



**Câmara Municipal de
BEBERIBE**

www.cmbeberibe.ce.gov.br

Rua Maria Calado, s/n | Centro | Beberibe/CE
CEP.: 62.840-000
Fone/Fax: (85) 338.1022 / 338.1045
CNPJ n. 73.525.198/0001-09
E-Mail: contato@cmbeberibe.ce.gov.br

Página 1 de 1

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO N. 001/2023

CÂMARA MUNICIPAL DE BEBERIBE
APROVADO EM 26/01/2023

PRESIDENTE

CÂMARA MUNICIPAL DE BEBERIBE
ENVIADO AS COMISSÕES TÉCNICAS
EM 19/01/2023

PRESIDENTE

Concede o Título de Cidadão Beberibense ao Sr. Adalberto de Paula Barreto, na forma que indica.

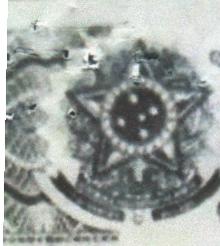
A CÂMARA MUNICIPAL DE BEBERIBE DECRETA:

Art. 1º Fica concedido o Título de Cidadão Beberibense ao Sr. Adalberto de Paula Barreto, na forma que indica.

Art. 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

DEPARTAMENTO LEGISLATIVO DA CÂMARA MUNICIPAL DE BEBERIBE, EM 03 DE JANEIRO DE 2023.

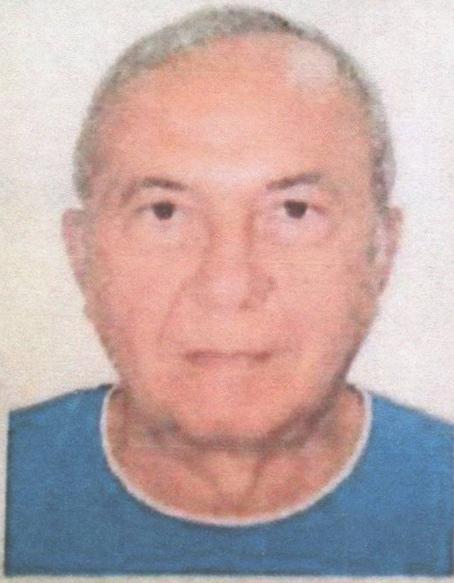

VICENTE JUNIOR FERNANDES MAIA (Júnior Bessa)
Vereador de Beberibe



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
ADALBERTO DE PAULA BARRETO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3442 CRM CE

CPF DATA NASCIMENTO
058.900.713-00 03/06/1949

FILIAÇÃO
**HERCILIO NECO BARRETO
 ISABEL DE PAULA
 BARRETO**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
[REDACTED] [REDACTED] B

Nº REGISTRO
01120211842

VALIDADE
10/02/2024

1ª HABILITAÇÃO
08/07/1974

OBSERVAÇÕES
A ;

Adalberto Barreto

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
10/02/2021

MAXIMILIANO CESAR PEDROSA QUINTINO DE MENEZES

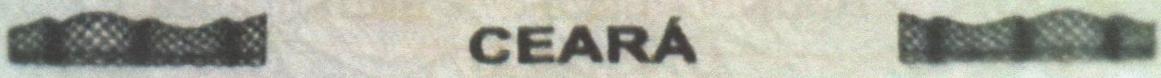
53850558094
 CE179451952

ASSINATURA DO EMISSOR

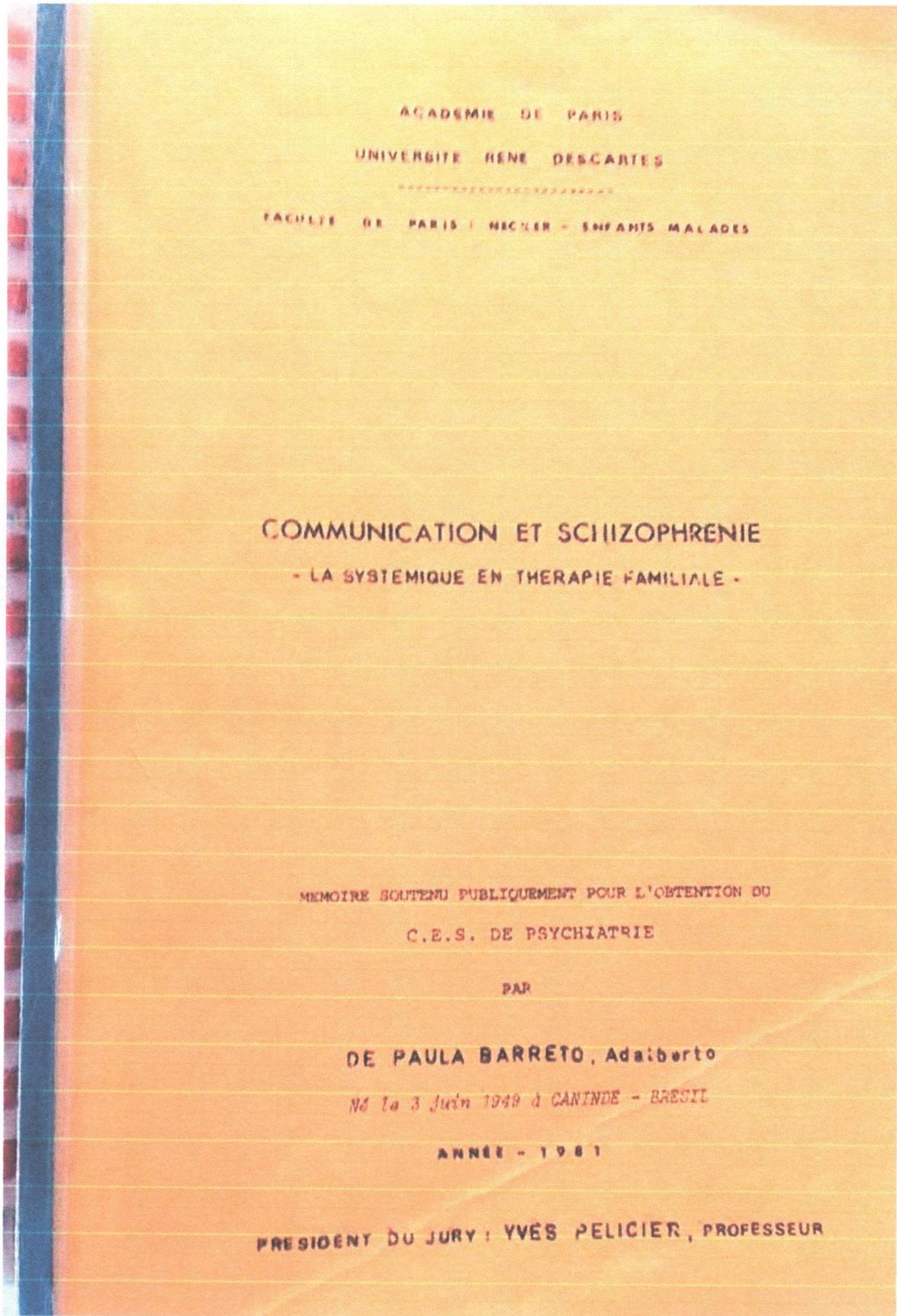
CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 2141888550

PROIBIDO PLASTIFICAR
 2141888550



Tese de doutorado em Psiquiatria – Universidade René Descartes - Paris - 1981



Certificado de professor visitante da Universidad el Bosque - Bogota - 2013



UNIVERSIDAD EL BOSQUE

EL CONSEJO DIRECTIVO

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ESTATUTOS INSTITUCIONALES,
EN ESPECIAL POR LO DISPUESTO EN EL ACUERDO No. 11578 Y ACTA No. 1008, DEL
DÍA 27 DE FEBRERO DEL AÑO 2013, Y TENIENDO EN CUENTA QUE:

ADALBERTO DE PAULA BARRETO

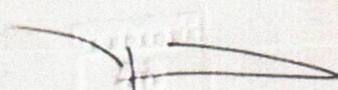
Pasaporte No. CY445727

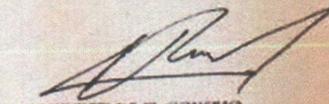
CUMPLE CON LOS REQUISITOS SEÑALADOS, LE OTORGA EL RECONOCIMIENTO COMO:

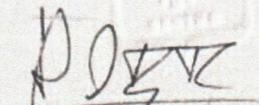
Profesor Visitante

EN CALIDAD DE CONFERENCISTA EN EL "XIV SIMPOSIO
INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIONES EN PSIQUIATRÍA,
SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA".

DADO EN BOGOTÁ, D.C., a los diecinueve (19) días del mes de abril del año dos mil trece (2013).


RECTOR


PRESIDENTE DE EL CONSEJO
DIRECTIVO


VICEDIRECTOR ACADÉMICO


SECRETARIO GENERAL

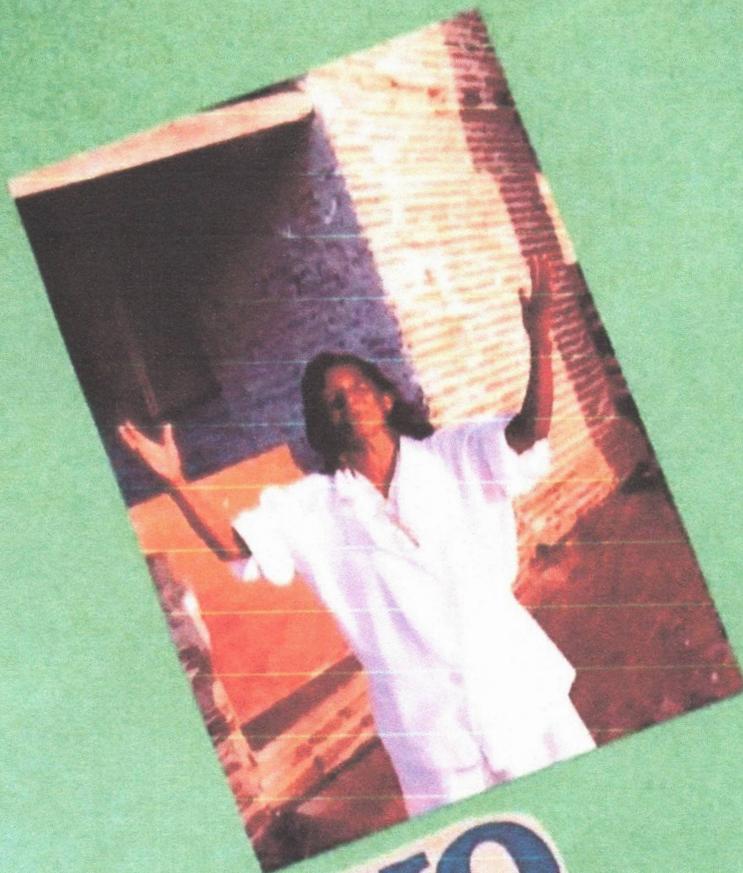
Visitas internacionais marcantes para conhecer o berço da TCI – Projeto 4 Varas

Pesquisadores e Professor da Universidade de Harvard ao Projeto 4 Varas - 2018



Visita de universitários da Cruz Vermelha Francesa ao Projeto 4 Varas - 2018





O POVO

Publicação CE - terça-feira, 09 de novembro de 1993 ADALBERTO - 161 23 422 CR\$ 100,00

Convênio da UFC com Harvard prevê intercâmbio de médicos

Um convênio assinado ontem à tarde entre o Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará e o Departamento de Medicina Social da Universidade de Harvard, no Estado norte-americano de Massachusetts, possibilitará o intercâmbio de professores, pessoal técnico e estudantes dos dois departamentos. A UFC mantém acordo firmado com mais de 50 instituições estrangeiras, mas com Harvard, esse é o primeiro e terá duração de cinco anos. Estão previstas ainda no convênio, a elaboração de atividades de pesquisas conjuntas, participação em seminários e encontros acadêmicos.

Para o Coordenador de Intercâmbio Internacional da UFC, Carlos Versiani, o convênio assinado ontem é de suma importância, pois trará benefícios mútuos para as duas instituições. Segundo ele, a UFC e Harvard, através dos seus respectivos departamentos para quais foi firmado o acordo, participarão de atividades de intercâmbio

cultural, cursos e treinamentos de professores técnicos, programas de treinamentos nos níveis de graduação e pós. Durante a solenidade, realizada na Rectoria da UFC pelo reitor Antônio Albuquerque Filho, e que contou com a presença do doutor Arthur Kleinman, Chefe do Departamento de Medicina Social da universidade de Harvard; Marilyn Nations, Coordenadora do Convênio da mesma instituição; e do professor André Haguette, Coordenador de Assuntos Internacionais da UFC. Foi ressaltada ainda que as duas instituições desenvolverão qualificação funcional através de licença sabática e consultorias.

Os recursos para as passagens e pesquisas ficarão sob a responsabilidade do Governo federal. Para o Professor da disciplina Medicina Comunitária da UFC, Adalberto Barreto, o convênio assinado com Harvard demonstra o reconhecimento daquela instituição pelo trabalho prático que está sendo feito pela UFC.

Links dos vídeos mais relevantes sobre o Projeto 4 Varas e a Terapia Comunitária:

O Projeto 4 Varas

<https://www.youtube.com/watch?v=TBRFzQE1wLg>

Vídeo 1 - Roda de Terapia Comunitária no Projeto 4 Varas

<https://www.youtube.com/watch?v=0WI3sGoLHFw>

Vídeo 2 - Roda Terapia Comunitária no Projeto 4 Varas

<https://www.youtube.com/watch?v=hi37qTjWR0Y>

Autoestima no Projeto 4 Varas

https://www.youtube.com/watch?v=ff_3QMh1Ze4

Terapia Comunitária – Conversa com Adalberto Barreto

<https://www.youtube.com/watch?v=awNRIXx5vEI>

Depoimentos sobre Terapia Comunitária

<https://www.youtube.com/watch?v=bRgisGeP4PE>

Adalberto Barreto – Programa "Gente que Faz" na década de 90.

<https://www.youtube.com/watch?v=lokZGmLaZZc>

Jornal O Povo - Adalberto Barreto e o Projeto 4 Varas

<https://www.youtube.com/watch?v=ngW6QWtRdaQ>

Programa Conexão - Projeto 4 Varas

<https://www.youtube.com/watch?v=0xHry5FrUcU>

Jornal Jangadeiro - Projeto 4 Varas

<https://www.youtube.com/watch?v=70DxY4kYVHU>

Barra Pesada – Quadro: Vida de herói mostra o Projeto Quatro Varas

<https://www.youtube.com/watch?v=ePeyFneniIQ>

TEDx Fortaleza - História do Projeto 4 Varas e a Terapia Comunitária - Adalberto Barreto

Legenda Espanhol: <https://www.youtube.com/watch?v=eVvGRnk-UMM>

Legenda Português: <https://www.youtube.com/watch?v=C9d2SrRyyAc>

PUBLICAÇÕES



Toda minha produção acadêmica abaixo explicitada, teve como objetivo socializar os conhecimentos que tive acesso na minha graduação e pós graduação.

Com uma linguagem simples, lúdica, muitas imagens e humor, tenho procurado disseminar conceitos, idéias e exemplos provindos tanto do universo acadêmico como do universo cultural.

Dentre as obras publicadas destacam-se:

“Terapia Comunitaria Passo a Passo” em 4 idiomas

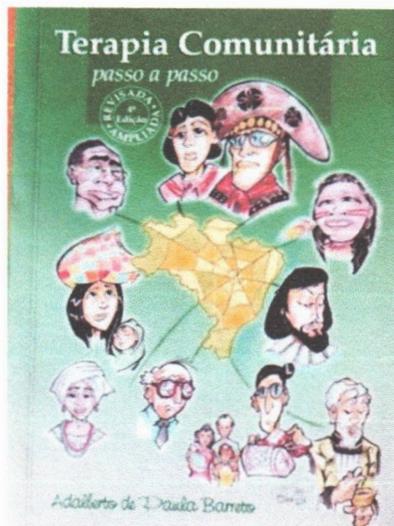


“Terapia Comunitaria Passo a Passo”

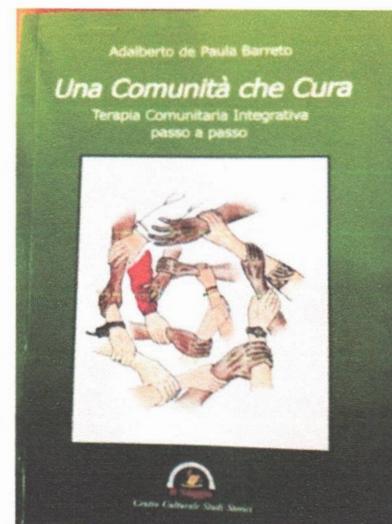
Nesta obra o Prof. Adalberto descreve e discute os objetivos pressupostos e ferramentas da TCI, disponibilizando aos leitores, todos detalhes necessários para sua implementação, desde a seleção e capacitação dos Terapeutas Comunitários, e as etapas e regras para a realização das sessões. O autor ressalta sempre as competências e potencialidades da comunidade, bem como o papel transformador do trabalho comunitário construído com base na co-responsabilidade, no diálogo e na participação.

TCI PASSO A PASSO EDIÇÕES EM PORTUGUÊS E ITALIANO

“Terapia Comunitaria Passo a Passo”



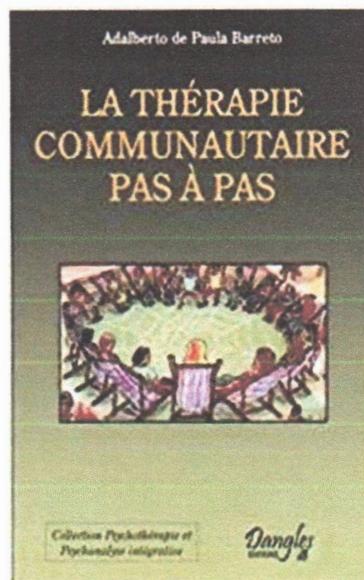
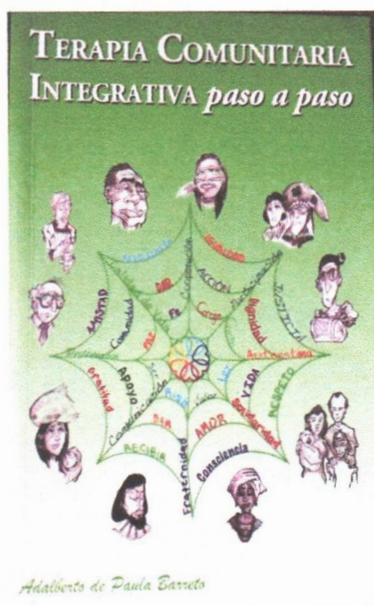
Una Comunità Che Cura: Terapia Comunitaria Integrativa Passo a Passo



TCI PASSO A PASSO EDIÇÕES EM ESPANHOL E FRANCÊS

Editora LCR ,Fortaleza, 2013

Editeur Dangles, França , 2012

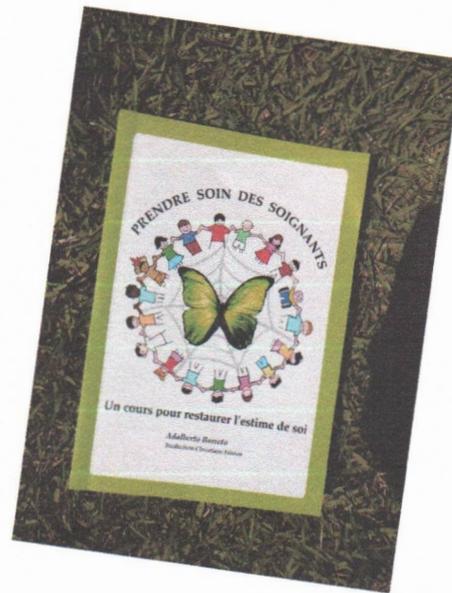


NO LIVRO TERAPIA COMUNITARIA PASSO A PASSO, o prof. Adalberto Barreto descreve e discute os objetivos, pressupostos e ferramentas da TCI, disponibilizando aos leitores os passos necessários para sua implementação, desde a seleção e capacitação dos terapeutas comunitários, as etapas e regras para a realização das rodas. São analisados também os conceitos teóricos e os elementos históricos que a suportam: resiliência, a pedagogia de Paulo Freire, contexto da crise, força da comunidade, pensamento sistêmico, teoria da comunicação e raízes culturais do Brasil. É um livro indispensável para todos aqueles que tem o proposito de participar na construçao de um pais, e porque não dizer de um planeta justo e solidário.

**Cuidando do Cuidador,
Edição Original: Francês**

**“Prendre Soins
Des Soignants:
Un cours pour
restaurer
l’estime de soi”**

**Editora LCR-
Fortaleza-2015**



Esse livro ressalta que o maior patrimônio de uma pessoa é a confiança em si. Quando dilapidada, o indivíduo padecerá da síndrome da miséria psíquica que leva a pessoa a desacreditar de si, dos outros e do futuro. São apresentadas oito dinâmicas de autoconhecimento que permitem às pessoas resgatarem a sua autoestima e tornarem-se protagonistas de suas histórias. São ressaltados os fundamentos teóricos e metodológicos dos princípios da resiliência concebendo-a como a capacidade que um indivíduo ou família tem de se superar mesmo quando são expostos às adversidades enfrentando-as e sendo transformados a si e ao seu meio ambiente.

Edição Português

**Título: “Cuidando do Cuidador”:
Técnicas e Vivências para o Resgate da
Auto estima.**
Promoção da
Saude, Saude
Mental Comunitária
Editora LCR
Fortaleza, 2017



“Cuidando do Cuidador”

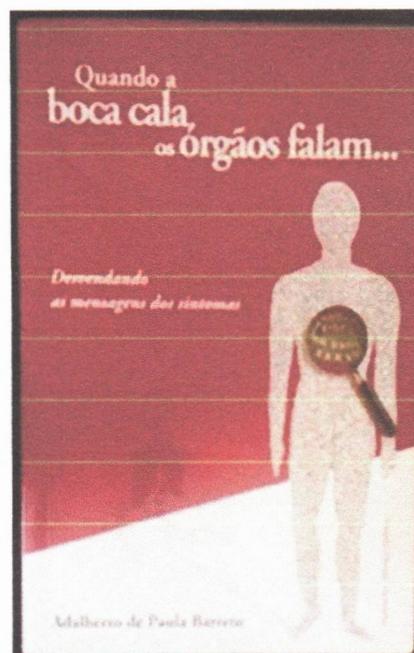
Prof. Adalberto ressalta que o maior patrimônio de uma pessoa é a confiança em si e quando o indivíduo a perde padece da síndrome da precariedade psíquica, caracterizada pela descrença em si, no outro e no futuro. Para enfrentar este desafio Prof. Adalberto coloca a disposição técnicas e vivências para o resgate da auto estima resultado destes 30 anos de experiência e trabalho coletivo. São dinâmicas simples que podem ser aplicadas por não profissionais e sim, por lideranças comunitárias, agentes multiplicadores e pessoas capacitadas e desejosas de realizar um trabalho de resgate da auto estima na sua comunidade e instituições.

**Edição Original
Português:**

**Título: “Quando a
Boca Cala os Órgãos
Falam...
Desvendando as
Mensagens dos
Sintomas. “**

Áreas do Conhecimento:
Medicina Popular, saúde,
Doença, Cultura, Linguagem
Corporal, Saúde Comunitária,
Psicossomática, auto-
conhecimento.

Fortaleza, LCR Editora -2012



Este livro oferece pistas para decodificar as mensagens inconscientes de nossos sintomas. É um convite ao diálogo com seu corpo. É um convite para assumirmos uma ação interdisciplinar, transcultural, navegando entre a biomedicina e a etnomedicina, favorecendo a cada um de nós sermos autônomos e responsáveis pelo nosso bem-estar, equilíbrio e saúde.

Este livro se propõe a agregar diversas leituras culturais, para entender o processo de adoecimento, com suas subjetividades e sutilezas. A enfermidade pode ser entendida como um “grito de alerta”, é o corpo fazendo um apelo para que nossos comportamentos, atitudes e valores sejam vistos e revistos. Ele se propoe auxiliar as pessoas que buscam ampliar a compreensão do processo saúde-doença numa perspectiva holística.

Edição Francesa:

Título: Quand la bouche se tait, les organes parlent... Dévoiler lês messages dês

syntômes -376 pg.- -2017

Tradução Francesa: C.Fénéon

et M. Alidières- Chaltiel

Editora: BoD-Books on Demand, 12/14 rond-point des Champs –Elyssées –

70006- Paris- França



“O índio que vive em mim” Itinerário de Um Psiquiatra Brasileiro.

Esta obra fala do processo que levou a criação da TCI- Terapia Comunitária Integrativa. Ela nos conduz no interior de um vasto projeto de saúde mental comunitária, inovadora e apaixonante que associa medicina Popular e medicina científica. A TCI permite que cada pessoa, cada comunidade sofrida encontre nela mesma e com os outros o caminho de sua própria cura.

Edição Original em Francês

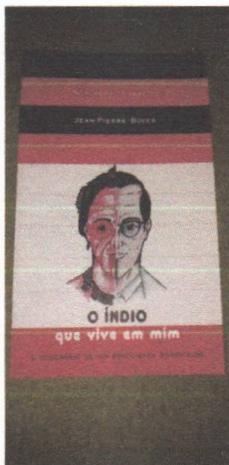
**“L’Indien qui est em moi:
Itinéraire d’un psychiatre brésilien”**

Collection: Les
Passeurs de
Frontières- Fundat



O ÍNDIO QUE VIVE EM MIM ITINERÁRIO DE UM PSIQUIATRA BRASILEIRO

EDIÇÃO PORTUGUÊS E ALEMÃ

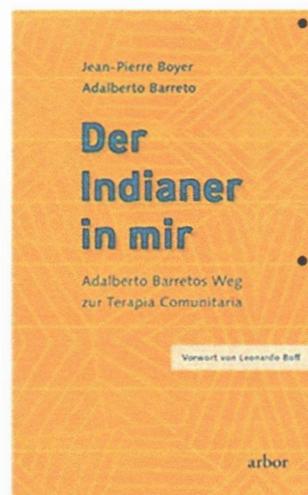


**“O índio que vive em mim”
Itinerário de
Um Psiquiatra Brasileiro.**

Tradutor: Liana Maria
Salvia Trindade,
Prefácio de Leonardo
Boff-

Terceira Margem-
Editora -SP-2009-
157p

Áreas do
Conhecimento:
Antropologia Cultural



- **“ Der Indianer in Mir: Weg zur Therapie Comunitaria’**
- Vorwort von Leonardo Boff

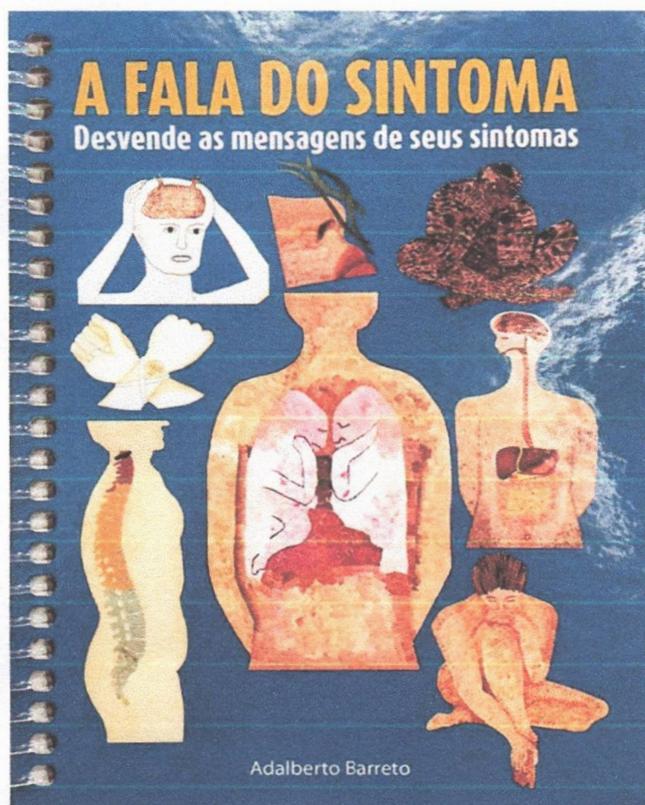
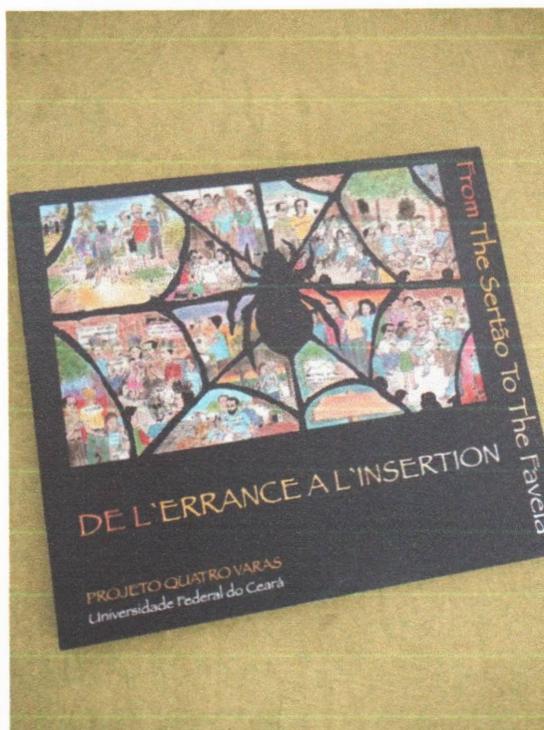
O índio que vive em mim, inicialmente publicado na França, agora traduzido para o Português, permite as pessoas seguir o itinerário de Adalberto Barreto, filho do sertão, médico, doutor em Psiquiatria, doutor em Antropologia e licenciado em filosofia e teologia, professor da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceara. A obra nos conduz particularmente, no interior de um vasto projeto de saúde mental comunitária, inovador, apaixonante que articula saberes oriundos do mundo acadêmico (*desease*) com os saberes dos curandeiros. (*illness*). Seu itinerário nos mostra como nasceu a Terapia Comunitária Integrativa. Este instrumento de intervenção psicossocial permite que cada pessoa encontre nela mesma e na partilha com os outros o caminho de sua própria cura.

FROM THE SERTÃO TO THE FAVELA –De L'errance a L'insertion

Obra bilíngue(francês,
inglês)de produção coletiva teve
a participação de jovens artistas
filhos de alcoolistas. O **Projeto 4
Varas** ofereceu um espaço para
que estes jovens encontrassem
um refúgio sadio para enfrentar
o clima de violência familiar.

Eles nos contam através de
desenhos a saga da seca e das
suas consequências.

Da chegada da família na favela
que aos poucos se transforma
numa comunidade que cuida.



A FALA DO SIMTOMA (Fortaleza LCR Editora - 2019)

O sintoma, como as palavras, tem vários sentidos. Trata-se, portanto, de uma comunicação repleta de sutilezas relacionadas a contextos sócio-históricos e culturais precisos. Do mesmo jeito que uma palavra para ser entendida precisa do contexto da frase, um sintoma para ser entendido precisa estar ligado ao contexto em que vivemos. Por isso, antes de decodificá-lo, precisamos contextualizá-lo, fazendo uma série de interrogações e jamais fazendo afirmações categóricas, mas sugerindo pistas de reflexão, levantando hipóteses, sempre numa postura mais

interrogativa do que afirmativa.

Este livro em forma de fichas é uma ferramenta para leigos e profissionais desejosos de aprofundar o dialogo com seus sintomas. Ele traz pistas importantes para que cada pessoa possa explorar em suas histórias (anamnesis), aspectos específicos de determinadas enfermidades e sofrimentos.

CONCLUSÃO

GRATIDÃO...

Ao escrever este memorial me dei conta de uma correlação permanente entre as minhas aspirações pessoais e minhas atividades profissionais, ao fazê-lo pude perceber toda uma trama invisível, inconsciente que me permitiu uma viagem no tempo material cronológico (CRONOS) e no tempo psíquico (KYROS). É interessante perceber que este tipo de análise só podemos fazer depois da caminhada. Mostrei que o projeto pessoal e o projeto profissional na realidade eram dois aspectos do mesmo desejo, do mesmo sonho. Agora pude fechar esse ciclo e dei início a um outro que consiste em nutrir, cuidar daquilo que foi construído ao longo destes 33 anos. Olhando para traz desperta em mim a gratidão pela Faculdade de Medicina que me acolheu, gratidão pelos colegas médicos com quem aprendi no compartilhar. E gratidão com a Universidade Federal do Ceara, como instituição, que sempre me apoiou. Dei o melhor de mim, construí muitas coisas e me deixei construir por elas. Obrigado.



ANEXO 1 : PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017
MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

DOU de 28/03/2017 (nº 60, Seção 1, pág. 68)

Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

considerando a Portaria nº 2.446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014 que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que tem como um dos Objetivos específicos: valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares;

considerando a Portaria nº 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS);

considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o reconhecimento e incorporação das Medicinas Tradicionais e Complementares nos sistemas nacionais de saúde, denominadas pelo Ministério da Saúde do Brasil como Práticas Integrativas e Complementares; e

considerando que as diversas categorias profissionais de saúde no país reconhecem as práticas integrativas e complementares como abordagem de cuidado e que Estados, Distrito Federal e Municípios já tem instituídas em sua rede de saúde as práticas a serem incluídas, resolve:

Art. 1º - Inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 84, de 4 de maio de 2006, Seção 1, pág 20, as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga apresentadas no anexo a esta Portaria.

Art 2º - Define que as práticas citadas nesta Portaria atendem as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/

Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituem suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

(...)

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a

valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Está fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência. Reforça a autoestima e fortalece vínculos positivos, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade, é fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuindo o processo de somatização e complicações clínicas.

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar e melhorar Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de prânâyâmas. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência.

A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

ARTIGOS E MÍDIA SOBRE A TCI NACIONAL E INTERNACIONAL



VULNÉRABILITÉ SOCIALE

Quand l'individuel nourrit le collectif (et vice-versa)

Née au Brésil il y a 20 ans, la thérapie communautaire fait des émules en Europe, où plusieurs groupes se sont déjà constitués. Basé sur l'apport de chacun à la résolution du problème de l'autre, ce nouveau modèle d'intervention sociale permet d'apporter des solutions qu'isolément la personne, la famille et les services publics n'ont pas été capables de trouver. Mais au-delà de l'individuel, c'est le lien social qui sort gagnant.



© Association "Les amis Quatro Varas"

PAR SÉBASTIEN POULET-GOFFARD

Chaque premier jeudi du mois, le centre social municipal Charles-Béraudier de Voiron (Isère) devient le théâtre de scènes étonnantes : disposés en rond dans une salle, une quinzaine d'hommes et de femmes de tous âges se tiennent par les épaules en se balançant d'une jambe à l'autre... Une pratique sectaire? Non bien sûr, "C'est simplement une technique d'ancrage au sol", explique amusé Roger Alves, participant au groupe. "Cet exercice favorise la prise de conscience de son corps et permet de garder les pieds sur terre, de se poser pour mieux trouver sa place dans sa vie, son travail, sa famille", continue-t-il. Ce Voironnais de bientôt 45 ans participe dès qu'il le peut à cet espace

d'écoute, de paroles et de liens, pas comme les autres, tant sur les objectifs poursuivis que sur la méthode. Calquée sur un modèle d'intervention sociale collective, la thérapie communautaire, née il y a 20 ans dans les favelas du Brésil, cette nouvelle pratique vise à permettre aux personnes en difficulté de surmonter leurs problèmes en s'appuyant à la fois sur leur propre potentiel et sur l'expérience des autres, en mobilisant des réseaux citoyens et en stimulant les liens sociaux (voir la présentation détaillée des objectifs et de la méthode dans le supplément spécial de 8 pages inséré dans ce numéro). La dynamique est structurée sur le vieux continent par l'Association Européenne de Thérapie Communautaire Intégrative et des Amis de "Quatro Varas" (AETCI-A4V). "Quatre baguet-

tes" qui, selon le mythe fondateur du mouvement, peuvent être cassées individuellement, mais, lorsqu'elles sont liées ensemble, ne peuvent plus être brisées. L'AETCI valide et assure la qualité de la formation des thérapeutes qui sont environ 300 à ce jour, et coordonne le réseau européen – avec le soutien d'écoles en travail social – composé d'une quarantaine de groupes en France et en Suisse.

PAS DE JE SANS LE NOUS

Le groupe de Voiron s'appelle "Les jeudis du petit caillou". "Car on travaille sur les soucis qui sont comme des petites pierres dans la chaussure", explique Odile Robert-Germain, ostéopathe, formatrice en thérapie communautaire et animatrice du groupe. "En exprimant ses problèmes, en mettant en commun les ressources et les recherches de solutions, on se sent moins seul et on retrouve de l'énergie", poursuit-elle. Mais contrairement aux groupes de parole classiques, ici la participation est libre, anonyme, et ne nécessite pas d'inscription préalable : "Ce n'est pas un groupe auquel on appartient et qui se rejoint autour de la parole d'un professionnel détenteur du savoir. Ici,

SÉLECTIONNÉES PAR



EN BREF

tout le monde est spécialiste de son vécu et chacun est libre de venir, ou pas”, continue l’animatrice qui insiste sur la notion d’échange.

Ouverts à tous sans pré-requis, ces temps d’écoute, de paroles et de liens durent environ deux heures. Deux animateurs formés assurent la dynamique du groupe et le bon déroulé de la séance qui s’articule en différentes phases.

Il y a tout d’abord l’accueil, qui doit permettre à chacun de se sentir à l’aise en brisant le glacié naturel qui existe entre les gens qui ne se connaissent pas. C’est ensuite “l’appel aux cailloux” où chacun est invité à partager ce qui le préoccupe. “Ce peut être tout type de souci familial, conjugal ou professionnel. Mais on s’interdit de travailler sur les grands secrets, comme l’inceste ou le viol. Le groupe n’est pas un lieu de traitement de ces traumatismes”, poursuit l’ostéopathe. L’étape suivante est consacrée au vote. Chacun est amené à choisir le sujet qui l’intéresse le plus. Le nombre de voix par caillou permet de dégager un consensus dans le groupe. Celui dont le sujet est retenu est alors invité à se mettre en retrait afin que les autres puissent s’exprimer. Il est ensuite demandé à ceux ayant rencontré un problème de même nature de prendre la parole et de partager leur expérience, de dire comment ils s’en sont sortis. “Il n’émerge pas de réponse toute faite, en écoutant l’autre, on s’écoute soi-même, ça clarifie les situations et c’est la force du groupe”, poursuit Odile Robert-Germain.

PETIT À PETIT LE COLLECTIF FAIT SON NID

Cette phase donne lieu à des manifestations dont on a peu l’habitude en Occident... “Il nous arrive lors de moments de forte intensité d’entonner un chant lié à la problématique. On peut aussi, pendant un

silence, se prendre par les épaules, libérer de l’émotion. Lorsque celle-ci est reconnue, elle rentre dans le champ de la conscience, et c’est ce qui permet le changement”, explique la thérapeute. Et puis c’est là que des liens se créent, qui perdurent en marge du groupe, avec des conseils qui se transmettent, des adresses de professionnels qui s’échangent, des postures et des regards qui évoluent dans la vie au quotidien.

Roger, qui travaille auprès des pensionnaires d’un Ehpad, a trouvé dans sa participation au groupe des ressources insoupçonnées pour sa vie professionnelle: “Dans le groupe, on se prend par la main, par les épaules. Alors, aujourd’hui, je n’hésite plus à rentrer en contact physique avec les personnes âgées, je transmets un peu de chaleur et je sens que ça leur fait du bien”, témoigne-t-il. “Je suis plus attentive à mes émotions, à ce qui m’appartient et à ce qui appartient à l’autre”, assure pour sa part Louise Bombrun, participante et conseillère emploi formation dans le civil, qui voit évoluer sa pratique.

Pour Chantal Cornier, directrice de l’Institut de formation des travailleurs sociaux d’Échirolles, très impliqué dans la promotion de la thérapie communautaire, “au-delà des effets pour les personnes elles-mêmes, cette thérapie est un modèle intéressant pour ses effets collectifs. Retrouver l’estime de soi participe de la reconstruction du lien social. Le groupe va permettre de retisser les liens, de structurer des réseaux d’entraide. La thérapie communautaire peut faire émerger une capacité “d’agir collectif” et donc d’action collective”. Et les professionnels le savent bien : la réussite du collectif dépend d’une multitude de petits pas individuels.

CONTACT

Centre Charles-Béraudier : 04 76 67 96 10

VIVRE EN COUPLE MAIS CHACUN CHEZ SOI

Selon l’Ined, 3,8 millions de Français “partagent leur vie à distance”. Les jeunes (28 % des 18 à 25 ans) et les divorcés sont les catégories de couples qui plébiscitent le plus l’absence de cohabitation, jugeant bénéficière “des avantages du couple sans les inconvénients”. Reste que 60 % des couples non-cohabitant subissent cette situation, le plus souvent à cause de contraintes professionnelles. Des chiffres qui ne rassurent pas face à la crise du logement.

PROTÉGER LES MINEURS DES DÉRIVES SECTAIRES

La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), annonce dans son rapport 2009 qu’elle s’apprête à publier un guide pratique de la protection de l’enfance face aux dérives sectaires destiné à doter les professionnels concernés de repères législatifs, d’outils pratiques et d’études de cas concrets afin qu’ils puissent faire preuve de “discernement, de finesse d’analyse et de capacité d’écoute”.

UN FRANÇAIS SUR DEUX NE LIT PAS

Dans la dernière enquête sur les pratiques culturelles des Français publiée par le Ministère de la culture, 53 % des Français déclarent spontanément lire peu ou pas du tout de livres. Pour y remédier, le ministère entend consacrer 100 millions d’euros par an, destinés notamment à étendre les horaires d’ouverture des 50 bibliothèques municipales les plus importantes, ou à adresser aux parents de nouveau-nés ou adoptants un album illustré et des conseils de lecture.

DES LYCÉES POUR DONNER LE GOÛT D’APPRENDRE

La circulaire de rentrée pour 2010 prévoit d’augmenter le nombre des “micro-lycées”, ces structures expérimentales adaptées pour les élèves en situation de décrochage scolaire, pour atteindre à terme l’objectif d’un lycée par académie. Les 3 structures de ce type existant actuellement semblent produire des résultats avec une majorité d’élèves qui renouent avec l’école jusqu’au baccalauréat grâce à l’engagement des enseignants et un suivi individualisé important.

ifts

Institut
de formation
de travailleurs
sociaux



h e t s

Haute école de travail social
Genève

Le journal de
l'Action sociale
à du vivre ensemble
SUPPLÉMENT SPÉCIAL

THÉRAPIE COMMUNAUTAIRE

Des espaces d'écoute, de paroles et de liens...

Une pratique systémique et intégrative de
santé et de travail social communautaires

Promouvoir la santé et le travail social communautaires fait partie des préoccupations actuelles du secteur médico-social. Son idée est certes de plus en plus répandue, mais qu'en est-il dans nos pratiques ? Il ressort que ces approches plus collectives et communautaires de développement social restent encore trop peu développées. Or, il existe des outils innovants et opérationnels qui ont fait leur preuve ici et hors de nos frontières. Parmi eux, la THÉRAPIE COMMUNAUTAIRE qui nous vient du Brésil. Le transfert en Europe de ce modèle d'intervention sociale collective présente un intérêt certain dans les domaines de la lutte contre l'isolement, la désinsertion sociale, les violences civiques, la précarisation, la souffrance psychique et sociale.

La Thérapie Communautaire prend donc place au sein **des pratiques de santé et de travail social communautaires**. Au cœur d'espaces collectifs, elle intègre et valorise la diversité des cultures, des savoir-faire et des compétences pour que chacun se sente à la fois **sujet et acteur de sa vie et de la société**.

Cette action communautaire propose avant tout **un regard autre** sur les situations de pauvreté, d'isolement et d'exclusion pour appréhender différemment les problèmes psychosociaux et les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre.

Actuellement, environ 300 personnes ont été formées et une quarantaine de groupes fonctionnent en France et en Suisse, dans le champ du travail social et de la santé.

■ HISTORIQUE

La "Thérapie Communautaire" est née il y a 23 ans au Brésil, dans une favela de Fortaleza, de la rencontre d'un psychiatre et d'une communauté de migrants, en grande souffrance économique et psychique.

En 1987, dans le Département de Santé Communautaire de la Faculté de Médecine de l'Université Fédérale du Ceará, le **Pr. Adalberto Barreto**, ethnopsychiatre brésilien, fondateur du MISMEC⁽¹⁾ a développé cette pratique. La Thérapie Communautaire a représenté une réponse à la multitude de demandes de consultation émanant de Airton Barreto, avocat de la Maison des Droits de l'Homme, pour les habitants de la favela du Pirambú. La réponse individuelle apportée dans le cadre de l'hôpital universitaire s'est avérée inadaptée: le Pr. Barreto a donc trouvé plus pertinent de venir dans la favela. Il a décidé d'organiser une réunion hebdomadaire où les difficultés pouvaient s'exprimer dans les termes où les gens les vivaient, et où les solutions se dégagent à partir des expériences de vie des participants. C'est à partir de cette pratique visant à valoriser les acquis existentiels, les savoirs populaires et les ressources culturelles, qu'a pris forme cette approche d'animation d'espace de parole. Elle s'est progressivement organisée dans le temps en définissant des règles et un mode de fonctionnement très structuré afin que la parole de chacun soit respectée et que l'échange soit le plus libre possible.

À partir des besoins exprimés dans les séances de Thérapie Communautaire, se sont développées d'autres modalités d'aide et de soutien aux gens de la favela, toujours basées sur les compétences locales des habitants. Ainsi est né le "Projet **Quatro Varas** ⁽²⁾" (art-thérapie, maison de santé communautaire, théâtre, pharmacie vivante, petite école de la vie, etc.). Cette expérience a suscité beaucoup d'intérêt dans le milieu sanitaire et social ainsi qu'auprès des autorités. De fait, la formation à la Thérapie Communautaire fait désormais partie intégrante de la politique publique du Ministère de la Santé du Brésil. Actuellement, il existe au Brésil 36 centres de formation⁽³⁾. Plusieurs milliers de thérapeutes communautaires ont été formés (leaders communautaires, agents de santé publique, travailleurs sociaux, psychologues, médecins...).

En s'appuyant sur l'expérience de "Thérapie Communautaire" vécue depuis plus de 20 ans au sein de

la favela, le Pr. Barreto montre combien la valorisation des personnes est un atout majeur dans l'**accompagnement social, sanitaire et éducatif**.

Cette création et pratique brésilienne a suscité un intérêt certain en Europe depuis une dizaine d'années. Actuellement environ 300 personnes⁽⁴⁾ ont été formées et une quarantaine de groupes fonctionnent en France et en Suisse⁽⁵⁾, dans le champ du travail social et de la santé.

Cette dynamique est soutenue par l'**Association Européenne de Thérapie Communautaire Intégrative et des Amis de Quatro Varas** (AETCI- A4V) qui valide et assure la qualité de la formation et participe à la coordination du réseau avec le soutien d'instituts de formation en travail social⁽⁶⁾.

■ QU'EST-CE QUE LA THÉRAPIE COMMUNAUTAIRE ?

Il s'agit d'un **espace d'écoute, de paroles et de liens**, fonctionnant selon des règles précises qui, en prenant comme point de départ une "situation - problème", permettent de dégager un ensemble de solutions à partir de l'échange d'expériences vécues, dans un climat de tolérance et de liberté, protégé de toute projection et tout désir d'influence. Elle est basée sur trois présupposés fondamentaux :

- ❶ Les difficultés individuelles sont à appréhender dans un contexte: aucun individu n'est isolé, il appartient à un réseau relationnel.
- ❷ Même si elle l'ignore, toute personne possède en elle des ressources et des savoirs tirés de son vécu et utiles aux autres, quelles que soient ses conditions sociales et économiques, sa culture, sa situation ou ses difficultés.
- ❸ Ces compétences lui viennent des épreuves qu'elle a traversées.

■ SES CONCEPTS, SES VALEURS, SES METHODES

La Thérapie Communautaire est envisagée comme une **action citoyenne**, un **espace de rencontres** de personnes venant d'horizons différents (géographique, culturel, religieux, social...), un espace **ouvert à tous et gratuit**: "Vient qui veut, quand il veut".

⁽¹⁾ Mouvement Intégré de Santé Mentale Communautaire

⁽²⁾ Quatro Varas = 4 Baguettes. "Une baguette seule peut être cassée facilement. Mais personne ne peut briser quatre baguettes liées ensemble".

Pour résoudre les problèmes des personnes, des familles, des communautés, chacun partage son savoir, sa compétence dans des **échanges résolument horizontaux**.

■ Définition des termes

Pourquoi avons-nous gardé l'expression "Thérapie Communautaire", pour désigner cette façon particulière d'animer un "espace d'écoute, de paroles et de liens" ?

La Thérapie Communautaire trouve sa particularité dans l'appellation complète de **Thérapie Communautaire Systémique et Intégrative** :

• **Thérapie** : vient de la racine grecque signifiant "accueillir, être chaleureux, servir". Le thérapeute est celui qui **prend soin** des autres, de manière chaleureuse.

Le "prendre soin" s'entend comme "*une préoccupation pour la vie de l'autre, (...) sans emprise*", comme "être en souci pour l'autre" selon l'expression du Dr Jean Furtos.

Actuellement, la souffrance psychique s'observe et s'écoute sur les lieux du social. "*Le prendre soin est de plus en plus assumé par les intervenants sociaux les plus divers, particulièrement du fait de la précarité sociale*" et n'appartient plus aux seuls soignants.

Être thérapeute communautaire, c'est donc être disponible et non pas être dans la réponse à apporter, c'est assurer la qualité de l'accueil de l'autre et de sa parole. On s'intéresse à la personne et non pas à ses symptômes, sa pathologie.

• **Communautaire** : "*Une araignée sans sa toile, c'est comme l'Indien sans sa terre, un individu sans groupe d'appartenance, une communauté sans lien de solidarité avec les autres, sans lien avec son histoire et sa culture*". Le mot communautaire est l'assemblage de "commun" et "unité". Ce qui unit ces personnes, est d'avoir entre autres en commun leurs souffrances (exclusion, déracinement, violence...) et surtout la volonté de résoudre leurs difficultés, les désirs de changement. C'est le groupe qui accueille, soutient, dégage et met en commun les solutions, les compétences plurielles issues des expériences de vie des uns et des autres.

Nous pouvons entendre ainsi le concept de communauté, en reprenant l'expression de J. Morel : "*un lieu d'échanges, de réflexion et d'action qui positionne les individus dans une dimension collective ; un lieu d'émergence et de compréhension des problèmes*". La communauté est donc un **espace de construction et de reconstruction sociale**.

La Thérapie Communautaire s'inscrit aussi comme une expérimentation de la **démarche communautaire**⁽⁷⁾ dans le travail social et la santé. Le concept de **santé communautaire** et de promotion de la santé, relayé par l'OMS, met en avant la participation des populations à la gestion de leurs problèmes de santé au sein d'un processus plus large où la population contrôle davantage l'ensemble de son devenir. De même, selon José Dhers, l'approche du **travail social communautaire** "*repose sur la prise en compte de l'individu dans son territoire, sa communauté de vie et de sa capacité à se remettre en mouvement grâce à l'entraide du groupe et à la solidarité dans la communauté*".

Cette démarche communautaire implique la participation de tous les acteurs sociaux et culturels concernés : professionnels, politiques et décideurs, habitants et citoyens.

"La communauté agit là où la famille et les politiques sociales sont défaillantes".

• **Systémique** : revient à la prise en compte des difficultés en relation avec le contexte et les interactions sociales. Les individus ne sont pas vus comme isolés mais comme membres d'un réseau relationnel, capable d'autorégulation, de progression, de croissance. L'OMS a défini la santé comme un bien-être non seulement **corporel et psychique**, mais aussi **affectif et social**. La santé de la personne est donc intimement liée à son environnement et à la santé du groupe auquel elle appartient.

• **Intégrative** : concerne tant la lutte contre l'isolement et l'exclusion que la prise en compte et la valorisation de la diversité des cultures, des savoir-faire et des compétences. La culture est vue comme une valeur et comme un recours qui nous permet d'additionner et de multiplier nos potentiels de croissance et nos capaci-

⁽³⁾ Coordination ABRATECOM : <http://www.abratecom.org.br>

⁽⁴⁾ Travailleurs sociaux, infirmières, conseillères en économie sociale et familiale, formateurs, animateurs, personnels de crèche, de centres socio-culturels, de missions locales d'insertion, responsables et bénévoles de lieux d'accueil, d'associations, médecins, ostéopathes, psychologues,...

⁽⁵⁾ à Grenoble, Marseille, Toulon, Vienne, Lyon, Valence, Strasbourg, Genève, Lausanne...

⁽⁶⁾ IFTS (Institut de formation des travailleurs sociaux) à Échirolles et HETS (Haute école de travail social) à Genève.

⁽⁷⁾ Cette démarche est définie ainsi par la Société française de Santé Publique : "L'approche communautaire est conçue par les professionnels comme une forme de lutte contre l'exclusion sociale dans une perspective méthodologique nouvelle où l'accent est mis sur une approche locale des formes d'organisation collective, des réseaux de relation, de l'espace territorial de proximité. Dans cette perspective, ce sont les liens sociaux, l'autonomie individuelle, la capacité d'action des différents acteurs dans une stratégie de changement social, qui sont valorisés". (S. Schapman)

tés à résoudre nos problèmes sociaux. Très concrètement, au sein de la séance, chansons, poèmes, musique, danse, proverbes, etc., apportés par les participants, enrichissent la Thérapie Communautaire par la diversité des codes d'expression. La culture est comme une toile d'araignée invisible qui unit et intègre les individus. C'est pourquoi nous pouvons dire que la meilleure prévention revient à maintenir les liens d'une personne avec son univers culturel et relationnel, avec sa toile, car c'est à travers son identification aux valeurs culturelles de son groupe que tout être humain se nourrit et construit son identité.

La **participation est l'âme du travail communautaire** et de toute transformation sociale : en stimulant le sentiment de responsabilité, en valorisant les compétences locales, en rendant les gens plus confiants et moins dépendants des actions venues de l'extérieur.

In fine, la Thérapie Communautaire est un espace collectif où l'on **partage ses expériences de vie et ses savoirs, de façon horizontale et circulaire**. À partir de l'écoute des histoires de vie, chacun devient thérapeute de lui-même. Tous sont co-responsables de la recherche de solutions et du dépassement des défis quotidiens dans une ambiance chaleureuse. C'est le groupe par l'expression de ses membres qui est le thérapeute et crée les dynamiques d'évolution et non un "spécialiste" qui détiendrait la vérité et les solutions.

■ Concepts :

Elle s'organise autour de **5 axes théoriques** : la pensée systémique, la théorie de la communication, l'anthropologie culturelle, la pédagogie de Paulo Freire et la résilience. La philosophie de la Thérapie Communautaire rompt avec la pensée dominante, qui considère que le peuple est ignorant et qu'il faut l'éduquer : *"Personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde"*⁽⁸⁾. Elle postule que toute société humaine dispose de mécanismes régulateurs efficaces et très importants culturellement. Les possibilités de prévention et de soin de la souffrance psychique et les manières de la soigner sont aussi nombreuses que sont variés les différents contextes, sociétés et cultures existants. Toute personne ou tout groupe possède en son sein, même s'il n'en a pas conscience et même s'il se trouve en situation de grande précarité, des ressources pour dépasser les difficultés, ressources qui lui viennent du savoir acquis à partir de ses expé-

⁽⁸⁾ Freire Paulo, *Pédagogie des opprimés. Conscientisation et révolution*, Maspéro, 1974.

riences de vie et de sa (ses) culture(s). La socialisation de ce savoir donne lieu à une dynamique entre ce qui est dit par les autres et la résonance à l'intérieur de chacun. Les crises, les souffrances et les réussites, lorsqu'elles sont exposées et discutées, **dans et par** le groupe permettent la création progressive de la conscience sociale. La Thérapie Communautaire favorise le processus de "résilience" qui devient un outil de changement pour le groupe tout entier.

■ À qui s'adresse la Thérapie Communautaire ?

La Thérapie Communautaire s'adresse plus particulièrement mais non exclusivement, à une population marquée par les problèmes de précarité, d'insécurité et de perte d'estime de soi, d'abandon institutionnel, à des individus sans lien d'appartenance.

La souffrance causée par le contexte socio-économique, blesse la dignité de la personne et porte atteinte à ses droits citoyens. La perte de confiance en soi, la désinscription du sujet du lien social entraînent un **"syndrome de précarité psychique"** et mènent à l'isolement, à une attitude d'échec, à l'auto-dévalorisation, à la dépendance, à la violence (sur soi, sur l'autre).

À l'heure du délitement des liens familiaux, sociaux et économiques, la Thérapie Communautaire, par la **co-construction** de réponses communes, de compétences et ressources mutualisées, se propose d'être une réponse à l'isolement des habitants, des familles, enfants et adolescents, quelle que soit l'origine de la souffrance sociale ou psychique, mais aussi à l'épuisement des professionnels dans leur accompagnement des personnes en grande difficulté.

Toute personne a besoin de "prendre soin d'elle-même" et peut bénéficier de l'apport de la Thérapie Communautaire.

■ Les objectifs de la Thérapie Communautaire

La Thérapie Communautaire se base sur un modèle co-participatif qui favorise la circulation de l'information, suscite la co-responsabilité et fait émerger les innovations et auto-solutions.

La Thérapie Communautaire vise à :

✓ Renforcer la **dynamique interne** de chaque personne pour que chacun puisse découvrir ses valeurs, potentialités et devenir plus autonome en retrouvant **l'estime de soi**.

✓ Promouvoir la **construction de réseaux de solidarité** en mobilisant les ressources et les compétences des individus, des familles et des communa-

tés considérées comme les points de levier pour l'amélioration de la qualité de vie.

✓ Restaurer et renforcer les **liens sociaux** pour combattre les situations de désintégration des individus et des familles. Le groupe devient un agent d'agrégation dans le processus d'insertion sociale et permet d'offrir un **réseau d'appui et d'accueil**. Cette construction de liens solidaires et de la citoyenneté se prolonge au-delà du temps de la séance: les gens discutent, partagent, échangent des idées, tissent des liens...

✓ Rendre possible la **communication entre les différentes formes de savoirs** (savoir populaire, scientifique, politique...) en les décloisonnant. Elle rompt ainsi avec le modèle qui privilégie la concentration de l'information entre les mains des techniciens et spécialistes et permet la circulation de l'information en reconnaissant les compétences individuelles. **L'information vient du groupe, circule à l'intérieur de celui-ci et permet l'émergence de solutions participatives.**

✓ Mobiliser et restaurer les valeurs, les ressources et compétences culturelles pour renforcer le sentiment d'appartenance et construire une **culture solidaire** par le respect de ces diversités culturelles.

✓ Stimuler la **participation** comme élément essentiel pour dynamiser les relations sociales, en promouvant la conscientisation et en incitant le groupe, à travers le dialogue et la réflexion, à prendre des initiatives et à devenir l'agent de sa propre transformation.

✓ Offrir une perspective de **prévention** en matière de santé mentale (en contribuant notamment à favoriser l'estime de soi) au sein d'espaces collectifs pour éviter d'avoir plus tard à combattre les pathologies de personnes accueillies individuellement.

✓ Faciliter l'**orientation** des personnes vers le réseau de soin.

■ **Les principes et le déroulement de la Thérapie Communautaire**

Dans la Thérapie Communautaire, la parole est un remède pour celui qui parle comme pour celui qui écoute. La parole devient constructive. C'est le partage des expériences de vie entre les participants qui montre les issues possibles et permet à la communauté de trouver en elle-même les solutions à des problèmes, qu'isolément la personne, la famille et les services pu-

blics n'ont pas été capables de trouver. Sa méthodologie rend possible de prendre soin de la personne dans des espaces publics, en stimulant la communauté à utiliser sa créativité pour construire une vie plus digne et citoyenne, en rassemblant les acteurs les plus divers dans une pratique d'action conjointe et complémentaire.

La Thérapie Communautaire est une **approche centrée sur les solutions partagées** et non sur les problèmes. La cible de l'intervention c'est la souffrance, jamais la pathologie. On ne cherche pas à identifier les faiblesses et les manques par lesquels l'autre deviendrait l'objet de notre intervention et resterait passif. L'autre est un partenaire actif. Au-delà de leurs souffrances, c'est la recherche de solutions et la volonté de résoudre leurs difficultés qui réunissent les personnes. Le travail de groupe est privilégié, il fonctionne comme un « bouclier protecteur » pour les personnes les plus vulnérables.

Une séance se déroule en **6 étapes** qui viennent rythmer et structurer ce temps de partage:

① **Un temps d'accueil:**

Au commencement de chaque séance, on se souhaite la bienvenue et on rappelle pourquoi on est là. Le groupe devient **lieu d'accueil et de soin**, grâce au respect de **règles de tolérance** précises assurées par les deux animateurs formés. Ces règles sont énoncées comme suit: écoute bienveillante et attentive, respect de la parole de l'autre, pas de conseils, pas de jugements, d'analyses ou d'interprétations, parler seulement à la première personne des expériences vécues et proposer si l'idée vient en résonance avec ce qui est dit, des chansons, poésies, blagues, dictons... supports culturels hérités de la mémoire collective.

Ensuite on partage un moment qui "brise la glace", une dynamique interactive de groupe qui peut prendre la forme d'un jeu, d'une danse, d'une chanson, d'une mise en mouvement du corps...

Ce temps d'accueil garantit une ambiance "accueillante et chaleureuse". La convivialité renforce la cohésion du groupe et augmente son énergie. La Thérapie Communautaire se base sur **les relations humaines, affectives et culturelles.**

② **Le choix du thème:**

Les personnes qui le souhaitent prennent la parole et exposent brièvement leur problème: les soucis du

quotidien, ce qui empêche de dormir, une épreuve à surmonter... Ce n'est pas le lieu des grands secrets. Un dicton brésilien énonce : *"Lorsque la bouche se tait, les organes parlent. Lorsque la bouche parle, les organes guérissent"*.

Dans une séance de Thérapie Communautaire, on part donc d'une "situation-problème" (insomnie, rupture, alcoolisme, violence, abandon...) présentée par une personne et choisie par le groupe parmi plusieurs propositions: seul le thème qui fait écho, qui touche le plus de monde sera retenu après un vote. Accueillir la souffrance causée par des situations stressantes, en créant un espace de partage de cette souffrance et réfléchir à partir de là, permet de digérer une anxiété paralysante, source de risque pour la santé: « *ne plus se sentir seul et pouvoir compter sur d'autres.* »

Ce jour-là, le groupe choisit la situation de Jean, un monsieur d'une cinquantaine d'années, accueilli depuis 3 jours en accueil d'urgence: *"je suis angoissé, déstabilisé car demain je serai à la rue, on me met à la porte"*.

③ Contextualisation :

À partir de cette situation choisie, les animateurs et le groupe cherchent à stimuler par leurs questions une meilleure compréhension du problème pour la personne, à favoriser un plus grand degré de conscience (de ses émotions, de ses valeurs), à comprendre le problème dans son contexte. Voir au-delà du symptôme, le potentiel de la personne, la compétence acquise par sa propre expérience de vie, la manière dont elle a pu surmonter ses difficultés.

Au départ, Jean est très agressif en parlant de son sentiment d'injustice, son sentiment d'être abandonné; il s'en prend à l'institution, à l'assistante sociale... puis au fur et à mesure des questions posées par le groupe, il parle de sa séparation d'avec sa famille, du sentiment d'insécurité, de solitude, de son épuisement tant physique que psychique: *"je suis à bout, à la dérive, c'est l'écran noir..."*.

④ Problématisation :

À cette étape, on demande à la personne d'écouter à son tour les autres et de rester en silence.

La question-clé qui déclenche la réflexion collective est: *"Qui de vous a déjà vécu quelque chose de semblable et qu'avez-vous fait pour vous en sortir?"*.

La question-clé peut être aussi une question d'ordre symbolique, plus large: *"Qui a déjà vécu une situation où il s'est senti à bout (physiquement, psychologiquement), dans une impasse?"* (vécu d'abandon, d'isolement, d'usure, de détresse, etc.).

Plusieurs personnes partagent leurs expériences en écho avec le vécu de Jean.

Un homme parle d'une période de sa vie où *"il était à bout de force"*: *"Ce n'était pas facile de demander de l'aide alors que je savais que j'avais besoin de soutien. J'avais honte. J'ai su parler de ma détresse à un médecin et j'ai accepté d'être hospitalisé"*. D'autres: *"Les épreuves rendent plus fort, j'ai découvert avoir des ressources en moi, que la solution était en moi et j'ai su évacuer ma colère"*, ou encore: *"J'ai compris que j'avais le droit d'être fatigué, de lâcher prise, j'en avais marre de me battre seul... alors je suis allé en maison de repos"*.

La solution est *"dans le collectif et ses interactions, dans le partage, dans les identifications à l'autre, dans le respect des différences"*. Se sentir membre d'un groupe a des effets régulateurs sur les comportements individuels.

⑤ Clôture :

Un rituel de fin de séance est proposé (comme former un cercle en se tenant les épaules ou les mains) visant à renforcer les liens et le sentiment d'appartenance. C'est un moment où l'on partage son ressenti sur le vécu de la séance et ce que chacun emporte avec soi.

Jean à la fin de la séance n'est plus du tout agressif. Il exprimera au groupe *"Je pesais 48 tonnes quand je suis arrivé, je n'en pèse plus que 12. Merci"*. Ce qu'il a retenu des échanges: *"J'ai le droit de me reposer, je dois oser demander de l'aide"*.

Jean est arrivé à cette séance, envahi par ses angoisses et dans une grande détresse psychique. Il a pu trouver dans le groupe une source d'apaisement et envisager des issues possibles.

⑥ L'appréciation de la séance :

Le groupe cherche à évaluer l'animation de la séance et son impact en profitant des enseignements apportés par tous.

Rôle du "thérapeute communautaire", animateur du groupe :

Le thérapeute communautaire doit être bien conscient des objectifs de ce temps de parole et des limites de ses interventions. Il n'a pas une place de "spécialiste" en faisant interprétations et analyses. Son rôle ne consiste pas à résoudre le problème des personnes mais bien à susciter une dynamique qui permet le partage des expériences.

Le thérapeute communautaire doit travailler avec la compétence des personnes en cherchant à réveiller et à valoriser le "savoir" issu de l'expérience et de l'existence de chacun. Par ses questions et sa qualité d'écoute, le thérapeute va aider la personne à clarifier ses préoccupations, à reconnaître ses émotions et ainsi lui permettre de faire ses propres découvertes.

Le rôle central du thérapeute consiste donc à favoriser la **découverte des ressources individuelles et collectives** et à mobiliser ce qui est possible en chacun, en accueillant la "pluralité", toute différence comme dignité à être prise en considération.

"Le thérapeute communautaire doit agir comme un chef d'orchestre, en faisant en sorte que tous les musiciens utilisent bien leurs instruments. Il a besoin de savoir que la richesse du groupe n'est pas à l'extérieur mais bien en lui".

■ SON IMPACT

La Thérapie Communautaire agit directement sur deux des déterminants sociaux de la santé définis par l'OMS: **le stress et le soutien social**. Indirectement, en augmentant l'estime de soi et la confiance en l'autre, elle évite l'intériorisation de l'exclusion sociale.

En favorisant la restauration de l'estime de soi et la reconstruction du lien social, ces espaces contribuent à "soigner" les individus, mais aussi la communauté en renforçant les réseaux solidaires, les liens d'agrégation, d'appartenance et de protection.

En 23 ans, la Thérapie Communautaire a démontré qu'elle est un instrument précieux d'intervention psychosociale au niveau de la santé publique et un outil de prévention des souffrances psychiques et sociales, mais également:

- un espace d'accueil, d'expression libre et d'écoute des souffrances au niveau des soins primaires préventifs qui permet de mieux orienter les demandes vers le réseau de soins⁽⁹⁾ ;

- un réseau d'appui et d'accueil pour les personnes en difficulté, mais aussi pour les familles, les usagers quels qu'ils soient.

La Thérapie Communautaire est un levier qui favorise donc la **promotion de la santé** des individus en interaction avec leur environnement dans une perspective de développement social. Cette action communautaire montre l'importance des **réseaux de soutien social** dans la promotion de la santé (Charte d'Ottawa, OMS, 1986) et s'inscrit dans la complémentarité des autres approches et actions communautaires. La construction des réseaux de soutien social rend l'individu et la communauté plus autonomes et moins dépendants des spécialistes et des institutions spécialisées.

■ CONCLUSION

Au-delà d'une simple technique, d'un simple outil, la Thérapie Communautaire se révèle être une **philosophie** qui s'inscrit dans une démarche participative et citoyenne et dans une approche collective des problèmes psychosociaux.

La Thérapie Communautaire n'a ni la prétention d'être une panacée ni celle de se substituer aux modalités de soins existantes. Elle se situe en complémentarité et non en compétition avec elles. Elle fait point de contact entre **l'action sociale et le soin**.

La Thérapie Communautaire s'entend comme un "**espace transitionnel**". Espace d'expérience de la relation aux autres, du lien social, ouvert sur la cité, dans celle-ci. **Espace de "soin et de lien"** sans stigmatisation, sans contrainte, comme lieu commun de la rencontre, d'expression qui nous emmène à la découverte de nos propres compétences et permet que se tissent des relations avec les singularités de chacun.

Cette approche communautaire se propose d'être un instrument du renforcement des relations humaines dans un monde toujours plus individualiste et conflictuel. La Thérapie Communautaire, dans son déroulement, met en œuvre des valeurs de solidarité, d'égalité et de restitution de la citoyenneté.

La séance de Thérapie Communautaire peut être réalisée quel que soit le nombre de personnes et quelles que soient leurs difficultés. En effet, elle peut trouver

⁽⁹⁾ Selon une étude récente menée au Brésil, la Thérapie Communautaire réduit la demande auprès des services spécialisés: à peine 11,5 % des personnes ayant participé à des séances de Thérapie Communautaire ont eu besoin de recourir aux services spécialisés. Rapport SENAD/UFC/MIS-MEC-CE 2007 - Chapitre 12 du livre: Barreto A. "Terapia Comunitária passo a passo", LCR, Fortaleza 2008.

sa place dans de nombreux contextes : précarité, soutien à la parentalité, troubles psychiques, violences conjugales, conduites addictives, solitude des personnes âgées, des personnes malades, quartiers, milieu scolaire...

En Europe, un réseau grandissant applique ce modèle en l'adaptant à différents contextes d'intervention. Les champs d'application et les lieux où se pratique la Thérapie Communautaire sont multiples : CHRS, centres d'accueil d'urgence, centres médico-sociaux, institutions et associations médico-sociales, centres hospitaliers, instituts de formation en travail social et en soins infirmiers, maisons de quartiers...

La Thérapie Communautaire peut s'inscrire en tant qu'**intervention sociale d'intérêt collectif** qui constitue, pour différentes professions relevant du travail social, une mission définie dans des textes législatifs très récents⁽¹⁰⁾.

Il s'agit d'une pratique simple mais qui demande une formation. Les séances sont donc animées par des personnes qui ont reçu la formation adéquate mais dont on n'exige pas, comme préalable, qu'elles disposent d'une formation académique. LAETCI-A4V encadre les formations à cette pratique et démarche en collaboration avec l'IFTS et HETS⁽¹¹⁾.

En vue de garantir le cadre éthique de cette pratique, de sensibiliser les acteurs de l'intervention médico-sociale, de promouvoir cette action de santé communautaire et de partager les expériences menées en France et en Suisse, un ouvrage collectif paraîtra prochainement sur la Thérapie Communautaire.

DURAND Marie-Laure, psychologue clinicienne et formatrice, Institut de Formation de travailleurs Sociaux - IFTS - Echirolles.

En collaboration avec **Christiane FÉNEON**, présidente de l'AETCI-A4V, **Jean-Pierre BOYER**, psychiatre et **Riccardo RODARI**, psychologue et chargé d'enseignement, Haute Ecole de Travail Social (HETS) de Genève.

⁽¹⁰⁾ Comme l'Arrêté du 29 juin 2004 portant sur le diplôme d'État d'assistant de service social qui précise que ses missions incluent notamment la formation à l'ISIC.

⁽¹¹⁾ La formation proposée comprend 2 sessions de 4 jours, à un an d'intervalle, 80 séances d'animation d'un groupe et 60 heures d'intervention et supervision. Elle donne lieu à la délivrance d'un diplôme de l'Université fédérale du Ceará. Les personnes qui s'engagent pour cette formation acceptent de faire un travail sur elles-mêmes à partir d'un travail corporel.

SOURCES pour en savoir plus

- BARRETO A., BOYER J.-P., "Psychiatrie dans la favela : de l'exclusion à l'inclusion", in : Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social, Sassolas M. (dir), Eres, 1997.
- BARRETO Adalberto, "Terapia Comunitária: passo a passo", ed LCR, Fortaleza Brésil, 2005. En cours de traduction. Des chapitres traduits sont consultables en ligne sur le site de l'AETCI.
- BARRETO Adalberto, "Compétences des «exclus» et ressources thérapeutiques de l'étayage communautaire": Projet Quatro Varas, Fortaleza, Brésil, 2006.
- BARRETO A. et BOYER J.P., "L'Indien qui est en moi", Descartes et Cie, 1996. Réédition en 2006, les Amis de 4 Varas.
- CONTINI Eliane, "Un psychiatre dans la favela", édition Synthelabo, 1995.
- "Il faut démythifier le travail social communautaire" "Questions à José Dhers" chargé de développement social à l'ADREHS, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2523 du 21 septembre 2007.
- La démarche communautaire in : La santé de l'homme n° 351, janv-fév 2001, p. 16-40.
- MARIE-RODA Claire, "La Thérapie Communautaire: une technique brésilienne passée outre-atlantique" in : Le journal des psychologues, n° 270, septembre 2009.
- MOREL J., "L'approche communautaire de la santé" in : Santé conjuguee, avril 2007 n° 40.
- "La réflexion s'organise autour du travail social et du développement communautaires", in : ASH n° 2498 du 16 mars 2007.
- "Santé mentale et précarité : Soigner et prendre soin en contexte de précarité: une préoccupation de la santé mentale et du travail social à l'échelle des territoires". Actes de la journée interrégionale Bretagne et Pays de la Loire, 29 novembre 2007, ONSMP - ORSPERE.
- fr.wikipedia.org/wiki/Thérapie_communautaire

SITES INTERNET/CONTACT :

- <http://www.4varas.com.br>
- Siège social de l'Association AETCI et des Amis de Quatro Varas
3, rue Paul Claudel
38100 GRENOBLE
Tel : 04 76 25 10 67
Mail : amis4varas@yahoo.fr
Site : <http://aetc.romandie.com>

Supplément spécial conçu par le Journal de l'Action Sociale et diffusé dans son numéro 146 d'avril 2010.

Community therapy: A participatory response to psychic misery

Adalberto Barreto & Marilene Grandesso
(with reflections from David Denborough and Cheryl White)

TBA???

This collection introduces 'community therapy' which has been developed in Brazil to respond to various forms of social suffering and 'psychic misery'. The collection includes an introduction to the history, key tasks, and stages of a community therapy gathering; a description of one example of a community therapy meeting; and a brief exploration of how ideas from narrative therapy have been introduced into community therapy practices.

Keywords: community therapy, local knowledge, outsider-witnesses, Brazil, externalising, communitas, narrative therapy

INTRODUCING COMMUNITY THERAPY

Adalberto Barreto

Community therapy involves respecting two different forms of knowledge: academic knowledge and local knowledge. I believe that the exclusion and diminishment of people's local knowledge is a key contributor to psychic misery. When people's local knowledge is devalued, this leads to an interiorisation of misery: misery becomes an internal experience. In some ways, psychic misery becomes a problem of faith. When people no longer have a belief in themselves, or a faith in their own knowledge, this brings psychic misery. And the situation is made worse if they seek assistance from people who only value academic knowledge and do not value local knowledge. One of the key tasks in responding to psychic misery is to enable people to believe in themselves – to assist others to have faith in their own knowledge.

A BRIEF HISTORY OF COMMUNITY THERAPY

My brother is a lawyer who was often consulting people from poor communities in Fortaleza in the north east of Brazil about legal matters. Where there were psychic repercussions, psychological difficulties, related to these legal matters, he would refer them to me as I was working as a psychiatrist in a university hospital. One day, at the university hospital, eight people sent by my brother turned up to see me and my students of psychiatry. I realised on this day that I wasn't going to be able to keep up with the numbers of people who wanted to speak with me so I decided that next time I would take my students of psychiatry and we would go to the favelas (shanty towns). We would see the people in their own context. The next time, however, when I arrived in the favelas with the students, 33 people turned up for the consultation and I didn't know what to do. I didn't have any medicines to give them and so this situation meant I had to start speaking in a different way.

I said, 'Look, I can't come here to cure any disease that you have. Instead, I've come here to cure my own disease'. The people looked at me in a very funny way and then I said, 'Are you happy with the doctors that you see, the doctors who see you?' And they said, 'No. They don't look at us. They don't touch us and they don't stay with us'. I

replied: 'Well, look, I am their teacher. I teach these doctors and these people who come to your community and so I want you to teach me how I can make them more effective. I'm here to cure my disease. I'm here to cure my university alienation. I'm here to cure myself from the idea of that I should know everything. Because when we come to here we realise we don't have the medicines to give. We also realise that each one of us has knowledges: there are African knowledges, Indigenous knowledges and experience. I'd like to find a way that we could share our knowledge in this context. I'm no longer coming here to solve your problem, but to solve mine. Perhaps each one of us can solve our own problems, and perhaps the only way we can do this is through a community relationship'.

At this point, we started having a broader public conversation or public consultation. People started to speak about the particular difficulties that they were currently experiencing. One woman said that she was unable to sleep because she was having visions of killing her husband. At first, I tried to prescribe her some sleeping pills, but the woman said, 'Look, you've given me this paper, this prescription, but it's actually no good for us. I don't have the money to buy the medication that you've prescribed. The only good that this prescription could possibly do, would be if I made some tea out of the paper it is written on. That's how useful this prescription is for me'.

At this point I said, 'Okay, that's not so good', and then I asked the group, 'Well, how many of you here have had difficulties with sleeping?', and many different people in the favela at that time said that they had had difficulty sleeping. I started asking them, 'Well, what did you do?'. One person said, 'Look, I had trouble sleeping when my son left the favela and went to Sao Paulo but I used this certain tea to calm me down'. Another one said, 'I used massage'. Another one said, 'I spoke with my friend each night before I tried to sleep'. There were many different ideas, many different expressions of local knowledge, that were shared. I was taking notes and was very impressed.

This was the moment when I realised that solutions could be found within the communities. This was the moment I realised that there was an alternative to imposing my solutions. Why did I have to prescribe? This was the starting point of trying to

think about a systemic form of 'community therapy' – one that would integrate the knowledges developed by community members through their lived experiences. This is where it began. We started to hold regular meetings in the favela. After five years of doing so, we then analysed what we'd been doing and tried to find a theory to explain what had been taking place in these meetings.

KEY TASKS

When we analysed what we had been doing, we realised there are a number of key tasks that we are trying to achieve:

- (i) To move from nurturing dependence to creating autonomy.
- (ii) To break from a professional tradition in which information is concentrated and held by the technician or the professional and instead to create a context in which information about healing circulates among the people.
- (iii) To rescue and honour knowledge from African and Indigenous Indian ancestors rather than to domesticate and colonise the knowledge from these traditions. We wish to break from western psychoanalytic metaphors and to instead base our work on metaphors that are indigenous to Brazil and to Africa. For instance, the primary metaphor for community therapy is that of the spider web.
- (iv) To develop a very efficient approach that can reach many, many people.
- (v) To respond to and prevent suffering. This is a citizen's task. Western psychology and psychiatry has developed as a response to pathology. It is therefore based on concepts of disease, treatment, and hygiene. Treatment is seen to be done by professionals in a private space with fixed chairs and a concern about hygiene. While professionals are trained to respond to disease and to pathology, to respond to suffering is a task beyond professionals. To respond to suffering and to prevent suffering involves responding to the soul. It involves comfort and a communal space. This is a citizens' task. When Western pathological models are used to respond to

suffering, this medicalises suffering. We are refusing to medicalise social problems. We return the role of responding to and preventing suffering to citizens.

- (vi) To uphold mutual respect between popular knowledge and scientific knowledge. These different forms of knowledge can complement each other. We respect Western medical knowledge in relation to responding to pathology and we respect local knowledge in relation to suffering. This includes linking with traditional healers.
- (vii) To create a participatory model for responding to social suffering. Sustaining mental health is a plural dynamic process. We are interested in moving mental health out of a private space into a public citizens' space where each person can become a lead actor in communal and collective health. Within community therapy we are interested in giving renewed value to social participation and to contexts of belonging. We are looking to participatory solutions which enhance solidarity networks.
- (viii) To move beyond professionalism. We are moving to end the mania of trying to cure people and we're determined to create an approach in which there's no need for facilitators to have a university background. Community therapists are performing citizen tasks and so there is no need for this to be professionalised.

THE STAGES OF COMMUNITY THERAPY

Community therapy is organised through a public ritual which consists of eight stages. These community therapy rituals or meetings occur in public spaces such as schools, churches, and local community centres. The larger meetings can involve hundreds of people. However many people are involved, the process lasts approximately one and a half hours.

STAGE ONE: WELCOMING AND WARMING UP

The welcoming lasts for about seven minutes and evokes various rituals to build a collective ethos. We might celebrate those people who have had a recent birthday, or acknowledge the

significance of a recent public holiday that represents a particular history in the life of the nation. The welcoming often involves some activity in which people make physical contact with each other because this fits with Brazilian culture which is very tactile culture. The welcome often also involves a song and a clapping and joining of hands. This welcoming process builds a collective ethos.

The facilitator will then introduce the following rules:

- No counselling, judgement, or advice is to be given.
- People will be silent when others are speaking.
- No interpretations or analysis of what people say will be offered. It is only possible to ask other participants questions.
- When people are speaking, they will talk using the 'I'. They will speak from their own experience, things that they have lived already.
- At any time during the meeting, it's okay to propose a song, a story, a poem, a joke, or a proverb if what has been spoken has suddenly brought this to your mind. These offerings are to be short, but if you suddenly remember a song or a proverb or a poem that is linked to what someone is saying, then you can share these folk cultural propositions.

STAGE TWO: SELECTING A THEME

This stage involves choosing the subject of what this community therapy session will focus on. When working with a community of people it's important to acknowledge that different people will relate to life through different mediums of communication. The facilitator will often begin this stage by saying something like: 'Now were going to talk with our mouths but later we'll communicate in other ways'. The facilitator then describes that in order to choose the subject for this meeting, we need to hear some examples of difficulties that people are currently experiencing. Various participants will volunteer to share a short example of a difficulty, a form of suffering, that they are going through. The facilitator is very clear that this is not a forum to disclose secrets. They say something like: 'This is about

routine problems. If you have secrets, well keep them secret. Don't share these at community therapy'. One of the other phrases that facilitator's might use is, 'Do you have any concerns? Is there something that is making you sleepless at the moment?'

After four to six people have given an example of a problem they're facing, the facilitator will then set up a vote. Everyone will vote on which theme that has been mentioned they would like to see the meeting address. Participants also have to justify why they choose this particular theme. Each possible theme is voted on and everyone justifies why they have made a particular choice. People can vote for their own theme.

STAGE THREE: CONTEXTUALISING THE THEME – LINKING SUFFERING

Whoever's theme received the most votes is then asked to speak for about ten minutes to describe in more detail what they've been going through. During this process of contextualisation, anyone in the group can ask this person questions. Participants' questions enquire about the person's feelings and responses to certain situations in ways that make links with other people's experiences (see stage six).

After the theme has been contextualised, it is the facilitator's role to negotiate the theme into a form that will be resonant for others. The theme is turned into a question for the group to respond to. This is a key part of the processes. In stage five, a participant will have described in some detail a personal difficulty that they're going through. Now, it's the facilitator's role to negotiate with this person a name for the problem that will be resonant for others. For instance, if the problem was initially called 'sexual abuse' then this might be re-named as a 'violation of rights'. The question for the group might become, 'Who amongst us has experienced a kind of violence in which our rights have been violated? And how have you endured this?' Alternatively, if someone initially said, 'I have AIDS', then in the contextualisation stage they would be asked questions including, 'What do you feel or fear in relation to this experience?' When they answer, 'I have a fear of discrimination', the theme may be problematised as, 'Which of us has been discriminated against for whatever reason? And how

have you dealt with this?' Or, if the personal theme that has been contextualised is about loss, the facilitator might say, 'Who has had a big loss? Who has lost lovely people in their lives? And how to you remember them?' This stage involves negotiating a definition of particular suffering in ways that others will be able to join with. The theme for the meeting is derived from individual, personal experience, but is carefully named in ways that others can then join around.

STAGE FOUR: SHARING OF LOCAL KNOWLEDGE

Once the problem has been named in a way that will be resonant to others, the facilitator puts this out to the group with questions like: 'Who else has lived a similar situation?', 'What have you done to respond or resolve this?', 'Throughout your dealing with this situation, what has not been destroyed?' Participants share stories, local knowledge, and memories for the next 45 minutes.

Within this part of the process, the facilitator has a number of responsibilities. If this sharing ever seems to be focusing on the negatives, then it is the facilitator's responsibility to shift the sharing from the negative to the positive. For instance, if the group is sharing stories about significant losses they have experienced, then halfway through the 45 minutes the facilitator might swap the way they are asking questions. They might start to enquire: 'What's the best story you know about the person who has died? What did the death not destroy in your life? What has not been destroyed by this death? What has carried on?' In this way, the dead are resurrected.

Similarly, if the theme is jealousy, the question posed to the group may be, 'Who else has lived with feelings of jealousy how have they resolved this?' If the first 20 minutes of sharing has been around experiences of jealousy, then the facilitator may ask 'What have people done in their relationships with friends that have taken the place of jealousy? Or people who have no problem with jealousy, can you share with us what you do in your relationships?' And then people might start to share different sorts of stories. In these sorts of ways, half way through this stage, the facilitator takes some responsibility to move the sharing from more negative aspects of the theme to more positive aspects. Balancing the negative and the positive within the session is one of the facilitator's responsibilities.

Facilitators also take care to ensure that skills or strategies of overcoming are not located in an individual or an expert. Instead, these skills and strategies are located in the collective. Facilitators also speak about how overcoming obstacles is more about 'perspiration than inspiration'.

STAGE FIVE: CLOSING RITUAL

The meeting ends with some sort of cultural ritual of conclusion which emphasises solidarity, the rhythms/cycles of life, or a certain sustaining theme that has emerged during the meeting. Participants are asked to speak about what they will be taking away with them from this particular meeting.

REFLECTIONS

This process isn't group psychotherapy. We're not trying to come up with answers for participants. In fact, through these collective conversations, we're trying to make it possible to doubt certainties. We often have more questions than answers at the end. And these meetings are not looking for consensus. Any search for consensus will destroy what we are trying to build. Instead, this is about a shared space of suffering. We are questioning the idea of the enlightened individual and are working instead from collective inspiration and perspiration. This is a process of offering and sharing strategies of dealing with suffering, so it's not about confidentiality. It's a public space approach which enables participants to become the doctors of their own experience. This is also a process of awakening memory. We are trying to awaken memories, to assist people to remember what they have forgotten.

AN EXAMPLE OF COMMUNITY THERAPY

**Described by David Denborough
& Cheryl White**

The example of community therapy we witnessed occurred one evening. We were gathered together in a church in Salvador, Brazil, and about one hundred people were sitting in large circles. As the welcoming took place in song and ritual, special mention was made of the two Australians! Recent birthdays of participants were celebrated and we were invited to join hands as a song was sung.

A small band was on hand to provide the accompaniment. It was obviously a well-known song as everyone joined in with strong voices.

After the rules were shared, participants were invited to voice the topics they would like to speak about. A number of current sufferings were shared. One person said, 'I have a concern that my dream is not going to become true. Because I cannot find work, I am concerned that my dreams for my life will not come true'. A second person spoke about fights and conflict in the family with her sister. When the facilitator asked, 'How do you feel about this?', she said, 'Depressed. I've done everything I can and the misunderstandings continue'. The facilitator (Dr Adalberto Barreto) then asked, 'So this is about not being understood?', and the woman said, 'Yes, not being understood by my sister'. These first two themes ended up being named as: 'Not to have my dream come true' and 'Not being understood by my sister'. A third person then spoke of 'Feeling rejected and not loved by my mother'. These were the three themes offered by participants.

Before the vote was taken, the facilitator said, 'Look, we're going to vote now to decide which theme we're going to focus on. Whichever theme gets the most votes doesn't mean it's the most important. It just means it's the one most of us can relate to tonight'. As it turned out, the first theme received 24 votes, the second theme six votes and the third one, 'feeling rejected and not loved' received 46 votes. This was the theme that the meeting then focused on. The facilitator took care to say, 'For the two of you who didn't get the votes, I will be available for conversation afterwards'. From what we could gather, however, neither of the people took up this offer.

We now moved into 'contextualising' the theme. Some of the questions that the person was asked included:

- Is this feeling of rejection old or new?
- Is it as old as your life, like from when you were born?
- What have you done to keep going?
- Throughout this time, what did you feel and what did you think?

At one point in this process, a participant mentioned that something in the conversation had reminded them of a particular strong women's song. And so, the facilitator proposed that this song be sung. The band started up and everyone launched into song. This was a powerful moment. It was clear that this song and the collective singing brought solace. But it also provided a powerful way of moving from the individual voice to a collective expression. Throughout the evening, at key moments, the sharing of proverbs, song, jokes, and songs, would transform the meeting. These forms of cultural expression would move the ritual beyond the sharing of individual experience and into an experience of *communitas* (Turner, 1969, p.96). A sense of 'unity in diversity' would be invited in these moments (Freire, 1994, p.157).

When the meeting moved into stage seven, participants were asked to share their experiences of not being understood or being rejected by others, and how they have dealt with this. One man spoke about being rejected by his brothers. He was then asked questions by other participants and by the facilitator:

- What did you do first?
- Did this help?
- What helped you to strengthen yourself?
- Was there a sentence or a thought that you told yourself?

At this point he said, 'When I was feeling most rejected, I would sing to my child the song "I will not let you be hurt again"'. And at this point, everybody started to sing this song about children. This is an inspiring song and it lifted the group's spirits aloft. Towards the end of stage seven, a funny moment occurred when someone said, 'Dear Lord, as I cannot lose weight, please let my friends gain weight!' Everybody burst into laughter.

When the meeting closed in ritual and in song, the atmosphere was one of goodwill and connectedness. As Dr Adalberto Barreto describes, it was as if a public space of shared suffering had been created, local knowledge had indeed been respected and rescued, and memories of sustenance had been awakened and circulated.

What will we be taking away with us from witnessing this community therapy event? A sense

of excitement and hopefulness about what community therapy could contribute in other contexts, other countries. And a sense of intrigue about what elements may need to be adapted, changed, improvised so that the process is resonant in other local cultures.

THE INTRODUCTION OF NARRATIVE IDEAS TO COMMUNITY THERAPY

Marilene Grandesso

Marilene Grandesso is a Brazilian therapist and community therapy facilitator. The largest community therapy event she has facilitated was for 1400 members of the police force. There are many ways in which Marilene is now using ideas and practices from the field of narrative therapy and collective narrative practice as she facilitates community therapy meetings. Here Marilene describes some of these explorations.

EXPLORING THE EFFECTS OF AN EXTERNALISED PROBLEM

As facilitators, when we're contextualising the theme that is to be focused on, we will ask questions that externalise the problem and that explore the effects that this problem has had on the person's experience. We ask questions that trace the effects of the externalised problem on the person, on their relationships, and on their sense of the future. For instance, we can ask questions such as, 'How has this problem affected your life? How has it affected your relationships? What are the effects of this problem on your sense of your future, on your dreams, and your goals? How does this problem affect your ways of looking at yourself as a woman?' Through these sorts of questions, people can paint a detailed picture of the effects of externalised problems on their lives and relationships.

NOT LOCATING THE PROBLEM IN PEOPLE

During stage six (problematising) we negotiate a shared understanding of the problem, or form of suffering, and pose a reflexive question that is likely to be resonant for many people within the meeting. How the theme or problem is named in stages two (selecting the theme) and three (contextualisation) is a very important part of the process. It is here

that we must take care in relation to the politics of experience. We must also ensure that problems are not located within people. For instance, if someone has named that they 'don't feel loved by their mother', we must take care that the session doesn't get taken up with mother-blame. Similarly, if someone says, 'I would like to talk about a problem with my husband', then we have to ask a few questions in order to try to negotiate a description:

- (i) that is more near to her experience, that is more particular,
- (ii) that is going to be resonant for others, and
- (iii) that is not totalising of the husband, or mother, or of any other person.

The question that is put to the group in stage six is an invitation that will open particular horizons. We must consider what horizons are opened by the question we ask. The definition of the problem needs to be co-constructed in such a way that it will not lead to negative talk about others. This is the responsibility of the facilitator. If a person starts blaming their mother, and others join in a way that could escalate this, then the facilitator must take responsibility to ask questions that open horizons away from mother-blame.

Generating the shared theme is like preparing the earth before putting in a seed. This process involves creating a sense of connection through feeling and meaning. As a part of this, the facilitator takes care to construct the theme and the question in terms of how people have *responded* to the particular problem being discussed, and what skills they have used to do so.

GENERATING RICHER DESCRIPTIONS OF PEOPLE'S SKILLS AND VALUES

As participants then share stories and strategies about ways of responding to the theme that is being considered (stage seven), we ask re-authoring questions to generate richer descriptions of people's skills and knowledge. Originally, community therapy would propose that the facilitator write down the list of strategies that is generated by the group conversation and this was then handed to the person whose theme was being discussed. But this list could sometimes appear as if it was containing advice or suggestions. We are using narrative practices to improve this process and to remove the

hazard of advice-giving. All of the strategies that people speak about consist of implicit skills and values. As facilitators, we can ask questions to place these strategies in context. We can enquire about the social histories of these skills, values, and knowledges. By tracing these skills and values through time and space the process can generate richer stories. And having done so, we are now creating collective narrative documents (Denborough, 2008) that collate the skills and knowledges from the group on any particular theme in the hope that they may be of assistance to others, in different places, who are going through similar suffering. Generating richer descriptions of the skills, values, and knowledges that are implicit within strategies that people have used can enrich the community therapy process.

QUESTIONS THAT EVOKE MOVEMENT

As a facilitator, I am conscious of asking questions that evoke movement. For instance, during a community therapy session in which a mother was speaking about her son who had attempted suicide, I asked questions such as:

- 'Can you tell me what happened?'
- 'How was this for you passing through the situation?'
- 'What was the process of moving through this situation?'

These are deliberately questions that evoke movement. We are always asking questions such as, 'How did you pass through this?'

A PERSONAL AND COLLECTIVE LISTENING

Community therapy creates a particular listening context and the power of the word is unpredictable. As people listen to the experiences of others, moments of resonance occur. Good memories are evoked, memories of situations in which they did something special, or acquired some ability. These experiences of resonance and the memories that they spark, open doors to people's values and beliefs. In this way, when people are listening within community therapy, they're put in connection with themselves. People don't speak of the other, and so we're listening to ourselves when others speak. As the conversations weave in and out between

individual and collective considerations, we are listening to others and ourselves.

OUTSIDER-WITNESS PROCESSES

The rituals of community therapy involve many different forms of outsider-witness practice. People's testimonies are told in front of an audience of peers who respond and join in various ways. As narrative community therapists, at certain points in the session we invite some people to come into the centre of the group to speak about what words, expressions and descriptions have captured their attention; what images or metaphors these words or expressions have evoked for them; what these images or metaphors say about what is important to this community; and where these words and expressions have taken them (White, 2007).

At the same time, music and song is one of the most powerful forms of outsider-witness practice in community therapy. We always have singers play a key part. Every time someone in the group describes an evocative experience, we think of a song that relates to this, and we sing it together. This creates connections between people's stories and storylines.

SPEAKING IN THE 'I' IN A COLLECTIVE CONTEXT

There are a number of reasons why we ask people to speak in the 'I', in the first person, during community therapy meetings. It's a paradox in a way, because at the very moment that a person speaks in the 'I' within these community therapy meetings, they are actually a part of creating collective connection around shared themes. This double experience is taking place: people are speaking in the 'I' in relation to their joint experience of a problem, so it's different than speaking in the 'I' in other more individualistic circumstances.

We find that asking people to speak in the first person creates a different relationship to fatalism. People here often 'accept their fate' and inviting people to speak in the 'I' creates different possibilities in relation to this fatalism. Having the opportunity to speak in the 'I' can be an empowering process when done in this collective context.

What is more, people in Brazil like to talk a lot. A further reason why it is good to get people to

speak in the 'I' is that if someone stands up and starts pontificating about life and the universe, the facilitator can say, 'Oh, is this true in your life personally? Can you speak about that?', and this means that the person does not continue to speak for hours!

Having said this, there is great diversity within Brazil and so we need to have considerable sensibility to cultural meanings. For instance, speaking in the 'I' will have very different cultural meanings in a favela in the North East of Brazil compared to the context here in São Paulo, which is a huge city in which many people have lost connection to cultural traditions and are living much more isolated lives. Considerations of class and status also make a big difference in how people speak about their lives. Responding to these cultural nuances results in differences in how we facilitate community therapy meetings.

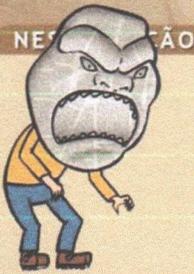
CREATING A SENSE OF SOLIDARITY

Within community therapy, we're interested in creating a sense of solidarity, a sense of compassion, a sense of 'my problem is not the

worst', or 'I am not the only one with this problem'. We're also trying to create a public space in which there's no conformist agenda, there's no one way to live life. Significantly, we're trying to create a context in which there is no position of submission to suffering. We wish instead to contribute to a sense of 'I can do ...', of not accepting the status quo. This renewed sense of personal agency, a sense of being able to be a protagonist in one's own life, is what we hope participants will carry with them after a community therapy meeting.

REFERENCES

- Denborough, D. (2008) *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Freire, P. (1994). *Pedagogy of hope: Reliving Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum.
- Turner, V. (1969). *The ritual process: Structure and anti-structure*. New York: Aldine de Gruyter.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton



NECESSÁRIO

MÍDIA & SAÚDE
Dois diferentes
encontros avaliam
essa controversa
e sensível relação

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 67 • Março de 2008

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso
Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz
...CORREIOS...



Terapia comunitária

ZILMA, REZADEIRA DO PROJETO 4 VARAS, SIMBOLIZA EXPERIÊNCIA EXITOSA DO CEARÁ



Saúde mental: jornal investe contra a Reforma Psiquiátrica

TERAPIA COMUNITÁRIA



Um oásis para resgate da auto-estima



Ela sorri para a foto e pede que a câmera também enquadre seus santinhos, suas flores e os enfeites que cuidadosamente guarda em cima de uma mesinha. Solta os cabelos, arruma os diversos colares em volta do pescoço e segura, como se fossem mágicas, as quatro varas que simbolizam o projeto que a acolheu. Aos 67 anos, a vida de dona Zilma Saturnino é outra, desde que se tornou uma das cuidadoras da oca de saúde comunitária.

Ela conta que nasceu perto do Açude João Lopes, no bairro Ellery, periferia de Fortaleza. "Era doente até vir me tratar com doutor Adalberto". Depois de um período de internamento no Hospital Psiquiátrico Mira y Lopez – de onde fugiu –, Zilma encontrou apoio no Projeto 4 Varas, onde pôde exercer a vocação para cura. "Eu era doente porque tinha o dom

Adriano De Lavor

Zilma, Cleinha e Francisca são apenas três dos muitos perfis que comprovam a resolutividade do trabalho de terapia comunitária realizado há 20 anos na Favela do Pirambu, comunidade que abriga cerca de 50 mil pessoas na periferia de Fortaleza. O responsável pela iniciativa é o psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto. Desde que começou a reunir as pessoas para escutar seus problemas à sombra de um cajueiro, no mesmo terreno onde agora está insta-

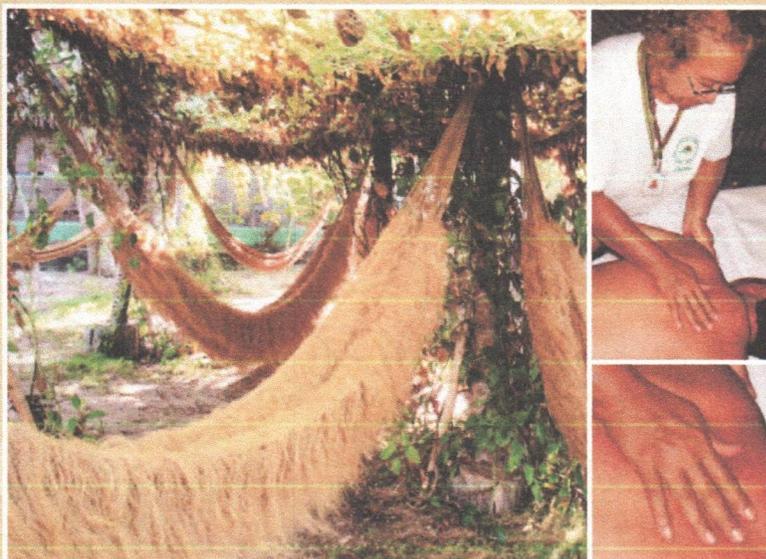
lado o projeto, ele defende a parceria entre o saber científico e o popular no tratamento dos transtornos mentais.

Hoje, sentado no mesmo local, ele festeja a concretização de um projeto que atende mensalmente 1.200 pessoas e enfrenta, ao mesmo tempo, a patologia e o sofrimento. "Aqui temos um posto de saúde do PSF, onde se trabalha a patologia com o médico, o enfermeiro e o dentista, e um espaço onde se trabalha o sofrimento, com a massagem, a argila com pedras mornas, o banho de ervas e a reza com curandeiros", resume. Assim é possível aproveitar, de forma complementar, o saber dos

especialistas e a sabedoria popular, que enfrenta o sofrimento "promovendo a saúde e reduzindo danos".

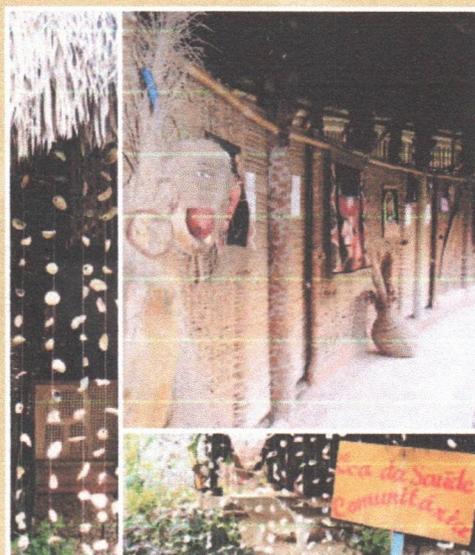
Desde 2006, o projeto – iniciativa com o Departamento de Saúde Comunitária e a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC) – recebe apoio da Prefeitura Municipal de Fortaleza, que tem convênio de financiamento e apoio técnico para os serviços prestados – por exemplo, o pagamento do salário dos massoterapeutas. O apoio foi decisivo para a reforma dos equipamentos já existentes e para a construção de uma unidade básica de Saúde da Família,

FOTOS: ADRIANO DE LAVOR



e não sabia”, diz. Foi numa das sessões de terapia comunitária que ela se (re)descobriu rezadeira.

O doutor Adalberto relembra. “Dona Zilma era doida de pedra. Mas quando chegou aqui, não olhei a patologia: disseram que era curandeira. Um dia, uma pessoa passou mal, segundo ela era um encosto. Ela foi lá, rezou e, depois que terminou, as pessoas começaram a pedir que ela rezasse aqui e ali. Não deu mais tempo de endoidar”.



que funciona em dois turnos e é monitorada por equipe que reúne médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário.

O atendimento do posto de saúde chega aos domicílios cadastrados no entorno – cerca de 1.000 residências, segundo a Secretaria Municipal de Saúde – e presta serviços de imunização, aerosolterapia (terapia por nebulização) e prevenção de câncer do colo do útero. Adalberto destaca a parceria entre as duas instâncias: as pessoas tanto são encaminhadas da unidade de saúde às terapias complementares,

como podem ser orientadas nos serviços comunitários a procurar apoio de especialistas, quando necessário.

Além da unidade de saúde, o complexo 4 Varas conta hoje com a oca de saúde comunitária, para as massagens, os banhos e as rezas, a tenda das sessões de terapia comunitária e de resgate da auto-estima, a farmácia viva – onde são cultivadas ervas medicinais, cuja venda auxilia na autonomia financeira do projeto –, o ateliê de arte-terapia e a casa de acolhimento, onde se hospedam pesquisadores visitantes e são recebidas as pessoas que necessitam de repouso.

A massoterapeuta Cléia Rodrigues Monteiro chegou

ao projeto há nove anos, também à procura de ajuda. Relata, sorridente, à porta da sala que ocupa na oca de saúde comunitária, que sofria de depressão desde jovem e reclamava de um *entalo*. “Quando Cleinha se curou, começou a mandar pessoas pra cá”, recorda Adalberto, que identificou naquela senhora a capacidade de mobilização na comunidade. “Vi que ela tinha capilaridade, conseguia formar uma rede de suporte e de apoio social”, lembra. No início relutante, fez o curso de massagem. “Você cuida muito bem dos outros, venha aprender a cuidar melhor”, dizia Adalberto para convencê-la.

Situação semelhante viveu dona Francisca, que chegou à casa “neoleptizada, babando, inclusive impregnada”. Adalberto conta que até ela se surpreendeu pela maneira como foi recebida: “Disseram que a senhora é rezadeira. Meus remédios sozinhos não dão conta de tanto estresse e sofrimento. Vou precisar de gente como a senhora”, disse o médico. “O senhor acha que vou ficar boa?”, duvidou Francisca. “A senhora nasceu assim? Não! Não se preocupe que vou te tratar”.



Também fazem parte da estrutura física local a Casa da Memória – que dispõe de acervo de fotos, áudio e vídeos sobre a história da terapia comunitária, do projeto e da comunidade –, uma escola que atende cerca de 100 crianças carentes da favela e o grupo de teatro Zé e Maria, que reúne 30 jovens da comunidade.

Parece um oásis, encravado numa das comunidades mais violentas da capital cearense, cercado de coqueiros e outras árvores frutíferas, salpicado de verde nos canteiros com ervas medicinais e nos jardins que emolduram os prédios. As construções utilizam materiais locais,

como a madeira e a palha da carnaúba, que se harmonizam com as redes sempre armadas e os móveis feitos de concha, que balançam ao sabor do vento. A ambientação, baseada em elementos locais, cumpre a função de deixar à vontade quem ali procura tratamento: "É um espaço para acolher o sofrimento, a dor da alma", abrevia Adalberto.



VÍNCULOS INQUEBRÁVEIS

Outros elementos também simbolizam a participação da comunidade. A estátua de um índio segurando as quatro varas que batizaram o projeto lembra que a união faz a força: enquanto as varas estiverem juntas, fortes serão; separadas, se tornam fracas e podem se quebrar. Outra referência simbólica é a teia de aranha pintada no chão da tenda onde acontecem as sessões terapêuticas: seus fios representam a fortaleza dos vínculos desenvolvidos pela comunidade naquele espaço – com a terra, com as tradições, com o conhecimento científico e entre eles mesmos.

Na visão do terapeuta, a estratégia deste ambiente familiar é mais uma diferença entre o 4 Varas e os serviços que, mesmo na melhor das intenções, acabam "medicalizando o sofrimento". "Observamos que a maior parte das pessoas que vai aos postos de saúde quer ser acolhida e desabafar". Ele sintetiza a proposta com um questionamento: "Uma mãe ansiosa e desesperada porque o filho entrou no mundo das drogas precisa de psicotrópico para dormir ou ser acolhida?" Ele mesmo responde: "Ela pode melhorar com uma massagem, onde possa chorar, falar, ser acolhida e compreender". Ao mesmo tempo, Adalberto deixa claro que o trabalho não desconsidera nem desvaloriza a medicina tradicional: "O que queremos fazer aqui é medicina popular em complemento à medicina científica", afirma. "Não estamos em competição, não brigamos pela patologia".

Nessa via de mão dupla entre o saber científico e o popular, quem sai ganhando é a comunidade, que conquista melhor qualidade de vida e alça novos vãos. Em janeiro de 2008, um grupo de 11 pessoas acompanhou Adalberto e o secretário de Saúde de Fortaleza, Odorico Monteiro, em viagem à cidade de Grenoble, na França. Convidada pela prefeitura local, a comitiva apresentou, durante 15 dias, a experiência inovadora do Projeto 4 Varas a pesquisadores europeus. Entre eles, dona Zilma, testemunha viva de que acolhimento e escuta transformam doídos de pedra em gente que distribui acolhimento e apoio.

"A nossa dor não é só nossa"

"Este ano quero paz no meu coração... Quem quiser ter um amigo, que me dê a mão..." Saída do pequeno aparelho de som, a música dos Incríveis confere um clima de fim de ano, bem apropriado à última sessão de terapia comunitária de 2007. Enquanto as pessoas vão se acomodando, seu Zequinha, facilitador do encontro, sugere que os participantes batam palmas, no ritmo da canção. Cumprimenta um, afaga a cabeça de uma criança, acena para outro com um sorriso largo no rosto.

Gente de todas as idades está reunida no salão terapêutico do Projeto 4 Varas, como acontece em todas as tardes de quinta-feira. Esta sessão tem apelo especial para as crianças. Como última do ano, prevê apresentação teatral ao fim do encontro, com sorteio de brindes de Natal. Por isso mesmo, falta espaço nas cadeiras que circundam a teia de aranha pintada no chão – o símbolo da comunidade. Mas não há problema: os que chegam por último sentam-se na amurada que dá suporte às paredes – que, assim como teto, são feitas com palha de carnaúba.

À sombra da luz natural da tarde e embalado pelo vento característico da orla de Fortaleza, seu Zequinha, terapeuta comunitário formado pelo próprio projeto, sugere que cada um cumprimente, "com um aperto de mão e um abraço", a pessoa que está a seu lado. "Paz para você, que veio participar", canta ele, lembrando que aquele é um local para desabafar, compartilhar inquietações e "tudo aquilo que nos tira o sono".

Cada um pode falar de suas dificuldades, mas não são permitidos críticas ou julgamentos, lembra: "Aqui não se dá conselho nem se faz discurso; não se fala em tese, mas sim, em dificuldades". Em clima de descontração, cumprimenta os aniversariantes do mês e passa a palavra ao doutor Adalberto, que acaba de se acomodar numa das cadeiras, rodeado de crianças. O psiquiatra, de bermuda e sandália, avisa que é hora de escolher o tema com o qual trabalharão naquele dia. Como se faz silêncio, ele estimula o grupo com um argumento convincente. "Aquilo

que eu não digo com a boca eu vou dizer com gastrite, com depressão ou qualquer outra doença: o que a boca cala, os órgãos falam".

Pede a palavra Sebastião, que se diz angustiado, já que a filha de 16 anos fugiu de casa "com um cara". Ele não sabe como proceder. Quer o melhor para ela, mas não consegue perdoá-la. "Temos a fuga da filha do seu Sebastião. Mais alguém com problema?", instiga Adalberto. Percebendo o silêncio e a impaciência de uma mulher, indaga: "A senhora quer dizer algo?". Ela só chora e nada diz. "Como é seu nome? O que a senhora quer dizer?" Ela só abana a cabeça e diz que está "com um entalo".

"Dona Marli tem um entalo. Alguém pode ajudar?". Do outro lado do salão, uma vizinha de Dona Marli se apresenta e diz: "Já sofri muito com este entalo". Doutor Adalberto pergunta se a vizinha pode falar do caso. Com a anuência de Marli, a outra diz que o problema está na gravidez da filha de 14 anos. Nesse momento, a mãe preocupada desabafa, com muitas lágrimas. Conta que o rapaz que engravidou a filha já se comprometeu em assumir a criança, "mas vive com outra". Ela diz sentir "ódio" da filha naquele momento. "Não agüento nem olhar pra ela!"

O terapeuta acalma dona Marli e inicia o processo de votação do tema com o grupo. A ampla maioria decide ajudá-la. Adalberto relembra as regras seguidas a cada sessão. No primeiro momento, todos podem fazer perguntas a dona Marli. Na segunda fase, quem já viveu situação semelhante pode contar sua história. A partir daí, o grupo se movimenta para saber mais sobre o caso. "A menina estuda?"; "como descobriu que a filha estava grávida?"; "qual foi a reação do pai?"; "a senhora engravidou com que idade?"; indaga um menino que não aparenta mais de 10 anos.

É aí que Adalberto intervém com uma pergunta crucial. "Dona Marli, a senhora não acha que está vendo a senhora mesma na sua filha? As vezes a gente sofre por perceber no outro uma situação que aconteceu com a gente", diz ele. Ela relata que ficou grávida muito jovem e sofreu muito,



Gente de todas as idades na sessão comunitária (ao alto). "Paz para você, que veio participar", acolhe seu Zequinha. O doutor Adalberto (ao lado) chega logo: muitas vitórias em 2007



em especial com a falta de apoio do marido. Ele tranquiliza a mãe preocupada com bom humor: "Dona Marli, a senhora estava entalada com um espelho! Estava vendo a senhora, e não sua filha!". Ela já esboça um sorriso, quando ele orienta para o início da segunda fase da terapia.

VITÓRIAS DIVIDIDAS

Seu Sebastião, que assistia a tudo calado, apóia dona Marli, contando que sentiu o mesmo que ela; um senhor de idade comenta que ele e a mulher passaram a mesma situação com a neta, mas já se acostumaram à idéia; a jovem em frente, com uma criança no colo, conta que ficou grávida do primeiro filho aos 15 anos e sofreu tudo aquilo. "Quando minha mãe viu o neto, lindo e saudável, fez as pazes comigo. Hoje, sou feliz com meus dois filhos". A esta altura, dona Marli, bem mais calma, recebe o abraço da vizinha e declara que vai "dar tempo ao tempo". Enxuga as lágrimas, agradece a solidariedade do grupo e sorri, finalmente aliviada.

Como é a última sessão do ano, doutor Adalberto estimula as pessoas

a declararem qual foi sua maior vitória em 2007. Entre um gole e outro do chá de erva cidreira que circula em bandejas e uma mordida no bolo de milho quentinho, a palavra é dada a todos. Muitos festejam o novo emprego, a reforma da casa, uma conquista dos filhos; uma senhora se orgulha por ter recebido alta de um Caps; seu Sebastião compartilha a felicidade de ter se livrado do álcool e das drogas; dois meninos dividem as vitórias num campeonato de surf; um rapaz se alegra em contar que passou no vestibular, outro se anima ao relatar como conseguiu superar as dificuldades e hoje pode sustentar, sozinho, a mulher, o filho recém-nascido e a mãe idosa, depois de anos desempregado.

A maioria considera sua maior vitória simplesmente poder ter estado ali, durante todo o ano, dividindo angústias e preocupações. Ao fim, é doutor Adalberto quem revela suas maiores conquistas em 2007. Para ele, uma delas foi o Projeto 4 Varas ter recebido a visita de Margareth Chan. "Para vocês terem uma idéia, receber visita da diretora da OMS é como uma paróquia receber o papa", diz.

Outra vitória, segundo ele, foi a ligação do ministro Temporão informando que a terapia comunitária seria política pública de saúde em todo o país. "Não há dinheiro que pague essa conquista", disse Adalberto, sob aplausos. Encerrada a rodada de depoimentos, o grupo se põe de pé e começa a cantar, de braços dados, a melodia: "Tô balançando, mas não vou cair. Tô balançando na terapia, mas não vou cair..." Enquanto o grupo se movimenta, coeso, o terapeuta estimula: "A gente não cai porque está apoiado pelo outro. É no ombro amigo que se descobre que a nossa dor não é só nossa. Esse é o movimento da vida". Olhos emocionados diante do encontro, ele resume a proposta do projeto: "Sair da rigidez. Toda convicção é uma prisão. A terapia é pra gente tirar essas convicções".

Com um abraço coletivo, o encontro se encerra, mas ninguém sai dali. Ainda há o sorteio dos brindes que eles mesmos trouxeram, e a encenação de Natal que desde cedo deixa as crianças ansiosas. E, para o ano que começa, ficam as estrofes da mesma música que iniciou a sessão: "Sonhos que vamos ter / Como todo dia nasce novo em cada amanhecer..."

ENTREVISTA

Adalberto Barreto



“Aqui o remédio é a palavra”

O Projeto 4 Varas, um achado para a gente pobre abandonada nas comunidades – e por que não para gente rica também? – parece simples nas palavras de Adalberto de Paula Barreto. Essa simplicidade talvez venha de seu amplo currículo. Três graduações, em Medicina (UFC), Filosofia e Teologia (França e Itália), dois doutorados, em Psiquiatria pela Universidade René Descartes, a antiga Paris V, sobre “a comunicação com a família do esquizofrênico”, e em Antropologia, pela Université Lyon 2, sobre “a medicina popular no sertão do Ceará hoje”. Quem sabe venha da experiência de 20 anos em terapia comunitária, cujo primeiro pólo ele criou em 1986 com tanto êxito que já supera os 500 mil atendimentos. Mais provável que seja a combinação de academia e prática, bem ao gosto dele.

Na terapia comunitária, a medicina convencional do PSF se escora nas medicinas populares e no acolhimento ao desabafo. Antes de mais nada, todos falam, ouvem e se vêem uns nos outros – a relação do espelho de Freud. “Aqui o remédio é a palavra”, diz Adalberto nesta entrevista dada à *Radis* em dezembro na sede do 4 Varas.

Como entender o Projeto 4 Varas?

Entre patologia e sofrimento. Temos um posto de saúde do PSF e lá se trabalha a patologia, com médico, enfermeiro, dentista. Aqui se trabalha o sofrimento e a promoção da saúde, usando curandeiros e recursos disponíveis da cultura, como massagem, argila com as pedras mornas, banho de ervas e rezas. Então, são duas medicinas complementares: lá, a patologia com os especialistas; aqui se trabalha o sofrimento promovendo a saúde e reduzindo os danos.

Para que as redes?

Temos as redes armadas para as pessoas se deitarem. A casa acolhe o sofrimento, a dor da alma numa massagem, por exemplo. Observamos que a maior parte das pessoas que geralmente vão aos postos de saúde quer ser acolhida e desabafar, e muitos hospitais e postos estão medicalizando o sofrimento, os problemas existenciais. Uma mãe ansiosa

e desesperada porque o filho entrou no mundo das drogas precisa de um psicotrópico para dormir ou ser acolhida? Na massagem ela pode chorar, falar e compreender. Essa é a distinção que queremos fazer aqui, uma medicina científica e popular que aja de forma complementar. Não estão em competição, não estão brigando pela patologia.

Como funciona?

São seis massoterapeutas pagos pela prefeitura. As pessoas encaminhadas pelo SUS recebem a massagem gratuitamente. Vem gente da comunidade mandada pelos médicos do PSF, dos CAPS. Fazem 10 massagens duas ou três vezes por semana e participam da terapia comunitária, de resgate da auto-estima. É a terapia comunitária virando política pública do Ministério da Saúde. A Fiocruz vai ter um pólo formador desta metodologia.

Essa união com a medicina alternativa é o ideal para a saúde pública?

Acho que sim. Não diria medicina alternativa, porque o alternativo pressupõe a exclusão do diferente. Eu chamaria de medicinas complementares. Temos um modelo biomédico centrado na patologia, no medicamento, uma medicina muito cara. Mas existe no cotidiano muito sofrimento decorrente do estresse, da educação dos filhos, do desemprego. Este sofrimento no passado era tratado por benzedeiras, padres, pajés, havia essas instituições de escuta, de apoio. Com a modernização da sociedade, a tendência é jogarmos isso fora e medicalizarmos o sofrimento. Quando vim para a favela, dei-me conta de que a maior parte das pessoas que vinham falar comigo trazia uma dor na alma que psicotrópicos não resolveriam. Não que eu seja contra: cabem em determinados momentos. Percebi que se ficasse medicalizando os problemas existenciais acrescentaria mais sofrimento. Descobri que não podia exercer a psiquiatria do mesmo jeito do hospital, onde diagnóstico e prescrevo medicamentos. Mesmo quando podia prescrever as pessoas não podiam comprar. Essas foram algumas dificuldades.

Estar na comunidade também é um diferencial do projeto?



A.D.

A gente contextualiza melhor esse sofrimento. Quando uma pessoa diz que está com insônia, a insônia é o sofrimento e a cura é voltar a dormir. A tendência é prescrever um psicotrópico. Quando se está na comunidade e vem uma mulher chorando, com insônia ou *engasgo* porque a filha de 14 anos engravidou, essa mulher precisa de um psicotrópico, um benzodiazepínico? Ou precisa ser *desengasgada* pela própria comunidade? Quando a boca cala os órgãos falam: se essa mulher não se *desengasgar* hoje entra em processo depressivo, de doença mesmo. Então, a terapia comunitária, numa proposta inicial, é criar um espaço de palavra. Aqui o remédio é a palavra. Ela é para quem fala, é para quem ouve. Na troca a comunidade cria vínculos, vai se reconhecendo no apoio. Partindo de uma situação-problema, a mãe viu que 15 pessoas já viveram isso, inclusive na situação contrária: a filha que diz, eu também engravidei com 14 anos. Ela se vê na filha, a relação do espelho de Freud. E entende que tem que ter calma, sabedoria e tolerância.

E gente que vem se tratar acaba tratando...

A Cleinha, quando veio, era também uma pessoa *entalada*. Quando se curou começou a mandar pessoas, e de tanto mandar vi que tinha capilaridade na comunidade, capacidade de formar uma rede de apoio social. Veio o curso

e a convidei. Dona Zilma era doida de pedra, alguém disse que era curandeira também. Um dia estávamos numa terapia e uma pessoa passava mal: ela disse que era um *encosto*. Então, eu disse, se a senhora sabe o que é, vai fazer, eu não sei. Ela foi, outras pessoas começaram a pedir que ela rezasse e depois não deu mais tempo de endoidar. Dona Francisca me trouxeram neoleptizada, tomava vários remédios, babando. Alguém me disse, ela é rezadeira da umbanda. Eu disse a ela, os meus remédios não dão conta de tanto sofrimento. Ela olhou para mim babando e disse: você acredita que eu vou ficar boa? A senhora não nasceu assim, vai ficar boa. Fui tirando a medicação e orientando, terapia e conversando. Hoje é uma das nossas curandeiras.

Abordagem que olha mais a saúde do que a doença...

Por isso dá certo. Nossas rezadeiras são pessoas desvalorizadas em busca de valor. O doutor não cura câncer, a minha reza cura câncer, dizia, para se valorizar. O meu trabalho tem sido dizer: a medicina de vocês não é para combater a patologia, eu cuido da promoção da saúde. Aí as duas medicinas se aproximam, se valorizam e são complementares. Cada uma é rica naquilo em que a outra é pobre. A medicina popular é rica no afeto, no acolhimento, mas é pobre no tratamento da patologia. Já a medicina científica é rica no arsenal de antibióticos e psicotrópicos, mas humanamente é uma favela existencial. Quando me aproximei dela aprendi a acolher melhor e a valorizar os recursos que se tem. Agreguei valor ao ato médico.

Explique melhor.

Desde o início a nossa pedagogia é centrada na competência, e não na carência. Vivemos num modelo de influência judaico-cristão que valoriza o que não funciona, o pecado, o negativo. Esse modelo desestabiliza o indivíduo, culpabiliza o outro. A pessoa culpabilizada se desestabiliza e busca o salvador. O modelo do salvador da pátria se baseia na carência e no negativo. A nossa imprensa só evidencia o que não funciona, o que funciona não dá notícia. A educação é a mesma coisa: seu filho faz tudo normal, ninguém diz nada, mas se faz alguma coisa errada, o sermão é deste tamanho. Ninguém quer compreender o que funciona, porque não dá status. Sempre conto uma história sobre dois índios tomando banho num rio e vêem duas crianças morrendo afogadas. Salvaram os dois, apareceram quatro, oito, 16. Um dos índios disse: você salva o que puder que eu vou ver quem está jogando esses meninos na água. O índio que ficou salvando os afogados é a nossa medicina curativa:

acha que só ela salva, tem as estatísticas, precisa de bons salários, de melhores condições etc. e tem um discurso crítico desvalorizador de quem vai fazer a prevenção e a promoção da saúde, que considera "turista", "sonhador".

A medicina popular...

Nossa luta é dizer: você que está salvando o outro, teu trabalho é tão importante quanto o de quem está fazendo a prevenção e a promoção da vida. Aí, no ano passado veio o estudo de impacto da terapia comunitária: 2 mil questionários em dois estados, 88% dos problemas resolvidos *in loco*, apenas 11,5% encaminhados aos postos de saúde.

Ela já existe em todo país?

Hoje, sim. Já treinei 11 mil terapeutas comunitários, temos 30 pólos formadores no Brasil — a Fiocruz será o 31°. Já foi criada a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (www.abrapecom.org.br). O impacto foi esse: apenas 11,5% dos problemas encaminhados aos postos. Multiplique isso por milhares... Há um engajamento nos postos de saúde, ou seja, o índio — ou o médico — que salva os que estão morrendo continua salvando, respira melhor. Então, nossa idéia é complementar o cuidado. Nós na promoção também tendemos a ridicularizar e menosprezar o trabalho da medicina científica, mas precisamos tanto dela como ela da nossa.

A expectativa de trabalho do PSF...

Exatamente. A academia produz conhecimento, mas a experiência de vida também. Tenho observado: damos melhor o que não recebemos, ensinamos melhor o que precisamos aprender. As que não foram amadas e foram rejeitadas estão acolhendo, as que foram violentadas estão dando massagem, acolhendo a dor do outro. Até hoje uso a metáfora: a ostra que não foi ferida não produz pérola. A pérola é resposta a uma agressão. Toda família está ferida. As vitórias do ano são: meu marido deixou de beber, comprei minha casa, arranjei emprego. Se as pessoas arranjam emprego ficam mais autônomas, conquistam as coisas. Nós intervimos nos determinantes sociais da saúde, evitamos que essa pessoa vire cardiopata, diabética, e daqui a 15, 20 anos precise de tratamento caríssimo. Nosso trabalho é intervir nos determinantes sociais usando os recursos da comunidade, a argila, as mãos, a música e a sabedoria produzidas pelas carências de vida. Eles faziam isso no anonimato, sem reconhecimento. Minha função é oficializar esse poder.

Que conselho dar a quem está se formando em terapia comunitária ou

se interessou e não sabe por onde começar?

O curso se faz para acabar com a mania de querer curar o povo. Temos duas fontes geradoras de competência, a academia e a experiência de vida. O saber da academia nos dá identidade profissional como médico, dentista e enfermeiro, o salário financeiro, o saber pela competência. No sofrimento temos ainda o salário afetivo: não é preciso ser médico, enfermeiro, não precisa ter faculdade para exercer a terapia comunitária; não precisa ser psicólogo porque não vai fazer análise, não precisa ser médico porque não vai prescrever remédio. Precisa ter engajamento com a comunidade, uma ação cidadã que transcenda classe social, profissões. Cuidando do outro, curo a mim mesmo.

Como é a capacitação?

São quatro módulos em quatro dias em regime de internato, com intervalo de dois meses, ao longo de um ano. As pessoas vão aprendendo as técnicas de como garimpar a pérola das feridas da vida. Começam por um trabalho pessoal. Como será um trabalho de acolher o outro e escutar, tem que aprender a valorizar e a escutar. É muito prazeroso, porque além do salário financeiro há o salário afetivo. Partimos do pressuposto de que a primeira escola é a família, e o primeiro mestre, a criança que fomos. Com a minha criança aprendi muita coisa. Numa família em que os pais se disputam de forma injusta, a criança que observa se torna mediadora. Sempre atribuímos competência a um livro que lemos, a um curso, jamais ao que vivenciamos. Na terapia comunitária, fazemos a pessoa perceber que a competência dela se inscreve em sua história de vida. Com mulheres injustiçadas pelos maridos descobre-se que em casa a mãe vivera esta situação. Compreender isso dá empoderamento, capacidade para um trabalho genial. O *seu* Zequinha fala errado, mas quando não estou dirige toda a terapia. Como ele entendeu o espírito, ele faz.

Sem ser médico nem enfermeiro...

Diria que para ser terapeuta comunitário tem-se que gostar de trabalhar com comunidade, tem que aceitar fazer um trabalho sobre si mesmo para desconstruir os modelos mentais que nos foram construídos. Não precisa ser médico nem enfermeiro. Se for, agrega valor. Vai descobrir que não é o salvador nem o bombeiro da pátria: vamos encontrar soluções partilhadas. A pessoa tem o problema, nós temos problemas e a solução vem da partilha. (A.D.L.)



Ao ir ajudar meu irmão na favela, encontrei crianças, homens e mulheres que também estavam em busca de suas identidades ameaçadas e perdidas. Foi aí, então, que decidi criar o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária, e, conseqüentemente, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa. Desde então, todos esses homens, mulheres e crianças tornaram-se meus amigos, meus irmãos e minha família.

Pela minha formação sistêmica eu sabia que eles tinham problemas mas que eles tinham igualmente soluções. Bastava gerar uma dinâmica transformadora, através da partilha de experiências de vida para gerar uma dinâmica transformadora

Descobri que eu não era o único a desejar sobreviver neste mundo conturbado, e que o grande desejo que me habitava e me levava a desejar, na minha infância, salvar a alma dos outros e, na minha juventude, salvar os corpos sofridos, era, ao final das contas, o mesmo que me possibilitava salvar a mim mesmo. É graças aos outros que eu me redescubro e me alegro por pertencer a uma comunidade dos que crêem numa vida em que tudo pode ser partilhado.

• O choque criativo

Recém chegado da Europa, após cinco anos ausente do Brasil, com uma bagagem teórica centrada na patologia e no hospital, me deparei com o contexto caótico da favela. Os indivíduos vivendo situações de abandono, insegurança e perda da estima de si que constituem fermentos de violência e de divisão no seio da sociedade. Os medos e as ações irracionais que se desencadeiam, agravavam o clima de tensão, de desespero e de sofrimento psíquico. Indivíduos desvinculados: sem laços que permitam se fixar em algo que lhes dê segurança e sentimento de pertença. A exclusão do seu saber e as condições contextuais geram a “síndrome da miséria psíquica”, resultado da perda de confiança em si, levando-o ao isolamento, a uma atitude de fracasso, a auto-desvalorização e à dependência.

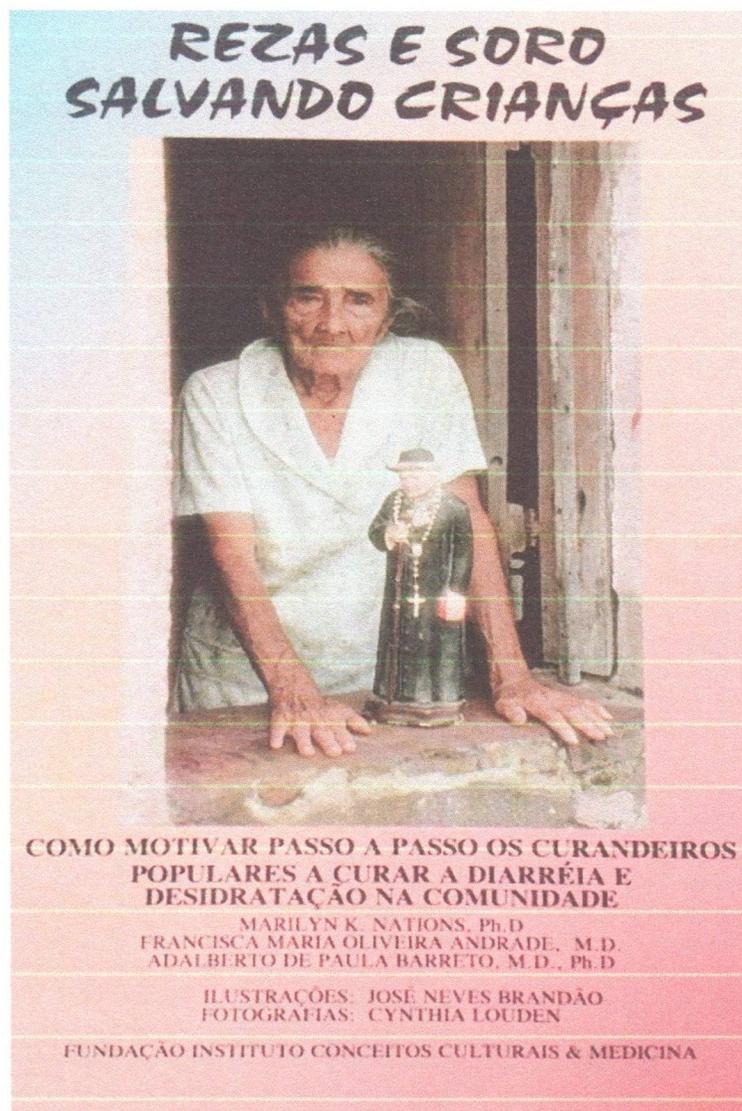
Esta migração desencadeiam uma série de perdas culturais e privam o grupo de ter acesso a elementos culturais fundamentais para nutrir sua coesão. Com a migração se perde vínculos com a terra, com os vizinhos, os familiares e com os valores de sua própria cultura.

No início foi um grande desafio. Esse novo contexto exigia a criação de novos paradigmas para estimular uma ação terapêutica criativa e efetiva capaz de:

1. Perceber o homem e seu sofrimento em rede relacional;
2. Ver além do sintoma: “Quem olha para o dedo que aponta a estrela, jamais verá a beleza da estrela”;
3. Identificar, não só a extensão da patologia, mas, também, o potencial daquele que sofre;
4. Fazer da prevenção uma preocupação constante e uma tarefa de todos.

Todo o arsenal terapêutico com seus psicotrópicos, pleiteado pelo modelo biomédico, concentra suas ações no combate ao patológico. Não se trata de negar sua contribuição, mas não podemos, também, negligenciar a participação do contexto na gênese de sofrimentos e doenças. Não podemos plantar uma árvore na floresta da

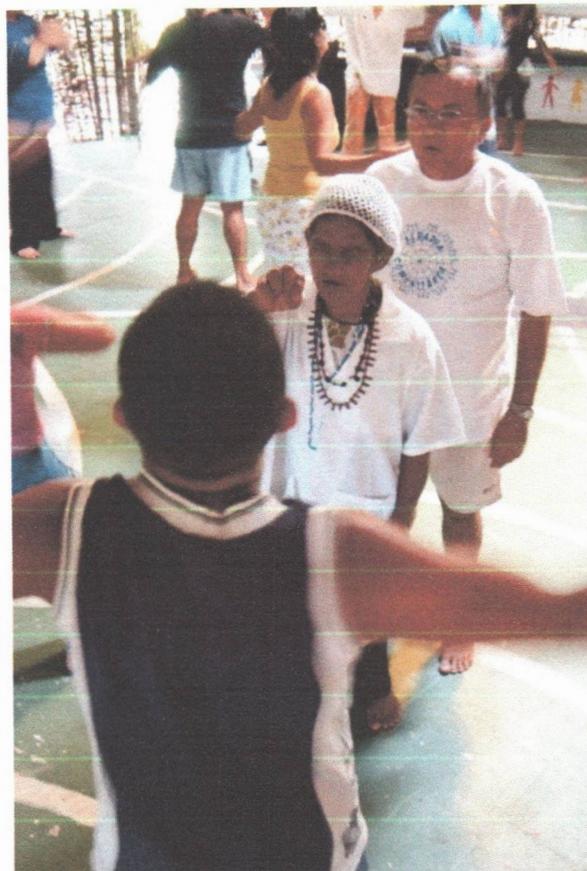
minha infância, foi bem mais do que uma simples pesquisa acadêmica. Ela inscrevia-se num processo de reapropriação de minha própria identidade. Completavam-se doze anos que eu havia deixado Canindé, e sentia um grande desejo de retornar para compreender meu universo de outrora e fazer um balanço daquilo que ainda permanecia em mim de meu Canindé.



Publicação como co-autor juntamente com Prof. Marilyn Nations e Francisca M. Andrade

Hoje, Canindé tornou-se para mim um espaço de reencontro com meu primeiro universo, minha cultura, com os elementos que constituem minha identidade cultural. Ir a Canindé faz parte de um ritual de vida tão importante quanto me dirigir aos congressos internacionais em Paris ou Washington.

Tanto em um como em outro, eu encontro interlocutores que me interpelam e me fazem refletir sobre a prática cotidiana em minha existência. Eles me permitem progredir em minhas idéias e anseios. As duas experiências me enriquecem, tanto no aspecto pessoal quanto profissional. Elas nutrem em mim um vínculo vital. Oferecem-me referências de percepção do mundo, do homem, de uma maneira de viver. A primeira me ajuda a salvaguardar minha identidade cultural, a outra reforça a coerência de minha identidade profissional.



Prof. Adalberto e a curandeira Dona Zilma Saturnino da comunidade 4 varas trabalhando em complementaridade

- **Reapropriação de minha identidade**

De volta ao Brasil, escolhi como terreno de pesquisa, a cidade de minha infância, Canindé, e, como tema de estudo, as medicinas populares do sertão e seus sistemas de crenças, que foi objeto de minha tese de doutorado em Antropologia.

Minhas pesquisas colocaram em evidência o importante papel dos curandeiros no processo de cura das pessoas. Eles eram os primeiros recursos para as crianças vitimadas pelas diarreias. Muitas vezes, quando os curandeiros não encontravam respostas satisfatórias para a doença, essas crianças, somente depois de três dias de tentativas, eram levadas ao hospital mais próximo, já em estado avançado de desidratação. Para mim, ficava evidente que o combate à grande mortalidade (uma taxa de 125 para cada 1000) deveria passar pelo trabalho de integração dos curandeiros com o circuito médico oficial.

Deveríamos organizar, em conjunto, um projeto de cooperação, em que cada parceiro pudesse guardar sua especificidade: o médico continuaria a exercer seu papel médico, e os curandeiros continuariam com suas preces e rituais.

Não se tratava de “converter” uns aos valores dos outros, mas de colocar juntos os arsenais terapêuticos no combate à mortalidade infantil.

A partir de 1983, os curandeiros de Canindé foram sensibilizados quanto ao valor terapêutico da reidratação por via oral e passaram a cooperar, de forma recíproca, com o Hospital de Canindé. Assim, a Universidade, o Hospital de Canindé e os curandeiros locais puderam somar suas competências no combate à desidratação e na promoção da vida. Essa pesquisa-ação em Canindé, cidade da

Minha estada de cinco anos na Europa possibilitou-me reforçar minha identidade de brasileiro. Filho de uma família modesta e de uma das regiões mais pobres do mundo, o Nordeste brasileiro, eu tive a grande sorte de passar a viver numa das regiões mais desenvolvidas do planeta.

Confesso que, técnica e economicamente, a Europa era bem mais desenvolvida. Nunca encontrei favelas, nem pobreza como no meu país. No entanto, a Europa decepcionou-me no que se refere às relações humanas, à afetividade e ao calor humano. Os europeus parecem ter perdido aquilo que, no Brasil, ainda é muito vivo e muito importante: o acolhimento, a disponibilidade, a alegria de viver, o senso de humor e o gosto pela festa e pelo sagrado.

Indo à Europa em busca de “saber e conhecimento”, eu descobri belíssimos monumentos históricos, bem conservados, visitados, estudados, fotografados e, cuidadosamente, guardados. Tive, então, a impressão de que todas aquelas pessoas estavam, também, em busca de suas identidades, fossilizadas com o passar dos tempos. Vendo-as agirem assim, eu me dizia que elas, talvez, esperassem reencontrar, nesses contatos, a sua humanidade perdida!

Descobri, então, que os europeus também têm suas “florestas de concreto”, e que também estavam desejosos de se libertar do peso de uma história, que parecia exigir dos vivos, que eles se tornassem meros guardiões de troféus, símbolos de um passado glorioso. Aos poucos, fui compreendendo que nossa cultura tem algo a levar a esse velho continente.

A verdade é que um abismo separa os países ricos dos países pobres. Os contrastes eram evidentes. Mas uma coisa era igualmente verdadeira: nós éramos ricos naquilo que eles eram pobres, e eles eram ricos naquilo que éramos pobres. Esta descoberta permitiu que eu me sentisse mais à vontade diante de todo aquele progresso que, de longe, nós vemos como perfeito, mas que, de perto, descobrimos seus limites e frustrações.

A partir de então, passei a não me sentir como aquele que vinha, apenas, buscar conhecimento, mas como alguém que também poderia dar a sua contribuição nesse intercâmbio intercultural. Foi assim que eu tentei fazer da minha estada na Europa uma ocasião para mútuas trocas.

Os anos de estudos trouxeram-me muitos elementos que me proporcionaram uma maior clareza sobre o meu dilema inicial. Aos poucos, eu descobri que todos os estereótipos relativos à cultura popular eram expressões de uma ideologia dominante e/ou colonizadora, que, para manter sua hegemonia, precisavam destruir os outros.

Descobri que ser diferente é um direito, um valor e, jamais, a expressão de subdesenvolvimento de um povo. Descobri que cada cultura é única, é rica naquilo que constitui a pobreza do outro. Descobri, também, que o grande desafio para um homem da ciência é o de aproveitar o calor gerado pelo choque das diferentes percepções. É este calor que torna o aço mole e flexível, torna flácidos os sólidos duros e produz a energia necessária para fazer o fogo e a luz que nos permitem ver com clareza.

- **Em busca de uma nova identidade**

Essa vontade de compreender o homem na sua totalidade levou-me, mais tarde, a seguir os estudos de Psiquiatria e Antropologia na Europa. O contato com outros povos, outras culturas, permitiu-me tomar um pouco de distância de meu próprio universo cultural. Pude, então, perceber que essa guerra que me consumia não era unicamente minha, mas vivida por toda a humanidade.

A Psiquiatria e a Psicanálise permitiram-me compreender os mecanismos inconscientes que regem os comportamentos e as atitudes humanas, sobretudo os meus em particular, além de, também, compreender os mecanismos inconscientes de dominação e de exclusão. A psiquiatria, me ensinou as interações entre a doença e a cura, sociedade e ambiente e os diversos caminhos descobertos pelos homens para curar suas chagas corporais, mentais e espirituais.

A Antropologia trouxe-me uma visão do universo cultural do homem. Eu compreendi que toda cultura, todo indivíduo, tem direito à diferença, e que a cultura responde a um desejo maior do ser humano: o de nutrir a sua identidade. A cultura é o arcabouço de nossa identidade. É a partir dessa referência que podemos nos afirmar, nos aceitar, nos amar para podermos amar os outros e assumir nossa identidade como pessoa e cidadão. Descobri que a diversidade cultural é boa para todos e verdadeira fonte de riqueza de um povo e uma nação. A cultura vista como um valor, um recurso nos permitirá somar, multiplicar nossos potenciais de crescimento e resolução de nossos problemas sociais. A antropologia afirmava que toda sociedade humana dispõe de mecanismos terapêuticos válidos e culturalmente relevantes que reforçam e valorizam a trajetória de vida e a identidade de seus membros.

As possibilidades de prevenção das doenças mentais e de cura e as formas de curar são tantas quanto são as distintas realidades, sociedades e culturas presentes na humanidade.

Ser diferente é a razão maior de ser homem. Combater a diferença é um ato de dominação e de empobrecimento da humanidade. Aprendi também as diversas relações que os seres humanos tecem com a natureza, com os seus sonhos, com os outros e com o divino; todas elas igualmente valiosas e constitutivas de representações do mundo e de seu mistério.

Compreendi que os recursos culturais constituem num capital social imensurável. Mas, em nenhum momento de minha formação universitária eu esqueci o meu ser interior Caboclo e Sertanejo.

Eu fiz das situações históricas sociais, por mim vividas, uma fonte de aprendizagem, de questionamento de outros paradigmas, contrários as raízes de minha realidade humana e cósmica.

Introduzi-me na escola dos rezadores e curadores, de Canindé, aprendendo a sabedoria centenária dos terapeutas populares, procurando articulá-las com a ciência moderna. Compreendi o que nos dizia um de meus grandes mestres *Darcy Ribeiro*: "**Sempre há o que aprender, lendo, ouvindo, vivendo e, sobretudo, trabalhando. Mas só aprende quem se dispõe a rever suas certezas.**"

- **Um desafio e uma ambição**

Diante desses questionamentos, geradores de inquietações, eu me propus um desafio e uma ambição: fazer co-habitar em mim esses dois universos, aparentemente contraditórios, mas que eu os sentia complementares. *Cada um era rico naquilo que o outro era pobre.*

No meu universo de origem, eu me sentia chamado a “salvar” as almas dos outros, os mais pobres, os mais infelizes. Nesse mundo nordestino, constituído de tanto sofrimento e chagas, eu me sentia chamado a tornar-me um “São Francisco” – “Salvador dos Pobres”. E eu queria, verdadeiramente, seguir essa via. Daí porque tanto insisti com meus pais para que eles me mandassem para o seminário, onde estudei filosofia e teologia que me forneceu a provisão para sonhar sobre a construção de um mundo feito a partir da dignidade dos oprimidos. Eu desejava ser padre para salvar as almas ameaçadas pelos prazeres materiais da vida.

Havia algo a ser feito por aqueles que, já ameaçados de morte pelos acidentes da vida e das doenças, poderiam perder suas almas. Mais tarde, quando fazia Medicina, eu descobri outro aspecto da vida: a importância do corpo físico. Corpos de homens, mulheres e crianças, mutilados, em busca da saúde do corpo material. Com a descoberta da materialidade do corpo, eu me sentia chamado a salvar este corpo doente e sofrido. Com a medicina mergulhei no universo da anatomia, da fisiologia, da neurologia, mas também pude compreender que a saúde nutre uma relação direta com o meio ambiente. Que para promovermos a saúde temos que lutar pelo que temos em comum: a água, o ar e a terra; que a saúde deixa de ser objeto e espaço privado, exclusivo da intervenção de profissionais e instituições para se tornar um espaço público, onde todos os atores sociais são chamados a agir em diferentes níveis, onde cada pessoa torna-se protagonista de sua saúde e da coletividade.

O fato de, ao mesmo tempo, estudar Medicina, Filosofia e Teologia ajudou-me a evitar a tentação que consiste em substituir uma descoberta por outra, ou seja, substituir meu interesse pela dimensão invisível do homem por outra mais palpável, real, visível. A Filosofia ensinava-me que curar as partes dos corpos não era a mesma coisa que curar o homem. Reduzir o homem a um de seus aspectos era o mesmo que mutilá-lo ainda mais, e dificultar sua busca de saúde e salvação.

A relação entre meus estudos de Teologia e Medicina permitia-me unir o meu desejo e a minha preocupação em combater o mal, salvar e curar o homem ameaçado. A Medicina e a Filosofia me permitiram mergulhar no universo biológico, existencial e religioso do homem. Tais ciências me possibilitaram compreender que toda verdade sobre o homem não pode vir senão de um diálogo sério e respeitoso da diversidade dos elementos que a constituem. Eu pretendia ser um profissional diferente. Eu não queria apenas diagnosticar e tratar com medicamentos. Eu queria inovar ao agregar elementos culturais, filosóficos e de ciências sociais.

Ao agregar valores ao meu ato médico eu queria ampliar o conhecimento, multiplicar o arsenal de possibilidades na busca de soluções para fazer do sofrimento e das doenças uma oportunidade para o crescimento humano. Meu compromisso seria com o bem-estar do ser humano, que ultrapassa o campo do já conhecido, da biologia e da bioquímica.

maravilhosas, mágicas, em que o homem, para sobreviver, deve levar em consideração o lado invisível das coisas.

Nele, eu aprendi que o essencial é invisível, e que nós devemos viver com os pés no chão, mas com o olhar para o infinito.

Porém, algo me inquietava: este universo era prisioneiro dos deuses de um passado distante, em que todo progresso distanciava o homem do paraíso, e todo prazer carnal era uma ofensa ao Criador. Nesse mundo, havia pouco espaço para a contestação, para a liberdade e para o direito de ousar. O homem era uma pessoa submissa e privada de sua capacidade transformadora. Não lhe era permitido construir e/ou transformar as coisas, bem como questionar as normas padronizadas.

Por outro lado, o novo mundo da ciência, através de suas experiências e explicações científicas palpáveis, me permitia aprender a fazer um certo número de coisas que eu concebia como possíveis, no meu universo mágico-religioso. Através de minha formação universitária, eu tinha acesso aos segredos do funcionamento do mundo e da perpetuação da vida na terra.

Era como se, sendo médico, eu me tornasse o senhor da vida e da morte. Esse aspecto da ciência me fascinava, mas, por outro lado, dava-me medo, pelo seu caráter excludente, que rejeitava os outros sistemas explicativos. Havia algo da ordem do domínio da verdade. O discurso científico exprimia que, ao mesmo tempo, que detinha a verdade, possuía uma vontade colonizadora e dominadora do pensamento do homem e de todas as suas ações.

Nesse ponto, meu segundo universo não diferia muito do primeiro. Em ambos, o homem torna-se prisioneiro de mitos. A única verdade era a científica. As outras nada mais eram do que a expressão do mundo dos ignorantes, dos incultos e, por esta razão, tornavam-se obstáculos a todo progresso. Eu sentia que esse mundo exigia que eu me tornasse um apóstolo da ciência para converter os “incrédulos” e os “ignorantes” a esta nova religião médica.

O primeiro mundo nutria uma verdade mítica, onde o imaginário tinha um papel primordial e reduzia a realidade material a uma espécie de miragem sem importância; já o mundo científico privilegiava a realidade material, ignorando e, até mesmo, combatendo o imaginário, o irracional.

Esse novo mundo exigia a morte de meu universo cultural para poder reinar como senhor absoluto. Ele desejava ser sua única medida. Essa foi, sem dúvida, uma das minhas primeiras batalhas interiores. Eu estava convencido de que manipulava um verdadeiro arsenal atômico, o qual o menor equívoco poderia reduzir, em pedaços, uma existência desejosa da plenitude da vida. Eu sabia que tinha que lutar e que a única saída possível passava por um diálogo entre aquele que eu era e aquele que eu me tornava. Nesse clima de guerra interior, aprendi a nada eliminar, sem antes ter examinado, questionado.

O grande temor que me habitava era o de encontrar-me esvaziado dos elementos que constituíam a base de minha existência, de pessoa membro de uma cultura. Para mim, era inconcebível uma vida sem autonomia criativa.

Todas essas questões tocavam o cerne da minha vida. Era minha própria identidade que estava em jogo. Perguntava-me: quem sou eu? Que ser me tornarei?

As rezadeiras tinham as suas rezas mágicas; os raizeiros, suas raízes e cascas de árvores; os médiuns espíritas, os seus rituais de invocação dos espíritos desencarnados; os umbandistas, seus rituais sonoros, danças e cânticos aos orixás, bem como, seus tranSES terapêuticos.

Apesar das diferenças, eles estavam unidos pela mesma fé e pelo mesmo desejo: o de servir aos que sofriam e ajudá-los a sair de um verdadeiro labirinto imposto pela vida.



Rezadeira, dando soro

Com meus estudos universitários, eu entrava em um novo universo, uma verdadeira floresta que me angustiava à medida que eu descobria suas riquezas. A percepção da doença e do sofrimento humano estava em oposição àquela de minha própria cultura sertaneja. Progressivamente, eu percebia que o novo mundo acadêmico exigia de mim a renúncia às minhas crenças anteriores.

Parecia que, para tornar-me um “homem da ciência”, eu teria que renegar a minha própria cultura. Eu teria que deixar de ser sertanejo e não poderia mais exprimir minhas crenças, sem me expor às críticas de meus colegas. Havia aqueles que já estavam descrentes e, por esta razão, consideravam-se superiores aos outros que ainda acreditavam.

Eu me sentia desarmado: como responder às exigências de uma ciência, baseada na materialidade das coisas, se aquilo que me estimulava, pertencia a uma outra dimensão da vida, pertencia ao mundo invisível, ao qual a ciência não permitia ter acesso? Muitas vezes, eu me questionava: o que fica de um homem se lhe são retirados suas crenças, seus valores, suas convicções que fazem dele um nordestino, um sertanejo?

Tal qual a criança perdida na Floresta Amazônica, eu temia ser devorado pelas “certezas” científicas. Passei, então, a desconfiar das “grandes certezas”. Muitas vezes, elas são uma arma mortal para aqueles que desejam dominar o espírito das pessoas perdidas em suas dúvidas e seus processos libertadores.

Entretanto, esses dois universos me seduziam. Cada um tinha o seu lado apaixonante. Meu primeiro universo cultural nutria em mim o gosto pelas coisas

História de Vida: Como tudo começou

Nasci em Canindé, cidade de romarias no sertão nordestino, que recebe cerca de dois milhões de peregrinos por ano. Vivi toda a minha infância nesta cidade sagrada. Cada peregrino tinha uma história para contar, na qual São Francisco aparecia como o protetor, o médico, o amigo da família que a todos acolhia.

De todas as histórias ouvidas a que mais me impressionou foi a de uma criança de sete anos perdida na Floresta Amazônica. Durante três dias a família a procurou, desesperadamente, sem nenhum resultado. Foi somente, quando, de joelhos, invocou os poderes de São Francisco do Canindé que ela foi encontrada e levada ao encontro de sua família por um homem idoso. Mais tarde, quando pagavam promessa na Basílica de São Francisco, em Canindé, a criança reconheceu, nos afrescos que ornamentam a basílica, aquele que a havia protegido na floresta e a levado a seus pais, como sendo São Francisco.

Esta história de uma criança salva na Floresta Amazônica, graças à invocação da fé, em uma demonstração de fidelidade aos valores culturais permitindo à família superar esse drama, sempre me fascinou.

• **Minha identidade ameaçada**

Quando cursava Medicina, na Universidade Federal do Ceará, estranhamente, sentia-me como essa criança perdida na floresta. Durante toda a minha infância, vivi num mundo mágico-religioso, marcado por uma maneira de viver que se caracterizava pela cura dos doentes e dos infelizes. Nesse universo, São Francisco era o grande protetor dos sertanejos. Ele curava as doenças do abandono, oferecendo ao peregrino a possibilidade de pertencer a uma grande família espiritual.

Os ex-votos, representando as feridas e sofrimentos dos peregrinos, eram depositados na casa dos milagres, ao lado da basílica. Eles eram o testemunho do poder de cura do santo protetor. Havia, também, os curandeiros: homens e mulheres que devotavam suas vidas a cuidar dos pobres doentes. Cada um dos personagens possuía seu arsenal terapêutico para combater a doença e o sofrimento.



Pèlerinage à Canindé : ex-votos pour St François des Plaies.



Romeiros, pedem a São Francisco o que não recebem das Instituições sociais, a cura dos seus corpos chagados.

Atualmente está implantando a metodologia da TCI- Terapia Comunitária Integrativa em toda Itália através da Cáritas Italiana, VOLABO - Centro Servizi per Il Volontariato de la Città Metropolitana di Bologna, Università di Bologna e Prefeituras para fazer frente aos desafios das migrações e desagregações dos vínculos sociais.

Também ministra cursos de formação em TCI e Resgate da autoestima além de participações em Congressos, Simpósios e diferentes tipos de eventos como conferencista convidado em 24 Países.

Foi Awarded at 21st World Congress, Lisbon 2013, com o título de Honorary Fellows.



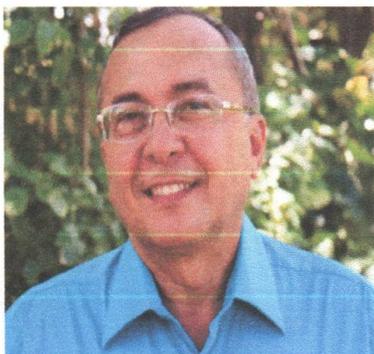
“Conferência em Moulhouse na França”

Conferir este CV: <http://lattes.cnpq.br/8155674496013599>

ID Lattes: 8155674496013599

Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/8155674496013599>

Informações sobre o autor



Adalberto De Paula Barreto

Telefone: (85) 999 090 431

e-mail: abarret.tci@gmail.com

Facebook: Cursosadalbertobarreto

Página: www.adalbertobarreto.com.br

Filho de Hercílio Neco Barreto e Isabel de Paula Barreto nasceu em 03/06/1949 no Município de Canindé no Estado do Ceará. Tem 11 irmãos dos quais dois foram adotados

É Médico Psiquiatra inscrito no CREMEC número 3442. Residente na Rua Frei Mansueto, 150 - Apto. 1301 no Bairro Meireles em Fortaleza –CE. CEP 60175070 – Brasil.

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1976) e graduado em filosofia e Teologia pela – Université Catholique de Lyon- França e Pontificia Universitas St. Thomas de Aquino- Roma Itália (1983), doutorado em psiquiatria pela Universidade René Descartes Paris V (1982) e doutorado em antropologia pela Haute Ecole de Sciences Sociales de Paris e Universidade Lumiere Lyon 2– França (1985).

Foi professor do Departamento de Saúde Comunitária de 1982 a 2016

Foi o criador e Continua atuando e coordenando o Projeto de Extensão da UFC “4 Varas: uma comunidade que cuida” (<https://www.4varas.com.br/>) berço da Terapia Comunitária Integrativa em Fortaleza-CE.

É Coordenador do Departamento de Saude Mental Comunitária da WASP- World Association of Social Psychiatry.

Criador e Presidente atual da Associação Brasileira de Psiquiatria Social afiliada a WASP- World Association of Social Psychiatry. (www.apsbra.com.br)

É professor convidado da Haute École de Travail Social et de la Santé - EESP em Lausanne-Suíça para formar Terapeutas Comunitários na EUROPA.

É professor emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

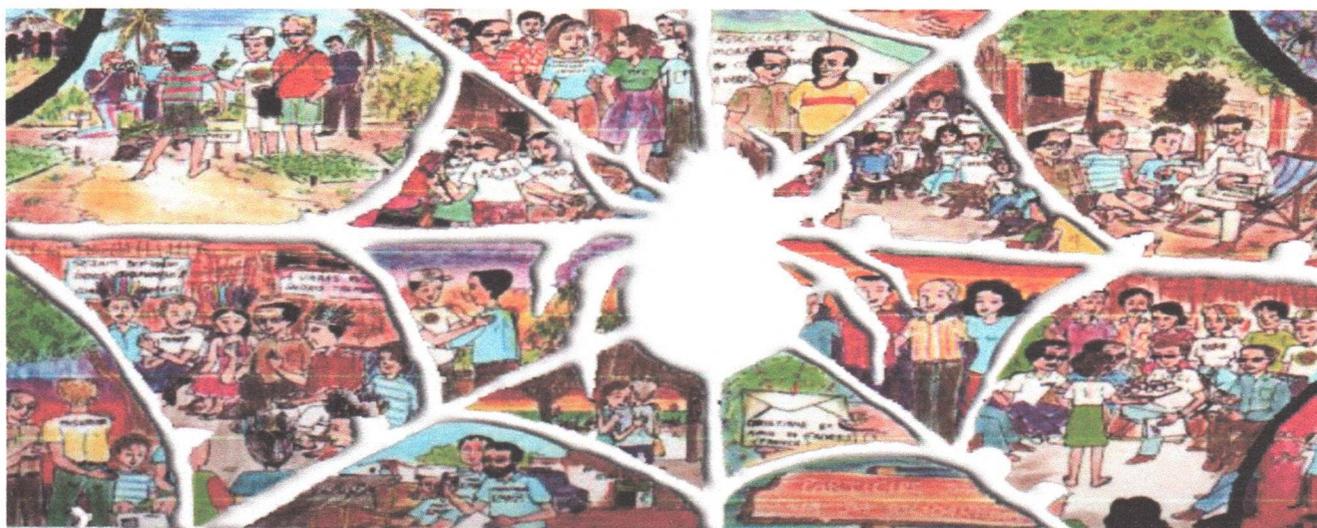
SUMARIO

INFORMAÇÕES SOBRE O AUTOR	1
HISTÓRIA DE VIDA: COMO TUDO COMEÇOU	5
33 ANOS DEPOIS: CONSOLIDAÇÃO DA TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA	22
CRIAÇÃO DE UM MODELO DE DIALOGO COM NOSSAS DOENÇAS	40
“4 VARAS: UMA COMUNIDADE QUE CUIDA.”UM PROJETO INOVADOR, UMA REFERÊNCIA NACIONAL E INTERNACIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA	42
ATIVIDADES	45
VISITAS INTERNACIONAIS MARCANTES PARA CONHECER O BERÇO DA TCI - PROJETO 4 VARAS	58
LINK DOS VÍDEOS MAIS RELEVANTES SOBRE O PROJETO 4 VARAS E A TERAPIA COMUNITÁRIA	60
PUBLICAÇÕES	61
CONCLUSÃO	70
ANEXO 1 : PORTARIA do Ministerio da Saude Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017	71
ARTIGOS E MIDIA SOBRE A TCI NACIONAL E INTERNACIONAL2017	74

PRÊMIO
EURO

Inscrição ao
Inovação
na Saúde

Terapia Comunitária Integrativa: articulando modelo clínico com modelo solidário na promoção da melhoria da qualidade de vida e bem-estar da população



**Memorial Professor
Dr. Adalberto de Paula Barreto**

Outubro/2019

enamoramento. O encontro com o outro é uma viagem para a descoberta de um continente desconhecido. O outro, por sua singularidade, e suas diferenças é fator de mudanças, de crescimento e de resiliência.

A CIRCULARIDADE DO CUIDAR



A circularidade do cuidar, muitas vezes a relação de ajuda é baseada em um especialista que doa e um indivíduo que recebe. Desta forma nos privamos da extraordinária riqueza do saber adquirido pela experiência de vida de cada pessoa e sobre tudo daquelas pessoas que vivem grandes dificuldades. Paulo Freire nos lembra que a aprendizagem é uma construção coletiva e que nós não podemos realmente aprender se não aprendemos alguma coisa

com o outro. Nossa experiência nos mostra que acontece o mesmo na relação de cuidar.

USAR O HUMOR COM AMOR

Usar o humor com amor porque o humor é um recurso cultural indispensável no trabalho de grupo. Ele estimula o neo cortex a refletir e permite resignificar, transformar o trágico em lúdico. Só ri quem entende, quem pensa.



IMPREVISIBILIDADE

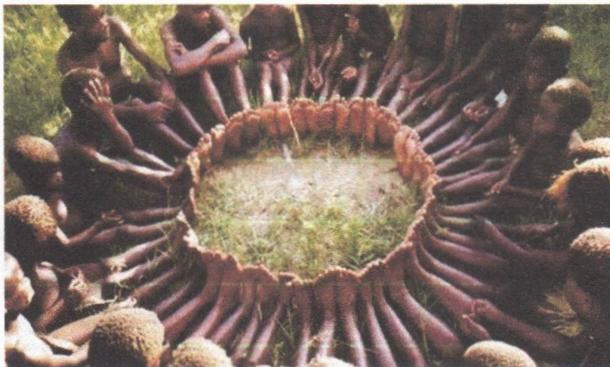


Imprevisibilidade é uma das bases do trabalho comunitário. A imprevisibilidade exige flexibilidade e uma grande capacidade de adaptar-se as exigências contextuais. É a consciência do essencial e do possível como um processo dinâmico que devemos acompanhar. Devemos estar a serviço do processo e não ao contrário. Imprevisibilidade não pode ser confundida com desorganização.

Gerar dúvidas em nossas certezas, com perguntas que fazem pensar valorizar a consciência crítica ou seja, várias respostas a uma questão e não a consciência ingênua que consiste em dar uma única resposta a uma questão; Toda certeza é uma prisão. Cada pessoa vem à roda de TCI, prisioneiro de uma leitura. Se acha vítima, culpado. Compete ao terapeuta comunitário, através de perguntas semear a dúvida na certeza. Perguntas que abram perspectivas das diferentes opções de encarar a realidade. Um ponto de vista é apenas a vista de um ponto « **Sempre há o que aprender, lendo, ouvindo, vivendo e sobretudo, trabalhando. Mas só aprende quem se dispõe a rever suas certezas.** » Darcy Ribeiro.



HORIZONTALIDADE NAS RELAÇÕES,

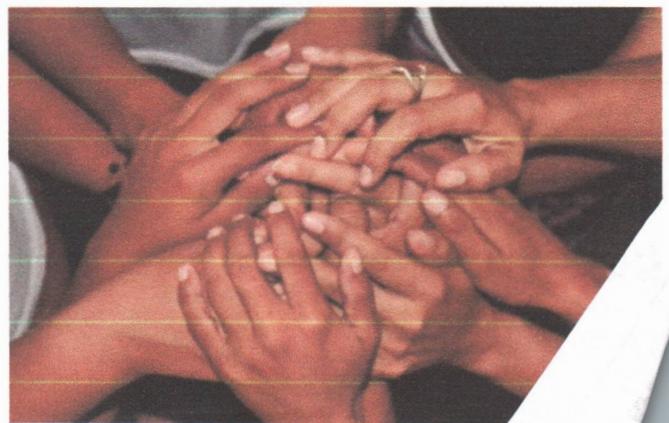


Horizontalidade nas relações a experiência de uma pessoa não é mais importante do que a de outra. É apenas diferente. Não existe um saber superior ao do outro, mas um saber a compartilhar, todos somos aprendizes. O que existe é um saber coletivo. Na TCI aqueles que geralmente falam, devem silenciar para permitir que quem nunca fala possa falar. A horizontalidade é dar a palavra, fazer

perguntas e escutar aqueles que geralmente escutam. Trata-se de falar de si, de suas emoções, de sua experiência. A horizontalidade é uma questão de humildade. Ser humilde não é ser submisso e sim ter consciência de suas competências e de seus limites aceitando a competência dos outros como complementares. É dar sem esperar nada em troca e receber sem se sentir em dívida.

VER O OUTRO COMO UM RECURSO

Ver o outro como um recurso, acolher as diferenças como presentes e a alteridade como um espelho que suscita ressonâncias que favorecem a consciência de si. Afim de que cada um possa se beneficiar dos recursos de todos, precisamos deixar espaço para o silêncio, valorizar a presença dos participantes. Aprender com o outro e se permitir ser interpelado pelo inesperado, pelo imprevisto. Ficar aberto ao



SER SIMPLES



Ser Simples, resgatar a Simplicidade de linguagem, de postura e se livrar do lugar do especialista que sabe, para aceitar aprender com o outro. A complicação é um instrumento de poder, de dominação que deseja impor sua superioridade afirmando que seu saber é tão complexo que o outro deve submeter a si. A simplicidade nos permite abandonar, se livrar do poder sobre os outros para poder ser com os outros. A simplicidade nos permite resgatar o essencial, menos papel envolvendo o bombom. A TCI não é mais uma técnica, mas acolher o sofrimento, com os recursos da cultura em toda simplicidade. Precisamos encontrar em cada um de nos a criança interior, resgatar a sabedoria tradicional de nossos antepassados. Teorizar pouco e sempre a partir da experiência vivenciada.

VALORIZAR AS EMOÇÕES

Valorizar as emoções é o ponto de partida para a construção das identificações que vai construindo as redes de apoio social. Valorizar o corpo como o locus que nos permite viver nossas emoções. Trata-se de identificar, de nomear a sensação presente no corpo. Uma vez que estas sensações são identificadas, elas podem ser pensadas, gerando consciência e possibilitando as mudanças. É pelas emoções que nos unimos, descobrimos que somos todos iguais e vivenciamos nossa humanidade independentemente de toda diferença aparente externa.



OUSAR TRANSGREDIR



Ousar transgredir, se permitir descobrir a si mesmo, mostrar suas emoções e desta forma permitir ao outro de fazer o mesmo superando a vergonha de falar em público, a culpabilidade, o medo de ser julgado, ousar ser ele mesmo. Na TCI o animador pode falar também de seus sofrimentos. Para chegar lá deve superar a vergonha de falar em público, a culpabilidade, o medo de ser julgado.

GERAR DÚVIDAS

- 1-acolher
- 2-simplicidade
- 3-valorizar as emoções
- 4-ousar
- 5-gerar dúvidas nas nossas certezas
- 6-horizontalidade
- 7-ver o outro como um recurso
- 8- Circularidade
- 9-o humor com amor
- 10-imprevisibilidade

ACOLHER



Acolher, se acolher, se aceitar como se é, estar aberto as diferenças, aos valores tradicionais, modernos e familiares, estar atento a linguagem corporal e as emoções de cada um; acolher minha história, acolher as ressonâncias emocionais, inerentes ao cuidar, como matéria prima para meu próprio crescimento. Acolher **as dores da alma**. Acolher o imprevisto, o inesperado, as emoções positivas e negativas. Acolher a

criança interior, que está dentro de cada um. Ser sempre uma presença acolhedora, autêntica, convival, sorridente, simples e disponível. Acolher e partilhar músicas, saberes, aromas e sabores de café, chás e bolos...

Com a TCI, fugimos da tentação que faz da relação de ajuda ao outro um meio de oferecer soluções idealizadas, respostas prontas, precisas, fazendo interpretações brilhantes, diagnósticos perfeitos, prescrições de todos os tipos ou exposições magistrais do tema abordado.

Em vez de fazer algo PARA o outro, fazemos algo COM o outro ou seja fazemos juntos, escutando e buscando compreender seu contexto, seu mundo através de perguntas, semeando a dúvida em suas grandes certezas que aprisionam, fecham ao diálogo e impedem compartilhar.

A TCI favorece as questões que ajudam a identificar o sofrimento, a dor, detectar as emoções que podem ser pensadas e que despertam a consciência, que possibilitam a mudança, que ajuda na descoberta dos recursos construídos ao longo da vida, ou herdados dos antepassados, que evidencia os valores, que reconhece o esforço feito, o processo e jamais o resultado, o que permite ao outro dar um novo significado ao sofrimento.

A terapia comunitária não se define como um processo psicoterapêutico, mas sim como um ato terapêutico que pode ser realizado com qualquer número de pessoas e de qualquer nível sócio-econômico. É uma prática de intervenção simples, mas não simplista requerendo uma capacitação. Ela é dirigida por animadores, devidamente treinados, sem nenhuma exigência de formação acadêmica.

A relação de cuidado, não é mais entre paciente e profissional e sim através dos vínculos que se constroem numa relação grupal, baseada no respeito e valorização das falas. Os conflitos e traumas enquistados ressurgem e surge também a esperança de reatualizar e reorganizar as feridas anteriores com o apoio do grupo, possibilitando uma modificação profunda da imagem de si.

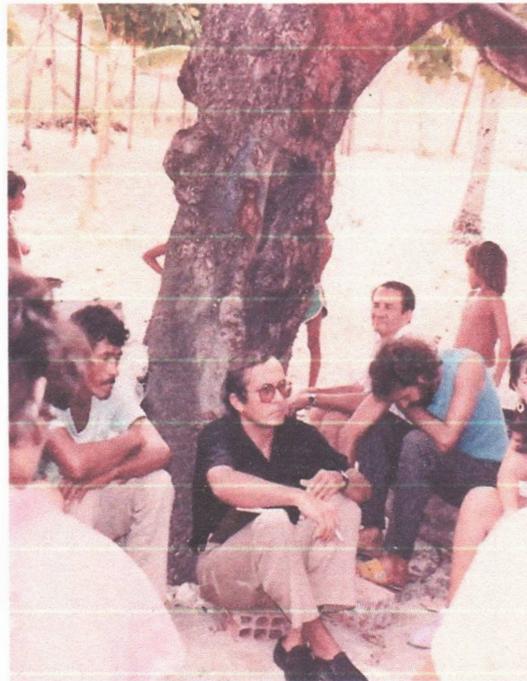
Na TCI damos Ênfase no trabalho de grupo, para que juntos partilhem problemas e soluções e possam funcionar como escudo protetor para os mais frágeis, sendo instrumentos de agregação e inserção social. O alvo da intervenção é o sofrimento, jamais a patologia.

Parte do pressuposto de que o sofrimento humano decorrente do macro-contexto sócio econômico e social fere a dignidade da pessoa, atinge seus direitos como cidadão, gerando extremos de patologia social e adoecimento. Os efeitos de tal situação manifestam-se em dois pólos - de um lado encontramos os corpos dóceis (conforme tão bem aborda Foucault) para os quais as condições opressoras de vida foram banalizadas e naturalizadas de modo a promover a passividade diante do próprio sofrimento e, num outro extremo, a gênese das práticas de violência daqueles que não podem cuidar do respeito à vida alheia, diante da própria vida tão agredida e desvalorizada.

Embora a TCI tenha um esboço definido com eixos teóricos, é muito mais uma **postura** do que uma técnica a ser aplicada.

Existem **valores fundamentais** que norteiam sua prática que foram construídos ao longo de 30 anos:

33 anos depois: Consolidação Da Terapia Comunitária Integrativa



“1987:1ª Roda de Terapia no Pirambu- Início do Projeto 4 Varas com irmãos Barreto.



“2017 roda de TCI em 4 Varas uma comunidade que cuida”

A **TCI-Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa**, iniciada em 1987, como um Projeto de Extensão do **DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA da UFC** é um programa de atenção primária na área de saúde mental que utiliza a competência das pessoas e promove a construção de redes sociais. Trata-se de uma prática sistêmica e integrativa centrada nas competências individuais e nas interações sociais.

Os indivíduos não são vistos como isolados, mas como membros de uma rede relacional, capaz da auto regulação, de progressão e de crescimento. Ela é integrativa pois luta contra o isolamento e a exclusão em prol das diversidades das culturas, dos saberes e das competências.

É da partilha das experiências de vida entre os participantes que surgem estratégias de superação das dificuldades. A comunidade é parte dos problemas, mas também parte das soluções. Não é uma psicoterapia de grupo centrada sobre a patologia, mas objetiva o reforço das competências individuais (empowerment) nos campos da saúde e do social.