



Universidade Norte do Paraná

SISTEMA DE ENSINO PRESENCIAL CONECTADO
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

EVANILDE COSTA BANDEIRA

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Brasília,
2012

EVANILDE COSTA BANDEIRA

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Norte do Paraná - UNOPAR, como requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Professora Supervisora: **Amanda Boza Gonçalves**

Brasília,
2012

A Deus e a todos que me ajudaram de alguma forma a concluir este curso.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor pelo amor incondicional, pelo dom da vida, pelos amigos que me confiou, por todos que têm me apoiado nos momentos em que mais preciso.

À família, esteio de minha vida.

Aos professores, por sua dedicação e carinho.

Um menino foi ao mato com o pai e não quis mais voltar. Por um pouco de tempo, o pai o deixou só, dentro do mato. Quando voltou, não encontrou mais seu filho, pois este tinha rebentado seu corpo em pedaços. Com esses pedaços formou muitas plantas. De suas mãos, fez as folhas da mandioca, que pareciam dedos. De Seus dentes fez os grãos de milho. De suas unhas, as brancas sementes do amendoim. De seus olhos, as sementes grandes, brancas e redondas das favas, que têm uma mancha preta no meio – as pupilas do menino. O sulco de sangue formou o suco vermelho do urucum. A alma do menino foi morar dentro das flautas sagradas de bambu, de onde sai, cada vez que os homens tocam, a música sagrada na cabana das flautas.

(História de índios da região Centro-Oeste)

BANDEIRA, Evanilde Costa. **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**. 2012. 58folhas. Trabalho de Conclusão de Curso Serviço Social – Sistema de Ensino Presencial Conectado, Universidade Norte do Paraná, Brasília, 2012.

RESUMO

Trata-se de monografia cujo tema “Terapia Comunitária Integrativa” buscou inspiração no momento em que se escreveu o Projeto Roda Viva, a ser apresentado no Estágio Curricular Obrigatório III, o qual foi elaborado com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida aos servidores da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica. Dá enfoque aos seguintes eixos temáticos: A Terapia Comunitária Integrativa, O desenvolvimento da Terapia Comunitária, Determinantes sociais que conduzem à Terapia Comunitária Integrativa e O papel do assistente social na Terapia Comunitária Integrativa. Após o estudo chegou-se à seguinte conclusão: A Terapia Comunitária Integrativa reflete a vida do seu criador, Adalberto Barreto. Sua vida fala por si mesma.

Palavras-chave: Terapia Comunitária Integrativa. Desenvolvimento da Terapia Comunitária. Assistente Social.

BANDEIRA, Evanilde Costa. **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**. 2012. 58 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso Serviço Social – Sistema de Ensino Presencial Conectado, Universidade Norte do Paraná, Brasília, 2012.

ABSTRACT

This monograph whose theme "Integrative Community Therapy" sought inspiration at the time wrote the Roda Viva Project, to be presented at the traineeships III, which was drawn up with the objective of providing better quality of life to the servers of the Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. The methodology used was bibliographical research. Gives focus to the following main themes: Integrative Community Therapy, the development of Community Therapy, social determinants that lead to Integrative Community Therapy and the role of social worker in Integrative Community Therapy. After the study came to the following conclusion: Integrative Community therapy reflects the life of its creator, Adalberto Barreto. His life speaks for itself.

Key-words: Integrative Community Therapy. Development of the Community Therapy. Social Worker.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quando a boca cala...o corpo fala.....	16
Figura 2 – Nativos americanos.....	19
Figura 3 – Roda de Terapia Comunitária em parque de São Paulo.....	21
Figura 4 – Rodas de conversa de Terapia Comunitária Integrativa.....	22
Figura 5 – Teia de aranha.....	23
Figura 6 – XV Turma de formação em Terapia Comunitária Integrativa.....	29
Figura 7 – Imagem de convite às rodas de Terapia Comunitária.....	33
Figura 8 – Desigualdade Social.....	35
Figura 9 – O estresse.....	36
Figura 10 – Infância.....	37
Figura 11 – Exclusão social.....	38
Figura 12 – Ambiente de trabalho saudável.....	39
Figura 13 – Desemprego.....	40
Figura 14 – Apoio social na TC.....	41
Figura 15 – Drogas.....	42
Figura 16 – Pirâmide alimentar.....	43
Figura 17 – Roda de Terapia Comunitária.....	46
Figura 18 – Foto representativa da Assistência Social.....	47
Figura 19 – Desenho: roda de terapia.....	50

Figura 20 – Imagem: Roda de Terapia Comunitária.....	53
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária

AIDS – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CE – Ceará

Dra – Doutora

EFS – Estratégia Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

H - Hora

IBDPH – Instituto Brasileiro de desenvolvimento da Pessoa Humana

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

MISC/PB – Movimento Integrado em Saúde Comunitária/Paraíba

PB – Paraíba

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Terapia Comunitária

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNOPAR – Universidade Norte do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO DE REDES SOLIDÁRIAS	17
1.1 Conceito	17
1.2 Atributos	20
1.3 Objetivos	21
1.4 A construção de redes solidárias.....	22
1.4.1 O nascimento 22	
1.4.2 A formação na Paraíba	24
1.4.3 Curso de formação	25
2 O DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COMUNITÁRIA.....	30
3 DETERMINANTES SOCIAIS QUE CONDUZEM À TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA.....	34
3.1 As desigualdades sociais	34
3.2 O estresse	35
3.3 A primeira infância.....	36
3.4 A exclusão social.....	38
3.5 O ambiente de trabalho	39
3.6 O desemprego.....	40
3.7 O apoio social	40
3.8 Dependências.....	42
3.9 A alimentação.....	43
4 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA.....	44
4.1 A interdisciplinaridade e o Serviço Social.....	46
4.2 O assistente social e a Terapia Comunitária.....	48

CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES51

REFERÊNCIAS.....54

INTRODUÇÃO

E aí está a grande tarefa humanista e histórica dos oprimidos - libertar-se a si e aos opressores. Estes, que oprimem, exploram e violentam, em razão de seu poder, não podem ter, neste poder, a força de libertação dos oprimidos nem de si mesmos. Só o poder que nasce da debilidade dos oprimidos será suficientemente forte para libertar a ambos.

(FREIRE, 2005)

A presente monografia tem como objetivo geral “investigar como ocorre a Terapia Comunitária Integrativa como instrumento de construção de redes solidárias”. E como objetivos específicos: “explicar o desenvolvimento da Terapia Comunitária, identificar os determinantes sociais da saúde que podem levar à necessidade da Terapia Comunitária Integrativa e analisar o papel do assistente social na Terapia Comunitária Integrativa”.

Para alcançar tais objetivos, fez-se necessário realizar uma pesquisa bibliográfica junto a livros, jornais, revistas, doutrinas, *sites*, no intuito de buscar o conhecimento daqueles que anteriormente pesquisaram o assunto, de tal forma que as informações coletadas, estudadas e trazidas para este trabalho possam ser utilizadas por outros que o utilizem como fonte de pesquisa no momento de desenvolverem suas monografias ou trabalhos de conclusão de curso.

Desse modo, verificou-se que a Terapia Comunitária foi criada por Barreto, um brasileiro, sendo alicerçada em cinco grandes eixos teóricos: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a pedagogia de Paulo Freire e a resiliência.

Quanto aos seus atributos básicos, estes são: a) a discussão e a concretização de um trabalho de saúde, preventivo e curativo, que busca unir todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros etc; b) o destaque no trabalho de grupo, que dá origem à formação de grupos de mulheres, jovens, pessoas da terceira idade, para que, juntos, busquem soluções para os problemas cotidianos e possam funcionar como escudo protetor para os mais frágeis, sendo ferramentas de agregação social; c) o estabelecimento gradual da consciência social, que leva os indivíduos à tomada de consciência da origem e das implicações sociais da miséria

e do sofrimento humano e, sobretudo, do descobrimento de suas potencialidades terapêuticas transformadoras.

Apresentaram-se também os objetivos da TC: a) Robustecer a dinâmica interna de cada indivíduo; b) robustecer a autoestima individual e coletiva; c) redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, entre muitos outros.

Verificou-se que a TC nasceu no Ceará, mas expandiu-se pelo Brasil afora e até para outros países. E para exercer o papel de terapeuta comunitário, faz-se necessário realizar um curso de formação, cujos candidatos devem estar dispostos a acatar critérios como: ter disponibilidade de duas horas semanais para realizar as vivências, ter mais de 21 anos, mostrar interesse em trabalho de equipe, disponibilidade e condição de se ausentar da família e do trabalho durante a realização dos módulos da formação e consciência de que é uma ação institucional da política de saúde local e compromisso com o fortalecimento do SUS.

Também foi visto que a TC se desenvolve em passos predeterminados: Acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, conclusão e apreciação.

Finalmente, apontaram-se as causas comuns da mortalidade nas populações, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, são fortemente influenciadas pelo meio social, ou seja: as desigualdades sociais, o estresse, a primeira infância, a exclusão social, o ambiente de trabalho, o desemprego, o apoio social, as dependências e a alimentação. Tais elementos afetam o bem estar social e se constituem em determinantes sociais que podem conduzir os indivíduos à Terapia Comunitária.

Dessa forma, procurou-se responder ao problema de pesquisa: Como a Terapia Comunitária Integrativa valoriza as histórias de vida dos seus participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais?

A monografia está dividida em 4 capítulos. No primeiro capítulo abordou-se a Terapia Comunitária Integrativa como instrumento de construção de

redes solidárias. No segundo capítulo, verificou-se como acontece o desenvolvimento da TC. Ao terceiro capítulo coube o estudo dos determinantes sociais que podem levar à TC. Já o último capítulo e, não menos importante, estuda o papel do assistente social na TC, dando enfoque à interdisciplinaridade e à relação entre o assistente social e a TC.

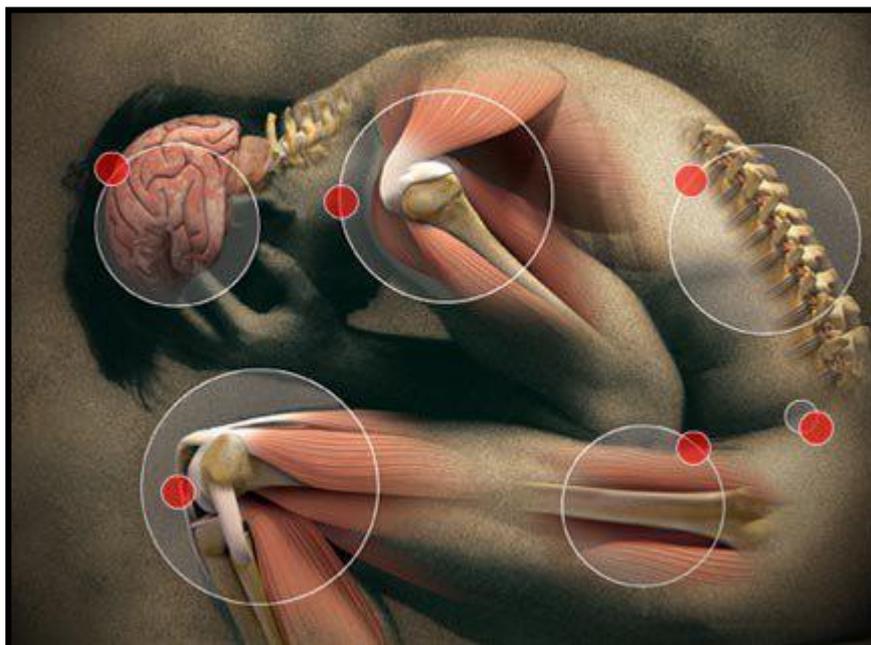


Figura 1: Quando a boca cala...o corpo fala. Disponível em: <<http://www.facebook.com/media/set/?set=a>>.

1 A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO INSTRUMENTO DE CONSTRUÇÃO DE REDES SOLIDÁRIAS

Isto sabemos.
todas as coisas estão ligadas
como o sangue
que une uma família...

Tudo o que acontece com a Terra,
acontece com os filhos e filhas da Terra.
O homem não tece a teia da vida;
ele é apenas um fio.
Tudo o que faz à teia,
ele faz a si mesmo.

(TED PERRY, inspirado no Chefe Seattle)

1.1 Conceito

A Terapia Comunitária – TC, criada por Barreto (2010), é uma terapia alicerçada em cinco grandes eixos teóricos: o pensamento sistêmico¹, que afirma que crises e problemas apenas podem ser entendidos e apresentar solução se os percebemos como pedaços integrados de uma rede complexa, a qual é cheia de ramificações ligando e relacionando as pessoas num todo que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade²; a teoria da comunicação³, a qual nos aponta para o fato de que a comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade, permitindo

¹ A teoria sistêmica propõe uma mudança do modelo linear do pensamento científico (padrão causa-efeito) pelo modelo circular (padrão interativo). Seguindo esse raciocínio, os acontecimentos que envolvem a vida cotidiana não são possíveis de serem explicados pela referência casual ou em função de decisões e ações individuais, mas em decorrência da ação dos sistemas socioculturais, em interação. Sendo assim, os problemas e os desafios do dia-a-dia devem ser percebidos como sistêmicos o que significa que estão interconectados e são interdependentes em seus contextos (HOLANDA, 2006, p. 25).

² Somos um todo, em que cada parte influencia e interfere na outra parte. Para enfrentar a vida com prazer e buscar a solução para os nossos problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais precisamos estar conscientes de que fazemos parte desse todo. Precisamos estar conscientes da globalidade em que estamos inseridos, sem perder de vista a relação entre as várias partes do conjunto a que pertencemos (BARRETO, 2010, p. 27).

³ [...] comunicar significa participar, trocar informações, tornar comuns aos outros, ideias e estados de espíritos, a comunicação pode ainda ser entendida como uma atividade educativa, já que há uma transmissão de ensinamentos, que moldam a disposição mental entre os que se comunicam. Como os homens têm necessidade de estar em constante relação com o mundo, com as informações e notícias, usa-se, então, a comunicação como mediadora na interação e na construção social (HOLANDA, 2006, p. 28).

compreender que todo comportamento, todo ato, seja verbal ou não, individual ou grupal tem valor de comunicação num processo de entendimento das várias possibilidades de significados e sentidos ligados ao comportamento humano; a antropologia cultural, cujos conhecimentos chamam a nossa atenção para a importância da cultura como o referencial a partir do qual cada membro de um grupo se baseia, retira sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazer suas opções no cotidiano; a pedagogia de Paulo Freire⁴, que nos lembra de que ensinar é exercitar o diálogo, a troca, a reciprocidade; a resiliência⁵, a qual se trata de importante fonte de conhecimento que nasce da história pessoal e familiar de cada um.

O pensamento sistêmico⁶, um dos pilares da terapia comunitária, como já mencionado, já é objeto de estudo de inúmeros autores. Para Capra (s/d), quanto mais estudamos os principais problemas da atualidade, mais percebemos que eles não podem ser entendidos de modo isolado. São problemas sistêmicos, pois estão interligados, sendo interdependentes. Assim, somente será provável estabilizar a população quando a pobreza for reduzida em esfera mundial. A extinção de espécies animais e vegetais numa escala massiva perdura enquanto o Hemisfério Meridional estiver sob o fardo de enormes dívidas. A falta dos recursos e a degradação do meio ambiente são combinadas a populações em rápida expansão, levando ao colapso das comunidades locais e à violência étnica e tribal, a qual se tornou a característica mais importante da era pós-guerra fria.

⁴ A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade, ou a perdem, não podem se aproximar do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Nesse lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que em comunhão buscam saber mais. (PAULO FREIRE, 1983, p. 95).

⁵ As crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um, expostos ao grupo, são utilizados como matéria-prima em um trabalho de criação gradual de consciência social, para que os indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano. (BARRETO, 2010, p. 32).

⁶ A principal característica do pensamento sistêmico emergiu simultaneamente em várias disciplinas na primeira metade do século, especialmente na década de 20. Os pioneiros do pensamento sistêmico foram os biólogos, que enfatizavam a concepção dos organismos vivos como totalidades integradas. Foi posteriormente enriquecido pela psicologia da Gestalt e pela nova ciência da ecologia, e exerceu talvez os efeitos mais dramáticos na física quântica. Uma vez que a ideia central do novo paradigma refere-se à natureza da vida, vamos nos voltar primeiro para a biologia (CAPRA, s/d, p. 23).

Sobre a denominação Antropologia cultural, outro pilar da TC, também citada, esta tem sido usada nos Estados Unidos desde a época de Franz Boas⁷. De fato, ele e seus discípulos são classificados como culturalistas. O fato de que alguns de seus discípulos concederam à cultura um caráter superorgânico como A. L. Kroeber e E. Sapir, especialmente, fez que este fosse o adjetivo característico da antropologia norte americana. No Reino Unido a denominação habitual desde a época de A. R. Radcliffe-Brown tem sido a de antropologia social (PELLON, 2010).



Figura 2: Nativos americanos. In: Nordisk familjebok (1904).
Licença: Domínio Público.

Tais pilares fortalecem a TC, devido ao arcabouço científico no qual se baseia. Para Fukui (2004), a terapia comunitária é uma prática de efeito terapêutico, que se destina à prevenção na área da Saúde e ao atendimento de

⁷ Antropólogo norte-americano de origem alemã, nascido em 1858, Franz Boas é geralmente considerado o pai da Antropologia (EQUIPA KNOOW.NET).

grupos heterogêneos, o qual evidencia um desejo comum que é o desafogo de seus sofrimentos e a procura de bem-estar. A Terapia Comunitária origina a construção de vínculos solidários gerando uma rede de apoio social, revigorando os vínculos e impedindo a desintegração social, onde a comunidade busca a solução de seus problemas que se encontra ao alcance da coletividade.

Barreto (2010) afirma que a Terapia Comunitária brotou das queixas sociais expostas por pessoas que moravam numa favela em Fortaleza chamada Pirambu, no Ceará. Tais questões se relacionavam a problemas psicológicos e relacionamentos familiares levantadas pelo Projeto de Apoio aos Direitos Humanos existente naquela favela. O projeto foi criado por um advogado, Airton Barreto, que quando estudante escolheu conviver de perto com os problemas das pessoas dessa comunidade. Adalberto de Paula Barreto, irmão do advogado, médico psiquiatra, solicitou ajuda para o atendimento a esta população.

Segundo Camerotti *et al* (2009) a Terapia Comunitária aparece tal qual um recinto onde se conversa sobre os desgostos e probabilidades de prevenção das consequências do stress comum com o objetivo de garantir o resgate da autoestima imprescindível para a exercício de transformações em suas vidas. Trata-se de um método tecnológico para o trabalho terapêutico em grupo, que objetiva promover a saúde na atenção primária em saúde mental, instigando a comunidade a utilizar sua inventividade que vem da própria cultura.

1.2 Atributos básicos

Os atributos básicos da Terapia Comunitária são: a) a discussão e a concretização de um trabalho de saúde, preventivo e curativo, procurando conectar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros; b) o destaque no trabalho de grupo, originando a formação de grupos de mulheres, jovens, pessoas da terceira idade, para que, unidos, procuram soluções para os problemas cotidianos e possam laborar como escudo protetor para os mais frágeis, sendo ferramentas de agregação social; c) o estabelecimento gradual da consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento

humano e, especialmente, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras (BARRETO, 2010).



Figura 3: Roda de Terapia Comunitária em parque de São Paulo. Disponível em <noticias.uol.com.br>.

1.3 Objetivos

Barreto (2010) assevera que a Terapia Comunitária possui os seguintes objetivos: a) Robustecer a dinâmica interna de cada indivíduo; b) robustecer a autoestima individual e coletiva; c) redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo; d) estimar o papel da família e da rede de relações que ela forma em seu meio; e) provocar, em cada pessoa, família e grupo social, seu sentimento de união e identificação com seus valores culturais; f) melhorar o desenvolvimento comunitário, através da prevenção e combate às situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, por meio da restauração e fortalecimento dos laços sociais; g) motivar e estimar as instituições e práticas culturais tradicionais; h) possibilitar a comunicação entre as diferentes maneiras do saber popular e saber científico; i) estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais.



Figura 4: Rodas de conversa da Terapia Comunitária. Nela, os participantes partilham vivências sem distribuir conselhos ou fazer julgamentos. Foto do site <<http://elosdasaude.wordpress.com/category/terapia-comunitaria-integrativa/>>.

1.4. A construção de redes solidárias

1.4.1 O nascimento

A terapia comunitária nasceu em 1987 em uma localidade com aproximadamente 50 mil habitantes na favela de Pirambu, em Fortaleza – CE. No período, o psiquiatra Adalberto Barreto lecionava medicina na Universidade Federal do Ceará e muitos casos de repercussão psíquica eram remetidos à faculdade. Mas como não tinha remédio para todos, Adalberto e um grupo de alunos resolveram mudar o rumo das coisas, indo até a favela. Naquele dia havia umas 30 pessoas para serem atendidas, mas não havia remédio para todos. A solução encontrada por ele foi ouvir as pessoas. Ele e seus alunos notaram que a maioria só queria desabafar, não precisava de medicamento. Foi a partir da experiência que

nasceu a técnica que trata e acolhe o sofrimento. O criador da terapia conta que a técnica anseia unir o saber acadêmico ao popular. E tal experiência tem sido aplicada também em outros países da América Latina, como Uruguai e Chile, e até na África e Europa (PRATES, 2010).

O símbolo que representa a Terapia Comunitária é a teia da aranha⁸. Esta é fonte de vida e vínculo vital para a aranha, simulando para o grupo de TC a união, algo que é essencial para a comunidade (CARÍCIO, 2010).

A teia de aranha lembra redes, vínculos, participação. Franco (2009) afirma que quanto maior o número de redes, quanto mais processos democrático-participativos ocorrerem, mais capital social existirá, assim como mais desenvolvimento comunitário haverá. Logo, é necessário investir mesmo no capital social, o que significa investir em redes e em democracia local, ou seja, desconstituir as formas de organização piramidais e os processos de decisão centralizadores.

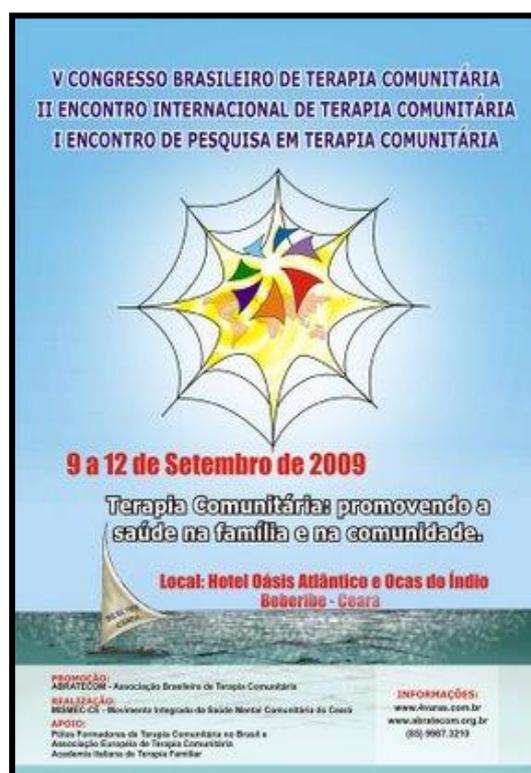


Figura 5: Teia de aranha, símbolo da TC.
Disponível em < mitco-nf.blogspot.com>.

⁸ Os índios Tremembé que habitam o Nordeste Brasileiro dançam o torem, uma dança em ritmo de xote, através do qual invocam e imitam os animais com os quais, no passado, aprenderam uma lição. Dentre os animais reverenciados temos a aranha. Com a dança da aranha os índios nos lembram que ela sem a teia é como uma comunidade sem vínculos (BARRETO, 2010).

1.4.2 A formação na Paraíba

Na Paraíba a formação em TC começou em João Pessoa em janeiro de 2007 com duas turmas pioneiras, uma formada por 63 trabalhadores da Estratégia Saúde da Família – ESF, CAPS e representantes da gestão da Secretaria Municipal de Saúde – SMS do município de João Pessoa e outra por 43 trabalhadores da ESF dos municípios do Conde, São Bento e Pedras de Fogo. Esta primeira formação em TC surgiu da parceria técnica entre a SMS de João Pessoa - PB na gestão da Dra. Roseana Meira (2005 - 2008), Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana (IBDPH), SMS Pedras de Fogo – PB, Conde – PB e São Bento – PB e a Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Tal parceria foi possível também pela disponibilidade de recursos financeiros oriundos da Secretaria Antidrogas do Ministério da Justiça – (MJ (CARÍCIO, *opus cit*).

Os resultados positivos da formação em TC da primeira turma induziram em 2008 a SMS de João Pessoa a procurar mais parcerias para assegurar novas formações em TC. Nessa acepção, através da Portaria da Educação Permanente em Saúde – EPS do Ministério da Saúde – MS e em parceria com o Polo Formador em TC-PB, Movimento Integrado em Saúde Comunitária da Paraíba – MISC - PB, possibilitou-se organizar mais uma formação para 60 novos trabalhadores da ESF, CAPS, Hospitais Municipais e gestão da SMS. Também em 2008, no panorama nacional, o MS ao perceber a importância dessa ferramenta de cuidado, através da Secretaria de Atenção Básica, adota a TC como uma prática integrativa e complementar dentro da política do SUS e libera recursos financeiros, por meio de convênio com a ABRATECOM para o desenvolvimento de um projeto de formação de terapeutas comunitários (CARÍCIO, *opus cit*).

Para participação nesta formação, o trabalhador de saúde precisa estar vinculado à ESF. Tal convênio envolveu 100 Municípios, 15 Polos Formadores em TC, em vários Estados do país. Na Paraíba financiaram-se por esse convênio duas turmas de trabalhadores da ESF de cidades do Sertão. O município de João Pessoa - PB foi um dos primeiros a institucionalizar os encontros de Terapia Comunitária como ferramenta do processo de trabalho na Atenção Básica – AB, cujo objetivo é fortalecer as ações de transformação de práticas voltadas ao cuidado integral dos usuários, porque a TC é considerada um espaço de escuta, reflexão e

troca de aprendizagem, no qual a comunidade participa ativamente, levando o foco do atendimento individual para o coletivo fortalecendo o vínculo e a autoconfiança dos participantes (CARÍCIO, *opus cit*).

1.4.3 Curso de formação

Para selecionar os candidatos à formação realiza-se primeiramente um encontro de TC com o objetivo de divulgação e sensibilização da técnica aos trabalhadores de saúde e áreas afins. Assim, os interessados podem conhecer a dinâmica das rodas e as atribuições das equipes de terapeutas comunitários. Mas há alguns critérios que precisam ser acatados pelos candidatos para participarem da formação: ter disponibilidade de duas horas semanais para realizar as vivências (rodas de terapia comunitária), ter mais de 21 anos, mostrar interesse em trabalho de equipe (compartilhamento de dúvidas, conhecimentos, sentimentos e dificuldades), disponibilidade e condição de se ausentar da família e do trabalho durante a realização dos módulos da formação e consciência de que é uma ação institucional da política de saúde local e compromisso com o fortalecimento do SUS (CARÍCIO, *opus cit*).

Conforme o Movimento Integrado em Saúde e Comunitária da Paraíba – MISC/PB, a Formação em TC objetiva qualificar trabalhadores da saúde e áreas afins para atuação como terapeutas comunitários nos sistemas de promoção, proteção, prevenção e detecção precoce dos principais riscos e agravos, assim como na reabilitação e inclusão do indivíduo, da família e da comunidade, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS. Nessa linha de pensamento, pretende-se: começar um processo crítico reflexivo acerca da prática sanitária, na expectativa de valorizar o autoconhecimento como recurso de transformação pessoal e social; discutir e refletir acerca dos eixos teóricos da TC, a saber, visão sistêmica, teoria da comunicação, pedagogia problematizadora, antropologia cultural e resiliência, com vistas à aplicabilidade destes conhecimentos na prática profissional; estimular os trabalhadores para atuação na perspectiva do desenvolvimento de suas possibilidades para lidar com as crises, provocadas pela violência, abandono social, depressão coletiva e sofrimento cotidiano; promover o

desenvolvimento de habilidades no trabalho com grupos, movimentando os recursos e competências, além do resgate dos valores culturais, fortalecendo os vínculos entre trabalhadores e comunidade (CARÍCIO, *opus cit*).

A formação organiza-se em quatro módulos concretizados em dois momentos, presenciais e de dispersão. Cada módulo está estruturado com um ou mais facilitadores que são ajudados por supervisores, os quais são terapeutas comunitários qualificados em formação específica, cuja função é contribuir com a formação dos terapeutas comunitários. Os módulos estão regulados numa relação ação-reflexão-ação, referendados pela lógica da construção do conhecimento da teoria crítica. Sua carga horária está distribuída da seguinte maneira: 160 h dedicadas aos aspectos teóricos e vivenciais do curso; 80 h de supervisões e 120 h dedicadas à realização das TC, sendo 240 h presenciais e 120 h de dispersão, distribuídas no período de dois anos (CARÍCIO, *opus cit*).

O 1º Módulo, a arte de cuidar, tem por finalidade refletir sobre o cuidado e a competência dos cuidadores para aperfeiçoar o trabalho comunitário, resgatando histórias de vida que mostrem superações advindas do sofrimento e traumas ocorridos na infância, assim como, estudar a TC nos seus aspectos conceituais e processuais, seus conceitos de comunidade, vínculos, participação, solidariedade e redes sociais. Esse módulo apresenta em seu conteúdo teórico: a arte do cuidar; a resiliência, que resgata a competência dos cuidadores; a Terapia Comunitária; o papel do terapeuta comunitário; a técnica da Terapia Comunitária; a implantação da Terapia Comunitária em diferentes espaços com diferentes populações; o conhecimento da força da participação comunitária; a orientação para o mapeamento da rede social; informações para preenchimento das fichas de impacto da Terapia Comunitária. Também trabalha com as dinâmicas “Tarô dos Índios”, com a realização do exercício Quem sou eu? Do que sou capaz?, “Integrando o corpo e a mente”, trabalhando os centros energéticos; “Trabalhando nossas competências”, com a dinâmica da pérola e o “Resgate da nossa criança interior” (CARÍCIO, *opus cit*).

O 2º Módulo, Os pilares teóricos da Terapia Comunitária, aprofunda os conhecimentos sobre a teoria geral de sistema (TGS) focando indivíduos, famílias, grupos e comunidades, na tentativa de compreender a dinâmica das

relações, seus valores, recursos e práticas culturais, a teoria da comunicação, fundamentada em Watzlawick e a antropologia cultural como tática de sobrevivência dos excluídos. Trabalha-se com os seguintes conteúdos teóricos: O Pensamento Sistêmico e a Terapia Comunitária; Na trilha do desenvolvimento da Terapia Comunitária Passo - a - Passo; Tirando dúvidas sobre a realização dos encontros de Terapia Comunitária; Construindo o acervo cultural da rede interna; Realização da prática da Terapia Comunitária; A relação saúde - doença no processo histórico cultural; Teoria da Comunicação. Ademais são realizadas vivências terapêuticas com a realização das seguintes dinâmicas de grupo: Trabalhando nossos centros energéticos vitais – Os Centros energéticos; Tremelique; Dinâmica da raiva; Massoterapia; Anjo do cuidado (CARÍCIO, *opus cit*).

O 3º Módulo, Resgatando a crise, dá ênfase aos aspectos teóricos e metodológicos do processo da crise para além das suas dimensões. Nele são abordados os seguintes conteúdos teóricos: Abordagem da Crise: conceitos, suas dimensões, perigo ou oportunidade; Exercício sobre a crise individual e no grupo; Dúvidas da Terapia Comunitária; Trabalho da crise – apresentação de casos; A pedagogia da crise; Prática da Terapia Comunitária. Utilizam-se as seguintes dinâmicas: Trabalhando a Integração corpo e mente; Tremelique; Trabalhando as tensões e agressividade; Túnel da confiança; Show de talentos (CARÍCIO, *opus cit*).

O 4º Módulo, Antropologia Cultural e a Pedagogia de Paulo Freire, enfatiza os aspectos culturais, sobretudo a identificação dos recursos culturais locais e as diversas percepções populares do processo saúde - doença, assim como a compreensão das resistências culturais aos programas de saúde oficiais e conhecimento da pedagogia de Paulo Freire. Usam-se os seguintes conteúdos teóricos: Pedagogia de Paulo Freire; Dúvidas sobre a Terapia Comunitária; Prática da Terapia Comunitária; Mercado de trocas e acervo cultural. Também são utilizadas dinâmicas para aprimorar o conteúdo, tais como: Trabalhando as tensões e agressividade; Técnicas corporais da bioenergética; Técnicas de renascimentos da bioenergética (CARÍCIO, *opus cit*).

É importante ressaltar que alguns conteúdos, devido à sua importância, aparecem em mais de um módulo. É o caso de “dúvidas da terapia

comunitária”. Também algumas dinâmicas se repetem em mais de um módulo, como, por exemplo, “tremelique”.

Quanto aos encontros de intervisão, estes compõem o corpo do processo da formação em Terapia Comunitária. Referem-se a momentos construídos entre os terapeutas em formação e os intervisores, os quais são organizados a partir das necessidades identificadas no processo de formação pelos facilitadores e as verbalizadas pelos participantes. Tais informações servem de material para reflexões sobre a prática dos encontros de TC, identificando-se elementos para subsidiar e aprofundar os encontros posteriores (CARÍCIO, *opus cit*).

Ao final da formação entrega-se um certificado conferindo o título de terapeuta comunitário emitido pela MISC-PB /ABRATECOM, após o participante ter cumprido a carga horária total do curso (360 h) no prazo máximo de 2 anos (CARÍCIO, *opus cit*).

Desse modo, pode-se perceber a seriedade do trabalho realizado pela TC, o qual é planejado, respeitando a base teórica e oferecendo um curso de suporte aos que desejam se engajar como voluntários nessa terapia criada por um brasileiro, reconhecida pelo Ministério da Saúde, e que não ficou restrita ao espaço geográfico nacional, sendo reconhecida internacionalmente, e, não apenas reconhecida, mas aplicada em outros países com já foi citado anteriormente.

De acordo com Capra (2000), a reconexão com a teia da vida significa construir, nutrir e educar comunidades sustentáveis, nas quais podem ser satisfeitas nossas aspirações e necessidades sem enfraquecer as chances das gerações futuras. Para desenvolver essa tarefa, podem ser aprendidas preciosas lições extraídas do estudo de ecossistemas, os quais são comunidades sustentáveis de plantas, de animais e de micro-organismos.



Figura 6: XV Turma de formação em Terapia Comunitária Integrativa - SEDEST-11,12 e 13 de junho de 2012. Disponível em: <<http://circularede.blogspot.com.br/2012/06/xv-turma-de-formacao-em-terapia.html>>.

2 O DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COMUNITÁRIA

O poder do pensamento abstrato nos tem levado a tratar o meio ambiente natural — a teia da vida — como se ele consistisse em partes separadas, a serem exploradas comercialmente, em benefício próprio, por diferentes grupos. Além disso, estendemos essa visão fragmentada à nossa sociedade humana, dividindo-a em outra tantas nações, raças, grupos religiosos e políticos. A crença segundo a qual todos esses fragmentos — em nós mesmos, no nosso meio ambiente e na nossa sociedade — são realmente separados alienou-nos da natureza e de nossos companheiros humanos, e, dessa maneira, nos diminuiu. Para recuperar nossa plena humanidade, temos de recuperar nossa experiência de conexão com toda a teia da vida. Essa reconexão, ou religação, religio em latim, é a própria essência do alicerçamento espiritual da ecologia profunda.

(FRITJOF CAPRA)

Franco (2009) discute o conceito de capital social. Ele afirma que este “é uma ideia que tem a ver com o poder das pessoas para fazer, coletivamente, alguma coisa”. Este é um poder social conferido pela sociedade que empodera seus indivíduos. Tal poder depende da maneira como se organiza e como atua o poder político. E “quanto mais rede e equipe de mais democracia participativa houver, maior será o nível, o estoque ou o fluxo do capital social de uma sociedade”.

Essa última parte da fala de Franco (2009) remete à terapia comunitária. Barreto (2010) afirma que esta pode ser desenvolvida em qualquer espaço comunitário, o qual deve ser definido com a comunidade. Uma vez escolhido o local, deverá haver divulgação deste assim como da data, utilizando-se os meios de comunicação disponíveis tais como rádio, painéis e avisos. O sucesso da TC está condicionado a ações importantes desenvolvidos pelo terapeuta na mobilização da comunidade, as quais são: a) Cada terapeuta deve procurar envolver a comunidade; b) É importante identificar e convidar pessoas para formar um espaço de animação, como tocadores de violão, sanfoneiros, violeiros, grupos musicais ou folclóricos, catequistas, os quais podem enriquecer a terapia com música, alegria e espiritualidade; c) a consolidação da participação comunitária por meio de uma equipe de apoio, que divulgará o trabalho, convidará novas pessoas, trará uma merenda, arrumará o local e homenageará os aniversariantes da semana; d) Os agentes de saúde, em visita às famílias que acompanham, podem falar acerca do assunto, convidar as pessoas e animá-las a participarem da terapia. A TC é

desenvolvida em uma série de passos predeterminados: a) Acolhimento, b) Escolha do tema, c) Contextualização, d) Problematização, e) Conclusão e f) Apreciação.

Barreto (2010) explica como deve ser o desenvolvimento da TC. Na primeira parte, o acolhimento, depois de o co-terapeuta ter preparado o ambiente, deixando os participantes à vontade, devidamente acomodados, preferencialmente, em um grande círculo para que todos possam olhar para o indivíduo que estiver falando, a terapia deverá ter início com uma música conhecida da comunidade, a qual deverá ser dinâmica e interativa. Em seguida, o co-terapeuta pergunta quem está aniversariando e todos cantam parabéns. Em seguida dá as informações⁹ que são vitais para o sucesso da terapia:

1) A regra principal é fazer silêncio.

2) Nós devemos falar da própria experiência.

3) Não devemos nos esquecer de que não estamos no grupo para dar conselhos, fazer discursos ou sermões.

4) Entre uma fala e outra, qualquer participante pode interromper a reunião para sugerir uma música que tenha alguma ligação com o assunto.

5) Devemos respeitar a história de cada pessoa.

Para finalizar o acolhimento, o co-terapeuta deve propor uma atividade interativa com música, gestos e movimentos que possibilitem as pessoas falarem.

Na segunda parte, escolha do tema, o terapeuta pede que os participantes da roda apresentem os assuntos que lhes fazem sofrer e que todos fiquem atentos aos temas, porque o grupo escolherá qual será o escolhido naquele

⁹ Estamos reunidos aqui para participarmos da nossa terapia comunitária. A terapia comunitária é um espaço onde a comunidade se reúne para falar de seus problemas, de suas dificuldades e de suas realizações. A comunidade tem problemas, mas também tem soluções, desde que nós nos reunamos para escutarmos uns aos outros. Cada um tem um saber, seja construído com sua experiência de vida ou vindo dos antepassados. É disto que a Terapia comunitária se constitui. A qualidade da sessão da terapia será proporcional à qualidade da escuta. Mas para que a terapia possa acontecer é necessário seguirmos algumas regras (BARRETO, 2010, p. 65).

dia. Após escolhido, a palavra é passada à pessoa cujo tema escolheu-se para que ela fale de seu sofrimento e solicita ao grupo que faça perguntas para uma melhor compreensão da realidade (BARRETO, *opus cit*).

Na terceira parte, contextualização¹⁰, pedem-se mais informações sobre o assunto, para uma melhor compreensão do contexto. Para desencadear a reflexão, estimula-se a pessoa a falar, através de perguntas, ajudando-a na reordenação das ideias e na possibilidade de dar sentido à história. O terapeuta aponta para o grupo que o caso, geralmente, não é único na comunidade assim como o descaso das autoridades. Cada participante deve falar de sua vivência e de seus sentimentos, mas precisa avaliar o impacto que as suas palavras podem causar. Assim, as pessoas saem da sessão com elementos novos, não sendo mais as mesmas. A terapia muda a vida das pessoas de maneira tão marcante que lhes permite ver o mundo com uma visão nova. Depois de a pessoa ter exposto seu problema, o terapeuta agradece e passa para a próxima etapa, a problematização (BARRETO, *opus cit*).

Na quarta parte, a problematização, a pessoa que expôs sua situação fica em silêncio. O terapeuta apresenta um mote¹¹ que vai possibilitar a reflexão do grupo. O mote promoverá a reflexão coletiva capaz de emergir os elementos fundamentais que permitem a cada pessoa rever seus esquemas mentais, seus preconceitos e a reconstrução da realidade. Então, após a audição do relato, o terapeuta tem duas opções: a) lançar um mote coringa, um questionamento que possibilite a identificação de outras pessoas com o mesmo problema ou b) mote simbólico ou específico, elaborado a partir das palavras-chave. Como exemplo, pode-se citar a palavra-chave culpa e o mote “quem já se sentiu culpado?” Enquanto as pessoas vão partilhando as experiências, alguém da equipe anota as falas que julga significativas para poder finalizar a terapia (BARRETO, *opus cit*).

Na conclusão ou fechamento, são realizados rituais de agregação e conotação positiva, reconhecendo, valorizando e agradecendo o esforço, a coragem,

¹⁰ Um fenômeno torna-se incompreensível, enquanto o campo de observação não for, suficientemente amplo para que, nele, esteja incluído o contexto (WATZLAWICK, HELMICK e JACKSON, 1967).

¹¹ O mote é uma pergunta-chave que possibilitará a reflexão do grupo durante a terapia (BARRETO, 2010, p. 80).

a determinação e a vontade de superar dificuldades. Este é um momento bastante especial, no qual as pessoas sugerem músicas, recitam poemas, falam do que aprenderam. Trata-se de um momento espiritual emocionante, em que se dá vazão aos valores, às crenças, aos cânticos religiosos (BARRETO, *opus cit*).

A última parte, a apreciação da conduta da terapia, é o momento em que se busca avaliar a condução da terapia e o força da sessão em cada um, com o objetivo de verificar o processo de formação do terapeuta e o reconhecimento do grupo como fonte de conhecimento (BARRETO, *opus cit*).

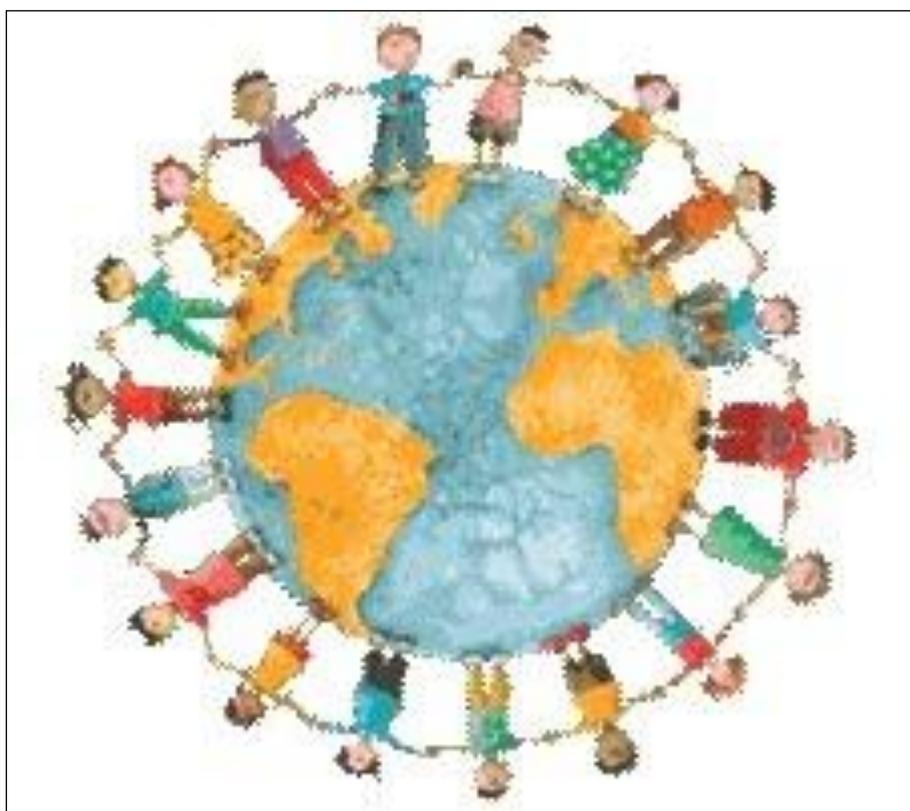


Figura 7: Imagem de convite às rodas de Terapia Comunitária.
Disponível em:
<rededemulheresemcomunicacao.wordpress.com>.

3 DETERMINANTES SOCIAIS QUE CONDUZEM À TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

O cuidado flui naturalmente se o "eu" é ampliado e aprofundado de modo que a proteção da Natureza livre seja sentida e concebida como proteção de nós mesmos... Assim como não precisamos de nenhuma moralidade para nos fazer respirar... [da mesma forma] se o seu "eu", no sentido amplo dessa palavra, abraça um outro ser, você não precisa de advertências morais para demonstrar cuidado e afeição... você o faz por si mesmo, sem sentir nenhuma pressão moral para fazê-lo. ... Se a realidade é como é experimentada pelo eu ecológico, nosso comportamento, de maneira natural e bela, segue normas de estrita ética ambientalista.

(ARNE NAESS)

Barreto (2010) aponta as causas comuns da mortalidade nas populações, segundo a OMS, as quais são influenciadas pelo meio social, a saber: as desigualdades sociais, o estresse, a primeira infância, a exclusão social, o ambiente de trabalho, o desemprego, o apoio social, as dependências e a alimentação. Todos esses elementos são determinantes sociais que podem conduzir os indivíduos à terapia comunitária.

3.1 As desigualdades sociais

Batista (2012) afirma que a desigualdade social não ocorre apenas no terceiro mundo, embora nos países latinos essa discrepância social seja bem maior do que em outros países do mundo reconhecidos como países de primeiro mundo. Pode ser considerada desigualdade social qualquer situação onde, numa sociedade, haja um bloco de pessoas em desvantagem financeira e social, no geral. Tal desigualdade social é decorrência da má distribuição da riqueza, provocando um forte contraste econômico e social entre a população.

Na visão de Barreto (2010), a TC atua, geralmente, em grupos, os quais se encontram em posição marginalizada na sociedade. A participação na TC dá oportunidade aos indivíduos destes grupos de criarem mecanismos coletivos para lidarem melhor com estas desigualdades, a começar pelo reconhecimento e validação de si mesmos, de suas origens e fontes de saber.



Figura 8: Desigualdade social. Disponível em: <<http://www.o-que-e.com/o-que-e-desigualdade-social/>>.

3.2 O estresse

O que é o estresse? Trata-se da alteração global de nosso organismo para adaptação a uma situação nova ou a mudanças de um modo geral. Este é um mecanismo normal, indispensável e benéfico ao organismo, porque faz com que o ser humano esteja mais atento e sensível perante situações de perigo ou de dificuldade. Mesmo situações que se consideram positivas e benéficas, como, por exemplo, as promoções profissionais, os casamentos desejados, o nascimento de filhos podem produzir estresse. Sob o ponto de vista pessoal, transformações ocorrem em nossas vidas continuamente e é preciso se adaptar a elas. Nesses casos o estresse trabalha como um mecanismo de sobrevivência e adaptação, imprescindível para estimular o organismo e melhorar sua atuação diante de circunstâncias novas. Já sob o ponto de vista social e cultural, as mudanças cotidianas, por si mesmas, não são novidade na civilização humana, mas a base da evolução de nossa espécie. O que, talvez, seja novo ao ser humano e perigoso à sua saúde, é a velocidade nunca vista com a qual essas mudanças e as exigências propiciadas por elas acontecem na vida moderna. Tais mudanças estão em toda parte: na tecnologia, na ciência, na medicina, no ambiente de trabalho, nas estruturas organizacionais, nos valores e costumes sociais, na filosofia e até na religião. Existe, continuamente, uma enorme solicitação de adaptação às pessoas

em geral, tanto para os jovens como para os mais velhos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ, 2005).

Na perspectiva de Barreto (2010), a TC concentra a sua atividade na reflexão do sofrimento causado pelas situações estressantes. Criam-se espaços de partilha desses sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que provoca riscos à saúde destas populações. Busca-se prevenir, promover a saúde em espaços coletivos, e não lidar com a patologia de forma individual, pois isto é competência de especialistas. Tais fatores estressantes apenas podem ser enfrentados com a força do grupo no devido tempo, antes que degenerem em doenças que precisam, invariavelmente, de tratamentos caros.

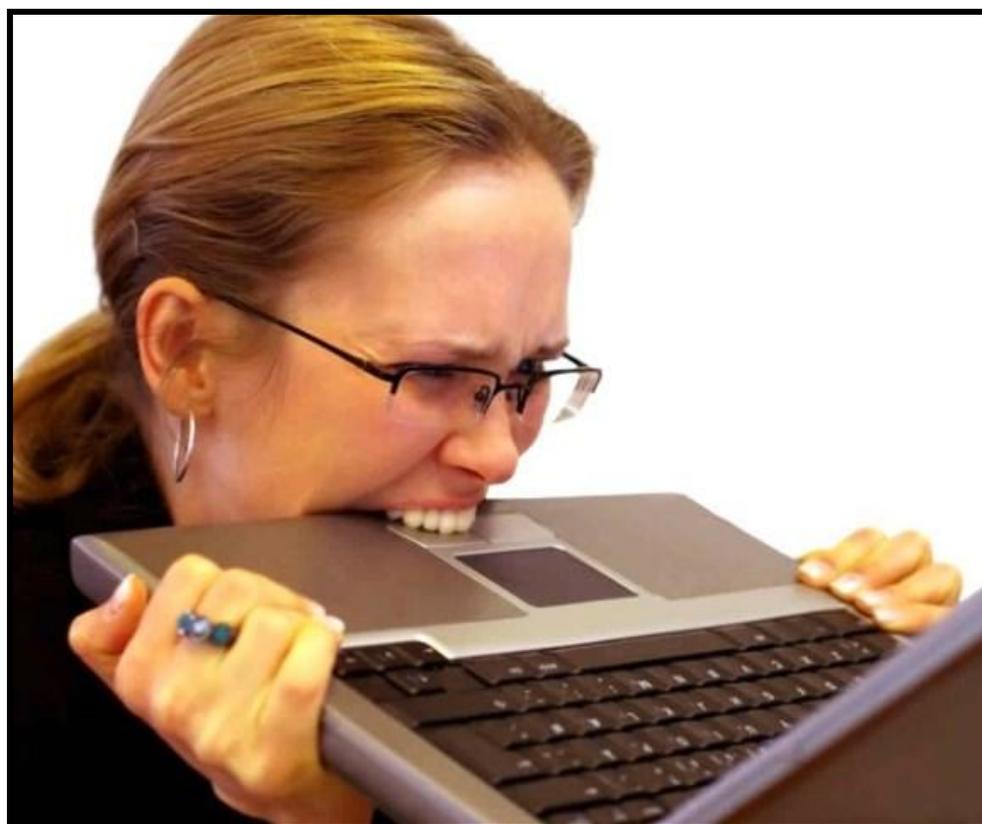


Figura 9: O estresse. Disponível em: < blogpop.com.br>.

3.3 A primeira infância

Para a UNICEF (2005), as crianças são a parte mais vulnerável dos milhões de brasileiros que sobrevivem em situações de injustiça e de pobreza, com

menos chances relativamente à efetiva proteção e à promoção de seus direitos. A taxa média nacional de mortalidade infantil é de 30,1, mas sobe para 38,0 se a mãe for negra e para 94,0 se sua origem é indígena. Para as mães brancas a taxa é de 22,9 (UNICEF, 2005).

Segundo Barreto (2010), a TC é um espaço plural, onde gestantes e crianças também têm seu espaço. Estas tanto contribuem quanto se beneficiam desta situação de acolhimento e de ajuda mútua, na qual diversos saberes possuem validade. Então, gestar e crescer num contexto de respeito e partilha é, por si mesmo, preventivo de muitas enfermidades tanto da ordem da saúde física, psíquica ou social.



Figura 10: Infância. Disponível em: <http://fottus.com/pessoas/65-fotos-de-criancas/>.

3.4 A exclusão social

Pochmann (2004) assevera que a exclusão social tem sido comumente tratada no Brasil sob a visão de um enfoque relacionado à restrição de renda. Neste, são definidas linhas de pobreza, a partir das quais são estruturados programas de transferência de renda, que bastantes vezes desconsideram a realidade mais extensa do mercado de trabalho e da exclusão social. Pouca prioridade se dá aos novos processos de geração de exclusão social, bem como à relação entre exclusão social e concentração de renda.

Conforme Barreto (2010), na TC, os indivíduos entram em contato com a exclusão que foi internalizada, legitimada e reconhecida como natural e que passa a não ser mais questionada. O primeiro passo na busca de alternativas por uma melhor qualidade de vida é a identificação dessa exclusão.



Figura 11: Exclusão social. Disponível em: <ilustraconto.blogspot.com>.

3.5 O ambiente de trabalho

De acordo com a OMS (2010), a maior parte dos países possui legislação nacional e mesmo local, decretando que o empregador proporcione proteção mínima aos trabalhadores contra os perigos no ambiente de trabalho que possibilitem lesões ou doenças. Com o desenvolvimento dos mecanismos de comércio e de conscientização e a crescente atenção da mídia mundial dada aos principais acidentes industriais, muitos países em desenvolvimento ampliaram o cumprimento às normas e leis relativas à segurança e saúde no trabalho, uma vez que as empresas que não proporcionam ambientes de trabalho saudáveis não somente permitem os trabalhadores, suas famílias e a população ficarem expostos a riscos e sofrimento humano desnecessários, mas também, podem se envolver em litígios onerosos no que concerne às leis trabalhistas nacionais ou internacionais. Tais fatos podem resultar em multas ou mesmo prisão de gerentes e diretores considerados culpados pelas violações.

Partilhando desse pensamento, Barreto (2010) afiança que a TC permite aos indivíduos partilharem seus problemas relacionados ao contexto de trabalho, aliviando o estresse e dando oportunidades para que se conheçam soluções vivenciadas por outros indivíduos que enfrentaram situações análogas.



Figura 12: Ambiente de trabalho saudável: convivendo com as diferenças. Disponível em: <http://www.zun.com.br/ambiente-de-trabalho-saudavel/>.

3.6 O desemprego

O Brasil confronta-se com muitos problemas sociais, entre os quais se encontram a falta de emprego e os trabalhos ilusórios. Aquele é um problema que está em toda parte, acarretando sofrimentos em famílias e gerando uma vida de miséria para muitas pessoas (SARMENTO FILHO, 2012).

Barreto (2010) destaca que, entre os temas trabalhados nas rodas de TC, um que se sobressai é o trabalho. As questões relativas a esse tema são faladas com frequência e assinaladas como mobilizadores para outras questões como saúde, baixa autoestima, uso abusivo de drogas etc. Ao participar da TC, o indivíduo lida melhor com esses problemas, buscando diálogo, compreensão, busca de alternativas e soluções.

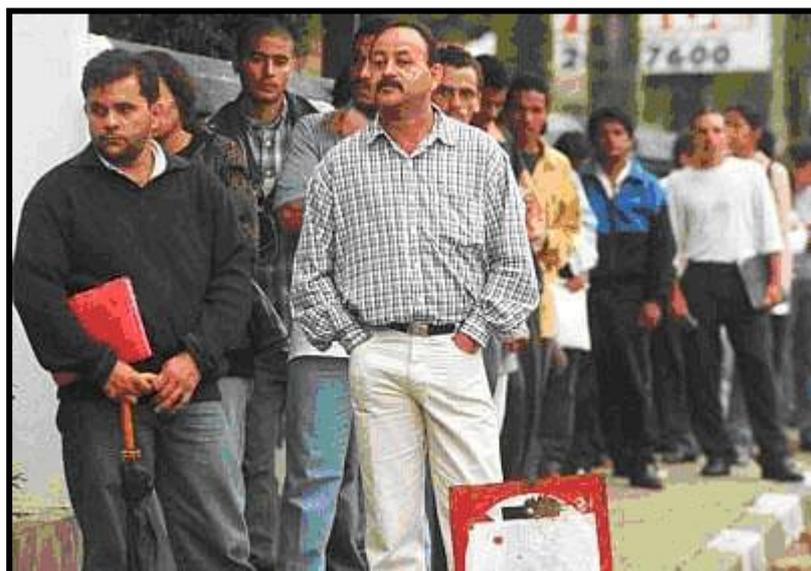


Figura 13: Desemprego. Disponível em: <http://www.not1.xpg.com.br/trabalho-condicoes-qualidade-de-vida-causas-do-desemprego-dados/>.

3.7 O apoio social

Na sociedade algumas organizações reforçam a face política e coletiva de certas doenças, como a AIDS – Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida, agregando demandas, participação social, a resignificação das interconexões e aprendizagem dos envolvidos. Assim, o apoio social, reportado às

relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos abarca os colaboradores naturais (a família); os grupos informais (autoajuda) e os formais e institucionalizados, como as organizações de doentes, que podem compor as redes de apoio aos adoecidos, protegendo-os ou não (CANESQUI e BARSAGLINI, 2012).

Para Barreto (2010), um dos objetivos principais da TC é a criação de redes sociais, mobilização dos recursos pessoais e culturais, o estabelecimento e fortalecimento dos vínculos entre as pessoas. Assim, a rede social é a base de sustentação de todo o trabalho da TC, pois é no contexto social que se estabelecem as mazelas de toda ordem: saúde, segurança, educação, trabalho, entre outras.



Figura 14: Apoio social na TC. Disponível em: <<http://www.not1.xpg.com.br/trabalho-condicoes-qualidade-de-vida-causas-do->

3.8 Dependências

Existem várias causas existenciais que se atribuem ao uso de drogas: a família, a cultura, a responsabilidade pessoal.

Para Pons (1998), os fatores familiares essenciais de proteção ao uso de drogas se acham nos laços afetivos formados entre seus membros, no acompanhamento das atividades e amizades do adolescente, na construção de escalas de valores éticos e na incitação para condutas sociais adequadas.

Ballone (2010) afirma que outro fator existencial que pode contribuir para a procura por drogas está no modelo cultural. A cultura, por meio da mídia fortemente penetrante no pensamento do ser humano atual, influi, sobretudo, na elaboração de escalas de valores.

Outro fator apontado por Ballone (2010) é a responsabilidade da pessoa pelo seu próprio destino. Assim, devem ser enfatizadas as pesquisas sobre a personalidade pré-mórbida do dependente, seu histórico emocional, seus antecedentes psicopatológicos, sua natureza genética.

Segundo Barreto (2010), a TC é uma abordagem de prevenção do uso de drogas, que trabalha o cerne das questões que determinam seu uso, além de se constituir num apoio ao tratamento, possibilitando reflexão e tomada de consciência de questões relativas ao uso, sendo também um suporte para a reinserção social de usuários e familiares, uma vez que o contato com a comunidade ocorre numa conjunção de acolhimento, valorização e não julgamento.



Figura 15: Drogas. Disponível em: < <http://martinhocarmona.com.br>>.

3.9 A alimentação

Possuir uma boa alimentação significa ter vida saudável. Através da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o governo estimula a população a ter bons hábitos e conscientiza acerca dos riscos de doenças causadas pela ingestão prolongada de alguns tipos de produtos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

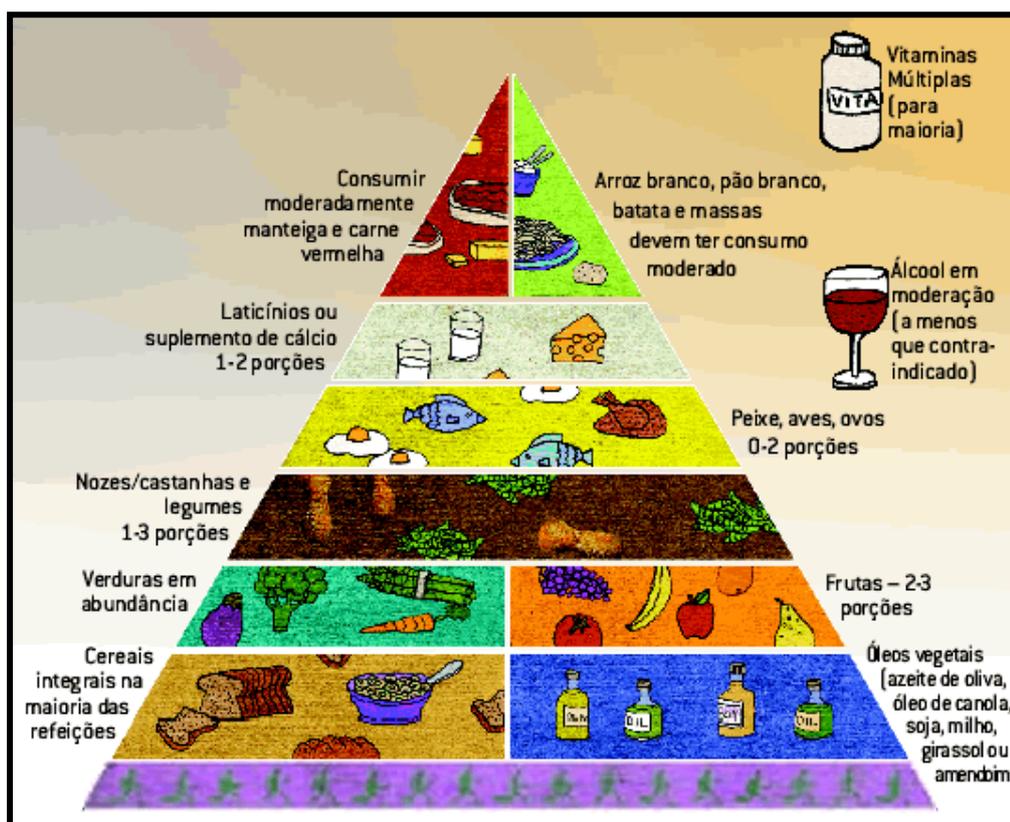


Figura 16: Pirâmide alimentar. Disponível em: <<http://www.heliopolis.kbahia.net>>.

Barreto (2010) assevera que a qualidade de vida está diretamente ligada à qualidade da alimentação, de modo que a escassez alimentar, ou seu excesso, contribuem para o aparecimento de doenças dislipidêmicas, cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças degenerativas dos olhos, obesidade e cáries dentárias. As condições econômicas e sociais criam diferenças na qualidade de alimentação e contribuem para exacerbar as desigualdades na qualidade de saúde. Para evitar essas doenças, relacionadas à escassez ou excesso de

alimentos, a OMS propõe uma ação preventiva, que corrija as principais causas sociais determinantes da saúde, da seguinte maneira:

a) apoiando as famílias da gestação à primeira infância, por meio de incentivos às atividades associativas para evitar o isolamento, pela redução da precariedade material e financeira através da educação e da inserção social, pela promoção das próprias capacidades de enfrentamento dos problemas cotidianos;

b) Desenvolvendo ações favorecedoras de um sentimento de pertencimento, de participação e de valorização do indivíduo que se sente desconhecido, explorado, vivendo em situações de exclusão;

c) Melhorando o ambiente social nas escolas e no trabalho, pela ajuda a pessoas para que se sintam valorizadas, reconhecidas e apoiadas na sua caminhada de vida, para que a saúde, em todas as suas magnitudes, encontre um equilíbrio;

d) Criando espaços de expressão, favorecendo reuniões e trocas de experiência para propiciar a melhoria da saúde mental.

Acerca do trabalho exercido pela Terapia Comunitária, Barreto (2010) afirma que esta tem sido uma solução nascida da força e da riqueza da diversidade, sendo uma ação cidadã que ultrapassa classes sociais, profissões, raças, credos, partidos, exercida por diferentes responsáveis: agentes comunitários de saúde, agentes pastorais, lideranças comunitárias, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, advogados, artistas, sacerdotes, pastores, curandeiros, médicos, educadores, enfermeiros, entre outros.

4 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

O amor constitui um espaço de interações recorrentes, no qual se abre um espaço de convivência onde podem dar-se coordenações consensuais de conduta que constituem a linguagem que funda o humano. É para isto que o amor é a emoção fundamental na história da linhagem a que pertencemos.

(MATURANA, 1999)

Viu-se, nos capítulos precedentes, que a TC é um instrumento de construção de redes solidárias, estudou-se seu desenvolvimento, ou seja, seu funcionamento, assim como os fatores sociais que levam as pessoas a necessitar de seu apoio. Neste capítulo, pretende-se estudar o exercício do assistente social na perspectiva da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa.

Freitas (2011) afirma que o trabalho profissional do Serviço Social sempre foi uma das dimensões exaustivamente discutidas pela profissão, tanto em espaços de formação acadêmica quanto nos de organização da categoria. Tal discussão está relacionada ao fato de que a profissão, conforme preceitua a história, vem sendo chamada à intervenção na realidade, e, na atual conjuntura da sociedade, vários setores constituem campo de trabalho para o assistente social.

Assim, a reflexão sobre as táticas de intervenção para o profissional, o qual está inserido nesses diversos espaços de trabalho, deve estar de acordo com os pressupostos do projeto ético-político profissional e, ao mesmo tempo, com a disponibilidade para a construção do "novo", partindo da realidade observada (FREITAS, 2011).

Infelizmente, por causa de concepções equivocadas sobre a construção do conhecimento científico, foi criada uma cisão entre o saber acadêmico e o saber profissional, como se estivessem em lados antagônicos. No Serviço Social esta cisão se exprime na separação entre teoria e prática. Por longo tempo, foi dito que "teoria era uma coisa e prática, outra". Mas, a prática profissional só é transformadora na proporção em que se orienta por uma teoria, enquanto uma teoria só tem significado se sua aplicabilidade puder ser comprovada. Dessa forma, o profissional de Serviço Social da atualidade precisa, na realização de seu trabalho,

de instrumentos teóricos construídos a partir da realidade profissional, enquanto o trabalho profissional é aquele que proporciona subsídios para a releitura das teorias e instrumentos, constituindo-se, então, em elemento de discussão para os próprios profissionais, uma vez que as práticas cotidianas estão ligadas à leitura que estes fazem da realidade onde estão inseridos e, ao mesmo tempo, tal prática deve ir além, superando-se a intervenção simplesmente pontual e construindo-se a práxis, a ação transformadora (FREITAS, *opus cit*).

Deve-se ressaltar que o início da profissão no Brasil, foi marcado pelo desenvolvimento do capitalismo, pela influência da Igreja e pela importação de modelos europeus e norte-americanos para a prática profissional, deixando claro que a ação profissional estava hegemonicamente direcionada a ações que objetivavam prioritariamente "amenizar" os efeitos das relações sociais desiguais sem, contudo, questionar o sistema no qual se criam e se reproduzem tais desigualdades. A intervenção nos ambientes financiados pelo Estado também se orientava pelo conceito de filantropia, pois a assistência social era considerada benefício do Estado, e não direito do cidadão, e o profissional agia orientado pela expectativa de repassar benefícios (FREITAS, *opus cit*).

Mas, o que ficou conhecido como "Movimento de Reconceituação", procurou construir novas bases teórico-metodológicas para o trabalho profissional, buscando um sistema de ações baseado na realidade da América Latina, escapando dos modelos até então importados. Ademais, esse movimento representou um desafio, pois era necessário um projeto de ruptura que questionasse toda a base teórica da profissão, mas que, além disso, também implicasse na discussão de práticas profissionais características da mesma. Assim, considerando a proposta de mudança de ponto de vista no trabalho profissional Pós-Movimento de Reconceituação, o Serviço Social encaminha-se para o compromisso com a garantia de direitos.



Figura 17: Roda de Terapia Comunitária. Disponível em: <<http://diariodovale.uol.com.br/noticias>>.

4.1 A interdisciplinaridade e o serviço social

Para que o Serviço Social chegue a seu objetivo, faz-se necessário que trabalhe em consonância com outras áreas do saber. Fraga (2010) comenta a importância do trabalho em conjunto em diferentes áreas e também no Serviço Social. Para esta autora, faz-se necessário um despertar generalizado dos profissionais no sentido de apostar em esforços para que se construa uma trajetória de trabalho conjunta, em que cada área ofereça sua contribuição e especificidade. Mas não se deve confundir o que seja interdisciplinaridade. Esta precisa ser pensada como uma necessidade de interação e busca dos profissionais das diferentes áreas do conhecimento. Muitas vezes, as várias disciplinas estanques não consideram as questões emergentes da sociedade; portanto, não ponderam a complexidade das múltiplas expressões da questão social. Facetas da questão social, como a violência, a educação, a segurança, os preconceitos, a saúde do trabalhador e tantas outras, desafiam os profissionais cotidianamente, demandando questões que, por sua vez, não devem ser abordadas isoladamente, havendo precisão de diálogo com profissionais de diversas áreas. As grandes limitações para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar são a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho inerente ao período em que se vive e a falta de oportunidades para

planejamento em equipe. Nesse contexto, surge a *internet* como alternativa para trabalhar conjuntamente, de maneira virtual.

Assim, para Fraga (2010), pode-se trabalhar a interdisciplinaridade no Serviço Social, já nos cursos de formação de graduação, na medida em:

a) existe uma densa articulação do conhecimento sobrevivendo de uma formação que se pretende generalista, voltado para a busca da unidade;

b) o espaço de atuação do Serviço Social é múltiplo e amplo, o que o torna particularmente complexo e promissor na interação, troca e parceria na intervenção profissional;

c) o projeto profissional da categoria zela por princípios profissionais que exaltam a liberdade, a defesa dos direitos humanos, a luta pela ampliação e consolidação da cidadania, a defesa da democracia, o empenho na eliminação de todos os tipos de preconceito, a garantia do pluralismo, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados e com o aprimoramento intelectual. Estes princípios só se efetivam pela imprescindível articulação com outras categorias profissionais na luta pela equidade e justiça social que possibilitam o brilho coletivo.

Dessa forma, a interlocução entre as diferentes áreas do saber aparece como um movimento interno de transformação das ciências, que precisa estar aberta para o diálogo, pois não surge espontaneamente, porém, exige uma luta árdua por mudança de posturas, tanto no plano individual quanto no coletivo, advindo daí a relevância da interdisciplinaridade (FRAGA, 2010).



Figura 18: Foto representativa da Assistência Social. Disponível em: <celsoleal54.blogspot.com>.

4.2 O assistente social e a terapia comunitária

Antes de falar na atuação do assistente social na terapia comunitária, é importante ressaltar as competências e as atribuições privadas deste profissional, conforme preceituam os artigos 4º e 5º da Lei Federal nº 8.662 de 07 de junho de 1993, que trata da Regulamentação da Profissão de Serviço Social. Então, leia-se:

Art.4º - Constituem competência do Assistente Social:

- 1 - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas entidades e organizações populares;
- 2 - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- 3 - encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- 4 - (vetado)
- 5 - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- 6 - planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- 7 - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para análise da realidade social e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- 8 - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- 9 - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- 10 - planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;
- 11 - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º - Constituem atribuições privadas do Assistente Social:

- 1 - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- 2 - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidades de Serviço Social;
- 3 - assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- 4 - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

- 5 - assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- 6 - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- 7 - dirigir e coordenar unidades de ensino e cursos de Serviço Social, de graduação e pós graduação;
- 8 - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- 9 - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para assistente sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- 10 - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- 11 - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- 12 - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- 13 - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Assim, percebe-se que, sem tirar o Serviço Social das condições e relações sociais que lhe molda, ou seja, as relações capitalistas de produção há o reconhecimento de que o trabalho profissional acontece na concretização de um processo que tem como objeto as diferentes e múltiplas expressões da questão social. Um processo de trabalho exigente, logo, de definição clara de objeto, objetivos, instrumentos e técnicas de atuação, além de referências teórico-metodológicas e ético-políticas, que sustentam os elementos indicados. Em relação ao seu objetivo na realidade brasileira, está de acordo com o projeto ético-político profissional, a defesa, ampliação e consolidação dos direitos sociais, da democracia e da cidadania, cuja materialidade sugere a realização de ações concretas, que viabilizem o acesso dos sujeitos aos serviços e programas sociais (CEFESS, 2008).

Nesse contexto, são inseridas as práticas terapêuticas, cuja atuação vem sendo reivindicada por alguns profissionais como uma especialidade da profissão do Assistente Social. No que se refere aos objetivos das práticas terapêuticas, sobressaem o autoconhecimento, a facilitação de acesso aos recursos da comunidade, a mudança subjetiva, o reforço da dinâmica interna de cada indivíduo, confirmando certa convergência na direção proposta para o trabalho, que só ganha sinais mais expressivos de diferenciação a partir do referencial teórico que serve de base e fundamento à ação profissional. Daí o surgimento de vertentes

teóricas como a Psicanálise, a Psicopatologia, a Teoria Sistêmica, a Teoria construtivista, a Teoria da comunicação, a Antropologia cultural, a Pedagogia de Paulo Freire, a Psicoteologia, entre outras derivações aí presentes (CEFESS, *opus cit*).

Para Iamamoto (1998), o Assistente Social deve defender os direitos sociais, a cidadania, a democracia e a emancipação dos sujeitos sociais. Ora, não existe um lugar mais apropriado para realizar esta tarefa do que o espaço reservado à TC.

Em consonância, com o que prescreve a TC, Vieira (1997) faz uma reflexão sobre o trabalho do assistente social, afirmando que o Serviço Social, no sentido de fato social e intervenção no mundo, só veio a ser conhecido com este nome no século passado, mas que o fato ou ato de ajudar o próximo, corrigir e prevenir os males sociais, levando os homens a construir seu bem estar, existe desde os primórdios dos tempos, do aparecimento do homem sobre a Terra.

Barreto (2010, p. 58) comenta o modelo coparticipativo da terapia comunitária: “Este modelo se apoia na competência das pessoas. Quem tem problemas tem, também, soluções”. E diz que o fato de estarmos todos vivos e termos superado as dificuldades ao longo da vida, nos comprova que temos uma grande bagagem de experiências e sabedoria. E é nesse contexto que se insere o assistente social, com a sua teoria, sua sabedoria, sua vontade de exercer seu trabalho da melhor forma possível.

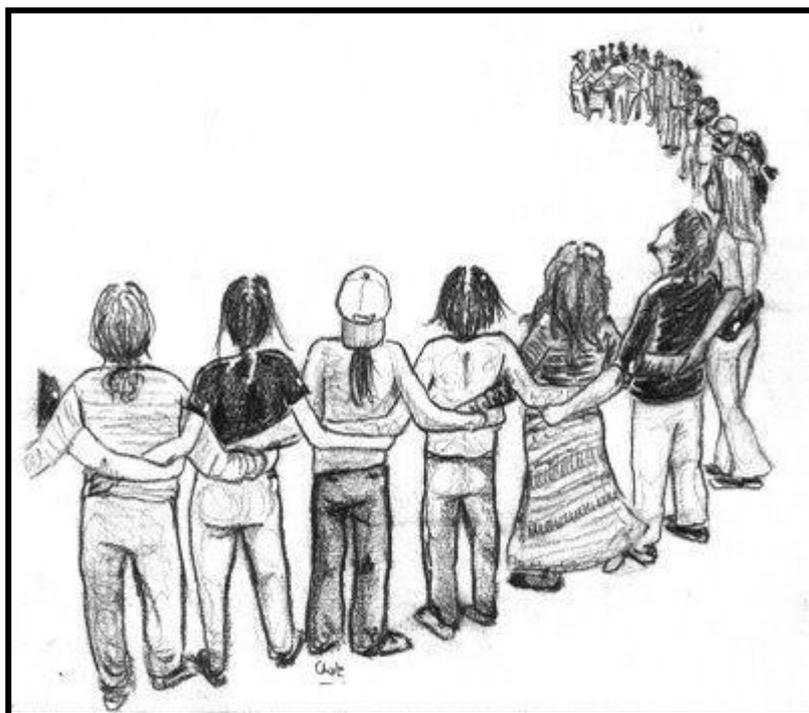


Figura 19: Desenho: Roda de Terapia. Disponível em: <<http://www.facebook.com/media/set/?set=a.236691023109866.43553.230101940435441&type=1>>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Tenho a convicção de que todos estamos naturalmente ligados por nossa condição de seres humanos. Que todos temos os mesmos sonhos de prosperidade e felicidade. E todos sabemos muito bem que esses sonhos só se podem realizar em um clima de paz. A diversidade cultural e o diálogo entre as culturas contribuem para o surgimento de um novo humanismo, no qual se reconciliam o universal e o local, e mediante o qual reaprendemos a construir o mundo... Respeito aos direitos fundamentais, à dignidade de cada ser humano, à diversidade, de uma humanidade solidária e responsável... Esta é a mensagem da UNESCO, cuja função consiste em dar um novo impulso à solidariedade, congregando e despertando consciências.

(Irina Bokova)

O mundo moderno trouxe progresso e comodidades que nossos antepassados jamais imaginaram. Mas traz em seu bojo a desigualdade social, herança de um legado que se plantou há muito tempo, com a exploração das nossas riquezas, tanto vegetais quanto minerais, com a legalidade da escravidão de negros e indígenas, que embora tenha contribuído para a nossa miscigenação, também contribuiu para a miséria de muitos. Então, temos um povo riquíssimo em beleza, diferentes cores de pele, religiões, mitos e culturas, mas temos problemas de ordem inimaginável: a pobreza, o abandono, o estresse, as drogas, as famílias desestruturadas, a baixa autoestima, o desemprego, o não saber conviver com o outro. Dizem que são problemas da atualidade. Que fazer então, se precisamos conviver com eles?

Ao longo do tempo e em todo o mundo, soluções criativas foram aparecendo: psicoterapia, psicanálise, prática de esportes, conversas com os amigos, grupos de igreja. Mas, eis que surge no Brasil, um homem com sensibilidade bastante para perceber que a maioria das pessoas que sofre não precisa de remédio, precisa simplesmente desabafar, colocar para fora aquilo que o angustia, e ouvir da boca do seu semelhante uma história parecida com a sua, e ouvir de outras pessoas que vivenciaram o mesmo problema que existia uma saída. E então ter uma nova perspectiva. Sai da sessão aliviado, uma nova vida se desenha na sua mente, já não está só com seus problemas, a partilha do sofrimento, mais que a partilha de um pão foi transformadora. Sua alma sorri, sua boca canta, sente o abraço daquele desconhecido com quem mal falava bom dia. Mas quem é

este homem? Que características possui para alcançar tão grande e abençoado resultado? Que lhe fez sentir o desejo de ajudar os desafortunados? Que alma sensível é esta que plantou a semente do bem num lugar tão distante da fartura material, mas tão rico em conhecimento humano?

Estamos falando de Adalberto Barreto, nascido em Canindé, cidade de romarias do sertão nordestino, que quando menino se encantava com as histórias dos peregrinos. Coursou Medicina, na Universidade Federal do Ceará, mas tal qual um menino que havia se perdido na Floresta Amazônica (história de um peregrino), sentia-se com medo de ser devorado pelas certezas científicas que os estudos lhe proporcionavam. Apaixonado pelos dois mundos, o de sua infância e o da ciência, começou uma busca pela própria identidade. Também estudou Teologia e Filosofia. A Filosofia ensinava-o que curar as partes dos corpos não era a mesma coisa que curar a pessoa. A relação entre seus estudos de Teologia e Medicina permitiram-lhe unir o desejo e preocupação em combater o mal, salvar o homem ameaçado. A relação entre Medicina e Filosofia permitiu-lhe mergulhar no universo biológico, existencial e religioso do homem. Essas ciências possibilitaram-lhe compreender que toda verdade sobre o homem deve vir de um diálogo sério e respeitoso da diversidade dos elementos que a constituem. A busca da nova identidade levou-o a estudar ainda mais, ingressou nos estudos de Psiquiatria e Antropologia. O contato com outros povos, outras culturas fez-lhe saber que sua guerra íntima não era exclusividade sua. Toda a humanidade vivia seus próprios dramas. Assim, através da Psiquiatria e da Psicanálise, pode compreender os mecanismos inconscientes que regem os comportamentos e as atitudes humanas, e principalmente os mecanismos inconscientes de dominação e exclusão. Já a Antropologia trouxe-lhe uma visão do universo cultural do homem, compreendeu que toda cultura, todo indivíduo tem direito à diferença, e que a cultura responde a um desejo maior do ser humano: a nutrição de sua identidade. Ter vivido na Europa, possibilitou-lhe reforçar a sua identidade de brasileiro. Ao voltar ao Brasil, escolheu como terreno de pesquisa, a cidade de infância, e como tema de estudo as medicinas populares do sertão e seus sistemas de crenças. Escolheu ser professor universitário da Faculdade de Medicina, com o objetivo de contribuir com a sua reflexão e as suas descobertas, sensibilizando os futuros médicos a viverem sob o mesmo terreno, os vários aspectos culturais da doença e do processo de cura. E

com a mesma vontade de ir em direção aos excluídos e perdidos, começou a desenvolver um trabalho na favela de Pirambu em Fortaleza: o Projeto Quatro Varas. Ele recebia no Hospital Universitário pacientes vítimas de conflitos de abandono e miséria humana, com episódios de depressão e crises psicóticas, em que se evidenciava a perda de identidade. Tais pacientes eram enviados pelo seu irmão Airton Barreto, advogado e coordenador do Centro de Direitos Humanos do Pirambu. Diante da demanda progressiva, resolveu, um dia com seus alunos do curso de Psiquiatria, conhecer tais pessoas em seu próprio contexto. Ao chegar lá, encontrou pessoas que como ele, um dia, estavam à procura de suas identidades perdidas. Assim nasceu o Movimento Integrado de Saúde Mental comunitária e, conseqüentemente, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa. Poderíamos falar muito a respeito desta terapia, mas a vida de Barreto fala por si mesma.

O tema que escolhemos nos fez refletir sobre a maravilhosa dádiva de estar vivo e poder compartilhar com os outros essa bênção. Mas, devido ao tempo escasso, não pudemos esmiuçar a fundo a beleza dessa terapia com que Barreto presenteou o Brasil e o mundo. Então fica a recomendação de que esse assunto seja retomado em um curso de especialização, e, posteriormente em um curso de mestrado ou doutorado.



Figura 20: Imagem: Roda de Terapia Comunitária. Disponível em: <http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com>

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. Dependência Química. In: **PsiquWeb**, Internet. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>, revisto em 2010. Acesso em 13/10/2012.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

BATISTA, Juliana. **O que é desigualdade social?** 2012. Disponível em: <<http://www.o-que-e.com/o-que-e-desigualdade-social/>>. Acesso em 12/10/2012.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.662 de 07 de junho de 1993**.

CAMEROTTI, M. H. et al. **Terapia Comunitaria**: relato de experiencias de implantação em Brasília-DF. Disponível em: <<http://www.mismecdf.org/terapia.htm>>. Acesso em 12/10/2012.

CANESQUI, Ana Maria; BARSAGLINI, Reni Aparecida. **Apoio social e saúde**: pontos de vista das ciências sociais e humanas, 2012.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida**, 2000. Cultrix: São Paulo.

CARÍCIO, Márcia Rique. **Terapia Comunitária**: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. Dissertação de mestrado. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa, 2010.

CEFESS. **Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social**: subsidios para aprofundamento do estudo, 2008. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf>>. Acesso em 7/10/2012.

EQUIPA KNOOW. NET. Biografia de Franz Boas (1858-1942), 2008. In: **Ciências Sociais e Humanas**: antropologia. Disponível em: <<http://www.knoow.net/ciencsocioishuman/antropologia/boasfranz.htm>>. Acesso em 03/10/2012.

FRAGA, Cristina Kologeski. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social**, 2010.

FRANCO, Augusto. **O lugar mais desenvolvido do mundo**, 2009.

FREIRE, Paulo. **Paulo Freire ao vivo**. São Paulo: Loyola, 1983.

FREITAS, Tais Pereira de. Serviço Social e medidas socioeducativas: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos. In: **Serv. Soc. Soc.** nº 105, São Paulo Jan./Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000100003&script=sci_arttext>. Acesso em 13/10/2012.

FUKUI, L. **Terapia comunitária e o conceito de comunidade**: uma contribuição da sociologia, 2004. Disponível em:

<http://www.usp.br/nemge/textos_tecendo_estudando/terapia_comunidade_fukui.pdf>. Acesso em 13/10/2012.

HOLANDA, V. R. **A contribuição da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes**. Dissertação de Mestrado. UFPB/CCS – João Pessoa, 2006.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidados e prevenção: alimentação saudável**, 2010. Disponível em < <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/cuidados-e-prevencao>>. Acesso em 14/10/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. Tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília: SESI/DN, 2010.

PELLON, Eloy Gómez. **La antropologia sociocultural: concepto y ámbito de estudio**, 2010. Disponível em: <<http://oc.ul.unicans.es/humanidades/introduccion-a-la>>. Acesso em 04/10/2012.

POCHMANN, Márcio. A exclusão social no Brasil e no mundo. In: **Ciência e saúde coletiva**, vol. nº 17, Rio de Janeiro, maio de 2012. Disponível em: <<http://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio016.htm>>. Acesso em 09/10/2012.

PONS, J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol em los adolescentes. In: **Revista Española de Salud Pública**, 1998.

PRATES, Carla. **Método terapêutico criado em 1987 começa a ser levado a outros países**, 2010. Disponível em: < <http://www.abratecom.org.br/noticias/noticia20.asp>>. Acesso em 08/10/2012.

SARMENTO FILHO, Roque Lima. A análise social do trabalho e do desemprego no Brasil. In: **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 29 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.38500&seo=1>>. Acesso em: 14/10/2012.

SECRETARIA DO ESTADO DO PARANÁ. **Cartilha do hipertenso**, nº 7, 2005. Disponível em < <http://www.bhservico.com.br/estresse.htm>>. Acesso em 11/10/2012.

UNICEF. **Crianças de até 6 anos: O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento: situação da infância brasileira 2006**. Fundo das Nações Unidas para a Infância: Brasília, 2005.

VIEIRA, Evaldo. As políticas sociais e os direitos sociais no Brasil: avanços e retrocessos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Ano XVIII, nº 53, março de 1997.

WATZLAWICK, Paul; HELMICK, Janet Helmick Beavin; JACKSON, Dom.
Pragmática da comunicação humana. São Paulo: Cultrix, 1967.