCRUZ, um grupo de profissionais de saúde da CAP 2.2 e ainda um outro grupo constituído por profissionais de saúde e de educação do Pólo de Atendimento Extra-escolar Orsina da Fonseca. A partir de 2007 o projeto de Terapia Comunitária passou a integrar o quadro de projetos sociais da Presidência da Fiocruz.

## **2. Alguns fundamentos da Terapia Comunitária e sua relação com a educação popular**

A Terapia Comunitária é uma política pública de saúde a nível federal, uma vez que integra a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A rede de Terapia Comunitária no Brasil tem atuado nas áreas de saúde, educação e segurança pública, e conta atualmente com 30 pólos formadores, 11.500 terapeutas treinados, mais de 575 mil rodas de TC e mais de 8,6 milhões de atendimentos realizados (Barreto, 2005).

Constitui-se em uma técnica de trabalho com grupos, desenvolvida há mais de 20 anos pelo Prof<sup>o</sup> Adalberto de Paula Barreto do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Nesse espaço procura-se partilhar experiências de vida e sabedorias a partir da escuta das histórias que ali são relatadas, onde todos se tornam co-responsáveis pela busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano. Busca-se acolher e ressignificar o sofrimento, dando origem a uma nova leitura que o transforme em crescimento. Nesse sentido, busca-se o resgate da auto-estima (Barreto, 2005).

O terapeuta comunitário constitui-se num facilitador do processo grupal, onde procura manejar os instrumentos para o tecer da rede social solidária, de acordo com os

códigos culturais do grupo em questão. Portanto, o terapeuta não assume o papel de especialista em saúde mental (psicólogo, psiquiatra), fazendo interpretações ou análises; ele procura trabalhar a competência das pessoas no sentido de realçar e valorizar o saber produzido pela vivência do outro (Barreto, 2005).

A Terapia Comunitária segue uma metodologia de base flexível em relação às necessidades e à realidade de cada grupo local. Trata-se, pois, de uma “terapia para a prevenção”, cujo foco é o sofrimento e não a doença, e que permite ao indivíduo enfrentar suas dificuldades a partir do relato das histórias de vida dos outros participantes acerca de como cada um enfrentou ou enfrenta as dificuldades e os sofrimentos que a vida lhes impõe. A partir dessa escuta, os sofrimentos podem ser ressignificados à luz do que ali foi relatado (Barreto, 2005).

Podemos dizer que ela se constitui numa abordagem facilitadora do auto-empoderamento, uma vez que potencializa os recursos individuais e coletivos, na medida em que o grupo se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais. Pretende ser, portanto, um instrumento de construção de redes de apoio social (Barreto, 2005). O apoio social prevê que as pessoas dêem suporte social e emocional de uma forma sistemática, e troquem informações e itens materiais (Valla, 2001). A Terapia Comunitária também é um modo de apoio social na medida em que as pessoas passam a adoecer menos ao saberem que contam com apoio emocional contínuo, uma vez que se reúnem e falam dos seus problemas, e contam com a solidariedade do grupo.

A TC, de acordo com Barreto (2005), está fundamentada em cinco pilares: teoria sistêmica, teoria da comunicação, antropologia cultural, educação popular e resiliência. Não é do nosso intuito nesse trabalho discorrer profundamente acerca desses pilares, mas apenas apresentá-los e apontar alguns aspectos da relação da TC com a educação popular. Em poucas palavras, a teoria sistêmica coloca a questão de que as crises e os problemas individuais só podem ser resolvidos se percebidos dentro de um contexto maior, que inclui o biológico (corpo), o psicológico (pensamentos e emoções) e a sociedade. Tudo está interligado e somos parte desse todo. Tem como uma de suas conseqüências éticas o fato de que a realidade é a que construímos no convívio com os demais, portanto, somos responsáveis pela realidade que construímos; isto nos permite vivenciar a noção de co-responsabilidade.

A teoria da comunicação aponta para o fato de que a comunicação é o elemento que une os indivíduos no seu grupo social. Que todo comportamento é comunicação e que ela pode se dar de forma verbal e não verbal, indo além das palavras. A clareza e sinceridade na comunicação pode ser um instrumento de crescimento e transformação pessoal e coletivo.

A antropologia cultural chama atenção para as diferentes culturas onde as pessoas estão inseridas. A cultura é vista como um conjunto de realizações de um povo ou grupo social; é uma teia de significados de um determinado grupo e a antropologia procura pelo sentido. É um elemento de referência fundamental na nossa identidade pessoal e grupal, e interfere de forma direta na definição de quem eu sou, de quem somos nós. E é a partir dessa referência que os indivíduos se afirmam, se aceitam e assumem sua identidade.

A educação popular de base freiriana parte do princípio de que todos nós temos conteúdos e experiências a trocar, aprendendo e ensinando em sinergia constante. Reforça, portanto, a visão de que a história de vida também é fonte de saber e funciona como estímulo para que todos assumam-se como sujeitos “sócio-histórico-culturais”. A educação popular é uma forma que principalmente as classes populares aprendem sobre a realidade em que vivem. Essa aprendizagem pode permitir que tenham uma melhor compreensão dos problemas que permeiam suas condições de vida; é uma forma de compreender melhor aquilo que eles passam no dia a dia e permite que tenham melhores condições de agir sobre essa realidade, assim como de reivindicar por melhorias nas políticas públicas.

A Terapia Comunitária busca a transformação pessoal a partir da descoberta do potencial que há em cada um para a solução dos problemas. Durante as rodas de TC as pessoas, nas suas falas, vão trocando informações entre si, bem como com os terapeutas comunitários, que assumem o papel de mediadores nessa roda de conversa. Cada um passa a ter maior clareza dos problemas que são colocados e pode, por esta razão, oferecer sugestões de como tentar resolvê-los, com base na sua história de vida. Uma das regras da Terapia Comunitária é não dar conselhos, mas sim falar da experiência de vida que cada um possui, porque sabemos que a população tem o que dizer e expressa o saber local que, ao se relacionar com o saber científico e com outros enfoques da realidade, produz outro tipo de conhecimento, fruto dos diferentes saberes, conforme dito no início.

Por fim, a TC fundamenta-se na resiliência, que é a superação de uma ferida muito profunda transformada em sabedoria e conhecimento para lidar com esse tipo de ferida. Os obstáculos, os traumas, as carências e os sofrimentos superados transformam-se em sensibilidades e competências, levando a ações reparadoras de outros sofrimentos. Nas sessões de TC procura-se resgatar o saber produzido pela vivência, geralmente dolorosa e silenciada. Procura-se criar um espaço para que ela seja socializada, verbalizada, não com o intuito de identificar carências e fraquezas, mas, sobretudo, procurando resgatar o que foi feito para superá-las: Qual foi o pulo do gato? Qual o segredo do caminho das pedras? (Barreto, 2005).

### **3. A Terapia Comunitária na ENSP: intervenção social e pesquisa qualitativa**

Os encontros de Terapia Comunitária na ENSP, além de se constituírem em espaços terapêuticos, são compreendidos também, por esse grupo de pesquisa, como espaços de convivência, pois partimos do pressuposto de que a convivência é um instrumento metodológico importante para se conhecer uma dada realidade. Portanto, além da dimensão de intervenção social presente nos encontros de TC - como uma prática de cuidado em saúde, por tratar-se de um espaço de escuta, acolhimento, diálogo e vínculo -, desenvolvemos a dimensão de pesquisa, na medida em que os encontros sistemáticos possibilitam a convivência e o estabelecimento de vínculos de confiança, e constituem-se numa rica fonte de dados, muitas vezes invisíveis, acerca das adversidades cotidianas vividas pela população residente em favelas.

Na dimensão da pesquisa, estamos fazendo uso da metodologia da pesquisa-ação, proposta por Michel Thiollent (1988). Esta metodologia supõe uma ação coletiva orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação. Segundo o autor, a *“pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema e no qual os pesquisadores e os participantes estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.”* (Thiollent, 1988, p. 14).

Esta metodologia não exclui a teorização, esta se dá a partir da observação e descrição das situações concretas encontradas durante o processo de pesquisa. Trata-se de estabelecer um constante vai e vem entre empiria e referência teórica. O papel da teoria

consiste em gerar idéias, hipóteses ou diretrizes para orientar a pesquisa e as interpretações. Neste sentido, os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas (Thiollent, 1988).

O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada. Mesmo quando não se vislumbra soluções a curto prazo, o objetivo é tornar mais evidente, a todos os envolvidos, a natureza e a complexidade dos problemas considerados, fazendo avançar o debate acerca das questões abordadas (Thiollent, 1988).

A pesquisa-ação tem sido concebida como metodologia de articulação do conhecer e do agir, isto é, do conhecimento com finalidade prática para intervenção em situações reais (Thiollent, 1988). Daí a importância de se considerar o saber dos membros das classes populares, pois eles conhecem os problemas e experimentam os riscos a que estão expostos. Isto pode contribuir para um aumento do conhecimento científico, uma vez que para os integrantes das classes populares há um saber-fazer e um entendimento das situações locais que permitem detectar os problemas reais e, assim, ajudar na resolução dos problemas.

Os resultados preliminares em relação à percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) acerca de suas condições de trabalho e saúde, obtidos na Ouvidoria Coletiva (Guimarães *et al.*, 2008), apontam para o fato de que, se por um lado, morar na comunidade auxilia no diagnóstico dos problemas de saúde locais, por outro, as adversidades das condições de vida nessas comunidades num contexto de extrema pobreza e violência, aliado às dificuldades enfrentadas no trabalho nos serviços públicos de saúde têm potencializado o sofrimento desses agentes. Os discursos expressam sentimentos de frustração e impotência diante da resolução dos problemas da população – de carências alimentares, materiais e emocionais -, pois em geral extrapolam o âmbito de atuação dos serviços de saúde. Soma-se a isto os baixos salários recebidos e o excesso de trabalho.

O que se segue é o relato do que foi debatido nesses encontros no que se refere às percepções dos ACS acerca de suas condições de vida e trabalho.

#### **4. Resultados**



O estresse vivido em relação ao trabalho esteve presente em 50% do total dos problemas apresentados. Dentre estes, uma parcela significativa está relacionada à insatisfação devido à dificuldade financeira decorrente dos baixos salários e, em alguns casos, devido ao pagamento atrasado. O ambiente de fofoca e falsidade também foi apontado como fonte de insatisfação no trabalho. Os ACS relatam que há falta de compreensão e comunicação entre os profissionais:

*“Um quer ser melhor que o outro”.*

*“Aqueles que não trabalham ficam minando quem trabalha”.* (fala dos ACS)

Em relação à insegurança, os ACS apresentaram as seguintes queixas: o fato de que alguns não estão com a carteira de trabalho assinada; por trabalharem em uma área de risco e muito violenta devido às ações empreendidas pelo narcotráfico e pela polícia, que se reflete no dia-a-dia do trabalho e também na unidade de saúde; e o risco de contraírem a doença dos pacientes que atendem - tuberculose principalmente.

O estresse também foi apresentado com sentimento de mágoa devido ao descomprometimento e desumanidade dos profissionais de saúde. Eles dizem se sentir impotentes e de *“mãos atadas”* diante da falta de resolutividade aos problemas encontrados. Foi identificado o sentimento de raiva: *“A população nos vê apenas como marcador de consulta”*. Ao mesmo tempo, eles relatam que: *“Nossa roupa vale ouro dentro da comunidade”*.

Medo devido a diferentes motivos e angústia em ter que lidar com o alcoolismo de determinados pacientes também foram temas de alguns encontros. Alguns ACS sentem-se injustiçados e/ou humilhados com o abuso de poder de determinados membros que ocupam uma posição superior em suas equipes.

Em relação aos problemas de ordem pessoal, os conflitos familiares entre pais e filhos foram os mais recorrentes, seguidos das desavenças entre irmãos. A depressão decorrente da morte de parente, maus tratos do cônjuge, sobrecarga de trabalho doméstico e separação conjugal também foram apresentados.

Na dinâmica da TC, depois que o tema escolhido foi bem contextualizado, inicia-se a problematização, quando o terapeuta faz uma pergunta ao grupo, lançando um mote, de modo a permitir a reflexão coletiva, do tipo: *“Quem já viveu uma situação parecida com a de fulano e o que fez para resolvê-la ou para lidar com ela?”* Várias pessoas se

manifestam e, deste modo, vão surgindo diversas estratégias para o enfrentamento dos problemas colocados.

As estratégias surgidas em relação à insatisfação no trabalho concentram-se em grande parte em uma atitude individualista de fazer a sua parte no trabalho e resolver o que está ao seu alcance, na tentativa de evitar um estresse maior. Entretanto, percebem que se não há cooperação, o trabalho fica prejudicado. Eles criticam aqueles que se sentem “*dono da micro-área*” (área de atuação de cada ACS dentro da comunidade):

*“Tem gente que acha que a micro-área é sua. O ACS não é dono da micro-área. Ao invés da pessoa se achar dono da micro-área, deve pedir colaboração a outro colega.”*

*“Tinha uma ACS que eu chamei de caracol porque queria carregar a sua micro-área nas costas.”*

Por outro lado, o diálogo foi apontado como uma boa estratégia para esclarecer os mal entendidos e evitar problemas de relacionamento.

*“Não adianta se aborrecer, se você guarda muito, acaba adoecendo.”*

Com relação às estratégias surgidas quanto à insegurança no trabalho por causa da violência, alguns ACS relataram que só andam na favela com um colega que conhece bem a comunidade. Em relação às dificuldades financeiras, as estratégias apresentadas foram:

*“Eu uso a criatividade para contornar a falta de dinheiro.”*

*“Procuro me contentar com o que tenho.”*

*“Eu espero, algo pequeno já me satisfaz.”*

*“Vou pro baile funk me divertir.”*

*“Ficar calmo, fazer o quê?”*

Na esfera pessoal, a busca religiosa e a fé em Deus aparecem com frequência nos depoimentos:

*“Atribuo à Deus a minha força.”*

*“Coloco Deus em primeiro lugar.”*

Outros atribuem sua força de viver ao amor que sentem pelos entes queridos da família e à certeza de saber que têm pessoas que os amam. Ter pensamentos positivos também foi apontado como uma importante estratégia para enfrentar as adversidades da vida: *“Eu falava para mim mesmo que era capaz e que iria superar a crise”*.

Em relação ao relacionamento entre pais e filhos, na situação em que o filho é revoltado e não sabe dar valor ao que tem, uma mãe sugeriu a tática de privar o filho de tudo o que ele gosta. Assim, ela citou alguns exemplos: “*se ele gosta de bife acebolado, dá só fígado, biscoito de chocolate substitui por cream-cracker*”. Uma regra muito importante na Terapia Comunitária é o fato de que os participantes só podem falar na primeira pessoa, isto é, só podem falar de si, de suas experiências, do que viveram. No caso desta mãe, ela disse ter agido assim com o filho que passava por uma situação parecida da outra mãe e que isto fez com que o filho começasse a dar mais valor ao que ela, naquele momento, podia lhe proporcionar.

Outra estratégia, apresentada nos encontros de TC, e que visa uma boa relação com os filhos, foi citada por uma mãe que ensina os filhos a dividir tudo com ela. Desse modo, a mãe pega a metade do que os filhos ganham e ela dá a metade do que ganha aos filhos. Procurar conversar com os filhos também é uma estratégia recorrente entre as mães.

A TC encerra com um ritual de agregação, em círculo, onde se procura dar uma conotação positiva ao que foi trabalhado na reunião, no sentido de valorizar e reconhecer o esforço e a vontade de cada um em superar suas dificuldades. Neste sentido, o terapeuta inicia pontuando os aspectos positivos e depois sugere que o grupo faça o mesmo, com a seguinte pergunta: “*O que eu estou levando da terapia de hoje?*” ou “*O que eu aprendi na terapia de hoje?*”. Os ACS apresentaram os seguintes depoimentos:

- A importância da união entre os familiares;
- Saber utilizar a força interna de cada um para superar os problemas;
- A satisfação de partilhar os problemas com o grupo e de encontrar as soluções;
- Que há sempre uma solução para os problemas;
- A “coincidência” de um poder ajudar o outro;
- Alívio por poder ver que outras pessoas e equipes têm os mesmos problemas;
- Que há força e beleza naqueles que lutam por dignidade e justiça, que se preocupam com os outros e que tentam fazer o melhor em seus trabalhos;
- Que existem pessoas que se revoltam com a desumanidade e que é preciso que haja união entre elas;
- A persistência, a força de não desistir;
- Que temos amigos.

Iniciamos as terapias reportando à definição do que é a Terapia Comunitária. Em geral, nos primeiros encontros, cabe aos terapeutas expor a definição. Mas, com o passar do

tempo, é solicitado ao grupo que os participantes elaborem suas próprias definições. Nesse sentido, transcrevemos alguns depoimentos:

- *“A terapia comunitária é um espaço onde me sinto à vontade para falar dos meus problemas.”*
- *“É o momento de expor o sentimento.”*
- *“Esvaziar a mente.”*
- *“Aprender mais um pouco.”*
- *“Compartilhar vivências, experiências.”*
- *“Grupo de escuta, onde cada um pode se ajudar conversando.”*

A Terapia Comunitária se encerra com um lanche, momento de descontração e convívio entre os participantes. Em geral, neste momento ouvimos alguns depoimentos espontâneos acerca do trabalho desenvolvido:

- *“Esta terapia comunitária pode acabar amanhã, que ela já está cravada na minha alma por toda a vida.”*
- *“Depois que eu passei a frequentar a terapia comunitária, eu passei a dormir bem, bem demais.”*
- *“Se eu pudesse viria toda semana.”*
- *“Só de olhar esse verde, eu me sinto melhor.”*

Após esse período de realização de encontros semanais de Terapia Comunitária podemos perceber que ela se constitui em um espaço privilegiado de troca de saberes, acolhimento do sofrimento difuso e constituição de redes de apoio social. Após a terapia, muitos participantes disseram que se sentiram melhor e mais leve, que haviam tirado um peso de cima de si; que o nó na garganta e as dores haviam passado; que dormiam melhor, entre outros aspectos. E retornaram porque a TC ajudou a enfrentar os problemas.

Neste processo vivenciado podemos perceber que a apresentação dos problemas vai num processo crescente de abertura e de elaboração individual; que eles começam a perceber que a colocação dos problemas dos outros ajuda na resolução dos seus problemas; e que, aos poucos, está se dando um processo de construção do autoconhecimento por meio dos encontros de Terapia Comunitária. Os ACS têm uma necessidade urgente e vital de compartilhar com os outros profissionais os problemas vivenciados na comunidade.

## **5. Considerações finais: a Terapia Comunitária e a pedagogia de Paulo Freire**

Durante os encontros de Terapia Comunitária, os participantes relataram diversos benefícios. A TC ajuda a potencializar os recursos internos de cada um, por meio da tomada de consciência dos problemas vivenciados e do reconhecimento de que a pessoa é capaz de resolvê-los, ou de, ao menos, encaminhar possíveis soluções.

Ensinar, de acordo com a proposta pedagógica de Paulo Freire, é um exercício de troca, diálogo, reciprocidade. Ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador experiente que sabe tudo para um educando inexperiente que não sabe nada. Para os criadores da Terapia Comunitária, a ênfase do princípio acima colocado está com o educando, isto é, trata-se do educando relacionar o conteúdo abordado nas rodas com sua realidade (família, igreja, escola, etc.). De qualquer forma os educadores da Terapia Comunitária não impõem leituras, nem transmitem o conteúdo de forma teórica. A escuta ativa possibilita reconhecer a fala do outro e a entrar em contato consigo mesmo, sua história, seus valores. A TC é mais eficiente quando procuramos rever a nossa própria história. Vendo o outro, vejo-me vendo o outro, e aprendo a me escutar ao escutar o outro. E graças ao que ouço da fala do outro que passo a ter vontade também de falar. Na roda da Terapia Comunitária a palavra é o bálsamo, a bússula porque falo para quem ouve. É a partilha de experiências entre as pessoas que dita o caminho para o alívio das dores do sofrimento.

Neste sentido, a TC favorece a troca de estratégias de enfrentamento dos problemas e fortalece as redes de apoio – tanto familiar quanto social. Acolhe diferentes formas de expressões de religiosidade e isto gera um ambiente respeitoso e ecumênico. Por meio dos relatos das histórias de vida que são narradas, a TC permite que haja um maior reconhecimento das possibilidades e limites de cada um e cria um ambiente satisfatório para compartilhar problemas e soluções. Favorece o diálogo e o maior conhecimento do outro, ampliando as possibilidades de compreensão e de solidariedade. Permite a troca de conhecimentos. Produz alívio, na medida em que ocorre uma relativização dos problemas individuais, pois, em geral, há sempre um problema maior do que aquele que se está vivendo. Isto propicia um sentimento de união e proteção. Favorece o aprendizado por meio da experiência do outro. Fortalece valores culturais de dignidade, justiça, humanidade. Por fim, a TC favorece a construção coletiva de possibilidades de vida e de

saúde ao gerar construção de sentido e pertencimento. Empodera os participantes por meio da legitimação do conhecimento produzido a partir das experiências vividas.

Cabe-nos ressaltar a importância da criação de espaços que possam acolher a enorme demanda do sofrimento da população e que as práticas bem sucedidas possam ser incorporadas no SUS, como foi o caso da TC, e que sejam criadas as condições necessárias para a sua efetiva implementação no campo da saúde pública. A TC tem se mostrado como uma prática que permite reunir um grande número de pessoas, estabelecer vínculos, acolher o sofrimento e ressignificá-lo na busca de soluções conjuntas. Além disso, para ser terapeuta comunitário não é necessário ter formação acadêmica - mas sim ter feito o curso de formação em Terapia Comunitária –, tal formação exige habilidades como: sensibilidade, capacidade de escuta do outro e aceitação das diferenças. Enfim, a Terapia Comunitária não é apenas para a comunidade, é uma terapia também para o terapeuta comunitário que deve deixar de lado a mania de querer curar as pessoas. Em outras palavras, deixar de querer passar o conteúdo. A meta é a construção de uma sociedade mais solidária, a construção de um mundo em que seja menos difícil amar.

## 6. Referências bibliográficas

BARRETO, Adalberto de Paula. 2005. *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha; ACIOLI, Sonia & STOTZ, Eduardo. 2001. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: Vasconcelos, Eymard (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec.

FONSECA, Maria Liana G. 2007. *Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problemas de Nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/FIOCRUZ.

GUIMARÃES, Maria Beatriz L. VALLA, Victor V.; STOTZ, Eduardo N. (Coords.). 2005. *Os Impasses da Pobreza Absoluta*. Relatório Final do Projeto Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica: Uma Proposta de Ouvidoria Coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro, desenvolvido na ENSP/FIOCRUZ e apresentado à Escola de Governo em Saúde/ENSP/FIOCRUZ. Pode ser acessado em:

<http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/pesquisa2.pdf>

GUIMARÃES, M.B.L; LIMA, C.M.P; SAVI, E.S.A; CARDOSO, E; VALLA, V.V; STOTZ, E.N; LACERDA, A; SANTOS, M.S. 2008. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva [periódico na Internet]* [citado em 04 de dez de 2008] [cerca de 20p.] **Está disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

LACERDA, A; VALLA, VV; GUIMARÃES, MB; LIMA, CM. 2006. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R (org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Circular conjunta n. 01/03, de 13/11/03.

SCHWARTZMAN, S. 2004. *As Causas da Pobreza*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

THIOLLENT, M. 1988. *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: Autores Associados (Coleção temas básicos de pesquisa-ação).

VALLA, V.V. 2001. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VALLA, V.V. (org.). *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A.