

Landau, J. and Saul, J. (2002). Facilitando a Resiliência da Família e da Comunidade em Resposta a Grandes Desastres. *Pensando Famílias* nº4, ano 4, (56-78).

Facilitando a Resiliência da Família e da Comunidade em Resposta a Grandes Desastres

Judith Landau¹ and Jack Saul

Resumo

Este trabalho tem por objetivo discutir o impacto dos eventos traumáticos e dos grandes desastres nos indivíduos, nas famílias e nas comunidades, apresentando o método LINC (Modelo facilitador de resiliência das comunidades (Landau-Stanton, 1986, 1990; Landau, 1991, 2003), onde são explorados alguns fatores chaves na desorganização e na recuperação das comunidades, tais como: o processo, a função, a estrutura, a dinâmica e organização dos sistemas familiares e da comunidade, e as transições e mudanças que ocorrem na vigência de um evento traumático. Ao final, os autores propõem um modelo da resiliência das comunidades, para auxiliar os profissionais em abordagens multissistêmicas a longo prazo, com a finalidade de identificar os componentes críticos de ajuda, e de criar uma matriz de recuperação junto às comunidades.

Palavras-chave: *eventos traumáticos, resiliência, recuperação da comunidade.*

Facilitating Family and Community Resilience in Response to Major Disaster

Abstract

This paper has the goal to discuss the impact of the traumatic events and major disasters on individuals, families and communities, presenting the LINK Method Community Resilience model (Landau-Stanton, 1986, 1990; Landau, 1991, 2003). Some key factors are explored in the communities disorganization and recovery such as: the function, structure, dynamics and organization, transitions and changes of families and communities systems facing a traumatic event. At the end, the authors suggest a community resilience framework to support professionals in multi-systemic long term approaches, to identify critical components of help and create a matrix of healing throughout community.

Key words: *traumatic events, resilience, community recovery.*

¹ Psiquiatra infantil, de família e comunitária, professora na Universidade de Rochester, Presidente da Linking Human Systems. Consultora Senior no Programa Internacional de Estudos do Trauma na Universidade de Nova Iorque

Introdução

Este capítulo examina o impacto psicológico devastador dos grandes desastres e a capacidade das famílias e comunidades em desenvolver resiliência no rastro do trauma e da perda. Descreveremos o modelo LINC (modelo de Resiliência das Comunidades) (Landau-Stanton, 1986, 1990; Landau, 1991, 2003), e sua aplicação para a recuperação do indivíduo, da família, e da comunidade de conseqüências da maioria dos infortúnios, com um primeiro foco em dois projetos: (1) Comunidades da Baixa Manhattan após os ataques terroristas de 9 de setembro, e (2) o impacto da instabilidade política e econômica e dos “desaparecimentos” dos dissidentes em Buenos Aires, Argentina. Dentro do conceito de comunidade, consideramos a família como a unidade integral de mudança. Em comunidade, referimos indivíduos, famílias e organizações sociais que a compõem, sua história, cultura, economia e ambiente social.

Nosso acesso à recuperação da família e da comunidade da maioria dos infortúnios está baseado em uma estrutura de resiliência. O conceito de resiliência - energia e recuperação no contexto de crise e adversidade - foi primeiro aplicado à criança ou adulto, e mais recentemente às famílias (para uma revisão maior da pesquisa ver Walsh, 1996). A maior parte foi de estudos de resiliência em crianças, vivendo em zonas de guerra e de violência urbana. (Bell, 2001; Garbarino, 1992; Garbarino & Kostelny, 1996). Outros estudos examinaram o estresse familiar e o comportamento como conseqüência da maioria dos traumas e perdas (Boss, 1999, 2003; Danieli 1985; 1985; Figley, 1996; Figley & McCubbin, 1983). Nosso modelo de trabalho estendeu o conceito de resiliência para o grau dos sistemas maiores, ou comunidades (Auerswald, 1983). Pesquisas recentes assinalam para o papel central dos recursos psicológicos para avaliar a capacidade de resiliência, proteger a saúde mental das vítimas (Norris et al., 2003), e favorecer um acesso à resiliência da comunidade como a forma mais eficaz de intervenção (Padgett, 2002).

Walsh (2003) define resiliência “como a capacidade de reagir à adversidade, ficar mais forte e com mais recursos. É um processo ativo de resistência, auto-recuperação, e crescimento em resposta à crise e ao desafio ... a habilidade para suportar e reagir aos desafios da vida.” (p. 4). De forma mais simples, definimos resiliência da comunidade como a capacidade da mesma de ter esperança e fé para suportar a maioria dos traumas e perdas, superar a adversidade e prevalecer, geralmente com recursos, competência e união (Landau, 2001; Saul, 2002). Consideramos isto como uma competência inerente e presente em cada um de nós. Para a alma humana, prevalecer e perpetuar-se através das gerações, precisamos estar

aptos a acessar e utilizar nossos recursos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais para enfrentar o impacto e as conseqüências imediatas do trauma, e estarmos aptos a promover uma recuperação duradoura e a cura. (Landau, 1982).

Processo transicional, conexão e resiliência

Nos anos setenta, na África do Sul, o primeiro autor (JL) foi convidado a ensinar um grupo de ministros presbiterianos negros, como aconselhar e ajudar casais e famílias em suas paróquias. Quando foi solicitado que traçassem seus genogramas familiares, nenhum foi capaz de ir além de duas gerações, ou seja, eles não tinham idéia de onde vieram. A influência da rápida urbanização havia desestruturado suas comunidades, tradições e rituais, bem como seu conhecimento sobre a estrutura e a história das suas famílias. Nas tribos, os mais velhos e os contadores de histórias transmitiam às famílias sua cultura e rituais, mas nas cidades, a tradição foi destruída. Os pais, nas tribos, eram responsáveis principalmente pela disciplina, mas não pela continuidade da tradição oral e pela riqueza das histórias intergeracionais.

Havia, efetivamente, uma desconexão e descontinuidade no processo transacional que une as pessoas na suave transição, criando continuidade entre o passado, o presente e o futuro, unindo seu inteiro contexto ecossistêmico. Como resultado, eles não tinham acesso à sua competência inerente e resiliência: a resistência e os recursos que suas famílias e tribos eram capazes de acessar e utilizar através do tempo (Landau-Stanton, 1990). Quando as pessoas são capazes de acessar a resiliência passada, por meio de sua história, elas podem reconectar seus processos transacionais, sabendo de onde vieram e onde estão agora. Isto os capacita a reconhecer e utilizar seus recursos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Eles podem fazer escolhas sobre o que resgatar de seu passado para utilizar no futuro e o que deixar para trás. Tal escolha permite-lhes planejar para onde ir e como fazê-lo. Este processo de *reconexão, continuidade e recalibragem* mobiliza o processo transacional para gerações futuras. Isto possibilita às famílias e às comunidades acessarem sua competência e resiliência a fim de lidar com situações potencialmente opressoras (Landau-Stanton & Clements, 1993). A maior polaridade neste processo é a dissociação e desunião *versus* adesão e/ou conexão. Aplicando esta estrutura para examinar como as famílias e comunidades mantêm a resiliência e a saúde através do tempo, uma série de estudos (Landau et al., 1995, 2000; Tuttle, et al., 2004) investigou o impacto da adesão positiva ou união à família e à cultura de origem. Por exemplo, examinando o comportamento sexual de risco encontramos que, com maior união, houve menor comportamento sexual de risco (Landau, Cole, et al, 2000), medido pelo

conhecimento de histórias familiares intergeracionais e frequência de contato. Em um estudo posterior de meninas adolescentes, com uma variedade de diagnósticos em uma clínica de saúde mental, a análise qualitativa de suas histórias para temas de resiliência (adversidades superadas) versus vulnerabilidade (ex. depressão, violência familiar, adição) revelou que o conhecimento de alguma história, mesmo aquelas com temas de vulnerabilidade opressiva, foi mais protetora do que o não conhecimento de nenhuma história (Tuttle et al, 2004).

Numerosos estudos demonstraram que a união com a família, com a escola, e a cultura é fator protetor contra o risco, promove e mantém a saúde, e diminui a probabilidade de doenças (CASA, 2003; Gavin, et al., 1999; Grotevant & Cooper, 1998; Igra & Irwin, 1996). Da mesma forma, desde o trabalho pioneiro sobre união (Bowlby, 1969, 1988) aos mais recentes estudos (Klingman & Cohen, 2004), mostraram que um positivo apoio social e a conexão segura fazem decrescer o risco da maioria das seqüelas do trauma e aumenta o acesso à resiliência interna e externa. O terapeuta pode ajudar as famílias a restaurar o processo transacional e construir uma conexão positiva e assim anular as forças destrutivas para a cura e a resiliência. (Landau, 1990; Landau & Garrett et al, 2000; Landau & Cole et al, 2000; Suddaby & Landau, 1998).

I. Resiliência da família e da comunidade em resposta a grandes desastres

Definimos a maioria dos desastres como acontecimentos catastróficos ou cataclísmicos que resultam na maioria das interrupções e/ou perdas severas e imprevisíveis (Landau 2001; 2003). O grau de impacto da maioria dos desastres difere largamente dependendo de vários fatores. Por exemplo, no caso das Torres Gêmeas de Nova York em 11 de setembro de 2001, o trauma foi dramaticamente aumentado em virtude da imprevisibilidade do evento, pois foi além da imaginação da maioria das pessoas, e abalou suas presunções básicas sobre o mundo em geral, e suas próprias identidades e meio ambiente em particular. Aquilo afetou tantas pessoas porque foi testemunhado, não somente pelos residentes locais, mas também pelos telespectadores do mundo inteiro.

Com a finalidade de ilustrar o método LINC de facilitar a resiliência da comunidade em resposta à maioria dos desastres, identificamos alguns fatores chaves na desorganização e na recuperação, discutidos, superficialmente, abaixo:

(1) Desorganização do sistema familiar e da comunidade: processo, função, estrutura e organização

Explorando o impacto da desunião, ou da desorganização das famílias e das comunidades, Durkheim (1897) notou que “Quando a sociedade está perturbada por grandes crises, o desequilíbrio resultante torna-a temporariamente incapacitada para usar sua função reguladora.” (Landau, 2001). Um exemplo claro é o dos países após a guerra. Enquanto trabalhávamos em Kosovo no final da guerra de 1999 e suas conseqüências, observamos que novas estruturas tiveram que ser colocadas no lugar das anteriores porque muito pouco restou dos velhos sistemas. Houve um episódio de assassinato por vingança, sem um sistema legal para lidar com aquilo com somente uma força de paz com o mínimo de autoridade. A população foi deixada exposta ao terror e à violência da criminalidade crescente. Esta falta de estrutura criou uma vulnerabilidade ao impacto do trauma, resultando em seqüelas comuns ao trauma, por ex. distúrbios de estresse postraumáticos, depressão, risco de suicídio, adição, HIV/AIDS e violência familiar e comunitária. A inacessibilidade aos padrões sociais anteriores aumentou a necessidade para a transformação e a emergência de novos padrões sociais, para atender às demandas das novas realidades.

(2) Transições como estressoras

Mudança e transição são inevitáveis no desenvolvimento do indivíduo e da sociedade. Mudanças e perdas (ex. morte de um idoso) ocorrem no desenvolvimento normal do indivíduo e nos ciclos de vida familiares. Três ou mais mudanças ou transições, mesmo se esperadas e “normais,” geralmente resultam em estresse. O estresse é precipitado pela desorganização do processo de transição, com aumento do nível de risco para os problemas e sintomas do indivíduo, da família e da comunidade. Quanto mais rápidas e numerosas são as mudanças, maior será o impacto da desorganização (Boss, 2001; Carter & McGoldrick, 1999; Garmezy & Rutter, 1983; Landau-Stanton, 1990).

Durante grandes revoltas, tais como trauma severo, o movimento coordenado dos indivíduos, famílias e comunidades é disruptivo. Esta perda de coordenação determina nos indivíduos e nas famílias, ou outros subsistemas da comunidade, movimentos em direções distintas, imprevisíveis e em diferentes graus de mudança. O resultado é uma assincronia dos padrões de funcionamento do processo de transição. Esta assincronia, ou conflito de transição, e a resultante desunião parece ser diretamente responsável pelo desenvolvimento de sintomas e/ou problemas maiores (Landau, 1982).

(3) Transições e estressores catastróficos ou devastadores: o impacto do luto e da perda não resolvida e a emergência de resiliência

Houve um aumento dramático (31%) no grau de abuso de substância e adição em Nova York após 11 de setembro de 2001 (CASA, 2003; Department of Health, NYC, 2002). Para compreender este fenômeno, podemos retornar a um campo de concentração inglês, na África do Sul, 100 anos atrás (Landau & Stanton, 2003).

Treze crianças viram suas avós e mães sendo mortas. Somente três sobreviveram. Após a guerra, as três permaneceram juntas e duas começaram a beber pesadamente, enquanto a mais velha casou e tomou conta delas pelo resto de suas vidas. O luto não resolvido desta perda precoce, catastrófica e imprevisível resultou em uma união, levando a uma incapacidade para completar o ciclo de vida de transição e poder sair de casa. Permaneceram todas juntas, protegidas do sofrimento de qualquer perda futura. Após três gerações de problemas de adição, a mágoa diminuiu e foi resolvida ao longo do tempo. A quarta geração foi capaz de mover-se em direção à cura e à saúde.

Estudando a história intergeracional das famílias com adição, invariavelmente encontramos perda severa e imprevisível, e luto não resolvido, no início da adição (Landau & Stanton, 2003; Stanton & Landau, 2003). O comportamento aditivo é uma tentativa de adaptação à desorganização da unidade familiar. O comportamento aditivo afasta a atenção da família sobre a mágoa e as constantes necessidades da pessoa adita dificultam-lhe a saída de casa, mantendo a família unida. Tipicamente, de três a cinco gerações prolongam a união, o compartilhar do amor e o apoio mútuo determinam uma sensação de segurança, permitindo a confiança para as novas gerações emergirem não necessitando mais do padrão adaptativo, o qual, por muito tempo, foi redundante e disfuncional. A mágoa foi resolvida como no caso do campo de concentração descrito. Desta forma, as famílias e as comunidades obtêm sua resiliência para adaptar-se à conseqüência da grande perda e trauma, encontrando mecanismos para manter a união, aliviando as mágoas. Uma adaptação inicialmente bem sucedida e depois perpetuada. A adição também ilustra a capacidade das famílias a encaminhar-se em direção à auto-cura, acessando sua resiliência através das gerações.

A adição é apenas um dos efeitos disfuncionais das perdas catastróficas. A desorganização das rotinas, rituais, estrutura da família e da comunidade também determinam um acentuado aumento da violência e do abuso em famílias refugiadas ou que foram atingidas por trauma severo (Bentovim, 1995; Sheinberg & Fraenkel, 2000). Também vemos, como em Taiwan,

após grandes terremotos e inundações, um aumento significativo (60%) nos níveis de depressão e suicídios (Lee, 2002).

(4) O Impacto dos grandes desastres sobre a dinâmica da família

Este tipo de agressão na família determina numerosas transições em curto espaço de tempo e, inevitavelmente, resulta em conflito transacional.

Isto é acentuado nas últimas transições ou, ao contrário, na direção normal e ritmo do ciclo de vida da família (Landau-Stanton & Clements, 1993). Um exemplo visto freqüentemente durante um trauma severo, é o da criança que perdeu um ou os dois pais e deve tornar-se, prematuramente, auto-suficiente e responsável por outros e se um dos pais desaparece ou morre, uma aliança com o outro progenitor pode conduzir à parentalização da criança. Enquanto o progenitor ou outro membro significativo da família está ausente, uma situação de perda ambígua desorganiza o funcionamento da família, enquanto os membros encontram-se no ostracismo (Boss, 1999). Quando isto ocorre com muitas famílias em uma comunidade, o resultado pode ser desastroso e afeta cada grau do funcionamento diário. Se o progenitor ausente reaparece, é inevitável o surgimento de uma crise séria. Se o progenitor ou outro membro significativo da família morre, o poder daquela perda é extremo e, novamente, é multiplicado através da comunidade em situações de trauma severo.

“Algumas famílias são capazes de...compartilhar a experiência de sua dor pela perda. Elas são capazes de unir a vida e a morte planejando para o futuro com a ajuda seus entes queridos mortos, dizer adeus para o falecido e pontuar este evento do ciclo de vida de modo significativo” (Horwitz, 1997, p. 212). No entanto, em caso de perda imprevisível, como é comum em tempos de trauma severo, quando o trabalho preparatório não pode ser feito, precipita-se um conflito transacional inevitável com grande estresse e suas seqüelas.

(5) Mudanças nos padrões vinculares

Talvez a dinâmica mais poderosa nas famílias que sofreram perda e trauma intenso desenvolve-se em torno de casos de separação. Em famílias dos sobreviventes do Holocausto, por exemplo, a fusão entre pais e filhos é intensificada por inúmeros fatores que complicam a separação na idade apropriada, a superproteção mútua, falta de diferenciação de papéis, comportamento aglutinado, comunicação distorcida, e enfraquecimento do funcionamento autônomo. Pais sobreviventes que não eram capazes de prantear adequadamente as mortes de

membros da família podem ter um profundo sentimento de privação emocional, mágoa reprimida e pranto postergado. Torna-se difícil para eles tolerar a perda criada pela separação de seus próprios filhos (Perel & Saul, 1989).

(6) Perda da habilidade de contextualizar:

Clark et al. (2003) examinaram a interface do funcionamento da memória e função cerebral durante situações traumáticas. Cada um necessita ser capaz de excluir a memória imediata para poder ter acesso a outras memórias que contextualizem o que aconteceu. Quando as pessoas estão traumatizadas, não contextualizam bem em virtude da desorganizada comunicação sobre os fatos - seu isolamento e silêncio – e interferem os processos cognitivos e biológicos normais.

(7) Impacto sobre os padrões de comunicação:

Danieli (1985) descreve como uma conspiração de silêncio pode ser perpetuada após perda e trauma severo, como no caso do Holocausto. Uma colusão entre terapeutas e pacientes, sociedade e sobreviventes, e entre os membros da família para evitar falar sobre os eventos traumáticos pode gerar uma lacuna em tal experiência do mundo e sensação de continuidade histórica, e pode aumentar a desunião das famílias e das comunidades. Filhos adultos sobreviventes do Holocausto geralmente usam o termo “osmose” para referir-se às formas verbais e não verbais de como a experiência paterna do Holocausto foi comunicada a eles, e para descrever sua onipresença em suas famílias. Em nosso trabalho com famílias de sobreviventes de tortura, de ataques terroristas, e famílias de “desaparecidos” (dissidentes políticos na América do Sul), notamos a dupla mensagem dada às crianças, quando seus pais falam sobre experiências traumáticas em sua presença, enquanto instruem-nas a não ouvir. Ao contrário, também presenciamos comoventes exemplos de aspectos positivos da comunicação.

Enquanto ensinávamos em Kosovo, pediram-nos para atender um homem que sofria de depressão refratária. À primeira vista, como entrava mancando na sala, ele pareceu ser extremamente “velho e acabado.” Conforme sua história emergia, começamos a compreendê-lo. Ele viu 37 homens de sua aldeia (a maioria membros de sua família extensa) sendo massacrados em frente de suas mulheres e filhos. Ele e dois primos sobreviveram e, enquanto na prisão, ouvia seus gritos, não entendendo porque ele havia sido poupado. Concluiu que não poderia mais trabalhar na terra e começou a desesperar-se sobre sua

sobrevivência e razão de viver. Nós discutimos como ele poderia ser útil ao resto de sua família e aldeia. Ele concordou em tornar-se o elo terapêutico, treinado pela Equipe Profissional de Saúde Mental Kosovar, para trabalhar com os aldeões e lembrá-los de suas histórias de resiliência; suas gerações de força e sobrevivência. Ele concluiu que não precisaria estar fisicamente perfeito para ensinar as crianças a amar e a não odiar e que ele tinha uma razão para estar vivo.

Da mesma forma, as famílias rurais da Albania Kosov, nas quais os homens e adultos e adolescentes foram assassinados, as intervenções que facilitaram a comunicação entre os sobreviventes mais velhos e as crianças da família foram importantes para promover uma sensação de continuidade histórica e assegurar que as histórias de resiliência não morreriam (Saul et al., 2003).

(8) Impacto sobre o plano social:

Chemtob & Taylor (2002) descrevem um modelo evolutivo da resposta ao trauma, teoria do modelo de sobrevivência, propondo que dois sistemas tornam-se ativados em um desastre ou experiência de estresse severo. O primeiro é o sistema de detecção de perigo, isto é, as pessoas estão psicologicamente alertas e hipersensíveis aos sinais de qualquer sinal de perigo no ambiente. O segundo é o sistema associado que conduz à união social e coesão grupal. A ativação destes dois sistemas é adaptativa na primeira fase após o desastre, mas uma vez que o perigo tenha passado, as pessoas podem não ser capazes de modular o afeto e retornar ao estado normal de alerta, retirando-se para subsistemas menores onde possam sentir-se seguros. Esta fragmentação social é um exemplo de uma adaptação que foi inicialmente necessária para a sobrevivência, mas que se tornou disfuncional quando perpetuado através do tempo.

(09) Impacto dos grandes desastres sobre os recursos da família e comunidade:

Assim como assincronia desorganiza a família e a comunidade, ela também causa grandes problemas no reconhecimento, acesso e utilização dos recursos. De acordo com a teoria da Conservação dos Recursos (Hobfoll, 1988; 1989), as pessoas esforçam-se para obter, reter, e proteger aquilo que valorizam. O estresse ocorre quando as pessoas perdem seus recursos, estão temerosos com suas perdas, ou estão incapazes de desenvolver ou melhorar recursos que demandam esforço significativo. Seguindo eventos extremamente estressantes, aqueles com

menos recursos são mais profundamente impactados e menos capazes de mobilizar a comunidade como um todo. A comunidade geralmente tem reservas escondidas, ou recursos que, quando compartilhados, oferecem apoio adicional e força aos indivíduos e às famílias. O apoio mútuo pode reduzir o impacto de grandes perdas, auxiliando as pessoas a apoiarem-se a si mesmas em seu processo de recuperação.

(10) Reconectando o processo transacional:

A resiliência é demonstrada pela habilidade de re-sincronizar e reconectar o processo transacional e mobilizar as forças discutidas acima. Crescimento pós-traumático é uma expressão mensurável e concreta de resiliência em ação - uma ilustração da força inerente e da competência da alma humana (Calhoun & Tedeschi, 1999). Famílias e comunidades têm a inerente capacidade para curar-se. É esta capacidade que necessita ser mobilizada para curar-se do impacto e das conseqüências do trauma severo.

II. Famílias e comunidades versus desastre

Repetindo, nossa abordagem às famílias e às comunidades está baseada na suposição de que elas são intrinsecamente saudáveis e competentes; que as pessoas e ambiente estão constantemente em transição e que, ao longo do tempo, elas encontrarão e utilizarão sua competência. Esta se torna inavaliável quando as pessoas estão desviadas de seu sistema de apoio e recursos. Para acessar esta competência intrínseca, elas necessitam ser capazes de reter e recuperar o contato com suas famílias e sistemas naturais de apoio, seus padrões e rituais diários, seu senso de ser, seu sistema de apoio espiritual e sua cultura (Landau, 1982, Landau-Stanton, 1986; Landau-Stanton & Clements 1993).

Em épocas de trauma severo, estas conexões primárias estão desorganizadas e destruídas. Além disso, aqueles que sofreram o maior impacto em virtude do trauma são freqüentemente vistos como diferentes ou menos capazes, do que aqueles que vieram “para ajudar.” Uma “dicotomia nós/eles” desenvolve-se, tornando ainda mais difícil recuperar o contato rompido, que é a base de uma família e uma comunidade funcionantes.

Avaliando a situação

Como reconhecer resiliência em famílias e comunidades traumatizadas em situações traumáticas? Como isto se apresenta? Como obtemos uma compreensão de onde as famílias estavam durante ou após o grande desastre? Quais são as condições sob as quais a resiliência emerge da perda? Como as pessoas demonstram estar oprimidas pela vulnerabilidade? Ou mostram seu senso de otimismo, apesar das situações horrendas? Como sabemos se os recursos são avaliados por elas, ou estavam desesperadamente exauridos? Como sabemos se elas estão acessando seus recursos, se presentes? Como elas demonstram sua conexão com suas famílias, cultura e comunidade? Como sabemos quando uma comunidade está conservando cuidadosamente recursos através de sua inatividade, mais do que demonstrando uma falta de resiliência e energia para curar-se?

Por considerarmos a família como a unidade primária de mudança dentro da comunidade, ao questionarmos estes pontos, precisamos estar cientes da situação das famílias dentro da comunidade traumatizada e vê-las como uma medida do trauma e cura. O critério discutido na Sessão I acima abasteceu nosso método de avaliação da família (ver também Horwitz, 2001; e Watson & McDaniel, 1998 para diretrizes de avaliação usando Terapia Familiar Transacional).

Estratégias Para Compreender as Comunidades

Há numerosas estratégias para explorar o processo, a estrutura, a organização e a função da comunidade. As principais categorias que usamos foram pesquisas para levantamento de dados, entrevista etnográfica (Weine, 1999) e pesquisa da ação da comunidade que é o mais próximo ao nosso LINC - Método de Resiliência Comunitária. O processo é de educação, avaliação, pesquisa, intervenção, capacitação, não necessariamente nesta ordem. Os casos seguintes mostrarão alguns de nossos princípios e método de trabalho.

Exemplo 1: As comunidades da Baixa Manhattan após 11 de setembro de 2001

As comunidades às quais nos referimos estão localizadas no lado oeste da Baixa Manhattan bem próximo ao local do World Trade Center, nas vizinhanças de Tribeca e Battery Park City. As crianças, professores, pais, residentes e trabalhadores desta área sofreram a maior exposição física aos eventos de 11 de setembro, inclusive testemunhando o

impacto dos aviões nas torres, os edifícios queimando e desmoronando e pessoas atirando-se e caindo para a morte; o desaparecimento e morte de amigos e familiares; perigo direto à vida e perigo dos escombros; evacuação de emergência dos locais de trabalho e escolas; deslocamento de casa, da escola e trabalho, e contaminação ambiental. Além disso, como consequência, eles sofreram a série de eventos terríficos enfrentados por todos os Nova Iorqueiros, incluindo um avião espatifar-se nas proximidades do Queens, a contaminação com anthrax, inúmeros perigos de outros ataques terroristas, intensificados alertas terroristas e as guerras no Afeganistão e Iraque.

Uma escola de seiscentas crianças, de uma destas comunidades, teve que ser transferida para outro local como uma medida temporária. Em um fim de semana, os pais combinaram de juntos limparem, pintarem e transferirem os móveis para a escola, tornando-a usável para as crianças freqüentarem na semana seguinte. A sensação de proximidade, que acompanhou as atividades práticas que ocorreram inúmeras vezes durante o ano, foi para muitos pais uma das mais importantes experiências no sentido de promover um sentimento de normalidade e bem estar em suas famílias.

Quando membros da comunidade juntam-se em torno de interesses práticos, eles aumentam seu entrosamento social, e, como reconhecemos em Nova York e outros locais ao redor do mundo, que sofreram impacto de grandes traumas, estes contextos sociais tornam-se o local para compartilhar informações sobre recursos, conversar, solucionar problemas e apoio mútuo.

Caso 2: Província de Buenos Aires, Argentina: “10.000 líderes para a mudança”

O primeiro autor (JL) foi convidado como consultor do Ministério da Saúde e da Secretaria de Prevenção e Tratamento de Abuso de Substância e HIV/AIDS, na Província de Buenos Aires, Argentina, após um período de severa agitação política e revolta econômica, com violência e desintegração de famílias com membros que haviam “desaparecido,” (seqüestrados ou assassinados). Um levantamento em larga escala encontrou um aumento significativo de problemas relacionados à adição e um acréscimo concomitante em soropositividade de HIV. A primeira meta do Ministério foi acalmar a maré do aumento da prevalência de adição e HIV/AIDS. O levantamento mostrou que a maioria das famílias na Província de Buenos Aires (com uma população urbana e rural de 12 milhões) ficou impactada pelos problemas.

Juntos decidimos que o programa baseado na comunidade mais ampla da Província deveria focar na prevenção e na intervenção, e deveria ser projetado para a máxima

penetração na população. A primeira tarefa foi treinar profissionais e paraprofissionais no modelo LINC, e em como conduzir fóruns de resiliência baseados na continuidade, dirigidos para a prevenção e intervenção a longo prazo. O processo LINC de Resiliência da Comunidade é um continuum de avaliação e intervenção.

Pesquisas de pré e pós-avaliação foram desenvolvidas cobrindo por exemplo: demografia, uso de substâncias psicoativas, conhecimento sobre práticas sexuais de risco e HIV/AIDS, estrutura e função familiar, proximidade à família e cultura de origem, grandes eventos recentes na família, na comunidade e contexto mais amplo.

Uma série de mapas foi feita para ajudar a determinar como dividir a Província em segmentos racionais para a intervenção. Os fóruns da comunidade foram também programados para servir como foco a fim de assegurar uma representação verdadeira. Eles compreendiam uma significativa amostra da população por idade, tipo de atividade, posição social e econômica, cultura, gênero e etnia. Por exemplo, em um dos encontros, os participantes assumiram diferentes papéis, tais como Ministros da Economia, Educação, Saúde e Bem Estar Social; professores, médicos e padres; serventes de escola e cozinheiros; polícia regional e local; lixeiros e varredores de rua. Todos os participantes completaram a pesquisa e, desde o mais novo até o mais velho, tomaram parte no procedimento.

Mapeamento como instrumento de avaliação para a intervenção

Mapeamento é um processo central e conduz-nos da avaliação à intervenção quase da mesma forma. Os mapas que usamos incluem (Landau & Clements, 1993):

- *Mapas Transicionais*: Genograma Transicional (cultura, geografia, atividade, espiritualidade, religião); Número de Transições e Linha do Tempo, Mapas Históricos e Histórias; Ciclo de Vida Familiar; Histórias, Temas, Scripts (Byng-Hall, 1988), Poder, Recursos e Hierarquias;

- *Mapas Sociológicos*: Mapa da Esfera Transicional; Mapa de Nível Multissistêmico; Pirâmide Estrutural e Funcional; Sociograma/Ecogramas; Mapa de Comunicação;

- *Mapas Geográficos*

Para ilustrar o uso dos mapas nos casos 1 e 2, selecionamos “o Mapa da Esfera Transacional (Landau & Clements, 1993) e o Mapa de Nível Multissistêmico (ver figuras 1 e 2 abaixo) baseado na teoria geral dos sistemas (Saul, 2000). O Mapa da Esfera Transacional foi desenvolvido a partir da teoria de campo (Lewin, 1935), da representação do sistema biopsicosocial (Engel, 1980) e da Teoria Transicional Familiar (Landau, 1982; Landau-

Stanton & Clements, 1993; Seaburn et al., 1995). Isto fornece uma construção em muitos níveis e multissistêmica da comunidade que os capacita a acessar a estrutura, a função, a organização e a proceder em cada nível. Pode-se determinar a presença ou ausência de pessoas e recursos em cada nível e obter uma noção preliminar de como elas se relacionam entre si e com a comunidade como um todo. É também crucial para a intervenção na comunidade fazer uma clara distinção entre sistemas de apoio natural e artificial ou auxiliar para o processo de entrosar as comunidades e coordenar suas intervenções. O mapa também mostra como cada nível estimula o próximo e como mudanças ou problemas em qualquer ponto do sistema reverbera adiante. Uma vez que a avaliação está completa, o mapa mostra a complexidade e a riqueza do contexto, expandindo o ecossistema bio-psico-social-conceitual-evolutivo (Auerswald, 1983). Isto proporciona um gabarito para determinar intervenções e decisões sobre quem deverá ser envolvido, e quais metas necessitam ser decisivas.

Inserir Figura

Histórias e histórico desenvolvem-se espontaneamente durante o processo. As contribuições incluem recursos e perdas, bem como eventos importantes e transições através do tempo. Durante o processo de mapeamento, uma maior reestruturação ocorre, à medida que as pessoas obtêm uma compreensão de sua perspectiva transacional, entendendo que os acontecimentos e as seqüelas que ocorreram, bem como suas próprias reações e as dos seus vizinhos da comunidade, estavam além de qualquer controle. Eles obtêm uma compreensão de que têm uma abundância de recursos e histórias que os beneficia e auxilia cura.

Exemplo 1: As comunidades da Baixa Manhattan após 11 de setembro de 2001

Na comunidade da Baixa Manhattan no período imediatamente após os ataques terroristas, mais do que recursos locais sendo utilizados na comunidade em um sistema de apoio natural, muitos profissionais e organizações previdenciárias acorreram, diminuindo a capacidade da comunidade em determinar seu próprio caminho para a cura. Por exemplo, foram tomadas providências para proteger as crianças dos problemas de saúde mental baseado nas pesquisas, sugerindo que as contribuições dos pais e professores das crianças não eram confiáveis. Mesmo a idéia de educar pais e professores em reconhecer e melhor responder às dificuldades das crianças foi pouco considerado, privilegiando somente a perícia de profissionais, solapando a confiança de professores e pais (Saul, 2002a).

Os membros da comunidade que integram o sistema de apoio natural têm muitas vantagens sobre pessoas de fora no sentido de favorecer mudanças após uma crise. Eles têm maior acesso ao conhecimento da existência de recursos locais e sobre populações vulneráveis e possuem redes de relacionamentos que podem desenvolver-se com o tempo. Eles geralmente estão engajados em processos sociais positivos que constroem solidariedade e coesão comunitárias, tais como encontros com a associação comunitária e trabalho voluntário. Em virtude destes esforços serem dirigidos pelas prioridades e preferências dos membros da comunidade eles, geralmente, são mais bem sucedidos do que atividades vindas de fora. Os membros da comunidade também têm um maior investimento no desenvolvimento dos seus vizinhos e estão mais aptos a manter atividades durante mais tempo, ou voltar a atenção para uma nova crise em qualquer outro lugar.

Como parte do mapeamento e contribuição do sistema natural de apoio precisamos remover a dicotomia nós/eles entre os “profissionais” e a população útil. Em tempos de grande trauma a comunidade inteira, incluindo os seus próprios profissionais está impactada. Uma divisão artificial entre aqueles que “sabem e devem fazer” versus aqueles definidos como “oprimidos e necessitando ajuda,” é contraproducente. Durante tempos de trauma, nós podemos trocar de uma posição para a outra e é importante para os profissionais compreenderem suas próprias reações aos eventos traumáticos, para serem capazes de contribuir para a recuperação de uma comunidade.

inserir Figura 2

As abordagens da resiliência da comunidade estão sistematicamente focadas e direcionadas para múltiplos planos e temas no processo de recuperação. Uma falha de muitos programas de trauma é que eles orientam o trauma primariamente para o plano do individual, enquanto ignoram o contexto mais amplo. Ambos, o Mapa do Plano Multissistêmico (fig. 2) e o Mapa da Esfera Transacional são úteis para planejar estratégias de intervenções que levem em conta o impacto e os recursos de cada plano. A desorganização que atinge os sistemas familiares, organizações de trabalho e estruturas comunitárias são, geralmente, os mais debilitados porque eles conduzem à fragmentação, ao conflito e à desestabilização da comunidade.

Contribuição do impacto de trauma passado

A perda de esperança e da visão positiva é a raiz da transmissão de padrões intergeracionais negativos que se desenvolvem como consequência de um trauma severo, quando múltiplos níveis e muitas pessoas foram afetadas e estão oprimidas. Conforme visto acima, padrões disfuncionais costumam desenvolver-se, a partir de tentativas passadas de adaptação e o impacto é visto em um nível da comunidade com seqüelas tais como adição, depressão, violência e distúrbios de estresse pós-traumático. Uma compreensão da história das comunidades convivendo com desastres provê uma perspectiva muito diferente dos problemas. Por exemplo, muitas comunidades de refugiados políticos também vivenciaram severos desastres naturais e, concomitantemente, a perda e a miséria em seus países de origem. Esta experiência passada invariavelmente ocupa um papel crucial em como eles interpretam e lidam com suas circunstâncias correntes. Compreender esta experiência é um componente essencial para estabelecer prevenção e programas de intervenção eficazes.

Acessando resiliência em operação

Com a finalidade de acessar os aspectos práticos da resiliência, precisamos examinar os fatores que diretamente impactam o processo, a estrutura, a função e a organização da família e da comunidade. Por exemplo, que recursos são possíveis dentro da família e da comunidade como um todo? Se presentes, como estão eles sendo acessados e utilizados? Qual é o grau de estresse e o peso dos estressores, grau de estresse e de recursos? A conexão e continuidade do processo de transição foi desorganizada. As famílias e as comunidades sabem suas histórias sobre adversidades passadas e como foram superadas? O montante de resistência e temas de resiliência foram mobilizados em vez da vulnerabilidade no esforço e no sofrimento?

“As pessoas possuem muitas competências e recursos que podem contribuir para a cura. Os membros da comunidade com diferentes experiências e idades contribuem de diferentes modos para a resiliência da comunidade. Os mais velhos trazem lembranças de lutas com tragédias anteriores, enquanto as crianças podem renovar a espontaneidade e a capacidade para brincar. As pessoas carregam uma diversidade de resistências e habilidades de acordo com a ocupação e os talentos – de artísticos a habilidades de administração organizacional, do sublime ao mundano. Esta recuperação deve ser um processo criativo, originando-se da sinergia de vários atores da comunidade, caminhando juntos para trabalhar em torno de um propósito comum.” (Saul, 2004).

III. Resiliência baseada na intervenção da comunidade

Como evidente no Caso 2, o processo de participação e intervenção é um continuum.

Caso 2: Província de Buenos Aires, Argentina: “10.000 líderes para a mudança”

Durante os fóruns comunitários descritos acima, membros representativos da comunidade, (mais ou menos 5.000) desenvolveram seus próprios conceitos de resiliência, usando palavras como “confiança, fé, convicção, esperança, lealdade, espiritualidade e sobrevivência.” Seguindo um protocolo de orientação, eles dividiram-se em pequenos grupos de discussão, cada um representando um setor da comunidade. Cada grupo estabeleceu suas principais metas para o futuro, todas relacionadas às metas estabelecidas pelo Ministério, mas muitas também desenvolvidas por eles mesmos.

Os grupos trabalharam como equipe colaborativa para selecionar seus “elos comunitários” com a finalidade de unir os profissionais e os profissionais do Ministério com o grupo de trabalho da comunidade, identificando as tarefas a serem trabalhadas para atingir suas metas. Estas tarefas incluíam a participação de idosos não aparentados providenciando cuidados com crianças de pais solteiros após a escola, o desenvolvimento de grupos de estudo à noite, colaboração com a polícia para auxiliar um vizinho de assédio de traficantes de drogas e estabelecendo uma organização formal “Padre a Padre” para ajudar pais de crianças em conflito com problemas de abuso de substâncias psicoativas.

Para manter a comunidade informada de seu progresso, o Ministério comprometeu-se a divulgar breves boletins diários na mídia nacional, informando os resultados dos grupos de trabalho. Em um período de dois anos, houve 200% de aumento na admissão ao tratamento de jovens com problemas com álcool e abuso de drogas.

Em uma instância maior, um número importante foi trazido para receber suporte por parte de seus familiares em seus tratamentos.

1. Princípios do modelo de resiliência comunitária LINC

Algumas das filosofias e princípios da Terapia Familiar Transicional e do Modelo LINC estão ilustradas nos exemplos acima mencionados.

Princípios

- Garantir que haja um convite, uma permissão para se conquistar a confiança da comunidade,
- Comprometer-se com o sistema todo da comunidade, incluindo representações dos indivíduos e subsistemas de cada grupo cultural e étnico, econômico e cultural,
- Identificar scripts, temas e padrões através das gerações e história da comunidade,
- Manter a sensibilidade aos assuntos da cultura, gênero e espiritualidade,
- Encorajar o acesso a todos os recursos naturais e auxiliar (biopsicossocial, cultural, ecológico),
- Construir um contexto de prevenção e manejo efetivo pela colaboração através de todos os sistemas,
- Promover um equilíbrio das atividades e a comunhão na comunidade,
- Desenvolver os recursos existentes,
- Programar metas e orientação para o futuro dentro do interesse da comunidade,
- Utilizar recursos em projetos práticos e transformar metas em tarefas realistas,
- Prover o processo, deixando a responsabilidade do conteúdo e metas a cargo da comunidade,
- Encorajar elos comunitários (agentes naturais de mudança) a tornarem-se líderes em suas comunidades,
- Quanto mais periféricos estivermos, mais bem sucedido será o programa e a comunidade,
- O sucesso do projeto pertence à comunidade.

Aplicando estas linhas mestres às comunidades traumatizadas, queremos esclarecer alguns pontos. Precisamos encontrar meios de capacitar as famílias e comunidades a garantir que cada esforço é feito para remover qualquer sensação de responsabilidade, vergonha e culpa experimentada como resultado de seus sofrimentos e perdas. Uma das primeiras tarefas é ajudá-los a identificarem seus recursos. O Mapa de Campo Transicional e o Mapa de Planos Multissistêmicos fornecem um gabarito fácil para isto. A utilidade dos recursos varia com o tipo de trauma sofrido. Por exemplo, após um terremoto, no plano individual deve envolver controle do medo, a fim de ser capaz de encontrar instrumentos de sobrevivência ou sair de uma situação potencialmente perigosa ou de ameaça à vida. Em termos de recursos sociais, isto significa encontrar qualquer membro da família ou do sistema natural de apoio, onde a pessoa é recolocada mesmo temporariamente, nas proximidades de antigos amigos e vizinhos. No plano do sistema maior, pode significar recriar os rituais, rotinas e ambiente cultural da comunidade (Landau, 1982; Landau-Stanton, 1986; Landau, 2003).

Criatividade é um dos recursos centrais no processo de cura (Saul, 1999). O estímulo à criação, à elaboração de objetos, à simbolização, à reconstrução do que foi destruído, à externalização de lembranças de sofrimentos, de modo que elas possam ser comunicadas aos outros e transformadas, é inerente à capacidade adaptativa humana em tempos de destruição. Nosso trabalho psicoterapêutico com crianças mostrou-nos que o processo criativo é sinônimo de processo de cura. As crianças encontram meios de curar-se das experiências dolorosas e traumáticas através do brincar e de expressões artísticas. Os adultos são geralmente reprimidos por sua confiança nas palavras. A linguagem da imaginação pode engajar a pessoa em todas as suas capacidades e é crucial no processo de recuperação. Além disso, a expressão criativa é o modo de reconectar o processo transicional, seus mitos, histórias, sobrevivência e recursos através do tempo.

Um dos fatores principais é a continuidade da família. Quando as crianças são separadas de seus pais, a descontinuidade prejudica a cura da comunidade. Isto também ocorre, muitas vezes, quando as múltiplas organizações de fora entram em uma comunidade para “ajudar.” Elas, inadvertidamente, reduzem a eficiência da comunidade para tomar iniciativas por ignorarem a importância da integridade e continuidade da família.

Outros princípios administrativos incluem identificar modelos e pessoas através das gerações e através da história e contexto corrente da comunidade, incluindo a diversidade cultural e econômica. Uma vez que o trauma severo geralmente resulta em grandes seqüelas físicas e clínicas, com o resultado da perda da vida e um resultante tempo de repressão e retorno ao ciclo de vida familiar, precisamos ajudar as famílias e as comunidades a trabalharem através das transições não resolvidas, particularmente assuntos de luto e perda.

Um dos mais importantes processos para a cura é a reunião das pessoas, permitir-lhes reconectar-se, para adquirirem um senso de apoio mútuo e compreensão da normalidade das suas respostas. Elas também necessitam compartilhar suas histórias de sobrevivência através do tempo para reforçar suas idéias de resiliência e esperança para o futuro. Os rituais que mantêm a comunidade viva através do tempo são críticos para restabelecer a rotina e fornecer uma forma para a ação construtiva da comunidade. Com a finalidade de compreender a grande perda, precisamos compreender como o grupo de identidade é formado por suas crenças culturais sobre morte e perda e por seus rituais e tradições das privações (Eisenbruch, 1991). Por exemplo, um grupo de freiras em El Salvador foi chamado para ajudar a comunidade a lidar com a exumação de corpos de túmulos coletivos. Elas trabalharam com a comunidade, revendo suas crenças culturais e espirituais e práticas para desenvolver um ritual comunitário para o processo. O ritual desenvolvido pela comunidade auxiliado por seus

párocos locais, agrupou sistemas de crenças tão variados como fé católica e práticas indígenas maias. Os padres católicos utilizaram seus componentes católicos, enquanto os curandeiros indígenas maias utilizaram os seus (Ford & Searing, 2000).

Em termos práticos, os membros da comunidade necessitam estabelecer um equilíbrio de agentes e comunidade (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992) com a finalidade de alcançar a cooperação. Os profissionais precisam estar prontos para delegar, encaminhar e colaborar quando necessário, mais do que pensar que eles são os únicos capazes de prover apoio e sabedoria.

2. Unindo a comunidade

O princípio que guia a união é aquele nos quais os profissionais deveriam fortalecer os sistemas naturais de apoio, mais do que se esforçar para controlá-los ou deslocá-los. É crítico para os profissionais assegurar que eles foram convidados como parceiros, não como intrusos, e que respeitam e validam a inerente competência da comunidade a qual eles pertencem. Quando o sistema natural de apoio está funcionando bem, o sistema de apoio auxiliar colabora com o sistema de trabalho de forma organizada e eficiente como para apoiar o processo de recuperação da comunidade. Os profissionais movem-se na direção que a comunidade escolhe e as intervenções conduzem ao retraimento do apoio auxiliar permitindo e encorajando a comunidade a voltar a funcionar. As ações são mais bem coordenadas e orientadas para as metas, quando os pontos são claros do início ao fim. Quando há pouco ou nenhum encorajamento do sistema natural de apoio, os membros do sistema de apoio auxiliar tendem a mover-se para uma substituição dos membros da família e do sistema natural de apoio. Ao contrário, eles podem favorecer a recuperação provendo um contexto organizado dentro do qual a comunidade pode aplicar sua própria capacidade para tomar conta da direção da mudança.

É muito fácil para o sistema de apoio auxiliar assumir porque, durante os tempos de trauma, o senso de competência e adequação da população local está geralmente diminuído pela opressão, incerteza e desconhecimento da situação. Ou, elas podem sentir que sua competência prévia é irrelevante e que elas não têm habilidade ou sabedoria para lidar com as novas realidades. Recordando as lembranças de sobrevivência de suas famílias intergeracionais e de suas comunidades através do tempo, as pessoas tornam-se cientes que possuem forças inerentes às quais podem transmitir para as futuras gerações. A história

relembra-os que a competência e habilidades demonstradas por seus sofrimentos ainda estão disponíveis, no meio de seu próprio trauma e perda.

3. Vínculos familiares e da comunidade (vínculo terapêutico)

Um componente integral do modelo LINC é trabalhar com agentes naturais de mudança de suas próprias comunidades, a quem referimos como “Elos Terapêuticos ou Elos Familiares e Comunitários”. Os profissionais são “Facilitadores de Vínculo”, que foram treinados (como fizemos na Argentina) em administrar fóruns comunitários e orientar as comunidades através do processo. Vínculos com a comunidade permitem-nos o acesso às famílias extensas tradicionais, que normalmente, devido sua cultura e/ou circunstâncias, não convidam e não aceitam pessoas de fora. Elas frequentemente procuram ajuda ou cuidado na crise e abandonam tão logo a crise está resolvida.

Os vínculos com a comunidade permitem efetiva colaboração, sem que profissionais de fora se introduzam em suas comunidades e privacidade. Isto constitui a decisão da maior importância às pessoas cujas vidas serão mais impactadas. Nós somos responsáveis por facilitar que eles possam construir sua própria infraestrutura para resiliência. Com profissionais orientados sistemicamente, nós os provemos com o processo e as técnicas, e então os deixamos acessar sua competência, assim que projetos em diferentes comunidades são variados, culturalmente e contextualmente apropriados, porque o que emerge pertence a eles, não a nós.

Os Vínculos Comunitários estão capacitados a iniciar e manter o trabalho, mais tempo que nós, como profissionais de fora, poderíamos. Como vítimas individuais, famílias ou comunidades, eles podem desenvolver uma matriz de cura que une a comunidade inteira e perdura através do tempo.

Caso 1: As comunidades da Baixa Manhattan após 11 de setembro de 2001

Um jornalista que conheceu o segundo autor (Saul) que trabalha com trauma e jornalismo contactou-o para reunir-se com outros jornalistas que estiveram diretamente expostos aos eventos de 11 de setembro. Ele estava interessado em encontrar profissionais da saúde mental para auxiliá-lo e a seus colegas. Assim, convidei-o a frequentar os nossos encontros comunitários. Lá ele compreendeu que, ao invés de desenvolver um grupo de apoio, ele poderia contribuir mais como um Vínculo Comunitário. Reconhecendo sua competência e capacidade para curar-se, ele e um colega iniciaram uma rede de apoio de foto-jornalistas e

repórteres, os quais se encontravam mensalmente chamando a atenção internacional (Lisberg, 2003).

4. Construindo resiliência comunitária a longo prazo: prevenção e recuperação permanente

1. Temas de resiliência comunitária

Verificamos que resiliência comunitária conseqüente à trauma psico-social devastador, geralmente abarca os quatro temas seguintes (Saul, 2002b):

- *Construindo a comunidade e aumentando as conexões sociais como uma base para a recuperação.* A recuperação da comunidade inicia com a revisão das conexões sociais que foram destruídas pelos eventos traumáticos. Referido como a matriz da cura, enfatizamos o restabelecimento das antigas conexões da comunidade enquanto facilitam as novas (Landau, 1982; 2001; 2004). Isto inclui o fortalecimento do sistema de apoio social, construção de alianças, informação e o compartilhamento dos recursos.

- *Contando coletivamente a história da experiência da comunidade e a reação.* Uma parte importante do processo de cura comum é ter uma história validada e tornando-se uma parte da história coletiva que emerge após uma tragédia. Esta validação pela comunidade está geralmente descrita pelos que sobreviveram a grandes desastres como uma etapa crucial na recuperação de seu sentimento de bem estar. Conforme vimos em Nova York após 11 de setembro, a história que emergiu depois de tais eventos necessita ser aberta o suficiente para incluir as muitas e variadas histórias vividas. Isto pode ser problemático quando a narrativa dominante é restrita, rígida ou marginaliza segmentos da população (Salvatici, 2001). Como um claro exemplo disto, nas comunidades de língua árabe e mulçumana em Nova York e em todos os Estados Unidos, muitos membros enfrentaram tortura, detenção e deportação puramente como resultado de sua identidade. Invariavelmente é este povo que não tem voz, cuja história é excluída e que são depois vitimizadas após uma tragédia coletiva.

- *Re-estabelecendo o ritmo e as rotinas da vida e engajando-se nos rituais coletivos de recuperação.* Vigílias espontâneas na vizinhança, rituais de aniversário e eventos comunitários marcando mudanças sazonais e feriados são importantes para as comunidades reconectarem-se com os ritmos temporais estabelecidos a longo prazo e para processar os sentimentos dissonantes associados com os acontecimentos do grande trauma. Muitos exemplos disto emergiram seguindo os eventos traumáticos de 11 de setembro (Fullilove, 2002; Fullilove & Saul, 2004).

- *Chegando a uma visão positiva do futuro com esperança renovada.* Muitas das reações coletivas ao 11 de setembro foram tentativas de restabelecer a esperança para o futuro. Uma das questões mais importantes enfrentadas pelas comunidades após uma catástrofe é, “Como movermo-nos das lembranças assustadoras da tragédia para uma visão do futuro que incorpore as novas realidades que nós enfrentamos?” O processo pelo qual uma comunidade desenvolve uma visão positiva do futuro é uma etapa importante nesta recuperação (Chemtob, 2002).

2. Exemplos de resiliência comunitária após o trauma

Cada projeto de resiliência comunitária descrito abaixo ilustra um ou mais destes temas. Os projetos escolhidos refletem as necessidades particulares de cada comunidade, onde elas estão no processo de recuperação, se elas previram ou temiam outro evento traumático severo, e como elas percebem sua capacidade para recuperar-se.

Caso 1: A comunidade da Baixa Manhattan após 11 de setembro de 2001

Na Baixa Manhattan, as comunidades escolares após 11 de setembro, tiveram a atenção direcionada para o potencial de patologia em crianças e houve pouco espaço para os pais discutirem seus interesses. Em janeiro de 2002, com o plano de retornar as crianças para suas escolas no fim do mês, muitos pais sentiam-se desconfortáveis por ter que ir pela primeira vez ao local onde, quatro meses antes, eles enfrentaram o horror. Pais, professores, psicólogos escolares e componentes dos grupos de apoio fizeram contato através das comunidades escolares, permitindo compartilhar as idéias de como orientar os assuntos emocionais de crianças e adultos.

Os grupos de apoio mais tarde desenvolveram uma série de fóruns comunitários (semelhantes àqueles da Argentina) dirigidos por Chemtob e expandiram a noção de recuperação em torno de um primeiro foco sobre as reações do estresse individual para uma noção mais ampla de grande recuperação da comunidade. Neste contexto, suas variadas reações poderiam ser normalizadas e uma estrutura apresentar os estágios através dos quais uma comunidade deve passar após um desastre.

(1) “Unidos nós resistimos”: Em um estágio inicial, as pessoas experimentam choque e então permanecem unidas, compartilhando e mantendo baixa sua guarda;

(2) “Melado e campo minado”: À medida que as pessoas começam a ficar cansadas e irritadas, com estresse acumulados, ânimos exaltados, refugiam-se em grupos onde sentem-se

seguras. Durante este estágio, era importante demonstrar que havia maneiras de reduzir o estresse e a tensão na comunidade; e

(3) “Uma visão positiva da recuperação”: Neste estágio, a comunidade permanece unida para construir a esperança para o futuro, adquirindo uma compreensão de que a recuperação não é um processo passivo, mas uma conseqüência de uma enérgica união para um propósito comum.

Durante cada encontro, o grupo divide-se em grupos menores de acordo com a idade das suas crianças, para discutir seus interesses e modos de aumentar suas habilidades como pais e professores e com a finalidade de melhor ajudar as crianças. Isto incluía uma conversação coletiva sobre como pais e professores poderiam tomar conta de si mesmos e apoiar-se mutuamente. Durante este processo, observamos que havia uma sutil modulação ao nível da comunidade. Quando as pessoas comportavam-se de modo acentuadamente aflitivo, superestimando perigo presente e futuro, eles recebiam *feedback* construtivo, ajudando-as a tornar-se mais realistas em sua avaliação da ameaça. Da mesma forma, quando as pessoas tornavam-se muito irritadas, elas poderiam ser lembradas da necessidade de modular suas reações. Desta forma, a união da comunidade providenciava uma matriz de recuperação e apoio com testes de realidade saudáveis. Mesmo quando esta modulação era provida de um modo direto, e às vezes brutalmente honesta, era aceita com benevolência em virtude do sentido de apoio e união. Um videotape dos fóruns foi feito para distribuição aos pais (Saul & Ray, 2002).

A avaliação de necessidades da comunidade foi conduzida com uma centena de participantes dos fóruns das comunidades e a partir disto Downtown Community Resource Center for Lower Manhattan foi desenvolvido (ver www.communityresilience.org/nyc). A primeira meta foi providenciar um espaço público onde os membros da comunidade poderiam reunir-se e compartilhar idéias, projetos, recursos e criatividade combinada. Através do Centro, os laços da comunidade estavam capacitados a engajar membros da comunidade para desenvolver um número de projetos de atividades, todos os quais ainda estão funcionando (no fim de 2003). Estes incluem: um arquivo de vídeo narrativo; um anfiteatro para apresentar projetos, vários projetos de arte; a produção de uma iniciativa de resposta e um estado de preparação de desastres baseado na comunidade, um manual de divulgação; um website comunitário; um programa educativo de computador para cidadãos idosos; programas de apoio para colegas, incluindo um para artistas e o grupo de jornalistas mencionados acima; e uma escola de Samba.

Caso 2: Província de Buenos Aires, Argentina: “10.000 líderes para a mudança”

Algumas das atividades e grupos que se desenvolveram em diferentes comunidades na Província de Buenos Aires incluíram: uma parceria da polícia, pessoal de escola, pais e residentes comunitários para expulsar negociantes de drogas da vizinhança; o grupo de pares “Padre a Padre”, o qual cresceu em uma iniciativa no âmbito nacional e que continua a encontrar-se; um programa noturno de educação para a cultura, habilidade profissional e de gerência de trabalhos manuais; e um grupo social para crianças e famílias dos militares para sentirem-se integrados às comunidades onde estavam lotados.

Outros exemplos de diferentes contextos incluíram grupos de discussão em torno do trauma das inundações e terremotos em Taiwan; uma prevenção de âmbito nacional e um programa de intervenção para adição, violência e HIV/AIDS na Hungria; e, na comunidade de refugiados liberianos em Nova York, um projeto transgeracional de história oral, uma tarefa dirigida para a educação dos jovens, um grupo de rap, e um programa de educação de computadores para adolescentes.

Conclusão

Estimulando a resiliência inerente das comunidades, os profissionais podem melhor favorecer sua recuperação do trauma devastador e perda. Abordagens multissistêmicas podem ser capitalizadas efetivamente na riqueza dos recursos do indivíduo, família, e comunidade que são os componentes críticos da recuperação. Nossa estrutura e experiência conceitual enfatizam que é de vital importância identificar estes recursos e trabalhar com os membros da comunidade como Elos Comunitários para criar uma matriz de recuperação através da comunidade. Esta abordagem pode ser muito efetiva para assegurar a viabilidade a longo prazo e a esperança para o futuro.

Referências bibliográficas

- Antonovsky, A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Auerswald, E. H. (1983). The gouverneur health services program: an experiment in ecosystemic community care delivery. *Family Systems Medicine*, 1(3), 5-24.
- Bell, C. C. (2001). Cultivating resiliency in youth. *Journal of Adolescent Health*, 29 (5), 375-381.
- Bentovim, A. (1995). *Trauma organized systems*. London: Karnac.

- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Boss, P. (2001). *Family stress management: a contextual approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Boss, P., Beaulieu, L., Wieling, E., Turner, W., & LaCruz, S. (2003). Healing loss, ambiguity, and trauma: a community-based intervention with families of union workers missing after the 9/11 attack in New York City. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (4), 455-467.
- Bowlby, J., (1969). *Attachment and loss: Vol. 3 Loss. Sadness and depression*. London and New York: Hogarth.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Byng-Hall, J., (1988). Scripts and legends in family therapy. *Family Process*, 27 (2), 167-180.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating post-traumatic growth: a clinician's guide*. New York: Lawrence Erlbaum, Assoc.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives*. (3rd ed.). Boston: Allen & Bacon.
- CASA. (2003). Survey of 1,000 American teens ages 12-17 released Wednesday, February 21, 2001 by The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- Chemtob, C.M., & Taylor, T.L. (2002). The treatment of traumatized children. In Yehuda, R. (Ed.) *Trauma survivors: bridging the gap between intervention research and practice*. American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Chemtob, C. M. (2002, November). A public health approach to trauma recovery. a paper presented at a workshop of the International Trauma Studies Program, New York University, New York.
- Clark, C. R., McFarlane, A. C., Morris, P., Weber, D. L., Sonkilla, C., Shaw, M., Marcina, J., Tochon-Danguy, H. J., & Egan, G. F. (2003). Cerebral function in posttraumatic stress disorder during verbal working memory updating: a positron emission tomography study. *Biological Psychiatry*, 53 (6), 474-81.
- Danieli, Y. (1981). Differing adaptational styles in families of survivors of the Nazi Holocaust: some implications for treatment. *Children Today*, 10 (5).
- Danieli, Y. (1985). The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: a lesson from Holocaust Survivors and their children. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake*. (pp.295-313). New York: Brunner/Mazel.

- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology*. London: Free Press.
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of southeast Asian refugees, *Social Sciences & Medicine*. 33, 673-680.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the bio-psychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 13(5), 535-543.
- Figley, C. R., & McCubbin, H. I. (Eds.) (1983). *Stress and the family, Volume II: Coping with catastrophe*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (Ed.). (1996). (Ed.). *Death and trauma*. London: Taylor and Francis.
- Figley, C. R., & McCubbin, H. I. (Eds.) (1983). *Stress and the family, volume I: Coping with normative transitions*. New York: Brunner/Mazel.
- Ford, B., & Searing, V. (2000, April). Community approaches: mayan survivors in Guatemala. Paper presented at the International Trauma Studies Program, New York University.
- Fullilove, M. (2002, April). Together we heal: Community mobilization for trauma recovery. Paper presented at a meeting of Columbia University School of Public Health. New York.
- Fullilove, M., & Saul, J. (2004). Community psychiatry in the wake of Sept.11 in New York City. In Y. Neria, R. Gross, R. Marshall, R., E. Susser (Eds.), *September 11, 2001: Treatment, research and public mental health in the wake of a terrorist attack* (pp.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1996). What do we need to know to understand children in war and community violence? In R. J. Apfel & B. Simon (Eds.), *Minefields in their hearts: The mental health of children in war and communal violence* (pp. 33-51). New Haven: Yale University.
- Garbarino, J. (1992). *Children and families in the social environment* (2nd ed.) New York: Aldine de Gruyter.
- Garmezy, N., & Rutter, M. (1983). *Stress, coping and development in children*. New York and London: McGraw-Hill.
- Gavin, L. A., Wamboldt, M. Z., Sorokin, N., Levy, S., & Wamboldt, F. S. (1999). Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma. *Journal of Pediatric Psychology*; 24 (4): 355-65.
- Grotevant, M. D., & Cooper, C. R. (1998). Individuality and connectedness in adolescent development: review and prospects for research on identity, relationships, and context. In E. Skoe & A. von der Lippe (Eds.), *Personality development in adolescence: a cross national and life span perspective* (pp. 3-37). London: Routledge.

- Haley, J. (1980). *Leaving home: the therapy of disturbed young people*. New York: McGraw Hill.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Horwitz, S. H. (1996). Trauma due to unresolved grief and its effect on the family. In C. Figley (Ed.), *Death and trauma* (pp.). London: Taylor and Francis.
- Horwitz, S. H. (1997). Treating families with traumatic loss: transitional family therapy. In C. Figley, B. Bride, & N. Mazza (Eds.), *Death and trauma: the traumatology of grieving* (pp.). London: Taylor & Francis.
- Horwitz, S. H., (2001). Grief and cultural transition: a journey out of despair. In S. H. McDaniel, D. Lusteran, & C. L. Philpot (Eds.), *A casebook for integrating family therapy* (pp.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Igra, V. & Irwin, C. E., Jr. (1996). Theories of adolescent risk taking behavior. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen, & L.E. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp.). New York: Plenum Press.
- Klingman, A., & Cohen, E. (2004). *School-based multi-systemic interventions for mass trauma*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Landau, J. (1982). Therapy with families in cultural transition. In M. McGoldrick, J. K. Pearce, & J. Giordano (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (pp.). New York: Guilford Press.
- Landau, J. (1991, October). Community mobilization in the intervention and prevention of AIDS and drug abuse. Paper presented at the meeting of ASIBA and Pan South American Family Therapy Conference. Buenos Aires, Argentina.
- Landau, J. (1997). Whispers of illness: secrecy versus trust. In S. H. McDaniel, J. Hepworth, & W. Doherty (Eds.), *Stories in medical family therapy* (pp.). New York: Basic Books.
- Landau, J. (2001, November). Enhancing family and community resilience in the face of trauma: community outreach and organization. Presentation at the International Conference of the International Family Therapy Association. Brazil, Nov. 2001.
- Landau, J. (2003). Enhancing resilience: Families and communities as agents for change. Manuscript submitted for publication.
- Landau, J., Cole, R., Clements, C. D., & Tuttle, J. (1995). Link individual family empowerment (LIFE): a method for facilitating family resilience through re-storying the Transitional Pathway. Unpublished manuscript.

- Landau, J., Cole, R., Tuttle, J., Clements, C.D., & Stanton, M.D. (2000). Family connectedness and women's sexual risk behaviors: implications for the prevention/intervention of STD/HIV infection. *Family Process*, 39 (4), 461-475.
- Landau, J., Garrett, J., Shea, R., Stanton, M. D., Baciewicz, G., & Brinkman-Sull, D. (2000). Strength in numbers: using family links to overcome resistance to addiction treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 379-398.
- Landau, J., Griffiths, J. A., and Mason, J. (1981). The extended family in transition. *Psychotherapeia*, October, 7 (4).
- Landau, J., & Stanton, M. D. (2003). A model for alcoholism and addiction within the family: I. Intergenerational genesis and the "When did it start?" question. Manuscript submitted for publication.
- Landau-Stanton, J. (1986). Competence, impermanence, and transitional mapping: A model for systems consultation. In L. C. Wynne, S. McDaniel, & T. Weber (Eds.), *Systems consultations - a new perspective for family therapy* (pp. 253). New York: Guilford Press.
- Landau-Stanton, J. (1990). Issues and methods of treatment for families in cultural transition. In M. P. Mirkin (Ed.), *The social and political contexts of family therapy* (pp.). Massachussets: Allyn and Bacon.
- Landau-Stanton, J., & Clements, C. (1993). *AIDS, health and mental health: a primary sourcebook*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Lee, M. B. (2002). Personal communication. Taipei, Taiwan.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality: selected papers by Kurt Lewin*. Translated by Donald K. Adams and Karl E. Zener, 1st edition. New York and London: McGraw-Hill.
- Lisberg, A. (2003). 9-11 Journalists share memories, support. Retrieved September 24, 2003, from the University of Washington, Dart Center for Trauma and Journalism Web site: http://www.dartcenter.org/articles/oped/2003_07_11.html
- Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 Disaster victims speaks: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65 (3).
- Padgett, D. (2002). Social work research on disasters in the aftermath of the September 11 tragedy: reflections from New York City. *Social Work Research*, 23, 42-53.
- Perel, E., & Saul, J. (1989). A family therapy approach to Holocaust survivor families. In P. Marcus, & A. Rosenberg (Eds.), *Healing their wounds: psychotherapy with Holocaust survivors and their families*. New York: Praeger.

- Salvatici, S. (2001). Memory telling. Individual and collective identities in post-war Kosovo: The archives of memory. *Psychosocial Notebook*. International Organization for Migration: 2.
- Saul, J. (1999). Working with survivors of torture and political violence in New York City. *Zeitschrift fur Politische Psychologie*, 7 (1-2), 221 - 232.
- Saul, J. (2000). Mapping trauma: a multi-systemic approach. *Psychosocial Notebook*. International Organization for Migration. November.
- Saul, J. (2002a) Learning from humanitarian crises: community recovery in Manhattan, post 9/11. Presentation at the International Society for Traumatic Stress Studies Annual Meeting, Baltimore, MD. November
- Saul, J. (2002b, Sept. 11). Two pillars are crucial to helping children adjust, *New York Times*. p. 17.
- Saul, J. (2004). Promoting community recovery in downtown Manhattan. *BRIIFS: Bulletin of the Royal Institute for Interfaith Studies*.
- Saul, J. (Producer), and Ray, J (Director), (2002). *A partnership for kids: post 9/11 coping strategies for the school community*. [Video] New York: International Trauma Studies Program, New York University
- Saul, J., Ukshini, S., Blyta, A., & Statovci, S. (2003). Strengths based treatment of trauma in the aging: an Albanian Kosovar case study. In J. Ronch, & J. Goldfield (Eds.), *Mental wellness in aging: strength based approaches* (pp.). London: Health Professions Press.
- Seaburn, D., Landau-Stanton, J., & Horwitz, S (1995). Core intervention techniques in family therapy process. In R. H. Mikesell, D. D. Lusteran, & S. H. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: handbook of family psychology and systems theory* (pp.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sheinberg, M., & Fraenkel, P. (2000). *The relational trauma of incest: a family-based approach to treatment*. New York: Guilford Press.
- Stanton, M. D., & Landau, J. (2003). A model for alcoholism and addiction within the family: II. Intergenerational transmission, maintenance of symptoms, and the therapeutic implications. Manuscript submitted for publication.
- Stinnett, N., & DeFrain, J. (1985). *Secrets of strong families*. Boston: Little, Brown.
- Suddaby, K., & Landau, J. (1998). Positive and negative timelines: a technique for restorying. *Family Process*, 37 (3), 287-298

- Tuttle, J., Landau, J., Stanton, M. D., King, K., & Frodi, A. (In Press, 2004). Intergenerational family relations and sexual risk behavior in young women. *The American Journal of Maternal Child Nursing*.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press
- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42 (1), 1-18.
- Watson, W., & McDaniel, S. (1998). Assessment in transitional family therapy: the importance of context. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp.). Washington DC: American Psychological Association.
- Weine, S. (1999). *When history is a nightmare*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Tradução: Silvia C. Halpern e Lindoia Cusinato, terapeutas de família.

Este é o capítulo do livro *Vivendo Após a Perda* de F. Walsh e M. McGoldrick, Ed. Norton, 2004.

Recebido em 20/10/2004

Aceito em 05/11/2004