

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA  
INSTITUTO ECUMÊNICO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

MARLI OLINA DE SOUZA

TECENDO REDES SOCIAIS DE SOLIDARIEDADE E FORMANDO MULTIPLICA-  
DORES:  
DESCOBRINDO COMPETÊNCIAS ATRAVÉS DA RESILIÊNCIA

São Leopoldo

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARLI OLINA DE SOUZA

TECENDO REDES SOCIAIS DE SOLIDARIEDADE E FORMANDO  
MULTIPLICADORES:  
DESCOBRINDO COMPETÊNCIAS ATRAVÉS DA RESILIÊNCIA

Dissertação de Mestrado Profissionalizante

Para obtenção do grau de Mestre em Teologia  
Escola Superior de Teologia  
Instituto Ecumênico de Pós-Graduação Educação Comunitária com Infância e Juventude

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Valburga Schmiedt Streck

São Leopoldo

2007

Em primeiro lugar, agradeço a Deus que me ouviu e abriu caminho onde não existiam caminhos...

À minha mãe que, com sua vida de agricultora, me ensinou a arte de plantar e de ser solidária.

Ao meu pai que mostrou a necessidade de plantar em diversas lavouras.

Aos amigos Redutores de Danos que passaram a mim um pouco das suas sementes de fé e perseverança de coração aberto, confiando-me suas histórias.

Aos presentes e ausentes: que com suas falas e silêncios contribuíram com o meu devir.

Ao Dr. Adalberto de Paula Barreto pelos trabalhos reflexivos desde 1994 quando conheci sua metodologia desalienante de *transpira-ção* no trabalho com Redes Sociais.

À minha orientadora, Valburga Schmiedt Streck, a quem aprendi a admirar pela competência, pelo zelo profissional, pela transparência de idéias e atitudes, pela clareza das orientações, e a quem sou extremamente grata pelo acolhimento que me dispensou.

Em especial à minha filha, Caroline Frajndlich, que possibilitou, através do seu nascimento, a minha inclusão em uma rede familiar-nuclear. Também pelos seus questionamentos, a possibilidade de viver o hoje. Principalmente, por ser uma fonte de reabastecimento da minha força, paciência, dedicação, dando sentido ao infinito amor que lhe tenho.

Há uma idade em que se ensina o que se sabe; mas vem em seguida outra, em que se ensina o que não se sabe: isso se chama pesquisar. Vem, talvez, agora a idade de uma outra experiência, a de desaprender, de deixar trabalhar o remanejamento imprevisível que o esquecimento impõe à sedimentação dos saberes, das culturas, das crenças que atravessamos. Essa experiência tem, creio eu, um nome ilustre e fora de moda, que ousarei tomar aqui sem complexo, na própria encruzilhada de sua etimologia: *sapientia*: nenhum poder, um pouco de saber, um pouco de sabedoria e o máximo de sabor possível.

Roland Barthes

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
1 CARACTERÍSTICAS DE UM SISTEMA .....	14
1.1 Totalidade ou globalidade .....	14
1.2 Família: conceitos .....	15
1.2.1 Dinâmica da família .....	18
1.2.2 A cultura e a epistemologia dos papéis familiares .....	19
1.3 Grupos comunitários ou multifamiliares .....	20
1.4 Redes sociais .....	21
1.4.1 A comunidade .....	22
1.5 Teoria do apego .....	24
1.6 Pessoas resilientes .....	28
1.7 Os efeitos cumulativos da proteção .....	34
2 DA REDUÇÃO DE DANOS E REDUTORES DE DANOS .....	37
2.1 Minha relação com os redutores de danos .....	37
2.2 Alguns avanços .....	41
2.3 Cultura de resistência .....	43
2.4 Ação dos redutores de danos .....	45
2.5 Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Porto Alegre .....	45
2.5.1 A clientela externa dos redutores de danos .....	46
3 A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO .....	51
3.1 Contextualização do projeto .....	51
3.2 Objetivos .....	53
3.3 Metas a partir dos resultados .....	54
3.4 Justificativas .....	54
3.5 A problemática .....	55

3.6 Delineamento da pesquisa .....	56
3.7 Entrevistas em profundidade .....	57
3.8 Análise das informações .....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
REFERÊNCIAS .....	70
APÊNDICE 1 .....	75
APÊNDICE 2 .....	76
APÊNDICE 3 .....	77
ANEXO 1 .....	78
ANEXO 2 .....	85
ANEXO 3 .....	93

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende focar o estudo sobre o resgate de valores de indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Visualizaremos ações que trouxeram envolvimento e participação de forças vivas do grupo de profissionais que fazem parte do programa de Redução de Danos na cidade de Porto Alegre. O trabalho desses profissionais é de conscientização e concretização de uma ação que estimula a comunidade de usuários de drogas injetáveis – muitos deles infectados com os vírus HIV e hepatite viral –, a fim de diminuir o impacto dos problemas sócio-econômicos, culturais e dos agravos à saúde. Traz à luz a experiência e o saber de cada indivíduo, de forma sistêmica, percebendo os conflitos existenciais e identificando a cultura, reativando as potencialidades do grupo pesquisado, visando a reconstituição de sua vivência, suas histórias ricas, suas habilidades, reforçando laços sociais e a descoberta da auto-estima.

No primeiro capítulo, descreverei e apresentarei como se deu minha motivação para a direção dessa pesquisa. Em seguida, trarei uma breve revisão teórica que embasou a cientificidade dos achados. No segundo, apresentarei quem são e o que fazem os redutores de danos para, no terceiro capítulo, explicitar sobre a metodologia utilizada, os depoimentos dos entrevistados, as considerações finais. Como finalização desse trabalho e não das idéias suscitadas, acreditamos que esse processo de aprendizagem proporcionado com a atual pesquisa não pode terminar – aliás, nossa impressão é que está recém começando.

Início a proposta de dissertação de mestrado, partindo da minha experiência profissional no campo da saúde comunitária e das reflexões surgidas ao longo dessa trajetória. Provavelmente, muitas pessoas que, como eu, se deparam – a partir do

trabalho e da experiência – com os limites e as possibilidades das suas profissões percebem como é difícil essa interface do aprendizado acadêmico e a prática dos campos de ação.

Há algumas décadas, as *políticas sociais* vêm sendo sucateadas. Então, como lidar com a doença *inerente* às necessidades humanas advindas da perda da cidadania, desemprego e liberdade?

Acredito que a doença ou a dor psíquica provêm da incapacidade de exercitar a liberdade. Sem condições materiais, sem alimentos, sem trabalho, sem família, sem terra para produzir e sem as mediações materiais para preservar a saúde não há liberdade de escolha ou de preservação corporal para evitar a dor, o sofrimento e a morte.

Sem condições políticas que asseguram autonomia privada e pública não há como preservar, promover ou realizar a liberdade individual e social. Sem condições éticas, os exercícios da liberdade e da saúde ficam aniquiladas para muitos, preservando-se as de uns poucos.

Com tantas inquietações sobre minha ação profissional, surgiu a seguinte dúvida: se acredito na saúde, não posso esquecer a doença! Precisava conhecer melhor os aspectos que levam os indivíduos ao adoecimento emocional, individual e coletivo.

Esse estímulo aumentou a inquietude para investigar. Abri-me para outros campos de conhecimento teórico para melhorar minha prática. “Em geral, quando se muda o quadro de referência, não se abandona o termo original, mas incorpora-se a eles uma significação nova.”<sup>1</sup>

Assim embasei a prática numa teoria condizente com meu sistema de crenças. A Teoria Familiar Sistêmica com a qual me propus a trabalhar foi impregnando meu fazer, mesmo assim, ainda tinha inquietação quanto à psicopatologia encontrada no seio de muitas famílias, e isso instigou meu interesse em buscar maiores conhecimentos que dessem mais segurança à minha práxis, entendendo a mesma como composição da teoria e da prática. Assim, busquei o curso de Psicologia.

Quando iniciei meus estudos em Psicologia, entrei em contato com outras teorias que descreviam o desenvolvimento do indivíduo, dando um “padrão” do saudável e do não saudável. No início, fiquei confusa. Qual o caminho a seguir? Feliz-

---

<sup>1</sup> VASCONCELOS, Maria José. *Terapia familiar sistêmica: bases cibernéticas*. São Paulo: Psy II, 1995.

mente a maturidade, os professores e os supervisores direcionaram o estudo, flexibilizaram minha escolha. Estudar psicanálise? Comportamental? Não. Relaciono minha escolha como a descoberta do meu *self*<sup>2</sup>. Quis trabalhar com famílias e comunidades.

É comum que os modelos teóricos estejam sobrepostos a nomes: estudei o modelo de Minuchin, com sua Teoria Estrutural; Haley, com o Estratégico; Barreto, com a Resiliência; Bowen para exemplificar o inter-geracional, e assim por diante. Todos eles têm ou tiveram em comum a adoção de um pensamento sistêmico apesar da especificidade de cada modelo.

Sluzki<sup>3</sup> classificou os modelos sistêmicos em três categorias: 1) os que se centram no processo, 2) na estrutura ou na 3) visão do mundo. Durante a formação em Psicologia, estive em congressos e cursos que falavam nessa classificação ampliada a que se refere Sluzki, a abordagem com Redes Sociais. Parecia que as lacunas estavam por se preencher, mas foi ilusão: aumentaram! Percebi que a teoria sistêmica, como a entendia, não mais satisfazia as exigências de um mercado cada vez mais sucateado, as pessoas mesmo que em grupo de família já não conseguem acessar um processo terapêutico. Comecei, então, a estudar os limites e as possibilidades da teórica sistêmica e acrescentei ao *acervo* de minha práxis a teoria de Paulo Freire, juntamente com a abordagem da Terapia Comunitária.

Nesse trabalho conceituarei a família e o seu ciclo vital sob vários enfoques; o apego dentro da visão de Bowlby e da resiliência também foi objeto de minha atenção. A terapia comunitária, isto é, com redes sociais, enquanto abordagem, pressupostos e sua epistemologia também está contemplada nessa primeira parte, desde seu início até nossos dias, revisão esta que, com certeza, não abrange toda a história, mas apenas algumas etapas.

Hoje os principais paradigmas de tecer redes solidárias a partir da cultura dos indivíduos inseridos em sua cultura familiar e comunitária é a resiliência que por minhas leituras atuais sobre *Redutores de Danos*<sup>4</sup> são fenômenos que se equivalem,

---

<sup>2</sup> “O SELF permite que uma pessoa individuada se auto-referencie, ou seja, que adquira distinção sujeito-objeto.” Segundo MIERMONT, Jacques et al. *Dicionário de terapias familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

<sup>3</sup> SLUSKI.C.E. *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Barcelona: Sedisa, 1996.

<sup>4</sup> É uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas.

---

---

## 1 CARACTERÍSTICAS DE UM SISTEMA

### 1.1 Totalidade ou globalidade

Utilizo a teoria dos sistemas para iniciar o embasamento dessa pesquisa por considerar que essa teoria seja composta por vários elementos, por várias partes, funcionando como um todo, com total independência. O comportamento de cada elemento ou de cada parte influencia no conjunto, no todo do sistema. O contrário também é verdadeiro: o comportamento do todo irá influir e modificar cada parte.

Nós só compreenderemos um elemento do sistema ou uma de suas partes se conhecermos o sistema como um todo<sup>4</sup>. Por isso, é importante saber como funciona a sociedade para poder entender o comportamento das pessoas e grupos sociais. No sistema, tanto a parte faz parte do todo, como o todo faz parte da parte, ou melhor, o todo está presente nas partes. Parece até um jogo de palavras, mas não é. O que define um sistema é a relação das partes com o todo e do todo com as partes. Um sistema é mais que a soma das partes.

Todo sistema tem a capacidade de se proteger, de se reequilibrar e de crescer, numa ação interna de auto-proteção, de auto-equilíbrio e de auto-crescimento. É próprio do sistema trabalhar para guardar seu equilíbrio, sua proteção e seu crescimento. Toda a sociedade cria seus meios para se manter protegida, equilibrada e em crescimento. A comunidade é assim. A família, também. O indivíduo, também.

Quando a situação fica difícil, precária mesmo, o sistema logo se auto-regula. Todo sistema tem vários atributos e um deles é a capacidade de autocontrole, ou seja, de homeostase. Isso quer dizer que o sistema tem a capacidade de crescer, de se transformar por ele mesmo, sem que venha um salvador de fora. Se aquele grupo reunido forma o sistema comunitário, com informações próprias, ele tem

---

também as soluções. Uma condição é que seus membros se escutem uns aos outros e reflitam em conjunto, trocando informações e energias.

Como pedra com pedra em atrito produz fogo, trazendo luz, trazendo clareza, permitindo ver, também idéia com idéia traz clareza, traz clarificação, e as pessoas começam a compreender. A própria comunidade é capaz de encontrar soluções para os seus problemas, pois nós temos certeza, pela abordagem sistêmica, que todo sistema tem essa capacidade de auto-controle, de auto-conhecimento, de auto-crescimento, de auto-transformação.

## 1.2 Família: conceitos

Apesar de que a família seja, no senso comum, alguma coisa natural e conhecida e da qual todos nós fazemos parte, conceituá-la não é tarefa fácil. Prova dessa complexidade são as diversas definições dadas pelas disciplinas científicas ao tema *família*. Por exemplo, a economia define como unidade de produção e consumo; a antropologia, como um conjunto de relações de parentesco; a psicologia, como um dos lugares privilegiados de estruturação da personalidade e de formação de vínculos emocionais, e a sociologia, como um determinado grupo de indivíduos socialmente reconhecidos enquanto família. Cada uma dessas disciplinas, dentro de sua especificidade, tenta defini-la; porém, somente teremos uma visão global se abordarmos as diferentes estruturas familiares num determinado contexto social e histórico.

Aqui, estrutura familiar é entendida como um conjunto invisível de normas e regras que organizam, justificam e definem os padrões pelas quais os seus membros interagem em seu cotidiano. A interação pode resultar num processo de conduta repetitivo que, por via de regra, se cristaliza e serve como padrão transacional deste grupo, reforçando o sistema de crenças. Dentre os inúmeros conceitos formalizados referentes à família e frente à necessidade de delimitar o campo de abordagem, elejo alguns por considerá-los os mais adequados e aceitáveis na contemporaneidade.

A família é um sistema constituído de partes (subsistemas) que se relacionam entre si (relações interpessoais) de forma que uma influencia a outra e é por ela influenciada. Mas cada parte tem seu funcionamento, sua integridade:

---

Cada organismo é um sistema, isto é, uma ordem dinâmica de partes e processos entre os quais se exercem interações recíprocas. Da mesma forma se pode considerar a família como um sistema aberto constituído por muitas unidades ligadas no conjunto por regras de comportamento e por funções dinâmicas, em constante interação entre elas e em intercâmbio com o exterior<sup>4</sup>.

Essa visão antropológica e filosófica sobre o desenvolvimento do que se chama hoje de *família* é imprescindível para o entendimento a que se propõe neste trabalho.

As bases culturais e os valores herdados pelas pessoas participantes da pesquisa e suas famílias dão subsídios para formular novas hipóteses narrativas, respeitando seus valores culturais, sem introduzir idéias pré-concebidas, mas arriscando formular pensamentos sobre famílias que abandonam seus filhos, que, por sua vez, também foram abandonados. Deixam-nos claro que são pessoas transformadas em órfãs desde muito cedo. Como sabemos, a pessoa tende a utilizar o *script* vivido na família de origem, emaranha-se na história familiar.

Para a antropologia, segundo Adalberto de Paula Barreto<sup>4</sup>, existe vida familiar em praticamente todas as sociedades humanas, mesmo que os costumes educacionais e sexuais difiram daqueles encontrados na sociedade ocidental. O tipo de arranjo familiar mais comum em nossa sociedade é aquele constituído pela união de um homem, uma mulher e sua prole, mais ou menos duradoura e socialmente aprovada.

Esse ponto de visão pode estar simplificado em relação à cultura de certos povos, como em alguns países da Europa e da América do Norte, onde uniões homoafetivas são aceitas. E também há união de famílias reconstituídas, que ocorrem praticamente em todos os países do mundo.

Segundo Osório, "a família é a unidade básica da interação social, talvez seja a forma mais genérica de enunciá-la; mas obviamente não basta para situá-la como agrupamento humano no contexto histórico-evolutivo do processo civilizatório"<sup>4</sup>.

Para Vasconcellos,

[...] a palavra *família* não designa uma instituição padrão, fixa e invariável. Na atualidade coexistem no gênero humano tipos de famílias constituídos sobre princípios morais e psicológicos diferentes e ainda contraditórios e inconciliáveis. A Estrutura Familiar varia, portanto, enormemente conforme a latitude, as distintas épocas históricas e os fatores sócio-políticos, econômicos ou religiosos prevalentes num dado momento da evolução de determinada cultura<sup>4</sup>.

Pichon-Rivière apresenta um belo conceito.

---

A família proporciona o marco adequado para definição e conservação das diferenças humanas, dando forma objetiva aos papéis distintos, mas mutuamente vinculados, do pai, da mãe e dos filhos, que constituem os papéis básicos em todas as culturas.<sup>4</sup>

Já para Lévi-Strauss, “são três os tipos de relações pessoais que configuram a família: aliança (casal), filiação (pais e filhos) e consangüinidade (irmãos)”<sup>4</sup>. Freud, em *Totem e tabu*, assinala, segundo Osório, que o parentesco é algo mais antigo do que a vida familiar:

A família torna-se assim, tanto no homem como em outras categorias zoológicas, o modelo natural para assegurar a sobrevivência biológica da espécie. A família pode se apresentar, a grosso modo, sob três formatos básicos: a nuclear (conjugal), a extensa (consangüínea) e a abrangente.<sup>4</sup>

A teoria sistêmica considera a família um sistema entre sistemas.

Minuchin<sup>4</sup> apresenta a repetição conforme os padrões de história familiar passada, que exerce influência nas experiências atuais, porém, com a possibilidade de modificá-las de acordo com o meio. Bowen<sup>4</sup> compreende a repetição como forma de transmissão multigeracional das normas familiares, que dão sentido ao estado emocional das famílias. O trabalho de Murrau Bowen é essencial neste sentido por relacionar os padrões familiares atuais com eventos nodais nos dias e ponto de transição no processo de desenvolvimento familiar. Um dos conceitos fundamentais deste autor refere-se ao processo de transmissão multigeracional, o qual destaca a tendência de repetição nas famílias de padrões interacionais das gerações anteriores. A família como sistema em constante transformação, ou como sistema que se adapta às diferentes exigências das fases do ciclo de vida e das mudanças sociais, visa a continuidade e o crescimento psicossocial dos seus membros.

O desenvolvimento do indivíduo se dá na família e com a família, tendo significado especial conforme cada etapa evolutiva: infância, adolescência, idade adulta, velhice e morte. Essas etapas, segundo Carter e McGoldrich<sup>4</sup>, são eventos naturais, mas há também os acidentais, como divórcio, perda de emprego, falência, doenças, etc. Essas etapas exigem, portanto, que estes eventos sejam ultrapassados com um bom nível de estruturação.

Existem duas tendências de interação na organização familiar, a homeostática e a de transformação, que estão sempre desenvolvendo-se por meio de um movimento de equilíbrio dinâmico. Ambas são importantes forças impulsionadoras do sistema, indispensáveis à movimentação do equilíbrio dinâmico no seu interior, num

---

contínuo circular. Como sistemas ativos auto-regulados por regras desenvolvíveis e imodificáveis no tempo, por meio de tentativas e erros, permitem ao indivíduo perceber o que é possível ou não na relação, até chegar a uma unidade sistêmica com formas relacionais, específicas daquele sistema. Uma que se flexibilizam frente ao novo e ao tempo; outras que paralisam e fazem regredir.

A família como sistema aberto interage com outros sistemas (escola, fábrica, bairro, grupo de companheiros, etc.). O movimento de interfluência entre a família e o meio social efetiva-se por meio do equilíbrio dinâmico, numa relação dialética, isto é, influencia e é influenciado, desconstrói e constrói.

Seria reducionismo colocar a família como centro deste movimento; entretanto, é preciso admitir que ela é a instância primeira de socialização dos indivíduos, sendo intermediária entre o que é próprio do individual em sua subjetividade e o que pertence ao social, ao cultural e ao público. Para melhor clareza desse sistema auto-regulador, descreverei como os subsistemas se comunicam entre si e com os demais sistemas.

### 1.2.1 Dinâmica da família

Cada família é um sistema, no qual as regras são especiais e únicas, pois sua validade existe nos limites em que cada grupo as define ao compor sua estrutura interna na relação com a cultura e com a sociedade, como se percebe em cada agrupamento.

Na abordagem comunitária os teóricos têm dois pontos em comum nas suas concepções sobre o que é uma família. Primeiro, concebem a família como espaço de sobrevivência, onde se chega a certos objetivos e se atendem certas necessidades. Segundo, compreendem a natureza da família como sendo interacional. Uma unidade, na qual existe uma influência mútua entre seus membros<sup>4</sup>. Esses autores vão além, referindo que  $(2+2)$  não são  $(4)$ ; pode dar um número muito maior, pois cada indivíduo acrescenta o subjetivo, isto é, o todo é maior que a soma de suas partes.

Cada família é, de certo modo, uma unidade psicológica que possui características próprias, mutáveis. Essas mudanças ocorrem na estrutura da família, seja do

---

ponto de vista histórico, sociológico, antropológico ou psicológico; por isso, não podemos falar de família como estrutura fixa.<sup>4</sup>

Este movimento de mudança leva a perceber e a conceber os homens e as mulheres nas suas relações sempre num movimento de construção e reconstrução. Assim, a família, enquanto um agrupamento humano, tem variado no tempo e no espaço. “Diferentes culturas, em diferentes épocas, tiveram diferentes formas de estruturas e organizações familiares.”<sup>4</sup>

### 1.2.2 A cultura e a epistemologia nos papéis familiares

Dois outros pontos se juntam à tipologia: um é o papel da cultura e o outro, o da epistemologia. Enfocando o tema violência, Osório torna claro quando afirma que

Curiosamente, a origem etimológica da palavra *família* nos remete ao vocábulo latino *famulus*, que significa servo ou escravo, sugerindo que primitivamente se considerava a família como sendo o conjunto de escravos *ou* criados de uma mesma pessoa [...] a noção de posse e a questão do poder estão, portanto, intrinsecamente vinculadas à origem e à evolução do grupo familiar<sup>4</sup>.

Para algumas famílias poderá ser usual não preservarem espaço físico ou *emocional*, estando desvinculadas dos valores sociais, sem um elemento estruturante. Como estabelecer padrões, normas, definir papéis, etc.

Com essa falta de fronteiras e hierarquia o indivíduo permanece preso, congelado nesse núcleo primário, pois o sistema de forças a que ele pertence segura-o, porque – uma vez pertencente a uma família – não sairá dela. Mesmo transpondo as fases do ciclo evolutivo e formando seu *nicho nuclear*, não poderá dizer que é um ex-pai, ex-mãe, ex-irmão ou ex-filho.

### 1. 3 Grupos comunitários ou multifamiliares

O mundo inteiro é um palco  
E todos os homens e mulheres meramente protagonistas;  
Eles trazem suas saídas e suas entradas;  
E cada homem, em seu tempo, desempenha muitos papéis.  
(Shakespeare)<sup>4</sup>

---

A experiência de trabalhar com grupos multifamiliares<sup>4</sup> e ou com multipessoas proporciona a possibilidade de integrar os recursos internos de cada pessoa ou família, observando o comportamento sistêmico de todos os seus membros, bem como as raízes culturais das gerações.

A terapia de grupos oportuniza a mútua ajuda entre as famílias e a valorização do saber de cada um. Essa opção relaciona-se com a redefinição da demanda que passa de patológica para relacional. Nos grupos, as dificuldades relacionais se manifestam no momento em que as pessoas têm que disputar um espaço, participar, opinar, questionar, procurar sua participação social. O grupo torna-se um facilitador ao profissional que tem mais recursos para observar e intervir. Em conjunto, há um efeito multiplicador, pois são atendidas várias pessoas que retornam para suas redes pessoais com as questões trabalhadas.

As pessoas têm problemas semelhantes, identificam-se e aprendem com a experiência e os relatos dos outros. Essa *troca* estabelece a solidariedade e, ao mesmo tempo, permite a sensação de pertença.

O atendimento a grupos multifamiliares ou de multipessoas acontece através do diálogo que caracteriza o atendimento ou a conversação terapêutica. A fala surge espontaneamente, geralmente em torno das dificuldades de lidar com os filhos que geralmente são os *pacientes identificados*. No decorrer dos encontros, vão sendo construídas outras narrativas e outros pontos de vista acerca das dificuldades. O grupo vai, pouco a pouco, integrando as questões intra e extra familiar.

As etapas de desenvolvimento maturacionais dos grupos não possuem uma ordem cronológica fixa, uma vez que cada membro do grupo está num momento diferente do processo de entendimento e reflexão da sua história, e isso precisa ser acompanhado com o devido respeito pelo seu movimento e ritmo. Assim, realmente, poderá haver uma construção coletiva.

#### 1.4 Redes sociais

Segundo Barreto<sup>4</sup>, as crises e problemas só podem ser entendidos se os percebemos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações; tudo está ligado, e cada parte depende da outra, num toque que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade. Nesse todo, cada par-

---

te influencia e interfere na outra parte. Para enfrentar a vida com prazer e buscar a solução de nossos problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais, precisamos estar conscientes de que fazemos parte desse todo.

A comunicação entre as pessoas é o elemento que os indivíduos, a família e a sociedade se utiliza para expressar seus desejos e suas necessidades. Cada comportamento, cada ato verbal ou não, individual ou grupal, tem valor de comunicação. É importante entender a busca desesperada de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado e reconhecido enquanto indivíduo e cidadão.

Ao utilizarmos as redes sociais existentes na comunidade, estamos constantemente em articulação com as organizações que estão inseridas no contexto e fazem parte da história comunitária. Quando desenvolvemos trabalhos nos assessorando de redes, precisamos constantemente manter a todos os segmentos informados a respeito de mudanças no funcionamento interno, regras, programas e de dificuldades que eventualmente ocorram, esclarecer dúvidas e levar esclarecimentos sobre ideologia política vigente no programas sociais e nos governos (federal, estadual e municipal).

É recomendável que vejamos as comunidades não só pelas suas carências, mas, sobretudo, pelas suas potencialidades.

A ação em redes exige que tenhamos bem definidos os conceitos de participação que se entendem como: adesão a todas as etapas de um projeto; parceria, que pressupõe flexibilidade e imprevisibilidade; solidariedade, que não pode ser confundida com distribuição de esmolas; voluntariado, que é a ação que engaja indivíduos desejosos de participar efetivamente na promoção da qualidade de vida.

“O processo de cura não implica necessariamente prescrever medicamentos e, sim, estabelecer laços não necessariamente com grupos, mas, sobretudo, com os valores de sua própria cultura”<sup>4</sup>, conforme Barreto, a importância da inserção da pessoa em sua rede social, resgatando a cultura a qual pertence.

Surge, portanto, a abordagem comunitária sistêmica, entre as outras razões, como um paradigma às terapias prolongadas que buscam no indivíduo o entendimento do passado, transformando sua personalidade, “acreditando que poderiam *imunizá-los* para os diferentes momentos da sua vida”<sup>4</sup>.

---

### 1.4.1 A comunidade

Entendemos comunidade como uma interação de pessoas, grupos de pessoas que vivem as mesmas condições sociais, financeiras, culturais, políticas, de credo e num mesmo espaço físico. A reciprocidade no agir e pensar é importante apesar de sabermos que nossa sociedade está organizada no sentido de desfavorecer a participação e a unicidade dos elementos de uma comunidade. Para considerar-se uma comunidade, uma parte do todo que deve defender interesses comuns, de forma complexa e ampla. Trazendo para essa abrangente, um bem-estar social. Numa comunidade é possível desenvolver o sentimento de pertença, redescobrir as identidades sociais, culturais e históricas. Para Barreto

[...] as relações entre as pessoas são linhas de vida, são as *teias* que se cruzam como um grande e bonito bordado. Essas teias, ou linhas, ou relações, ora se ampliam, ora se sobressaem, ora se fundem, se confundem, se ligam!<sup>4</sup>

O autor enfatiza o fio que tece e sustenta nossa identidade, aquilo que somos tem a ver com nossa educação, nossa história familiar, a vivência de ser no mundo e com o mundo. Esse processo se inicia e é sustentada por narrativas familiares e de nossos pares sociais. Construimos novas teias, novas relações aparentemente imperceptíveis, mas surgidas da nossa subjetivamente, a partir da percepção de um ser em relação. E só após conhecer a realidade seremos capazes de construir – sem nos deixar subjugar – a ideologia e a políticas excludentes.

O desejo de ampliar nosso conhecimento e a visão nas intervenções do intra-institucional para um olhar nas redes sociais deu-se a partir da Teoria dos Sistemas, agregado ao antropológico e à teoria da comunicação para entender o movimento da sociedade.

Eu não sou você  
Você não é eu  
Mas encontrei comigo e me vi, enquanto olhava pra você  
Na sua/minha insegurança  
Na sua/minha desconfiança  
Na sua/minha competição  
Na sua/minha birra infantil  
Na sua/minha omissão  
Na sua/minha firmeza  
Na sua/minha impaciência  
Na sua/minha prepotência  
Na sua/minha fragilidade doce  
Na sua/minha mudez aterrorizada.<sup>4</sup>

---

Uma comunidade, um grupo de pessoas possui este movimento e muito mais. É eu, tu, ele, nós, vós, eles. É muito de mim no outro, é muito do outro (e dos outros) em mim. É tudo que sei e o que não sei o que penso e sinto e o que não quero jamais ver ou sentir, mas que está à espreita. É segredo, revelação, o que eclode, o que está contido, é suspeita, percepção.

Dentro deste universo, os princípios e práticas que norteiam o trabalho com comunidades certamente irão variar um pouco conforme a formação e embasamento teórico ao qual o terapeuta se sente mais identificado, mas uma dinâmica própria irá emergir e perpassar o intrapessoal, interpessoal e intragrupal, oportunizando a todos, crescimento.

Barreto<sup>4</sup> sugere que os grupos humanos inseridos em comunidades que apresentam necessidades de apoio e desenvolvimento necessitam de intervenção sistêmica no sentido de gerar maior autonomia, circulação da informação e fazer um resgate do saber da própria comunidade, formando redes solidárias capazes de transformar a realidade, proporcionar segurança, sentimento de pertencimento e inclusão, além de facilitar a consciência de cidadania e promover uma cultura de paz.

### 1.5 Teoria do apego

Antes que alguém possa compreender totalmente o impacto de uma perda e o comportamento humano a ela associado, deve-se compreender o significado do apego. Há muitos escritos na literatura psiquiátrica e psicológica sobre a natureza dos apegos – o que eles são e como se desenvolvem. Uma das figuras-chave e primeiro pensador nessa área foi o psiquiatra britânico John Bowlby<sup>4</sup>. Ele dedicou muito de sua carreira profissional à área dos apegos e perdas e escreveu muitos livros, além de uma série de artigos sobre o assunto.

A teoria do apego de Bowlby nos fornece um meio de definir a tendência dos seres humanos de estabelecer fortes laços afetivos com outros, e uma forma de compreender a forte reação emocional que ocorre quando esses laços ficam ameaçados ou são rompidos. Para desenvolver suas teorias, Bowlby ampliou seu campo de interesse e incluiu dados da Etologia, teoria do controle, psicologia cognitiva, neu-

---

rofisiologia e biologia do desenvolvimento. Ele critica aqueles que acreditam que os laços entre os indivíduos se desenvolvem apenas para satisfazer a certos instintos biológicos, como o de alimentação e o sexual. Citando o trabalho de Lorenz<sup>4</sup> com animais e o de Harlow citado por Bowlby<sup>4</sup> com filhotes de macacos, ele aponta para o fato de que o apego ocorre na ausência de reforço dessas necessidades biogênicas.

A tese de Bowlby<sup>4</sup> é de que tais laços surgem de uma necessidade de segurança e proteção; eles iniciam cedo na vida, são dirigidos a poucas pessoas específicas e tendem a durar por uma grande parte do ciclo vital. Formar laços com pessoas significativas é considerado um comportamento normal não só entre crianças, mas também entre os adultos. O autor argumenta que o comportamento de apego tem um valor de sobrevivência, destacando a ocorrência desse comportamento nos filhotes de quase todas as espécies de mamíferos. Mas ele vê o comportamento de apego como algo distinto do comportamento alimentar e do sexual.

O comportamento de apego é mais bem ilustrado pelo filhote de animal e pela criança que, à medida que crescem, se separam da figura de apego para passar por períodos cada vez maiores de tempo em busca de um raio mais amplo em seu ambiente. Mas eles sempre retornam para as figuras de apego em busca de apoio e segurança. Quando a figura de ligação desaparece ou está ameaçada, a resposta é de intensa ansiedade e forte protesto emocional. Bowlby<sup>4</sup> sugere que os pais da criança forneçam a base segura da ação a partir da qual explorar. Essa relação determina a capacidade da criança de estabelecer relações afetivas mais tarde na vida. Isso é similar ao conceito de Erik Erikson<sup>4</sup>, citado por Bowlby, de confiança básica: por meio de um bom cuidado por parte dos pais, o indivíduo vê a si próprio como sendo capaz de se ajudar quando merecedor de ajuda, se surgirem dificuldades. Aberrações patológicas óbvias podem se desenvolver neste padrão, refere o autor. Um cuidado inadequado por parte dos pais pode levar as pessoas tanto a formar ligações ansiosas quanto a formar ligações muito tênues, se as formarem.

Se o objetivo do comportamento de apego é manter um laço afetivo, situações que colocam em perigo este laço dão origem a determinadas reações muito específicas. Quanto maior o potencial para a perda, mais intensas e mais variadas serão essas reações. “Nestas circunstâncias, todas as formas mais poderosas de ligação são ativadas – agarrar-se, chorar e talvez coerção raivosa [...] quando estas

---

atitudes são bem-sucedidas, a ligação é restaurada, cessam as ações e o estado de estresse e ansiedade são aliviados.”<sup>4</sup> Se o perigo não for removido, irá surgir afastamento, apatia e desespero.

Os animais demonstram essa conduta assim como os seres humanos. No livro *A expressão das emoções no homem e nos animais*, escrito durante o final do século XIX, Charles Darwin descreveu as formas pelas quais o sofrimento é expressado por animais, crianças e seres humanos adultos<sup>4</sup>. Lorenz<sup>4</sup> descreveu este comportamento semelhante ao luto na separação de um ganso de sua companheira:

A primeira resposta ao desaparecimento da companheira consiste na tentativa ansiosa de tentar encontrá-la novamente. O ganso se movimenta inquieto dia e noite, voando grandes distâncias e visitando lugares onde a companheira pudesse ser encontrada, emitindo todo o tempo o penetrante chamado à distância trissilábico [...] As expedições de busca são expandidas para cada vez mais longe e freqüentemente aquele que procura também se perde, ou sofre um acidente [...] Todas as características objetivas observáveis da conduta do ganso na perda de sua companheira são grosseiramente idênticas ao luto humano<sup>4</sup>.

Há muitos outros exemplos de luto no reino animal. Há muitos anos, houve um grande interesse nos golfinhos do zoológico de Montreal. Depois que um dos golfinhos morreu, sua companheira recusou-se a comer, e as pessoas que cuidavam dela tinham a difícil ou quase impossível tarefa de manter o golfinho sobrevivente vivo. Pela atitude de não comer, o golfinho manifestava seu luto e depressão semelhante à conduta de perda dos seres humanos. O psiquiatra George Engel, falando no *Psychiatric Grand Round do Hospital Geral*, de Massachusetts, descreveu um caso de luto em grandes detalhes. Este caso pareceu um exemplo típico das reações que se encontraria no sobrevivente que perdeu seu companheiro. Mais tarde, na sua palestra, depois de ler uma longa reportagem de jornal sobre essa perda, Dr. Engel<sup>4</sup> revelou que estava descrevendo a conduta de um avestruz que havia perdido sua companheira.

Em decorrência dos muitos exemplos no mundo animal, Bowlby conclui que existem boas razões biológicas para que a cada separação haja uma resposta automática, instintiva com comportamento agressivo. Ele também sugere que a perda irreparável não é considerada; que no curso da evolução um equipamento instintivo foi desenvolvido em torno do fato de que as perdas são reparáveis e de que as res-

---

postas que fazem parte do processo de luto são programadas em direção ao restabelecimento de uma relação com o objeto perdido<sup>4</sup>. Essa “teoria biológica do luto” influenciou o pensamento de muitos, incluindo o do psiquiatra britânico Colin Murray Parkes<sup>4</sup>. As respostas de luto de animais mostram como os processos biológicos são primitivos nos seres humanos. Entretanto, há padrões de luto específicos dos seres humanos, e essas reações normais de luto serão descritas no relato de nossa pesquisa.

Existe evidência de que todas as pessoas sofrem com a perda em maior ou menor grau. Antropólogos que estudaram outras sociedades, suas culturas e suas reações à perda de pessoas amadas relatam que, qualquer que seja a sociedade estudada em qualquer parte do mundo, existe uma tentativa quase universal de obter novamente o objeto amado perdido e/ou existe a crença em um mundo depois da vida onde a pessoa irá se reencontrar com a pessoa amada perdida. Entretanto, em sociedades não alfabetizadas, a patologia do luto parece ser menos comum que em sociedades mais civilizadas.<sup>4</sup>

O psiquiatra George Engel<sup>4</sup> trouxe a pergunta: *o luto é uma doença?* Esta interessante questão saiu num ensaio publicado na *Psychosomatic Medicine*. Sua tese é de que a perda de uma pessoa amada é psicologicamente traumática na mesma medida em que sofrer um corte ou queimadura grave é fisiologicamente traumático. Ele argumenta que o luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar, e assim como a cura é necessária no campo fisiológico para trazer o corpo de volta ao balanço homeostático, um período de tempo é da mesma forma necessário para que o enlutado retorne a um estado similar de equilíbrio.

Conseqüentemente, Engel vê o processo do luto como similar ao processo de cura. Assim como a cura, a função completa ou quase completa pode ser restaurada, mas também existem incidentes nos quais a função fica prejudicada e a cura, inadequada. Assim como os termos *saudável* e *patológico* se aplicam a vários momentos do processo de cura fisiológica, Engel argumentou que esses mesmos termos podem ser aplicados ao longo do processo de luto. Ele vê o luto como um processo que ocorre até que a restauração da função possa acontecer. A quantidade de prejuízo funcional é uma questão de grau.<sup>4</sup>

A seguir, exemplificaremos o estudo com um quadro sobre a função e a disfunção do apego<sup>4</sup>. Analogicamente o “apego” é igual a um termostato.

## APEGO = TERMOSTATO

APEGO SEGURO	APEGO ACIOSO	APEGO AMBIVALENTE
Exploram atentamente o ambiente.	Exploram pouco o ambiente.	Ansiedade de separação.
Exigem menos proteção e controle do meio.	Vulneráveis, preferem brinquedos aos pais.	Extrema vigilância.
Não se tornam e nem fazem vítimas, criam intimidade.	Resistentes.	"Independentes", ignorando as mães ou tentando encontrá-las Quanto mais ameaça, menos procuram o conforto da mãe. Abusar e ser abusado, os dois pólos. Grudentos, controladores. Insatisfeitos.
<b>MANIFESTAÇÕES NA ADOLESCÊNCIA:</b> Medo, insegurança, agressividade, dificuldades de vincular-se, apáticos. Medo de serem abandonados.		
<b>MANIFESTAÇÕES NA FASE ADULTA:</b> Obsessivos, ansiosos crônicos ou agudos, fóbicos. Dificuldade em estabelecer relações adultas. Dificuldade de enfrentar o mundo lá fora.		

Nesse trabalho, portanto, compreenderemos o fato de algumas pessoas terem perdido tanto, incorporado o sofrimento e o luto e mesmo assim terem organizado projeto de vida pro-ativos.

### 1. 6 Pessoas resilientes

Tudo seria determinista de dor, fracasso e involução se não fosse o estudo de um aspecto do ser humano conceituado como resiliência. Talvez as crianças resilientes sejam nas palavras do Dr. Norman Garmezy os “depositários do sonho, nossas melhores esperanças de aprender como usar as lições do passado para nos ajudar no presente”<sup>4</sup>.

Um dos benefícios inesperados de se trabalhar com indivíduos portadores de sofrimento psíquico é que, em algum ponto, começamos a respeitar sua força em face da adversidade. “Como”, perguntamo-nos, “essa mulher chegou a sobreviver a seus primeiros anos?”, “Como esse homem conseguiu ir até o fim no colégio?”, “O que os capacitou a se tornarem profissionalmente bem sucedidos, fazer bons casamentos, e criar filhos saudáveis?”. É admirável como todos progridem no *continuum* saúde mental – transtorno psíquico, e como mesmo aqueles com os mais sérios transtornos psíquicos têm as forças suficientes com as quais eles e seus cuidadores podem contar.

---

Em minha práxis como assistente social ainda não havia descoberto o benefício do conceito resiliência, mas ao longo dessa incessante busca por especializar as sementes para meu trabalho deparei-me com este conceito. Comparando as experiências anteriores, em que o mundo da saúde mental, como um todo, começa a ampliar o foco para incluir não apenas adoecimento e transtorno, mas também a complexidade de fatores envolvidos na promoção da saúde.

A procura desses fatores tem assumido uma importância especial nos últimos 25 anos, à medida que temos visto um aumento da taxa de divórcios, do número de desabrigados, do índice de pobreza em famílias jovens com filhos, mais preocupação com os nascimentos de filhos de pais solteiros, com gravidez na adolescência, com abuso infantil e com violência doméstica, além de surtos de problemas como suicídio, abuso de substância e violência entre crianças e adolescentes. Todos esses problemas chegam em um momento em que o lado financeiro para serviços de saúde mental foram drasticamente reduzidos. Ironicamente, é, em parte, devido à atual necessidade e desejo de controlar os gastos com saúde que os gestores de políticas públicas estão começando a entender que uma forma de conseguir isso é ajudar as pessoas a viver vidas mais saudáveis. É disso que trata a prevenção, a promoção de saúde e os programas que fomentam o desenvolvimento de competência e resiliência.

O “pioneiro sem igual no estudo de competência e resiliência” é o Dr. Norman Garmezy<sup>4</sup>. Depois de conduzir a pesquisa *ground-breaking* sobre performance adaptativa e mal adaptativa de adultos com esquizofrenia, Garmezy<sup>4</sup> e colegas estudaram filhos de esquizofrênicos para determinar seu risco de desenvolver também a doença. Eles acharam que ter um dos pais esquizofrênico aumenta, de fato, o risco de contrair a doença, mas o que mais os impressionou foi que em torno de 90% de seus sujeitos não desenvolveram a doença.

Garmezy declara que essas “crianças contradizem nossas tabelas de predição, e sustenta os índices visíveis que são indicadores de competência nas relações com seus pares, aquisições acadêmicas, comprometimento com a educação e objetivos de vida propositivos, história de trabalho precoce e bem-sucedido”<sup>4</sup>.

Para o autor, precisamos estudar as forças que movem essas crianças para a sobrevivência e a adaptação, os benefícios, a longo prazo, para nossa sociedade, diz ele, “podem ser bem mais significativos do que nossos muitos esforços para

---

construir modelos de prevenção primária concebidos para reduzir a incidência de vulnerabilidade”<sup>4</sup>.

Garmezy e seus colegas investigaram o que protegia essas crianças, e assim nasceu o campo da pesquisa em resiliência. Desde o trabalho pioneiro de Garmezy, uma multiplicidade de pesquisadores em todo o mundo têm estudado crianças e adolescentes que vivem em condições de risco como as comunidades atingidas pela pobreza ou pela guerra, ou famílias nas quais os pais sofrem de doença mental, são abusadores de álcool, drogas, física ou emocionalmente abusivos, negligentes, ou criminosos. O achado recorrente dos estudos longitudinais dessas crianças é de que 50 a 70% delas de alguma forma conseguem desenvolver competências significativas e se desenvolver a ponto de viver vidas bem-sucedidas quando adultos, com fortes habilidades de amar e trabalhar. Similarmente, os pesquisadores encontraram que a maioria das crianças com doenças crônicas não são mal ajustadas psicologicamente, mas antes, elas e seus pais têm um bom funcionamento e demonstram uma “notável resiliência”<sup>4</sup>. É uma evolução compreensível que os pesquisadores comecem a se perguntar: “Como elas conseguem?”, e que se esforcem para entender os fatores e/ou processos que permitem que as pessoas funcionem bem apesar da adversidade. Curiosamente, já em 1962, o Dr. Louis Murphy<sup>4</sup>, a quem Garmezy chama de “ilustre advogado do comportamento de enfrentamento infantil”, observou:

É um tanto paradoxal que um mundo científico que se orgulha de sua rápida expansão e de suas aquisições tecnológicas tenha desenvolvido uma literatura *problema* tão vasta: uma literatura que expressa tão seguidamente dificuldades, fracassos sociais, potencialidade bloqueadas e frustração. Ao aplicar formas clínicas de pensamento formulado através da experiência com adultos fragilizados, nós demoramos para ver como a linguagem da adequação para atender aos desafios da vida poderia se tornar a matéria central da ciência psicológica<sup>4</sup>.

A pesquisa sobre resiliência expandiu grandemente o estudo da ciência comportamental e social para incluir não apenas risco, déficit e patologia, mas também, o que os Drs. Emmy Werner e Ruth Smith chamam de capacidades de auto-adequação – quer dizer, as forças a que as pessoas, famílias, escolas e comunidades apelam para promover saúde e cura. Eles sustentam que esses fatores ou processos que são facilitadores das capacidades de auto-adequação “causam um profundo impacto sobre o curso de vida das crianças que cresceram sob condições adversas do que os fatores de risco ou eventos estressantes da vida”<sup>4</sup>. A idéia de

---

que todas as pessoas nascem com, pelo menos, algumas capacidades de auto-adequação nos reporta ao que o Dr. Robert White chamou de *motivação de influência* – urgência inata para se engajar ativamente com o ambiente para que nossa influência se faça sentir, e para desempenhar tarefas de modo competente<sup>4</sup>. Oferece aos campos de pesquisa em prevenção, educação e desenvolvimento de jovens sólidas evidências para colocar o desenvolvimento humano no centro de tudo que nós fazemos ou, nas palavras de Grotberg, “esta informação pode ajudar nos processos de manter as pessoas resilientes através de todos os estágios de suas vidas. Ela também ajuda o processo de fomentar a resiliência em pessoas não resilientes”<sup>4</sup>.

Fundamental ao conceito de resiliência é o conceito de plasticidade, o fato de que uma mudança psicológica é possível quando o ambiente de uma pessoa muda.<sup>4</sup> Garmezy insiste em que “a possibilidade contínua de mudança tem recebido suporte através do trabalho de neurocientistas que estudam as alterações na estrutura cerebral produzidas pelo ambiente”.

Para abraçar o conceito de plasticidade, é preciso rejeitar o que Radke-Yarrow chama de quatro mitos que impedem a promoção de resiliência. O primeiro deles é o mito da predeterminação que diz que “as crianças não serão capazes de escapar aos ciclos de violência, pobreza ou fracasso que caracterizaram as vidas de seus pais, dos membros da família, ou membros da comunidade”<sup>4</sup>. O próximo é o mito do dano irreparável, ao ver crianças em risco se transformarem em adultos saudáveis e bem-sucedidos, nos faz entender que não devemos nos precipitar a fazer conclusões prematuras sobre como uma criança irá se sair. Como diz Radke, “o potencial de auto-adequação da juventude não é um fenômeno estático [...], nós podemos causar um grande prejuízo a nós mesmos e à nossa juventude ao decidir sobre os parâmetros para suas vidas muito cedo”.

O mito da identidade de Radke nos acautela para não rotular ou desqualificar crianças em risco, mas para nos engajarmos constantemente “na busca de talentos, definindo as identidades desses jovens em termos de seus pontos fortes”<sup>4</sup>. Muito mais produtivo é reenquadrar a superação das dificuldades pelas pessoas como prova de sua força, inteligência, discernimento, criatividade e tenacidade. Tal reenquadramento não apenas ajuda os profissionais e pessoas praticantes a serem mais compreensivas e eficazes, mas também ajuda os jovens a se verem como heróis de seu próprio esforço para se adequar. Como disse uma mulher, “abuso é o que acon-

---

teceu comigo, não o que eu sou” [sic]. Finalmente, qualquer um que tenha feito um bom trabalho sabe que deve rejeitar o mito de que, em última instância, *não faz diferença*. Nas palavras de Radke, as pessoas “carregam consigo as lições de gentileza, compaixão, e simples atitudes de benevolência para o resto de suas vidas”<sup>4</sup>. É crucial lembrar que, dado um ambiente adequadamente facilitador, as pessoas mantêm a capacidade de mudança positiva e para o desenvolvimento de, pelo menos, algumas características de resiliência por toda vida.

Existem artigos e livros que, na verdade, não diferem muito sobre o que é resiliência, de uma forma ou de outra, abordam as mesmas questões sobre essa competência dos indivíduos.

A seguir, trago a revisão conceitual de dois autores. A pergunta deles foi: *o que as protege?* Segundo Werner<sup>4</sup>, “a resiliência é como pára-choques de proteção: que é útil a nós, como membros da raça humana. Entendemos o fato de pessoas superarem experiências adversas da infância e mesmo assim crescer com esperanças”.

Enquanto as situações que nos colocam em risco de ter o funcionamento perturbado podem ser ilimitadas, a pesquisa tem sido “notavelmente consistente em apontar as qualidades da criança e do ambiente que são associadas à competência ou a um melhor funcionamento psicossocial durante ou após experiências adversas”<sup>4</sup>. Como fazem outros escritores, Masten categoriza os fatores protetivos de acordo com sua ocorrência no indivíduo, na família, na sociedade ou na cultura, como segue:

**Individual:**

bom funcionamento intelectual;  
disposição sociável, simpatia e desembaraço;  
auto-eficácia, auto-confiança, alta auto-estima;  
talentos;  
fé.

**Família:**

relacionamento estreito com uma figura parental afetiva;  
maternagem/paternagem competente: calor humano, estrutura, altas expectativas;  
vantagens socioeconômicas;  
conexões a uma rede familiar extensa apoiadora.

**Contexto extra-familiar:**

capacidade de formar vínculos com adultos pró-sociais fora da família;

---

manter conexões com organizações pró-sociais;  
freqüentar escolas competentes.

Em sua revisão de dez anos de pesquisa sobre abuso de substâncias na adolescência, Weinberg aponta que “embora não exista um único traço de resiliência, os seguintes fatores parecem agir de maneira a proteger o indivíduo”<sup>4</sup>: inteligência, habilidade para resolver problemas, facilidade de relacionamento social, autoestima, relacionamentos familiares apoiadores, modelos positivos a serem seguidos e regulação de afeto.

A partir de seu trabalho no Projeto Internacional de Pesquisa sobre Resiliência, Grotberg<sup>4</sup> conceitualiza fatores protetivos de forma diferente. Ela declara que, para superar adversidades, as pessoas valem-se dos quinze pontos de resiliência a seguir:

#### **Eu Tenho**

Pessoas à minha volta em quem eu confio e que me amam, em qualquer situação.

Pessoas que estabelecem limites para mim de forma que eu sei quando parar antes de ter problemas ou correr perigo.

Pessoas que me mostram como fazer as coisas corretamente, com seu exemplo.

Pessoas que querem que eu aprenda a fazer as coisas por mim mesmo.

Pessoas que me ajudam quando eu estou doente, em perigo, ou preciso aprender algo.

#### **Eu Sou**

Alguém de quem as pessoas podem gostar e amar.

Feliz por fazer coisas boas pelos outros e demonstrar minha preocupação.

Respeitoso comigo mesmo e com os outros.

Desejoso de ser responsável pelo que eu faço.

Certo de que tudo vai correr bem.

#### **Eu Posso**

Falar aos outros sobre as coisas que me assustam ou me incomodam.

Encontrar formas de solucionar os problemas que eu enfrento.

Controlar-me quando eu sinto que estou fazendo coisas erradas ou perigosas.

Sacar quando é o momento certo de conversar com alguém ou tomar uma atitude.

Encontrar alguém que me ajude quando eu precisar.

---

## 1.7 Os efeitos cumulativos da proteção

Assim como uma multiplicidade de riscos e adversidades aumentam o risco que alguém corre, múltiplos mecanismos de proteção aumentam as chances de um resultado positivo. Grunspun achou que suas crianças resilientes geralmente desfrutavam de muitos fatores de suporte que excediam o número dos fatores de risco.

A situação típica para a criança resiliente era tal que os fatores positivos reforçavam-se mutuamente, aumentando as possibilidades de sustentação do bom funcionamento da criança. Fatores de suporte dentro e fora da criança [...] Agem sinergicamente para manter o funcionamento adaptativo [...] Se uma área pode causar dificuldade, as outras áreas estão lá para reparar ou substituir.<sup>4</sup>

Masten insiste que “a importância de mensurar múltiplas dimensões de adaptação e múltiplos atributos na busca pela compreensão da resiliência”<sup>4</sup>. Eles apontam que a combinação de um QI alto e uma criação de melhor qualidade tem demonstrado ser positivamente associados com a competência e negativamente associados com a exposição ao estresse. Similarmente, Grunspun relata que ele e seus colaboradores encontraram múltiplos fatores de proteção associados a crianças afro-americanas competentes. Seus professores os classificaram como amigáveis apreciados por seus pares e não letárgicos, tensos, mal-humorados ou impacientes. Suas auto-percepções demonstraram um senso de poder, auto-respeito e avaliação positiva de seus atributos sociais. Em termos de suas habilidades cognitivas, eles obtiveram altos escores nos testes de inteligência, eram cuidadosos, não impulsivos e resolviam problemas de forma reflexiva. Eles eram ativos, orientados por metas, ávidos por aprender, faziam mais do que lhes era pedido, participavam das discussões em sala de aula, preferiam tarefas educacionais ativas e tinham altas aspirações vocacionais.

Em seu estudo com duzentas famílias da periferia de Minneapolis, Garmezy dedicou um tempo considerável para “explorar as relações entre uma quantidade de variáveis importantes ambientais e individuais, usando múltiplos indicadores de exposição ao estresse, competência e assim por diante para garantir a estabilidade de nossos construtos”<sup>4</sup>.

Entre seus achados estão:

---

Crianças com maiores recursos (QI mais alto e mais atributos familiares positivos de estabilidade e coesão) demonstraram ser mais competentes e, sob *stress*, mais engajadas socialmente com seus pares e com sua turma de escola.

A qualidade do engajamento social de uma criança na escola estava relacionada não apenas ao QI, mas também à inclusão social, um fator que reflete entendimento interpessoal, habilidade de solucionar problemas e amplitude de humor, apreciação e produção. A inclusão social era positivamente relacionada ao engajamento na escola e negativamente relacionado ao comportamento destrutivo.

Modificadores potenciais de competência e *stress* relacionados à família eram estabilidade, organização e coesão da família. Crianças com essas características mais favoráveis da família eram mais inteligentes, mais competentes e menos propensas a se tornarem destrutivas sob altos níveis de estresse.

Resultados similares foram encontrados em um estudo longitudinal sobre os processos protetivos em crianças de alto-risco, no Estudo Longitudinal Rack<sup>4</sup>. Os fatores protetivos foram avaliados aos 4 e 13 anos de idade em três domínios: disposições de personalidade, suporte social e coesão familiar. Qualidades úteis incluíam características individuais das crianças, como auto-estima, suporte social e locus de controle externo baixo ou desconhecido. As características familiares protetivas incluíam valores parentais auto-direcionados, boas estratégias de ensino dos pais e baixas taxas de criticismo paternal e humor deprimido maternal. Características contextuais incluíam um bom suporte social e poucos eventos negativos de vida. Os pesquisadores resumiram seus achados, dizendo que

[...] muitos fatores que foram hipoteticamente considerados positivos demonstraram uma relação com a mudança positiva no risco cognitivo ou sócio-emocional. Existe forte evidência de que muitos fatores individuais e familiares mediam o impacto do risco sobre crianças entre 4 e 13 anos<sup>4</sup>.

### 3 A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

#### 3.1 Contextualização do projeto

---

A cultura é para o indivíduo,  
Assim como a teia é para a aranha:  
Ela nutre, agrega e sustenta a vida.  
*Adalberto Barreto*<sup>4</sup>

Ao iniciar esta proposta de projeto de pesquisa, pensei em apresentá-la com este pensamento de Barreto, ao mesmo tempo em que fiquei me questionando o porquê dessa escolha. Há dias, não somente essas palavras, mas também outras deste mesmo autor, vêm acompanhando meus pensamentos enquanto organizo meus materiais de estudo.

Entre tantos autores da área sistêmica escolho Adalberto Barreto, psiquiatra, educador, pouco conhecido no Sul, mas conhecido no Nordeste, que implantou a terapia comunitária em favelas aos arredores de Fortaleza e que vem trabalhando para abrir espaços dentro da política de saúde mental e da saúde como um todo para a população em risco ou vulnerável socialmente no Brasil e fora dele.

Publicou uma obra intitulada *Terapia comunitária: passo a passo*<sup>4</sup>, dedicada a servir de guia para o terapeuta comunitário, em formação, e este poder dar suporte a quem se encontra em sofrimento emocional, especialmente crianças de rua, filhas de alcoólatras e outros abusos. Desenvolveu todo um projeto, principalmente de autogestão pedagógica. Barreto sempre lutou pela defesa dos Direitos Humanos, juntamente com seu irmão advogado, pertencente ao movimento Emaús<sup>4</sup>.

É interessante aonde o caminho reflexivo pode nos levar. Pensar em Barreto quando apresento um trabalho sobre redes sociais é pensar em novas possibilidades de reflexão, encontrando pontos em comum e significados dentro de uma perspectiva sócio-comunitária. O foco deste estudo é o resgate de valores de indivíduos, em situações de vulnerabilidade social. Um dos pontos de ligação que identifico entre minha prática e a teoria de Adalberto Barreto é o interesse de um trabalho ligado ao dia-a-dia, ao cotidiano.

Pensamos não apenas em explicar fenômenos sociais, como abandono, uso de drogas, violência e outros, mas compartilhar com os redutores de danos um pouco de conhecimento acadêmico, para tecer redes sociais de solidariedade, forman-

---

do-os agentes multiplicadores. O objetivo é descobrir competências através da resiliência.

Assim como desejamos e buscamos uma saúde de qualidade para todos, Barreto ousou trabalhar a saúde com ações educativas acolhendo muitas crianças, independente das suas histórias de vida, tendo um projeto comunitário consistente, apesar de enfrentar a discriminação de outros profissionais e o reconhecimento da própria política de saúde de nosso País.

Nesse projeto, portanto, visualizamos ações que puderam trazer a participação, a conscientização e a transformação, pois envolvendo as forças vivas da comunidade, mobilizando a participação, levamos à conscientização de ações para uma caminhada de novas iniciativas. O construir juntos provoca uma dinâmica comunitária e uma grande vontade de superar as dificuldades. Tudo se torna mais fácil quando se descobre que o agir juntos revitaliza a vida em grupo.

A necessidade da transformação nasce do diálogo, se fortalece e se legitima pela participação de todos. Nesse sentido o saber passa a ser um instrumento de transformação social, um meio de integração e superação dos entraves ao desenvolvimento, onde não só se aprende a fazer, a agir junto, sobretudo aprende-se a ser, a descobrir suas potencialidades e colocá-las a serviço da coletividade e do bem comum.

O foco deste estudo é o resgate de valores de indivíduos em situações de vulnerabilidade social e emocional. Pesquisamos o processo pelo qual um grupo de profissionais redutores de danos conseguiram ir além das suas faltas de rede familiar, base segura e identidade, para *cuidar* de outras pessoas na mesma condição de exclusão social.

Que nenhuma opinião seja uma convicção absoluta, imutável. Que o dia de hoje seja sempre uma passagem, feita da soma das experiências de ontem, enriquecida das experiências de amanhã [...] Somente com esta condição nosso trabalho nunca será monótono nem sem esperança [...]<sup>4</sup>

### 3.2 Objetivos

---

Nosso objetivo geral foi observar a experiência e o saber de cada indivíduo, de forma sistêmica, percebendo os conflitos existentes e identificando o caráter cultural, reativando as potencialidades da clientela em foco, visando à reconstituição de sua vivência, de sua história, reforçando os laços sociais e a descoberta da auto-estima.

Artaud<sup>4</sup> sugere que o indivíduo possui dentro de si duas forças antagônicas: uma que o impele à realização e atualização de suas potencialidades; e outra que, amedrontada pelas circunstâncias da vida e pelos medos naturais do ser humano, o impele a agarrar-se àquilo que o sustentou até então, negando-se o direito e a liberdade de crescer. Sendo assim, quanto mais apoiado, compreendido e fortalecido estiver o indivíduo pela família ou rede de apoio, mais condições internas de enfrentar crises, problemas e criar alternativas para se auto-gerir.

### 3.3 Metas a partir dos resultados

- Valorizar o papel da família e da rede que ela estabelece com seu meio.
- Reforçar os recursos terapêuticos e as potencialidades existentes em cada ser humano.
- Possibilitar aos indivíduos a expressão das sensações de fracasso e impotência diante do seu meio familiar, social e ou de trabalho.
- Integrar o saber popular e o saber científico.
- Estimular os grupos organizados a tomarem iniciativas, conscientizando-se da importância das relações sociais para a saúde individual, grupal e comunitária.
- Mobilizá-los a se conscientizarem da importância e da necessidade da auto-gestão e geração de renda para o exercício da cidadania.
- Reforçar a auto-estima e a solidariedade.
- Prevenir o uso de drogas através da mudança comportamental individual e familiar.
- Identificar a violência doméstica e redimensioná-la.
- Por fim, mobilizar a restauração de laços sociais para despertar o sentimento de pertença.

### 3.4 Justificativas

---

Justifico minha escolha pela abordagem sócio-comunitária por ser um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo, valorizando a herança cultural dos nossos antepassados indígenas, africanos, europeus e orientais, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um.

Enquanto muitos modelos centram suas atenções na patologia, nas relações individuais e privadas, a abordagem comunitária se propõe a cuidar da saúde comunitária em espaços públicos. Propõe-se a valorizar a prevenção. Prevenir é, sobretudo, estimular o grupo a usar sua criatividade e construir seu presente e seu futuro a partir de seus próprios recursos.

Cada família, cada indivíduo tem uma história, podendo ser uma seqüência de sofrimentos, um sentimento de abandono e de injustiça. Nesse contexto, a vida social, emocional e econômica agride de forma significativa a identidade cultural e pessoal, provocando desestruturação, desmotivação, desajustes, conflitos, uso de drogas e doenças mentais. Havendo o empobrecimento cultural e cognitivo, há também o hábito de resolver tudo pela força, pela ação ou pela coação. O diálogo é pouco valorizado e a violência estimulada.

Muitos abandonam seu *porto seguro*, suas casas, sua família, em busca de liberdade, sonhos e um lugar *cheio de luzes* nos arredores ou no centro das cidades. Aos poucos, descobrem que seus sonhos não passam de miragens e pesadelos na cidade que agora parece apenas um grande e insensível monstro.

As expectativas não correspondidas desencadeiam sentimentos de frustrações, que levam facilmente à violência, ao suicídio ou à compensação pelo álcool e outras drogas.<sup>4</sup>

Também ao conhecermos melhor a motivação que levam alguns indivíduos a desenvolver a solidariedade, trabalharemos na mobilização de percepções e reflexões dos *cuidadores* no sentido de melhor intervir junto à comunidade em foco, diminuindo o risco de tornar esses indivíduos dependentes não só de drogas, mas também de ações paternalistas.

### 3.5 A problemática

---

Quais os motivadores que auxiliam os redutores de danos no desenvolvimento da capacidade de resiliência, para que os abandonos, as crises e os traumas não prejudiquem seu desenvolvimento biopsicosocial e a capacidade de rever valores e desenvolverem solidariedade?

Supondo que:

- 1ª. fatores estressantes desgastam e desestruturam as famílias, impedindo-as de ativar a capacidade de apego;
- 2ª. pessoas solidárias são estimuladas cognitivamente por uma rede primária ou não, pois acabam *cuidando* da família ou de alguém, assim se auto-protectem para que as crises não afetem seu desenvolvimento;
- 3ª. crianças que não desenvolvem a capacidade de resiliência podem internalizar os métodos negativos de criação dos pais e reproduzir a violência sofrida;
- 4ª. o sofrimento está relacionado ao fato do indivíduo não ter tido rede familiar ou social continente em sua infância e de não ter contado com fatores de proteção em seu ciclo vital;
- 5ª. pessoas resilientes conseguem passar pelas adversidades, superá-las, transformá-las e construir uma vida ativa e significativa;
- 6ª. buscam a Deus como o encontro de um Pai melhor do que o de sua infância;
- 7ª. ao cuidarem de alguém, resgatam os cuidadores de sua infância com suas carências ou possibilidade, assim legitimando a resiliência.

Nos achados da pesquisa, as suposições iniciais se concretizam a partir da leitura de sentimentos expressados pelos participantes. Os fatores de estresse por violência e de abandono sofridos pela família de origem impediram os pais de nossos pesquisados a cuidarem dos mesmos, bem como desempenharem suas funções básicas de nutrir e normatizar a seus filhos. Também aparece claramente o fato da solidariedade poder desempenhar um papel importante para o desenvolvimento cognitivo e emocional do indivíduo. Enquanto cuido de alguém, cuido de mim.

A hipótese de que no grupo se desenvolvem capacidades fundamentais para a convivência humana faz perseguir respostas para as seguintes questões:

- a) O que é reduzir danos?
- b) O que o pesquisado faz para reduzir danos? Quais ações são realizadas?

- 
- c) Em quanto tempo o pesquisado reduz danos?
  - d) Qual foi a motivação para ser um *cuidador*?
  - e) E como foi a infância dos pesquisados?

### 3.6 Delineamento da pesquisa

O mundo que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade. *Eu* sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso, eu amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo, que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.<sup>4</sup>

Acreditamos que o conhecimento e a conscientização do ser humano o tornam sujeito de sua história, com poder de mudanças. Dessa forma, a psicologia, engajada no projeto social e na pedagogia que fundamenta os trabalhos da Escola Superior de Teologia (EST), traz benefícios parciais e globais à comunidade. Nossa metodologia fundamenta-se no referencial teórico sistêmico, na psicologia do desenvolvimento de Bowlby, no processo de aprendizado de Freire<sup>4</sup> e na abordagem com redes sociais. Como o objetivo é integrar os ganhos das experiências vividas nos encontros do cotidiano dos redutores de danos, propõe-se uma pesquisa qualitativa com as seguintes características:

**I FASE:** Entrevistas gravadas e abertas com o grupo focal de 15 profissionais, redutores de danos, trabalhadores com pessoas de rua nos arredores da cidade de Porto Alegre, que vão além da troca de camisinha e seringas, fazendo um trabalho de mobilização de vínculos e de pertença entre os moradores de rua. Utilizamos um roteiro previamente elaborado<sup>4</sup>. Houve perguntas esclarecedoras e, após, aleatoriamente escolhidos 50% dos participantes para aprofundar outras questões como sua vida afetiva, relação de trabalho e a própria religiosidade.

**II FASE:** Propor parcerias: realização do Curso de Capacitação para Agentes de Rede de Apoio. Essa II Fase visa que os redutores de danos façam um trabalho mais qualificado de prevenção ou redução ao uso de drogas ou violência nas suas diversas formas nos grupos familiares, ou de iguais, através do vínculo de uma

---

rede de pertencimento. O critério para participar da pesquisa foi a assinatura de um termo de consentimento e livre esclarecimento.<sup>4</sup>

### 3.7 Entrevistas em profundidade

A entrevista em profundidade é muito utilizada nas pesquisas motivacionais e, conforme Malhotra<sup>4</sup>, é caracterizada como pessoal, direta e não estruturada em que um único respondente é questionado por um entrevistador qualificado com o objetivo de revelar motivações, crenças, atitudes e sentimentos a respeito de determinado tópico.

A amostra utilizada para a entrevista em profundidade foi a não-probabilística por julgamento conforme Mattar<sup>4</sup>. Essas entrevistas foram gravadas e transcritas após analisadas. As entrevistas foram realizadas com o apoio de um questionário semi-estruturado (no Anexo 1), envolvendo uma livre troca de informações entre entrevistador e entrevistado.

### 3.8 Análise das informações

Por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa, busca compreender o processo pelo qual indivíduos, mesmo não tendo um processo de cuidados primários em sua infância, tivessem um melhor desenvolvimento biopsicosocial. Vão além das suas perdas, seu sofrimento, seus próprios danos pessoais e familiares para cuidarem da saúde e do desenvolvimento de pessoas em situações de rua com toda a problemática de exclusão social que essa condição impõe.

As questões das entrevistas (no Anexo 1) foram preparadas em função do foco da pesquisa (o resgate de valores de indivíduos, em situações de vulnerabilidade social e emocional), organizados nos ambientes de trabalho dos próprios participantes da pesquisa. Procurou-se engajar 100% dos profissionais redutores de danos da cidade de Porto Alegre, participantes no programa de RD até outubro do ano de 2006, incluindo sua chefia. Evitaram-se discussões sobre questões secundárias, com vistas a uma produção espontânea sobre o foco da pesquisa. Os encontros das entrevistas duraram em torno de 40 minutos, tempo suficiente para estabelecer uma relação com os participantes e explorar em profundidade suas sensações, idéias,

---

crenças e atitudes sobre os tópicos de interesse; nossa relação de confiança já havia sido estabelecida durante o curso de capacitação oferecido a eles em outro espaço de tempo.

Dessa forma, a pesquisa foi estruturada para expressar, inicialmente, a motivação que os leva a reduzir danos, focalizando seus aprendizados; no segundo momento, analisar seus efeitos para a construção, ou não, de uma rede de multiplicadores. Os dados obtidos com as entrevistas em profundidade e com as entrevistas como um todo possibilitou a obtenção de leque compreensivo de informações para identificar as conseqüências e as possibilidades de formação de redes.

A pesquisa teve presente a própria metodologia dessas organizações que trabalham com redes, orientadas pelo princípio de aprender na convivência e na troca de experiência. O próprio método contribuiu para a compreensão das formas de construção da atividade dos sujeitos envolvidos na investigação sendo, *“al mismo tiempo premisa y producto, herramienta y resultado de la investigación”*<sup>4</sup>.

Consideramos importante a compreensão do processo de transformação no qual os participantes da investigação estão envolvidos, levando em conta suas peculiaridades e diferenças. Escolhemos trabalhar com os referenciais teóricos que têm relação com a formação de redes, psicologia do desenvolvimento, resiliência e terapia comunitária.

A teoria dos sistemas ganha a vida onde há vida, e o seu maior interesse surge ao nível das sociedades humanas, que, aliás, seria grosseiro e mutilador reduzir à noção de sistema.<sup>4</sup>

Trago, nesse momento, as idéias do construcionismo social por melhor traduzir esse momento da pesquisa. O mesmo se originou da crítica textual e política, vendo o sujeito como agente ativo.

Conforme Ferrarini<sup>4</sup>, “este processo de descrição, que também é ação, chama-se de construção social”. Mesmo que as construções e modificações efetuadas pelo sujeito ocorram dentro de sua realidade, não são apenas fenômenos individuais ou do sistema familiar, e sim, sociais. Ocorrem numa caminhada social, dentro de significados culturais, morais, éticos do contexto.

Acredita-se, como os autores, que não existe uma única versão da realidade, existe uma atribuição de significados conforme o contexto de inserção do sujei-

---

to. Sem certo ou errado surge a noção, simplesmente, daquela que faz sentido para si.

Para Glaserfeld<sup>4</sup>, “o construcionismo apresenta uma resposta de caráter adaptativo, mas não é à sociedade e sim ao contexto que nós mesmos criamos e que nossas próprias ações ajudam a recriar”.

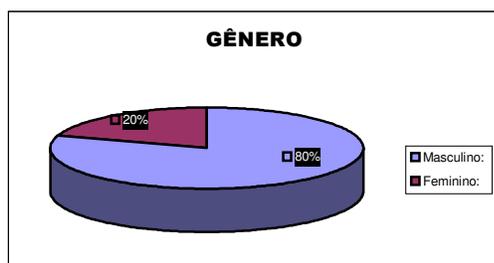
O sujeito é protagonista da sua história diante da própria complexidade, bem como da complexidade da sociedade. Amplia o contexto terapêutico familiar do micro-sistema para uma dimensão mais ampla com grupos multifamiliares, com redes sociais, institucionais e direciona-se para o coletivo.

Esse pensamento mostra que o ato de saber é uma ação reflexiva; o ato toma a forma de uma ação transformadora sobre o mundo e através dele, não uma acomodação ao mundo. O construir social sempre mostra, de forma problemática, um indivíduo ou circunstâncias existenciais do indivíduo, grupo ou comunidade em relação ao contexto sócio-político mais amplo. Foi precisamente essa perspectiva construtiva que orientou a ação investigativa neste estudo.

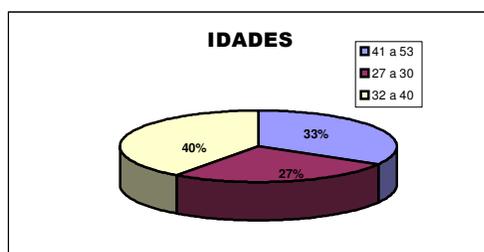
A análise apresenta os dados dos 15 entrevistados. Depois de gravadas e transcritas, todos os entrevistados receberam as respostas transcritas para que pudessem “reagir”, confirmando, corrigindo ou ampliando suas colocações. As respostas têm seu contraponto na pesquisa com foco na análise documental. A metodologia adotada na análise também segue o método de participação no grupo, ou seja: as motivações que os levam para as ruas; o processo de reduzir danos; as novas percepções a partir da sua ação; a contribuição do grupo na formação de redes sociais; a análise das conseqüências da coordenação de grupos de terapia comunitária e a discussão dos resultados.

Partindo dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, surgiram possibilidades de análise que foram estruturadas, conforme a recorrência do conteúdo nos depoimentos dos entrevistados, numa espécie de quantificação do dado qualitativo, como alternativa metodológica. Conforme Fazenda<sup>4</sup>, “O dado qualitativo é uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à sua observação”.

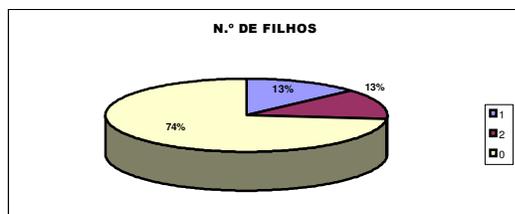
### **Dos participantes:**



Esses foram dados bem significativos. Observa-se que 80% dos participantes são do sexo masculino. Dado esse que confirma o fato de terem mais meninos e rapazes usuários de drogas nas ruas comparados a meninas e moças.

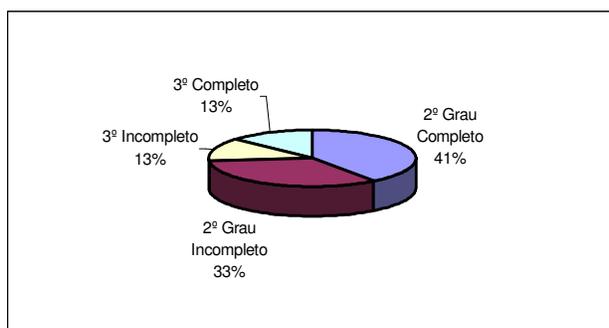


Quanto às idades, os participantes com menor percentagem ficaram em torno de 27 e 30 anos, já o maior percentual ficou entre 32 a 40 anos, pela análise dos questionários a maioria faz redução de danos há aproximadamente 8 anos. Nos possibilitando pensar que saíram da dependência em torno dos 25 a 33 anos. Visto que, ao tomarem consciência da dependência, começaram a reescrever sua história, possibilitando mobilizar outros usuários a criar novas alternativas de se verem enquanto pessoas. Com a identidade atribuída pelo social e de se reverem numa identidade construída por si mesmos.



O índice maior, de 74% dos participantes, não possui filhos. “Mal me viro sozinho, tomara quem me cuide, imagine se fosse responsável por um filho” [sic]. Do total, 13% possuem 2 filhos, igualmente a percentagem de 13% para os que têm 1 filho. Parece que o fato de não terem filhos os impulsiona a terem mais tempo livre para se dedicar a reduzir danos.

**Grau de instrução:**



O grau de instrução desse grupo também nos alerta para o fato que existem usuários em todas as classes sociais ou culturais. Não são pessoas que não têm compreensão da realidade, que fariam uso de drogas sem terem acesso ao conhecimento do malefício das mesmas. É um dado que nos remete para as histórias do grupo pesquisado: todos possuem um membro da família de origem com alguma dependência: álcool, cigarro, drogas, calmantes, etc.

A construção da individualidade vai depender de descobrirmos quais são os designios familiares e, com isto, abrirmos uma estrada para o desenvolvimento de nossa originalidade, que sempre terá tintas familiares, com cores mais ou menos fortes.<sup>4</sup>

### **As perguntas:**

#### **1. O que é redução de danos para você?**

As respostas a seguir nos fazem pensar que os redutores de danos têm bastante consciência de sua função. Vejamos o que dizem os entrevistados escolhidos para aprofundar as questões:

É não abrir mão dos prazeres, da saúde, da integridade social. É saber administrar a relação entre estes fatores. (Fala do participante nº 1 da pesquisa)

É um conjunto de medidas/alternativas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. Segue como princípio fundamental o respeito à liberdade de escolha. Parar ou não de usar substância não significa que deixarão de precisar ter o risco das infecções HIV e DSTs minimizadas. (Participante 2)

É uma estratégia de saúde que surgiu para diminuir o número de pessoas infectadas através do compartilhar de seringas entre usuários de droga injetável, em que era feita a troca. (Participante 3)

Reduzir tudo o que faz mal para si e aos outros. (Participante 4)

---

Faltaria espaço para descrever no momento, mas para começar tem que saber escutar bastante. (Participante 5)

É construir junto com a pessoa que usa droga estratégias de cuidado de si e que possibilita a manutenção da integridade física, mental e social. (Participante 6)

É uma prática que se transforma em ação, no momento que há o envolvimento e sensibilidade de atenção ao ser humano com alguma necessidade. (Participante 7)

## **2. O que você faz para reduzir danos?**

Hoje, atendimento com a psicóloga, trabalho e procuro ocupar todo o meu tempo com cursos, seminários e capacitações. (Participante 9)

Tentar é o primeiro passo. Ser consciente em tudo o que faço, atenta a qualquer situação. Mental e físico. (Participante 8)

Orienta-se o usuário para que ele aprenda, faça os cuidados para reduzir os problemas de saúde e social, uma vez feita opção pelo uso de drogas e comportamento de risco. (Participante 9)

Mantenho-me sempre aberta às situações de risco e procuro ser responsável comigo mesma. (Participante 10)

Primeiro, eu reduzo os meus danos com terapia de substituição, aos outros, faço o possível. (Participante 2)

Reduzo danos intervindo de alguma forma, para entender a dinâmica, o funcionamento e utilizando o social como dispositivo de intervenções para promoção da saúde do outro. (Participante 11)

## **3. Há quanto tempo desenvolve esse trabalho?**

Em média, o grupo desenvolve oficialmente as atividades há oito anos, mas os integrantes se consideram *cuidadores*, redutores de danos assim que tomaram consciência dos seus próprios danos.

## **4. Qual a motivação para ser “cuidador”?**

Ver a realidade e acreditar que é possível, sim, a re-inserção do usuário de drogas na sociedade. (Participante 1)

A necessidade minha e principalmente das pessoas. (Participante 2)

Saber entender o ser humano e querer aprender mais. (Participante 3)

Foi poder ter condições de propor uma proposta social para uma população excluída, da qual um dia fiz parte e passei as mesmas ou piores discriminações. (Participante 4)

---

Precisar cuidar de mim mesma. Sou fruto da redução de danos. (Participante 5)

Tendo conhecimento das dificuldades que se tem e onde estamos o tempo todo *lutando* para sobreviver em uma sociedade que se sabe que sempre alguém vai ter que dar o primeiro passo. RD cada minuto é uma necessidade para alguém. (Participante 6)

As experiências anteriores, perda de dezenas de amigos e a vontade de transformar os próprios erros em lição de vida aplicável na prática da transformação própria e, quem sabe, alheia. (Participante 7)

Pelas respostas aos nossos questionamentos, observa-se que a grande força motivadora e propulsora para abraçarem essa ação é a esperança de vivenciarem uma mudança de paisagem nas suas vidas e na clientela que assistem.

### **5. Como foi sua infância?**

As respostas a seguir nos sugerem aspectos paradoxais, pois, ao mesmo tempo em que alguns trazem uma infância feliz, também relatam o início do uso de drogas aos 11 anos e a entrada no tráfico de drogas aos 14 anos.

A autoria do que é felicidade deve ser do nosso cliente e não a nossa própria referência pessoal ou profissional. Essa escuta possibilita uma maior aproximação e formação de vínculos entre profissionais e clientes.

Tranqüila, junto à família (pais, irmãos, etc.), estudei, sempre trabalhei. (Participante 1)

Muito difícil. (Participante 2)

Muito livre, mas pouco limite, atenção muito reduzida. Minha infância posso dizer com certeza que foi boa, com a família, apesar da ausência paterna. Tive envolvimento com drogas aos 11 anos pela primeira vez, mas fui sempre influenciado a estudar pela mãe, meu grande apoio. Hoje ficaram algumas seqüelas do passado, da qual algumas servem para uma aproximação e vínculo de pessoas sem acesso à saúde e cidadania. Sempre pensando num futuro melhor, procuro passar um pouco do que já passei e conseguir separar no sentido de dar estímulo de vida para a população acessada. (Participante 3)

Sem grande dificuldade, normal. (Participante 4)

Nasci e cresci em uma família turbulenta, um pai amado, mas odiado; mãe carinhosa e trabalhadora, sempre atenciosa nos momentos difíceis, com todas as

ou seja, ambos promovem o resgate da competência interna dos indivíduos. São linhas teóricas que darão base para estudo das possibilidades de ação para um trabalho que ofereça a possibilidade de formar multiplicadores. São teorias a serem aprofundadas no relatório de conclusão de mestrado, pois para uma abordagem com comunidade é indispensável conhecer e saber lidar com as forças antagônicas do capitalismo que exclui os indivíduos *menos aptos* e que não produzam resultados esperados. É um projeto dirigido à ação. Não separa o pensar, o teórico do agir, mesmo porque acreditamos ser impossível separar esses dois aspectos do agir sem nos alienarmos.

---

dificuldades ainda me sinto forte para continuar sobrevivendo, não guardando mágoas, mas pouco lembro como foi ser criança. (Participante 5)

Foi uma infância introspectiva. Abandonado pelo pai aos seis anos, mãe sem escolaridade conseguiu para os dois filhos educação no colégio particular. Aos nove anos comecei a usar maconha. Talvez para compensar o desnível social na escola, aos quatorze anos já traficava dentro da escola. Fui expulso aos quinze anos. (Participante 6)

As falas dos entrevistados mostram diferentes conceitos ou visões do que é felicidade, nenhum deles apresentou sentimento de incapacidade diante do “abandono, falta de cuidados” dos seus pais. Para eles houve razões para a atitude dos mesmos.

Em princípio, toda e qualquer pessoa deseja ser feliz. Quer obter rápido e pleno alívio para suas tensões e toda sorte de gratificações, de preferência, sem ter que se sujeitar a regras, sem fazer sacrifícios, sem pagar preço algum. “Só abre mão de um prazer se isto lhe for indispensável, e em troca de outro prazer, maior ou mais significativo do que o primeiro.”<sup>4</sup>

Com o pensamento da autora queremos articular os sentimentos dos nossos pesquisados. Todos buscaram o que pensaram ser melhor para si, mesmo que esse *melhor* possa ser considerado o *pior* pela sociedade, família ou leis instituídas.

Nas considerações finais expressamos parte do aprendizado agregado com essa pesquisa. Pois os dados subjetivos do aprendizado ficam implícitos e o ganho afetivo foi incalculável.

## 2 DA REDUÇÃO DE DANOS E DOS REDUTORES DE DANOS

### 2.1 Minha relação com os redutores de danos

Na instituição<sup>5</sup> em que trabalho se oferece capacitação para agentes de saúde e de Terapia Comunitária e, assim, doa bolsas para os RD<sup>6</sup> da cidade de Porto

---

<sup>5</sup> O CAIF – Centro de Ensino e Atendimento Familiar iniciou suas atividades em 1989, com o objetivo de integrar profissionais de diferentes formações para o estudo, o entendimento e o atendimento especializado a indivíduos e às famílias. Com sede em Porto Alegre. Seu slogan: “*conhecimento gera liberdade*”.

**MISSÃO:** Tornar a clínica um dos Centros Formadores mais valorizados em Terapia Familiar, Casal e Sócio Comunitário, para clientes, colegas, co-irmãs e comunidades onde trabalham.

**PROPÓSITO:** Dedicção à busca da humanidade por uma vida de mais qualidade, mais saudável e mais feliz por meio da inovação de abordagens terapêuticas que busquem capacitar e mobilizar forças internas em profissionais para intervirem de forma preventiva e terapêutica nas relações interpessoais, familiares e comunitárias, reescrevendo histórias significativas para si e/ou para o cliente.

**VALORES:** Para alcançar o Propósito e a Missão, afirmam seus valores, que são uma declaração de crenças fundamentais e são as características de uma cultura que gera realizações. Identificam 12 valores que personificam quem são, quem sempre foram e no acreditam. Eles refletem o caráter inovador do CAIF e de sua equipe técnica. Para realizar a missão, afirmam valores de: espiritualidade, integridade, desempenho, apoio à comunidade, ino-

Alegre. Levarei o leitor a conhecer um pouco mais desse trabalho. Começaremos pela história das drogas, que é tão antiga quanto a do homem.

A humanidade sempre usou substâncias psicoativas das mais diversas com um grande leque de finalidades, indo do seu emprego lúdico, com fins estritamente prazerosos, até o desencadeamento de estados de êxtase místico/religioso. Seu uso para fins curativos sempre foi da maior importância, seja ocorrendo no bojo de práticas religiosas tradicionais, seja no contexto médico-científico da atualidade. Embora em alguns momentos esse uso tenha sido visto como ameaçadores à ordem moral ou religiosa, em geral eles aconteceram dentro de um marco cultural que lhes atribuía características: são socialmente integradoras. Em nossa sociedade, convivemos hoje com exemplos dessa prática que vão do consumo de charutos em rituais afro-brasileiros até o champanha servida em festas de casamento, sem esquecer do indefectível cafezinho presente em tantos locais de trabalho.

A escolha das substâncias psicoativas relegadas à ilicitude obedeceu mais a critérios de ordem histórica ou moral do que propriamente farmacológica. Assim, em diferentes momentos e lugares, substâncias como tabaco, álcool, café, cannabis e folhas de coca foram ora homenageadas, ora perseguidas.

Em tempos modernos, a criminalização de substâncias como opiáceos, cocaína e cannabis, na prática, só começam a adquirir dimensões internacionais a partir do final da Primeira Guerra Mundial. Essa política, apesar de adotar como justificativa a preservação da saúde pública, continua a dar importância secundária às reais atuações farmacológicas das substâncias, atendendo mais a critérios de ordem política e econômica. Exemplos disso são as maneiras tolerantes com que se trata o consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco, ao mesmo tempo em que se proíbe a produção, distribuição e uso da maconha, substância que muitos consideram causar menos dano que aquelas.

Essa criminalização desempenha inúmeras funções que variam no tempo e no espaço. Podem ser de natureza econômica, protegendo determinados produtos

---

**vação, criatividade, compromisso com o cliente, compromisso com a vida, trabalho em equipe, respeito às diferenças, liderança e cultivo das raízes culturais.**

<sup>6</sup> São profissionais contratados pela Prefeitura Municipal, que visam "discutir, planejar, elaborar, articular e apoiar ações científicas e sociais, assim como fortalecer políticas públicas que favoreçam as questões relativas à Redução de Danos" (REDUC).

contra a concorrência de outros, fomentando a alta do seu custo e, conseqüentemente, dos lucros decorrentes do seu comércio.

Também podem ser de ordem política, promovendo, por exemplo, o reforço de aparatos de repressão e a ingerência de certos países hegemônicos, como os EUA, na política interna de outros, criando a ficção de um inimigo comum contra o qual a sociedade deve deixar de lado suas contradições internas para realizar o combate; ou justificando o controle e a repressão de setores da população vistos como ameaças ao *status quo*.

No Brasil, em diferentes momentos, a legislação que reprime o comércio e o uso dessas substâncias tem sido alterada para melhor adequá-la a esses vários propósitos. Assim, na década de 1930, a maconha foi incluída no rol das substâncias a serem perseguidas, justamente quando a população negra, que formava a maioria de seus consumidores, era vista como “classes perigosas”.

Com esse novo artifício legal, qualquer negro era automaticamente suspeito de ser “maconheiro”, podendo ser abordado, interrogado ou preso para averiguação. Na década de 1970, a Lei 6368, ainda em vigor, foi sancionada para tornar o combate às drogas mais aplicável ao controle da juventude de classe média.

Lembra-se que, nessa época, os jovens ainda eram identificados com a luta armada contra a ditadura e com os movimentos de contestação cultural. Atualmente, com a superlotação do sistema prisional e o amplo questionamento da política de encarceramento de usuários, desenvolve-se o sistema pretensamente carregado de preocupações humanitárias, chamado de Justiça Terapêutica, segundo o qual um juiz pode exigir que um usuário de substâncias psicoativas se submeta a tratamento contra a dependência química. Críticos alegam que isso visa promover um controle clínico/policial mais eficaz sobre um amplo setor social, vítima das conseqüências excludentes das atuais políticas econômicas neoliberais. Atender-se-iam também às pressões dos Estados Unidos, visando à difusão na América de seu modelo de “guerra às drogas”, uma vez que esta é uma estratégia que vem sendo largamente aplicada naquele país.

Uma das dificuldades apresentadas por essa proposta de tratamento compulsório é a de confundir duas lógicas mutuamente excludentes: aquela própria de processos terapêuticos que devem se ajustar às necessidades específicas e individuais de cada cliente, e aquela da punição, segundo a qual todos são iguais perante a lei e devem receber o mesmo tratamento. Assim, essa proposta corre o risco de

levar à desmoralização simultânea tanto das normas da justiça quanto da clínica. Hoje se constata que o atual sistema, baseado essencialmente na repressão a qualquer uso das substâncias proibidas, levou efetivamente a um estado de total descontrole sobre a sua circulação e qualidade em todos os lugares.

Em resposta aos problemas surgidos, especialmente a epidemia de HIV entre usuários de drogas injetáveis, países de todos os continentes começaram a implementar estratégias de redução de danos em suas políticas de prevenção à infecção pelo HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Estas, além de se mostrarem mais eficazes na prevenção à AIDS e outras doenças transmissíveis por fluidos corporais, favorecem o resgate da auto-estima e da cidadania de usuários de drogas ilícitas e induzem à criação de novas formas de conceber o uso de drogas e suas implicações para o indivíduo e a sociedade.

Por isso é que entendemos que a redução de danos, em lugar da repressão pura e simples do ato de usar substâncias psicoativas, compõe um conjunto de estratégias mais eficazes para a inclusão social do usuário de drogas, para o respeito aos direitos de todo cidadão, usuário de drogas ou não, e, principalmente, para a composição de uma proposta responsável de enfrentamento do *fenômeno drogas* em toda a sua extensão.

Os termos da lei têm uma expressão no cotidiano: os usuários são identificados como dependentes, criminosos, discriminados; nota-se a permissividade em relação ao uso indevido de substâncias de venda legal – álcool, principalmente – mesmo diante do alto índice de internações hospitalares e acidentes de trânsito associados; o controle policial da vida pessoal permite a revista de bolsas, bolsos e mochilas, exames *antidopping*; expulsão de casa e da escola, ruptura de contrato de trabalho diante do fato real ou suposto de envolvimento com drogas ilícitas.

Tentativas de dizer não à cultura repressiva se expressam mais pela omissão – “é melhor se omitir do que errar” – do que pelo diálogo, afirmativo da solução pedagógica.

Identificam-se duas fases da política de drogas no Brasil. A primeira corresponde à vigência dos Conselhos de Entorpecentes, até 1998. Esses Conselhos de Entorpecentes – Federal, Estadual e Municipal – são formados por personalidades indicadas pelas instâncias respectivas de governo e têm como função propor políticas públicas e zelar pela sua aplicação. De fato, sua ação inovadora fica limitada a interferências pontuais, durante a década de 80. As campanhas de prevenção atra-

vés da mídia estão sujeitas à avaliação do CONFEN, numa tentativa de repensar o teor repressivo das mesmas.

Em que pese a prática desses núcleos, reconhecida como de excelência desde a década de 80, as medidas não são suficientes para produzir mudanças na política de drogas no país, permanecendo como dominante a resposta repressiva.

Uma segunda fase tem início com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), a partir de 1998: uma medida provisória extingue os conselhos e cria a SENAD e suas secretarias correspondentes estaduais e municipais. Diretamente ligada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, tem seu cargo de direção entregue ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, com comando militar.<sup>7</sup>

No programa da SENAD, agora um texto oficial, reafirma-se o combate ao uso indevido, tráfico ilícito e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, mantendo-se a Lei 6.368/76 (ver Anexo 5).

## 2.2 Alguns avanços

Em referência ao combate ao uso *indevido*, sugerindo a distinção de outros usos – o inicial, o ocasional, o uso indevido, o uso pernicioso –, a proposta de redução de danos, referida como forma de prevenir a hepatite B e C e o HIV, é considerada um pressuposto: sugere-se experimentar a redução de danos, sem preconceitos, como um modelo de política que parte do princípio de que nem todos conseguem chegar à abstinência.

Afirmção de um modelo aberto, pensando o governo e a sociedade, as instituições e os cidadãos no desenvolvimento das ações empreendidas, num projeto de responsabilidade compartilhada, a prevenção é como forma de reduzir consequências perniciosas sociais e de saúde. Sugerem-se ações preventivas e educativas no ambiente de trabalho como direito do empregado e obrigação do empregador.

A resposta repressiva, entretanto, ainda parece ser determinante: o *problema* da droga decorre do uso indevido das drogas lícitas ou ilícitas. Com essa afirmação, mantém-se entorpecida a razão, porque não se leva em conta que maconha

---

<sup>7</sup> SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas.

e cocaína, substâncias ilícitas tão associadas à violência, têm seu uso tolerado em alguns países<sup>8</sup> hoje, ou foram permitidas no passado<sup>9</sup>. As drogas de ontem são as mesmas de hoje, o que mudou foram as relações que mantemos com elas; as drogas ilícitas e a dependência são consideradas uma ameaça à humanidade, à segurança, à soberania dos estados, identificadas como um mal em si, descontextualizadas; o uso de drogas mencionado acontece entre os jovens, afirmação que obscurece a generalização do uso, como forma de expansão do lúdico, como estimulante no trabalho, sem distinção de idade; o objetivo do programa é o de uma sociedade sem drogas, uma sociedade livre do uso de drogas – realidade que, de fato, nunca existiu. Os registros históricos de uso mostram formas diferentes de relação com as drogas – proibido algum dia (álcool nos EUA durante a Lei Seca/EUA), permitido hoje (álcool, com exceção dos países muçumanos); ilícitas, porém toleradas, até mesmo podendo ser prescritas pela medicina em determinados casos (caso da maconha na Holanda, Bélgica, Portugal, Espanha e, via prescrição médica, no Canadá, a partir de 2000); a erradicação, a abstinência são normas. O desenvolvimento pleno da sociedade só pode ser pensado com a erradicação das drogas ilícitas; a determinação de combater os crimes relacionados às drogas não faz menção a medidas preventivas do mal-estar na civilização, resultado de relações sociais competitivas e desiguais; a colaboração dos cidadãos com os órgãos repressivos é enfatizada, lembrando perigosamente o discurso da Lei 6.368/76 inspirado na LSN/1964.

No Programa de Justiça Terapêutica como alternativa à prisão – ao invés da perda de liberdade – o réu se beneficia da suspensão provisória do processo por um período de 2 a 4 anos, durante os quais aceita um tratamento da dependência (mesmo que esse não seja seu caso), com possibilidade de extinção do processo desde que preenchida a condição de abstinência. Mas que tipo de relação terapêutica pode ser estabelecida numa situação de constrangimento? E como resolver as implicações éticas do exercício profissional – Assistentes Sociais e Psicólogos controlando a realização de exames antidoping exigidos aos jovens sob este programa?

O tratamento dos usuários pressupõe seu desejo categórico de querer se recuperar e tem um objetivo único – a abstinência – ainda que sejam aceitas etapas

---

<sup>8</sup> Na Holanda, Espanha, Portugal, o porte de drogas ilícitas, numa quantidade que configure uso pessoal, é tolerado. Na Bélgica, apenas o uso da maconha é tolerado.

<sup>9</sup> Caso da cocaína, nos EUA, usada como tônico fortificante, nas primeiras décadas do século XX.

capazes de romper o círculo vicioso da dependência; o usuário de drogas continua sendo considerado um doente, fortalecendo o conceito de dependente químico.

### 2.3 Cultura de resistência

À margem das políticas oficiais, porém, vem se organizando o que podemos chamar de uma cultura de resistência. Iniciativas locais, na periferia de alguns estados, organizadas por moradores na forma de redes comunitárias, se organizam como alternativas diante da “atração” pelo tráfico, questionando modelos de masculinidade (beberrão, violento, *soldado do tráfico*), afirmando a cultura afro-descendente e investindo na construção de uma consciência solidária, de respeito e luta pelos direitos de cidadania. Associações reúnem usuários de drogas – Associação Brasileira de Redução de Danos/ABORDA<sup>10</sup>, Associação Latinoamericana de Redução de Danos/RELARD – na luta pela defesa dos seus direitos, em âmbito continental, nacional, com algumas representações estaduais. Profissionais da área social se associam a uma prática comprometida com a política, entendendo que o mal-estar na civilização gera fragilidades que não podem ter uma solução apenas no âmbito individual.

Essas iniciativas propõem novas formas de lidar com o que se transformou num *problema* da droga, novas formas de alterar o quadro de descontrole e violência. Podemos citar alguns exemplos: a Declaração de Direitos dos Usuários de Drogas<sup>11</sup>, divulgada durante o I Fórum Social Mundial, em Porto Alegre (RS), em 2000, assinada por instituições, organizações não-governamentais e parlamentares.

O Projeto de Lei 2251/2001<sup>12</sup> dispõe sobre a prevenção, o tratamento e os direitos fundamentais dos usuários de drogas. O projeto passou por discussões en-

---

<sup>10</sup> A Reduc foi criada em outubro de 1998, na cidade de São Paulo, no Encontro Nacional de Redução de Danos, uma parceria entre o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes – PRO-AD/UNIFESP, o IEPAS – Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos, o Programa Estadual DST/AIDS-SP, o Laboratório Biocintética e com o apoio da Coordenação Nacional de DST/AIDS e da USAID – Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

<sup>11</sup> Elaborada pela Rede de Direitos Humanos, Drogas e AIDS/RDHDA, com sede no Programa Cidadania e Direitos Humanos/PCDH, UERJ.

<sup>12</sup> De autoria do Deputado Estadual Carlos Minc (PT-RJ), presidente da Comissão contra a Impunidade e a Violência, e do Fórum Permanente por uma Política Democrática de Drogas.

tre os deputados estaduais no período de 2001-2002 e foi aprovado na íntegra pela Comissão de Justiça, ficando claro que não seriam necessárias novas leis para sua aprovação, já que todos os artigos propostos já estavam garantidos pela Constituição Federal de 1988, pela Comissão de Direitos Humanos e Comissão de Saúde. Em dezembro de 2002, o Projeto de Lei 2251/2001 foi aprovado no plenário da ALERJ, suprimindo-se, porém, artigos significativos como o que declarava o usuário de drogas como cidadão de direitos e deveres, retirada também toda menção à proposta de redução de danos<sup>13</sup>, Fórum Permanente por uma Política Democrática de Drogas, realizado na ALERJ<sup>14</sup>, promovendo a crítica à lei proibitória que causa mais danos que proteção; discutindo a necessidade de uma prevenção inteligente através da mídia; a importância vital da educação como forma de reduzir eventuais danos; a violência simbólica do Programa de Justiça Terapêutica – proposta de tratamento compulsório em situação de constrangimento – viabilizado por Juizados da Infância e da Adolescência; as possibilidades e limites da repressão, sua organização e marcos éticos.

A política de drogas no Brasil ainda permanece refém da resposta repressiva. A coexistência eventual dessa resposta com o pragmatismo da proposta de redução de danos talvez encontre explicação na urgência de prevenção do HIV/AIDS e outras doenças.

A consideração estrita dos danos decorrentes de uso das drogas ilícitas entorpece nossa reflexão e não nos deixa pensar o consumo de drogas, suas características atuais e as possibilidades de mudança. Mantida a Lei 6.368/76, permanece a criminalização do usuário, mantendo-se o que já foi considerado um absurdo jurídico – o exacerbado direito do Estado legislar no espaço privado quando não há prejuízo de terceiros. Recentemente, a Lei 9.099/95 que diz respeito a infrações de pequeno potencial ofensivo tem caracterizado a tentativa de minimizar os efeitos da resposta repressiva – possibilidade de negociação, pela via da Justiça Terapêutica já referida.

Acreditar que o sujeito é o único responsável pelos danos decorrentes do uso de drogas, considerar que apenas as drogas definidas como ilícitas causam problemas, priorizar a repressão como método, buscar de forma dogmática a abstinência, ignorar os estragos que a injeção simbólica do consumismo pode causar,

---

<sup>13</sup> Veto contraditório, pois o Ministério da Saúde apóia e financia projetos de RD em vários estados do Brasil, sendo que em alguns estados a RD já é lei regulamentada (RGS, SP, MG, BA por exemplo).

<sup>14</sup> Organizado pelo Deputado Estadual Carlos Minc (PT-RJ), presidente da Comissão contra a Impunidade e a Violência em parceria com o Programa Cidadania e Direitos Humanos/PCDH, UERJ.

constituem a agenda da política antidrogas, apesar de um ou outro tópico democrático. Essa política tem como pano de fundo o modelo neoliberal no qual o ideal de sujeito corresponde ao *homo economicus*.

O valor máximo dado à satisfação dos desejos individuais, sem nenhuma imposição de valores críticos, o prazer independente de todas as relações e reduzido à ativação de substâncias e que deixou de ser percebido como subproduto de alguma combinação de atividades harmonizadas com o bem-estar do indivíduo e da espécie se realiza hoje sem intermediários, pela via elétrica ou química, eximido o sujeito de aprender a lidar com as decepções que fazem parte da vida. O enfoque autônomo do prazer individual subjetivo é, contudo, literalmente mortal.<sup>15</sup>

No contexto atual sugere a urgência de uma nova gestão do uso de drogas. A cultura de resistência, traduzida em experiências locais, em propostas com alguma expressão nacional tem como objetivo a construção de hábitos de uso, coletivamente elaborados, consensualmente incorporados. Seus autores e atores têm expectativa que um dia tais projetos se tornem políticas públicas.

#### 2.4 Ação dos redutores de danos

A atuação desses profissionais não se dá apenas nos serviços oficiais de saúde, mas também existe um trabalho de campo, com visitas periódicas a pontos estratégicos na periferia e locais centrais da cidade. “Esse trabalho visa minimizar os efeitos do uso de drogas e álcool”, refere um profissional de RD. Durante o trabalho de campo, os redutores de danos fazem a distribuição de material de proteção e troca de seringas, visando a prevenção contra a transmissão do vírus HIV e da hepatite B. O trabalho desses profissionais também objetiva a orientação e encaminhamento dos usuários para os serviços de saúde, a fim de iniciarem um tratamento.

Muitas vezes, as pessoas até pensam em buscar um acompanhamento, mas não sabem a quem recorrer, e o redutor de danos fará essa ponte. (Fala de um participante da pesquisa – RD).<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> DALY, H. E.; COBB JR., J. B. **Para el bien común, reorientando la economía hacia la comunidad, el ambiente y un futuro sostenible**. México: Ed. Fondo de Cultura Económica, 1993. p. 93.

<sup>16</sup> Mantemos a identificação dos RD como “fala de um participante da pesquisa” ao nos referirmos aos seus depoimentos para manter a ética, pois mesmo colocando as iniciais seriam identificados pelo grupo pertencente ao programa de RD.

## 2.5 Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Porto Alegre

### 2.5.1 A clientela externa dos redutores de danos

Este título foi escolhido para discriminar as duas clientelas de redução de danos. A primeira são os próprios profissionais que abraçam essa causa; na sua totalidade, são pessoas que de alguma forma sofreram muitos danos durante seu ciclo e desenvolvimento. Pessoas que, apesar da sua própria vulnerabilidade social e emocional, resgatam seus valores como indivíduos, em busca de uma cidadania que os identifique. Foi uma forma de ultrapassarem sua dor para *cuidar* de outros na mesma condição de exclusão social.

Na cidade de Porto Alegre são realizados diversos trabalhos de inclusão social que visam promover a reinserção social, através do exercício da cidadania por parte dessas pessoas muitas vezes vistas pela sociedade como marginalizadas, fracassadas e desinteressadas. Esse difícil trabalho vem sendo travado conjuntamente com a formação de redes de parcerias com outros segmentos e filosofias, tais como religiosos, ONGs, instituições públicas e privadas, como também através de um planejamento estratégico e de ações políticas. Juntos tentam restabelecer a dignidade de pessoas que durante sua trajetória de vida romperam com seus familiares, com sua atividade profissional ou saíram de sua terra natal na esperança de encontrar melhores condições de vida e acabaram por morar na rua. Muitas vezes, essas pessoas rompem com a própria realidade que permeia e fragmenta sua identidade pessoal e social.

De toda essa diversificada situação que a cidade vivencia, destaco a questão dos moradores em situação de rua, que são principalmente jovens do sexo masculino e que guardam ressentimentos, conflitos ou vergonhas de seus familiares, dos quais poucos falam, mas nem por isso vivem sem laços sociais.

Nesta caminhada encontro o grupo redutores de danos. Engajei-me como pesquisadora, tendo como base a instituição – Centro de Ensino e Atendimento Familiar – CAIF, o grupo de redutores de danos assiste uma diversidade de casos e de naturezas heterogêneas. Moradores em situação de rua que apresentam enfermidade psiquiátrica, dependência por álcool ou por droga, seqüelados, resultado de uma trajetória de longos anos de consumo de álcool ou drogas, frustrações, desempre-

gos, aumento das desigualdades sociais, perda da auto-estima, descaso consigo próprio e tantos outros pormenores, mas não menos importantes que levam o ser a escolher um novo lugar para manifestar sua existência que é a situação de rua.

Para Vieira, Bezerra e Rosa<sup>17</sup>, a rua pode ter pelo menos dois sentidos: o de se constituir num abrigo para os que, sem recurso, dormem circunstancialmente sob marquises de lojas, viadutos ou bancos de jardim; ou pode constituir-se em um modo de vida, para os que já têm na rua o seu habitat e que estabelecem com ela uma complexa rede de relações. Seria possível identificar situações diferentes em relação à permanência na rua: ficar na rua – circunstancialmente; estar na rua – recentemente; e ser da rua – permanentemente.

Durante as últimas três décadas usou-se uma variada nomenclatura carregada de significados para designar pessoas que vivem em ruas. Segundo Vieira, Bezerra e Rosa<sup>18</sup>, em vez de mendigo, indigente, maloqueiro, denominarmos: sofrendores de rua, povo da rua, começando a substituir as identidades estigmatizadas de caído, criando condições para que esses indivíduos se vejam como grupo social e não apenas como fracassados solitários, únicos responsáveis por sua situação, e para que possam ser vistos não como clientes, carentes, mas como sujeitos, com direito à cidadania. Para Rosa<sup>19</sup>, a expressão *população de rua* se refere a um conceito amplo, genérico e apresenta deficiências e insuficiências para compreender a complexidade do que significa viver nas ruas. Trata-se de um problema teórico ainda não resolvido e que merece ampla discussão.

O primeiro passo que devemos dar está relacionado com o nosso posicionamento diante deste fenômeno complexo, paradoxal e amplo que são as pessoas em situação de rua. Para muitos, que ainda estão preocupados em eleger causas que levaram essas pessoas a irem viver na rua. Pensam em atuar diretamente nessa lacuna e preenchê-la, demonstram uma visão muito mecanicista, que pretende consertar o defeito e restabelecer o funcionamento harmonioso, com esse olhar deixam de apreender a totalidade do ser. Inspirado em um pensamento não-causal. O método fenomenológico propõe a compreensão dos fenômenos no lugar de explicá-los.

---

<sup>17</sup> VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista.** São Paulo: Hucitec, 1992.

<sup>18</sup> DALY; COBB JR., 1993.

<sup>19</sup> ROSA, C. M. M. **Vidas de rua.** São Paulo: Hucitec/Rede Rua, 2005.

Partindo dessa premissa, os redutores de danos assumem uma posição horizontal no relacionamento com o outro, no exercício da empatia e na apreensão do significado que aquele fenômeno assume na vivência com o outro.

Essas apreensões dos significados compõem o que há de mais fundamental na relação horizontal, que só é alcançada quando *suspendemos* nossos preconceitos diante do fenômeno. Tal postura constitui a redução fenomenológica que, segundo Forghieri<sup>20</sup>, constitui uma mudança de atitude natural para a fenomenológica, que nos permitirá visualizar como fenômeno, ou como constituinte de uma totalidade, onde o mundo e o sujeito revelam-se reciprocamente como significações.

Esse quadro complexo e paradoxal que compõe a população em situação de rua reflete através das histórias individuais a expressão de um ser que vive como se estivesse diante de um abismo entre um mundo de recordações e desejo de uma vida melhor e uma realidade social viva. Escreve Rosa<sup>21</sup>, são histórias de vida que se diferenciam e, ao mesmo tempo, se aproxima e, às vezes, se misturam. Há resistências e desistências nessas histórias contadas. Níveis significativos de perdas drásticas, rupturas ligadas à morte de parentes, abandono familiar, problemas com alcoolismo e outras drogas intensificam o desespero e a solidão.

Experiências de luta, busca de vida melhor para si e para a família são vividas com esperança e crença no futuro. Dar um novo sentido à vida: significa “virar gente” – perspectiva quase sempre em ameaça.

A clientela dos redutores de danos em sua maioria possuem o ensino fundamental incompleto, carregam uma diversidade de atividades desenvolvidas ao longo dos anos, num processo crescente de precariedade das condições de trabalho. Trajetórias que passam a ser cada vez mais fragmentadas, não havendo praticamente a possibilidade de fazer carreira, pois com grande rotatividade nas ocupações profissionais as pessoas acabam experimentando situações de instabilidade constantes.

Sem casa, sem proteção, sem segurança, é impossível garantir alguma coisa. É melhor não se amarrar, não ter apego a nada. Essa falta de apego é refletida pelo elevado número de evasões por parte da clientela nos grupos de Terapia Comunitária oferecida pelos RD's.

---

<sup>20</sup> FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, método e pesquisas. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

<sup>21</sup> Cf. nota 12.

Nos atendimentos individuais e em grupos realizados com os moradores que são alcoólatras e drogados, é presente em seus relatos (segundo os RD's) o quanto são desprezados pelos seus familiares e o quanto são aceitos e respeitados pelos colegas de rua. Nesses relatos percebeu-se que a droga e ou álcool apresentam duas maneiras na significação desse morador em situação de rua. Quando está contextualizado na vida familiar, adquire um sentido pejorativo, já que não corresponde à regra de reciprocidade estabelecida pelo viver em família, por decorrência da construção de um projeto que é visto pela família como altamente individualizante e egoísta. Quando este está contextualizado na situação de rua, passa a favorecer sua socialização com os demais colegas, garantindo sua sobrevivência e respeito na rua.

Existe também o significado que o morador faz do RD, como eles são abordados nas ruas pela equipe e convidados a irem para albergues e casas de abrigo, ambulatórios de tratamento para HIV, fazendas de tratamento para álcool e drogas, escola aberta e outros encaminhamentos que se façam necessários.

Tira-se alguém sob estado de pobreza da rua, sem qualquer acúmulo de bens, e coloca-o no albergue ou na casa de acolhida por algumas horas ou dias, para depois voltar à mesma situação. Logo, não tem o menor sentido ir para lá. (Fala de um RD).

Esta situação de ambivalência na vida dessas pessoas, em que de um lado vivenciam a uma inconstante certeza de seus projetos e do outro a da provisória permanência em um lugar de base, favorecem a necessidade de se manterem alguns hábitos que aprenderam na rua ou que os favoreçam na socialização com os outros colegas em situação de rua. É neste aspecto que o álcool e a droga passam a ser um mediador e um instrumento necessário na boa parte da sobrevivência na rua.

É com o álcool e a droga que o sujeito consegue suportar o frio, a fome, a decadência, a imprevisibilidade das situações de rua e consegue dormir. É com este mesmo álcool e ou droga que ele consegue obter prazer e formar laços sociais com os outros, que lhe retribuem com proteção, aceitação e respeito. Por outro lado, o vício pode ser gerador de brigas e agressões, muitas vezes por motivos banais. Como um jogo de cartas, aquilo que era divertimento pode virar grave motivo para discussões e brigas.

Segundo Rosa<sup>22</sup>, embora perigosa e violenta, a rua é o espaço de uma família, o sentimento de pertencer, pelo menos, ao mundo da rua, tem um sentido de

---

<sup>22</sup> Cf. nota 12.

família, lugar onde relações são refeitas em substituição aos vínculos afetivos rompidos com a família, trabalho, amigos. À medida que vão se identificando com esse mundo da rua e perdendo relações com a família, falam dos demais com compreensão e afeto, identificando-os como irmãos, têm as mesmas condições e vivem o mesmo drama.

Com a ação dos RD's houve uma acentuada queda na proporção de compartilhamento de seringas e uma significativa elevação no uso de preservativos em relação aos dados históricos dessa população acima mencionado. Isso sugere que as diferenças entre os resultados podem estar relacionadas às ações de prevenção desenvolvidas pelo Programa de RD. A maior prevalência de HIV e HTLV-I/II entre os moradores em situação de rua eram significativas em relação aos dados atuais após a implantação do Programa de Redução de Danos – PRD (ver Anexo 1).

O fortalecimento que as ações preventivas desenvolvidas por este programa tem é papel relevante na redução de comportamentos de risco e na prevalência de infecções de transmissão parenteral. Esse estudo traz evidências do papel do RD junto aos moradores dos diversos bairros da cidade onde atuam, sobretudo na melhora dos cuidados com a saúde por parte dos Usuários de Drogas Injetáveis – UDI.

Portanto, os RDs objetivam melhorar a condição de permanência nas ruas, e mobilizar um sentido novo dentro do âmbito que está inserido significa para os RDS um dos grandes objetivos. Direcionar-se e direcionar os moradores a novas possibilidades de se viver e de construir projeto de vida não é feita só de escolhas, mas de *transpiração*.

O próximo capítulo traz a metodologia escolhida para apresentar a ação da pesquisadora e o trabalho dos pesquisados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na vida existem muitas narrativas, mas para algumas pessoas só existe uma história, e assim chegam até nós com uma só versão de suas vidas (cansadas, saturadas por problemas que parecem sem solução), buscam uma alternativa para seguir adiante o caminho que pensam que Deus lhes tenha destinado.

As pessoas se surpreendem quando as mobilizamos em direção a outras saídas com mais alternativas e com horizontes mais *alargados*. Iniciativas são indispensáveis ao andamento da vida e podem se perder ao não serem ampliadas e compartilhadas com alguém. Sempre que buscamos resolver um problema, temos uma idéia de buscar a “causa” ou o “causador” e acabamos alimentando o problema na sua essência, força e vigor.

Nosso achado com a pesquisa foi uma conversação de compartilhamento de histórias vividas e sofridas, com muita reflexão na construção dos novos significados e novas concepções do mundo. Entendemos também que aquilo que *aprisiona* pode libertar, e que podemos ser protagonistas na re-autoria da história de nossas vidas. Como diz Paulo Freire, “ninguém educa ninguém. Ninguém educa a si mesmo. As pessoas se educam entre si, mediatizadas pelo mundo”<sup>23</sup>.

Assim, seguindo os objetivos da pesquisa, capacitar pessoas para tecer redes de solidariedade (Anexo 6), percebemos um fato interessante: a capacitação se ordenou de ambos os lados. Trocamos saberes. Minha contribuição foi oferecer um saber prático-científico e a deles, um *saber fazer* (grifo meu) uso de competências. Percebi que eles portavam problemas, mas também a solução. Talvez o que faltasse era acreditarem em seus próprios potenciais.

---

<sup>23</sup> FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

Resultados da investigação evidenciaram a indicação por parte dos redutores de danos de diferentes motivações para participarem da capacitação oferecida e para trabalharem com uma população, que os demais seguimentos da sociedade rejeitam e excluem. As motivações pessoais são destacadas. O que os levou a trabalharem com essa clientela? Nos achados encontramos, na sua grande maioria, a sensibilização voltada para a própria redução de danos. Em primeiro lugar, após ser solidário com os seus pares.

Os objetivos perseguidos pelos participantes da pesquisa, segundo os mesmos, têm a ver com a dimensão da perda de saúde e dignidade humana enfrentada pelos indivíduos objetos de sua atenção, relatam a dor de vivenciarem a sua própria exclusão, através do abandono sofrido por essas pessoas. O fenômeno que desejo ressaltar é o processo de promoção de resiliência que executam ao externalizarem suas histórias, e abraçam a causa de reduzir danos. Esse grupo vai além da proposta da Portaria nº 263/GM, de 5 de fevereiro de 2002, publicada no DOU nº 26, Seção 1, p. 49, de 6 de fevereiro de 2002, e trabalham com a expectativa de movimento, de troca de cenário dessas pessoas, apontando outras possibilidades de vida. Mesmo sendo usuários de drogas e serem portadores do vírus HIV, são pessoas e como tal merecem respeito e tratamento digno por parte da sociedade. Essa meta é perseguida pelos RD's, sujeitos de nossa pesquisa.

A meta a partir dos resultados se confirmou, pois houve re-escritas das próprias histórias reforçando os recursos terapêuticos e as potencialidades existentes em cada um deles. Outra meta foi possibilitar aos indivíduos a expressão das sensações de fracasso e impotência diante do seu meio familiar, social e ou de trabalho; esse aspecto foi salientado em várias falas do grupo participante da pesquisa. Eles passam por crises e muito sofrimento, mas também são portadores de uma riqueza interna valiosa.

O reforço da auto-estima e da solidariedade se deram na medida em que eles foram sujeitos não só de intenção, mas principalmente de ação: "O homem se identifica com sua ação", segundo Freire<sup>24</sup>. Concordamos inteiramente com o autor que o aprendizado e a mudança só ocorrem quando houver o encontro de seres humanos, e isso foi o que ocorreu desde o início do nosso trabalho com os redutores de danos. Seres humanos trocando saberes com seres humanos.

---

<sup>24</sup> FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

Chegamos, assim, ao final das discussões. Um longo caminho foi percorrido, cheio de sombras, curvas, desvios e obstáculos. Muitas coisas – como já descrevemos – foram possíveis de entrever. Muitas outras permaneceram na ambigüidade, na incerteza. Mas esse é o próprio caminho da nossa trajetória social e de aprendizado no processo em que estamos envolvidos. É um processo quase mágico, que por vezes nos distrai, não nos deixando ver as diversas dimensões e as diferentes possibilidades de ação. Não poderemos nos *acomodar* e pensar que essa realidade sempre existiu ou que nada se pode fazer. Nossa realização, como seres humanos livres e solidários, depende da possibilidade de sermos sujeitos de nossa história, construtores da sociedade em que queremos viver.

Como o próprio título refere – formação de agentes multiplicadores –, posicionamos indivíduos para esse trabalho laborioso de plantar numa grande lavoura a qual chamamos de lavoura excludente ou lavoura das margens. Os agentes (RDs) por nós iniciados na lida com a ferramenta da Terapia Comunitária estão realizando grupos de TC em vários locais de Porto Alegre, inclusive com relatos de auto-regulação grupal de pessoas, moradoras de rua. Será apresentado um trabalho intitulado Aldeia Tabajara no IV Congresso Brasileiro e I Encontro Internacional de TC pelos RDs, em setembro próximo, cuja clientela enfocada são moradores de rua em situação de uso de drogas ilícitas e lícitas. Outra oficina a ser apresentada é essa própria pesquisa juntamente com RDs.

Como colheita desse estudo e pesquisa, estamos coordenando um programa intitulado Agentes Jovens no Município de Pinhal. É um programa para jovens de 14 a 18 anos em situação de vulnerabilidade social que irão multiplicar uma cultura para a paz, entre eles, suas famílias e comunidade. A prefeitura abraçou esse projeto, oferecendo várias atividades a esses jovens, tornando-os visíveis para a comunidade local. Está sendo muito gratificante, pois os agentes sociais que estão me apoiando nas atividades práticas são RDs do grupo de pesquisa.

Por último, ficou a certeza de mobilização e a restauração de laços sociais e sentimento de pertença tanto dos entrevistados, como dos sujeitos de ação dos pesquisados, pessoas em situação de rua, outros sujeitos de nossa ação e principalmente para mim, que venho me restabelecendo da alienação acadêmica do saber científico e aprendendo com o saber-viver, ou seria sobre-viver numa sociedade que violenta, que abusa em suas diversas formas; o fato é que preciso convidar outros plantadores para ajudar na colheita e cuidar da

“plantação”. Não é um plantio tradicional de feijão e arroz, mas de solidariedade, afeto, amizade, respeito, e o cultivo principal é de resgate da cidadania.

IMAGINE...

***Imagine que agora esteja acontecendo...***

***o que acontece a todo instante.***

***Imagine...***

*uma letra se une a outras letras*

e juntas escrevem palavras, frases,

idéias...

Uma nota musical se une a outras notas,

e juntas compõem uma música.

Uma voz se une a outras vozes,

e juntas cantam em Coral.

*Uma cor – pode ser azul – se une a outras*

cores, e juntas pintam uma tela.

Uma gota se une a outras gotas,

e juntas fazem, enfim, o mar...

Um tijolo se une a outros tijolos,

e juntos erguem uma casa.

***Um número pode ser o 2 – se une***

a outros números,

e juntos realizam infinitas operações...

Uma brasa se une a outras brasas

e juntas mantêm o fogo aceso.

Uma mão se une a outras mãos,

e juntas executam o serviço.

Um corpo se une a outro corpo,

e juntos geram uma nova vida...

Uma página se une a outras páginas,

e juntas formam o livro.

Um passo se une a outros passos,

e juntos chegam ao destino.

AGORA IMAGINE TUDO AQUILO

QUE JUNTOS SOMOS CAPAZES DE  
REALIZAR!... (Autor desconhecido)

O convite está feito!

## APÊNDICE 1 – Roteiro para entrevistas

Dados de identificação:

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: ..... anos

Onde nasceu?.....

Estado civil: casada ( ) divorciada ( ) separada ( ) outros ( )

Filhos: sim ( ) não ( ) nº total.....

Grau de instrução: Primeiro Grau completo ( ) Primeiro Grau incompleto ( ) Segundo Grau completo ( ) Segundo Grau incompleto ( ) Terceiro Grau completo ( ) Terceiro Grau incompleto ( ) Pós-Graduação ( )

O que é Redução de Danos?

O que você faz para reduzir danos?

Há quanto tempo desenvolve esse trabalho?

Qual foi a motivação para ser “cuidador/a”?

Como foi sua infância?

## APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecimento

Porto Alegre, ..... de ..... de 2006.

Convido-o a participar de uma pesquisa que tem como objetivo analisar e demonstrar a contribuição da psicologia, a partir de uma abordagem em trabalhos de Rede Solidárias, através de pessoas cuja atividade é Reduzir Danos.

Esta pesquisa justifica-se pelo desejo que, através de uma abordagem sociocomunitária, desenvolva um instrumento de construção solidária e promoção da vida, mobilizando os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Que também possa contribuir com os profissionais na ampliação do olhar na direção das competências internas dos indivíduos em situação de vulnerabilidade justifica-se essa pesquisa.

As informações coletadas nestas entrevistas serão utilizadas apenas para a finalidade desta pesquisa.

A pesquisadora, Marli Olina de Souza, realizará os questionários a serem respondidos por Redutores de Danos, em atividade com moradores de rua na cidade de Porto Alegre, sendo que os nomes dos participantes não serão revelados para outras pessoas.

Você poderá – a qualquer momento – desistir de participar da pesquisa.

A pesquisadora estará disponível para qualquer esclarecimento antes, durante e depois da pesquisa.

Orientadora do Curso de Mestrado Profissionalizante da EST, Dra. Valburga S. Streck, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE 3 – Termo de autorização institucional

Porto Alegre, ..... de ..... de 2006.

**Autorizo MARLI OLINA DE SOUZA, psicóloga, aluna de mestrado da Escola Superior de Teologia, para que realize questionários a serem respondidos pelos Redutores de Danos, para realizar uma pesquisa, cujo título é *Tecendo redes sociais de solidariedade e formando multiplicadores*.**

Esta pesquisa justifica-se pelo desejo de que, através de uma abordagem em Redes Solidárias, possa contribuir para que o profissional, Psicólogo ou não, amplie o enfoque das disfunções familiares, das comunidades e indivíduos em decorrência das experiências infantis.

As informações coletadas nestas entrevistas serão utilizadas apenas para a finalidade desta pesquisa.

Caso venha a ocorrer algum tipo de desconforto ou constrangimento durante o desenvolvimento da pesquisa, fica assegurada a liberdade do participante para abandonar a pesquisa em qualquer etapa de seu desenvolvimento.

Orientadora do Curso de Mestrado Profissionalizante da EST, Dra. Valburga S. Streck, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Assinatura do Coord. Institucional

Assinatura da Pesquisadora

**ANEXO 2 – Ato Portaria n° 2080/GM**

**O Ministro de Estado da Saúde Dr. Humberto Costa, no uso de suas atribuições e considerando a magnitude e a transcendência das hepatites virais, as quais configuram um grave problema de saúde no País, e, considerando a necessidade de criar mecanismos para organizar, articular e integrar as ações voltadas à prevenção e ao controle dessas hepatites em todos os níveis de direção do Sistema Único de Saúde/SUS, institui o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais, o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa: ATO PORTARIA Nº 2080/GM EM 31 DE OUTUBRO DE 2003.**

RESOLVE:

Art. 1º Instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, tendo por objetivos:

I – o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, vigilância epidemiológica e sanitária das hepatites virais, acompanhamento e tratamento dos portadores de hepatites virais detectadas e inseridas no Programa;

II – a ampliação do acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade, bem como de centros de referência para o tratamento das hepatites; e

III – a organização, regulação, acompanhamento e avaliação do conjunto destas ações de saúde para o efetivo controle das hepatites virais.

Parágrafo único: O Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, criado através desta Portaria, ficará subordinado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 2º Determinar que o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais envolva todos os aspectos relacionados à prevenção, vigilância e assistência aos pacientes portadores de hepatites virais, com ênfase nas Hepatites A, B, C, D e E.

Art. 3º Definir, na forma do anexo desta Portaria, em conformidade com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001, as competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais de cada nível de direção do SUS.

Art. 4º Estabelecer que, em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos Estados e no Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País, da variação da incidência das hepatites nas diversas regiões e os diferentes graus de necessidades assistenciais requeridos pelos portadores, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais será constituído por três níveis assistenciais, a saber:

I – Nível I: Atenção Básica;

II – Nível II: Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade; e

III – Nível III: Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade.

Art. 5º O Nível I – Atenção Básica – compreende a realização de ações básicas de saúde voltadas para as hepatites virais, relativas a sua prevenção e à promoção da saúde para toda a população, bem como os processos de identificação de portadores de hepatites virais e de assistência básica dos casos identificados.

Parágrafo único: A atenção básica de que trata o caput deste artigo será prestada por meio das equipes de saúde da família e postos/centros de saúde e centros de testagem e aconselhamento, na forma estabelecida no Plano Operacional do Programa Nacional de Hepatites Virais, os quais deverão articular-se com serviços de saúde de Nível II para que seja garantida a referência e contra-referência dos pacientes cuja situação clínica assim o requeira, bem como serviços de diagnóstico, de modo a estruturar uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada.

Art. 6º O Nível II – Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade – compreende a execução de ações de diagnóstico e tratamento dos portadores de hepatites virais, de acordo com o previsto para seu nível de complexidade assistencial estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas já elaborados/publicados ou a serem elaborados/publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde.

Parágrafo único: As ações assistenciais definidas no caput deste artigo serão desenvolvidas por hospitais/ambulatórios de média complexidade, devidamente cadastrados para tal, em conformidade com o estabelecido no Plano Operacional do Programa Nacional, os quais deverão articular-se com serviços de saúde de Nível I e III para que seja garantida a referência e contra-referência dos pacientes cuja situa-

ção clínica assim o requeira, bem como serviços de diagnóstico de maior complexidade, de modo a estruturar uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada.

Art. 7º O Nível III – Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade – compreende a execução de ações de diagnóstico e tratamento dos portadores de hepatites virais, de acordo com o previsto para seu nível de complexidade assistencial estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados/publicados ou a serem elaborados/publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde.

Parágrafo único: As ações assistenciais definidas no caput deste artigo serão desenvolvidas por Centros de Referência em Assistência aos Portadores de Hepatites Virais, devidamente cadastrados para tal, em conformidade com o estabelecido Plano Operacional do Programa Nacional, os quais constituirão a referência assistencial para a rede composta pelos diferentes níveis assistenciais integrantes do Programa, articulando-se com serviços de saúde de Nível II, garantindo assim a referência e contra-referência dos pacientes, de modo a estruturar uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada.

Art. 8º Definir que caberá às Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, de acordo com o seu nível de responsabilidade no Programa, na forma do Anexo desta Portaria, a organização das Redes Estaduais de Assistência aos Portadores de Hepatites Virais, que serão integradas por:

I – Serviços de Nível I: Atenção Básica;

II – Serviços de Nível II: Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade; e

III – Serviços de Nível III: (Centros de Referência em Assistência aos Portadores de Hepatites Virais) Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade.

Art. 9º Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde defina a estrutura básica para o funcionamento do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no nível central, organize a estrutura operacional básica e adote as providências necessárias à plena implementação deste Programa em todos os níveis de gestão do SUS.

Art. 10. Instituir o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, com a

finalidade de acompanhar e assessorar a implementação das ações previstas no Programa.

Art. 11. Determinar que o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais será coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e contará com a participação de representantes:

I – Secretaria de Atenção à Saúde/MS;

II – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS;

III – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS;

IV – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/MS, e

V – Fundação Nacional de Saúde – FUNASA/MS.

Art. 12. Instituir o Comitê Assessor do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, com as atribuições de assessorar o Programa na atualização dos assuntos técnicos e científicos envolvidos na apreciação das recomendações, auxiliar na elaboração das normas técnicas, do Plano Operacional, dos Protocolos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das hepatites virais e ainda na avaliação epidemiológica destas hepatites.

Art. 13. Delegar competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, caso necessário, proceder às alterações que, eventualmente, se façam necessárias nesta Portaria, bem como editar normas regulamentadoras provenientes desta Portaria.

Art. 14. Estabelecer que a Secretaria de Atenção à Saúde, a Fundação Nacional de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos devem se articular com a Secretaria de Vigilância em Saúde para as providências necessárias, em suas respectivas áreas de atuação, para a plena implementação do Programa instituído por esta Portaria e pelo seu Plano Operacional, no que diz respeito à assistência de atenção básica, média/alta complexidade, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária das hepatites virais.

Art. 15. Tornar sem efeito a Portaria nº 263/GM, de 5 de fevereiro de 2002, publicada no DOU nº 26, Seção 1, págs. 49, de 6 de fevereiro de 2002.

Art. 16. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

## ANEXO – PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS: COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

I – Compete ao Ministério da Saúde:

a) instituir o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, os princípios e diretrizes da implantação do Programa, bem como estabelecer critérios/exigências de habilitação de serviços, critérios de implantação das redes de assistência aos portadores de hepatites virais e os critérios técnicos de desenvolvimento do trabalho;

b) designar um Coordenador Nacional do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, subordinado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde;

c) definir e implementar, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária no âmbito das hepatites virais;

d) elaborar e publicar sob coordenação do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a serem adotados pelo Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

e) definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de hepatites virais;

f) estabelecer as normas de funcionamento e cadastramento de serviços que integrarão as redes assistenciais, em seus respectivos níveis de complexidade;

g) articular com os Estados, Municípios e o Distrito Federal a implantação do Programa e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

h) assessorar os Estados e o Distrito Federal na implantação, em seus respectivos âmbitos de atuação, do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e na organização de suas respectivas Redes Estaduais de Assistência aos Portadores de Hepatites Virais;

i) utilizar os sistemas de informação epidemiológica e assistencial para constituir um banco de dados que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo seus indicadores;

j) apoiar a realização de estudos de prevalência de base populacional para o conhecimento da distribuição das hepatites virais no País e outras pesquisas sobre a relevância de cada um dos fatores de risco;

k) alocar recursos financeiros destinados ao co-financiamento das atividades do Programa; e

l) divulgar o Programa de maneira a conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização das ações assistenciais previstas no Programa.

II – Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a) elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

b) designar um Coordenador Estadual do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

c) instituir Comitê de Coordenação integrado pelos órgãos estaduais que possuem as atribuições, relativas às hepatites virais, de acompanhamento epidemiológico, prevenção, controle e assistência;

d) organizar a Rede Estadual de Assistência aos Portadores de Hepatites Virais, identificando os serviços dela integrantes, em seus respectivos níveis de complexidade, estabelecendo os fluxos de referência e contra-referência entre estes serviços e garantindo a execução de todas as fases do processo assistencial previsto no Programa;

e) criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Centros de Referência em Assistência aos Portadores de Hepatites Virais;

f) implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no âmbito das hepatites virais;

g) desenvolver planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de hepatites virais;

h) articular com os demais gestores estaduais as eventuais referências interestaduais de pacientes cujas necessidades assistenciais não encontrem capacidade técnica instalada para o seu atendimento no Estado de origem;

i) assessorar os Municípios no processo de implementação do Programa, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo;

j) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;

k) monitorar o desempenho do Programa em seu Estado e os resultados alcançados; e

l) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob a sua responsabilidade.

III – Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

a) elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

b) criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento de serviço(s) de Nível I e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) à Rede Estadual Assistência aos Portadores de Hepatites Virais;

c) apoiar a estruturação/manutenção/funcionamento dos Serviços de Nível II e dos Centros de Referência em Assistência aos Portadores de Hepatites Virais que estejam instalados em seu Município;

d) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;

e) monitorar o desempenho do Programa em seu Município e os resultados alcançados;

f) executar ações de vigilância epidemiológica das hepatites virais;

g) realizar capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência dos portadores de hepatites virais;

h) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS; e

***i) promover a mobilização da comunidade, dos grupos de risco e profissionais de saúde visando a efetiva participação nas ações de prevenção e controle das hepatites.***

## ANEXO 3 – Terapia Comunitária: Projeto Pedagógico

### 1 MARCO REFERENCIAL

#### **1.1 Identificação**

1.2 Marco situacional (aspecto social, político, econômico, cultural)

### 2 MARCO DOUTRINAL

2.1 Fundamentos sócio-culturais

2.2 Fundamentos educacionais

2.3 Fundamentos terapêuticos

### 3 MARCO OPERATIVO

3.1 em nível pedagógico

3.2 em nível comunitário

3.3 em nível administrativo

### 4 DIAGNÓSTICO

4.1 em nível pedagógico

4.2 em nível terapêutico

4.3 em nível comunitário

4.4 em nível administrativo

### 5 PROGRAMAÇÃO

5.1 Linhas de ação

5.2 Ações concretas

5.3 Atividades permanentes

5.4 Normas

# TERAPIA COMUNITÁRIA

## PROJETO PEDAGÓGICO

### 1 MARCO REFERENCIAL

#### 1.1 Identificação

A Terapia Comunitária é um serviço comunitário pelo qual se partilham saberes e experiências de vida de forma horizontal e circular. Constitui-se na atuação de um grupo de ajuda mútua e realiza-se através do exercício da palavra, da escuta e da construção de vínculos, com o intuito de oferecer apoio a indivíduos e famílias que vivem situações de estresse e sofrimento psíquico.

#### 1.2 Marco situacional (aspecto social, político, econômico, cultural)

A Terapia Comunitária se constitui num momento em que problemas como drogas, estresse, violência, conflitos e insegurança tomam proporções assustadoras na sociedade e já não cabe a apenas um indivíduo – seja um especialista, seja um generalista, seja um líder – a superação das dificuldades.

O momento que vivemos é marcado por uma ampla diversidade cultural e, ao mesmo tempo, por uma profunda desigualdade social. O processo de globalização, que domina a economia mundial, tem gerado uma visão individualista das pessoas e estimulado um consumismo desenfreado, que geram uma desvalorização do coletivo, um flagrante desrespeito aos saberes tradicionais e a importação de valores alheios aos indivíduos e às comunidades.

Essa situação gera, por um lado, uma grande massa de excluídos – indivíduos sem identidade, sem dignidade; por outro lado, gera uma competição patologizante, que sobrepõe os interesses privados aos interesses públicos.

Entre todos, há uma crença generalizada de que essas dificuldades – estruturais ou conjunturais – são intransponíveis, que a carência de saber formal é um limite impeditivo para a realização pessoal, que a verticalidade é a única forma de sustentar as relações sociais, que o clientelismo é a única saída política viável, que as decisões sobre o destino de todos concentram-se em alguns.

Entretanto, embora ainda dispersos, há, nesse cenário, grupos e movimentos que procuram superar essa visão paralisante da sociedade em busca de superação das crises, grupos que vêem nas crises oportunidades especiais de crescimento e que, contra os ventos da globalização e da descrença, realizam ações construtivas e solidarizantes.

## 2 MARCO DOUTRINAL

### 2.1 Fundamentos sócio-culturais

**A Terapia Comunitária (TC) tem no respeito à *cultura* da comunidade um de seus princípios básicos. Concebe-a como o grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais, como o referencial a partir do qual cada membro de um grupo constrói sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazer suas opções no cotidiano. A cultura é, portanto, um elemento referencial fundamental na construção da identidade pessoal e grupal.**

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

Um outro conceito caro à TC é o de *comunidade*. Aqui, o termo comunidade refere-se a pessoas ou grupos de pessoas que partilham condições semelhantes de vida – econômica, social, cultural, política, religiosa e espiritual. O fator constitutivo da comunidade é a interação permanente, isto é, o fluxo contínuo de relações entre as pessoas que partilham um mesmo espaço geográfico.

Compreendendo a comunidade como esse grupo de pessoas que vivem não deste ou daquele interesse em particular, mas de um complexo conjunto de interes-

ses, de modo a viabilizar suas vidas, dando-lhes um significado de pertencimento e identificação, é possível destacar a participação como o elemento fundamental da comunidade. A participação é a alma do senso e do trabalho comunitário, como também de toda transformação social. Afinal, é a participação que: permite a adoção de técnicas culturalmente pertinentes, estimula novos esforços, desperta o senso de responsabilidade, garante que as necessidades reais sejam atendidas, valoriza as competências locais, torna as pessoas mais confiantes e menos dependentes da ação externa e é fator de conscientização.

Ao lado do conceito de comunidade, destaca-se o conceito de *família*. A família é um sistema constituído pelas pessoas e pelas relações entre as pessoas. Ou seja, é uma unidade social formada por um grupo de pessoas, não só com redes de parentesco, mas, fundamentalmente, com laços de afinidade, afeto e solidariedade, que vivem juntos e trabalham para satisfazer suas necessidades comuns e solucionar os seus problemas. É a família, portanto, que faz a intermediação entre o indivíduo e a sociedade.

Além dessa função essencial de promover a socialização, cabe também à família os papéis de organizar a reprodução (estabelecendo as relações de paternidade e maternidade e a preservação do patrimônio biológico e social), organizar a vida econômica (realizando o planejamento dos gastos familiares), valorizar a vida profissional (expandindo as noções de limites, valores e papéis sociais) e conferir uma identidade social (identificando seus membros pelos seus respectivos nomes).

## 2.2 Fundamentos educacionais

A situação de ensino-aprendizagem em que a TC se coloca requer um fundamento pedagógico para a prática terapêutica comunitária. E uma referência fundamental para a compreensão dessa relação é a pedagogia de Paulo Freire, para quem ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador experiente e que sabe tudo para um educando inexperiente que não sabe nada. Ensinar é um exercício de *diálogo*, de troca, de reciprocidade.

Para ser funcional, essa troca exige uma associação pertinente entre *teoria e prática*. A aprendizagem só se efetiva quando o educando relaciona os conteúdos programáticos à sua realidade (familiar, comunitária, eclesial, escolar, etc.). A relação com a realidade passa pelo plano de expressão dos educandos, através da ex-

plicitação do seu saber e da apreensão dos novos saberes, de modo que educandos e educadores se assumam como sujeitos sócio-histórico-culturais.

Do ponto de vista do educador, é necessário que haja, entre outros, conforme Freire (2000): respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e ética; corporeificação das palavras pelo exemplo; risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação (preconceituosa); reflexão crítica sobre a prática; reconhecimento e assunção da identidade cultural; consciência do inacabamento; reconhecimento de ser condicionado; respeito à autonomia do ser do educando; bom senso; humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos educadores; apreensão da realidade; alegria e esperança; convicção de que a mudança é possível; curiosidade; segurança, competência profissional e generosidade; comprometimento; compreensão de que a educação é uma forma de intervenção no mundo; liberdade e autoridade; tomada consciente de decisões; saber escutar; reconhecimento de que a educação é ideológica; disponibilidade para o diálogo; querer bem aos educandos.

O perfil acima aproxima a função educador da função terapeuta-comunitário e convida a ambos a um contínuo fazer e refazer, agir e refletir.

### 2.3 Fundamentos terapêuticos

A Terapia Comunitária se baseia, do ponto de vista terapêutico, no *pensamento sistêmico*. Essa abordagem nos indica que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se forem percebidos como partes integradas de uma rede complexa, cujas ramificações ligam e relacionam as pessoas num todo, que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade. Para resolver os problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais a TC concebe que é necessário ter consciência dessa pertença.

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

Uma outra base importante para a TC vem da própria história pessoal e familiar de cada participante (*resiliência*). A matéria-prima do processo de conscientização são as crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um, expostos ao grupo de forma que se possam descobrir as implicações sociais das experiências pessoais e a gênese da miséria e do sofrimento humano. O esforço individual e o coletivo para identificar e nomear as dores também alimenta a luta por melhores condições de vida para as pessoas, para as famílias, para a comunidade.

Muito mais do que nas teorias gerais ou nas teorias especializadas, é no conhecimento e valorização das vivências dos membros da comunidade que reside a competência essencial do terapeuta. Não que um dispense a outro, mas as teorias gerais e especializadas, muitas vezes, precisam ser adaptadas para dar conta da singularidade de cada grupo/comunidade/família/sujeito.

Como qualquer abordagem terapêutica, a TC depende da explicitação dos problemas para que a sua objetivação permita compreendê-lo com mais clareza. A explicitação envolve, necessariamente, a expressão, a linguagem, a *comunicação*. Para que haja uma boa comunicação, é necessário, segundo Watzlavick (1967), que se compreendam alguns princípios básicos:

1) todo comportamento é comunicação;

***2) toda comunicação tem dois componentes: a mensagem e a relação entre os que estão se comunicando;***

3) toda comunicação depende de pontuação;

4) toda comunicação tem duas formas de expressão: a verbal (falada e escrita) e a não-verbal (analógica ou gestual);

5) a comunicação pode ser simétrica (baseada na semelhança) ou complementar (baseada na diferença).

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

### 3 MARCO OPERATIVO

#### 3.1 em nível pedagógico

- Os objetivos da TC

- ❑ O perfil do terapeuta
- ❑ O papel do terapeuta
- ❑ A metodologia
- ❑ A avaliação

### 3.2 em nível comunitário

- ❑ O relacionamento terapeuta/comunidade
- ❑ A preparação da terapia
- ❑ Os rituais de agregação
- ❑ Relacionamento com a comunidade
- ❑ O aspecto religioso
- ❑ Participação e organização dos alunos

### 3.3 em nível administrativo

- ❑ A capacitação
- ❑ A relação terapeuta/supervisor
- ❑ A supervisão
- ❑ Os pólos formadores
- ❑ A avaliação do impacto da TC

## 4 DIAGNÓSTICO

### 4.1 em nível pedagógico

### 4.2 em nível terapêutico

### 4.3 em nível comunitário

### 4.4 em nível administrativo

## 5 PROGRAMAÇÃO

### 5.1 linhas de ação

### 5.2 ações concretas

### 5.3 atividades permanentes

#### 5.4 normas

#### BIBLIOGRAFIA

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)