

RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES DO ALUNO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (IC) PIBIC/UFPE/CNPq

(Refere-se às atividades realizadas no período de agosto 2014 a julho 2015)

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Orientador: Breno Augusto Souto Maior Fontes

Nome do Aluno: Gabriela Maria da Silva

Título do Projeto: Saúde Mental, Religião e Terapia comunitária.

RESUMO DO TRABALHO.

Este relatório final é fruto da pesquisa desenvolvida no programa de iniciação científica PIBIC, pesquisa esta que teve como tema de estudo a saúde mental, religião e terapia comunitária. O conjunto de dados utilizados nessa pesquisa se encontra ancorado no NUCEM (Núcleo de Pesquisa em Redes Sociais e Poder Local Núcleo de Cidadania). O projeto principal do professor Breno Fontes (que é o orientador da presente pesquisa) “Práticas de cuidados de si, Redes e Círculos Sociais” consiste na análise das redes sociais em sua totalidade (fortes e fracas) e sua possibilidade de instrumentalização teórico metodológica na saúde, tendo como objeto de estudo a Terapia Comunitária e seus participantes, sendo assim objetivo integrante nesse trabalho também. Logo, a proposta do trabalho está em analisar de que forma a terapia comunitária pode formar redes de sociabilidades e de que forma essas redes formadas atuam na promoção da saúde e do bem estar do individuo participante da roda de terapia comunitária integrativa, e no caso dessa pesquisa em especifico, a religião e os itinerários terapêuticos serão alocados como pontos chave de análise.

O objetivo do relatório constitui em demonstrar os resultados daquilo que se apreendeu na análise das relações entre portadores de transtorno psíquico, suas redes de sociabilidade, a religião e as representações feitas pelos indivíduos enquanto seres sociais ancorados pelo discurso religioso, e como a terapia comunitária atua na construção e manutenção dos laços dos seus participantes, que em sua maioria são tidos como enfermos. É uma apresentação dos resultados encontrados nesse período de pesquisa, estando ciente que ainda há mais o que se pesquisar, visto que, respostas mais densas, e completas se fazem necessárias nesse tema de pesquisa.

Palavras Chave: Sociologia da Saúde; Terapia comunitária; Redes sociais; saúde mental; religião.

SUMÁRIO

1- Introdução

2-Objetivos

2.1-Objetivo Geral

2.2-Objetivos específicos

- 3- Metodologias do Trabalho
- 4- Resultados e Discussão
- 5- Conclusões
- 6- Referências Bibliográficas
- 7- Dificuldades Encontradas
- 8- Atividades Paralelas Desenvolvidas pelo Aluno

1. INTRODUÇÃO

Esse estudo se configura na análise das redes, onde o foco é a percepção dos laços reais entre as pessoas que participam da Terapia comunitária, sabendo que esses laços podem ser caracterizados como laços fracos, onde a interação e o vínculo não são muito duradouros, ou seja, não perpassa do convívio na roda de terapia, por exemplo, e os laços tidos como fortes, que se caracterizam como um vínculo mais coeso, onde o suporte emocional é maior, por exemplo, e o tempo de interação é mais prolongado, ou seja, entende-se que as relações se cristalizam e acontecem além da terapia comunitária, vão para outros âmbitos da vida.

A importância da pesquisa pode ser resumida na perspectiva que a sociologia tem como premissa estratégica estudos que contribuam para o desenvolvimento de condições de vida adequadas para todos, principalmente em um país onde as desigualdades sociais são apontadas como a principal causa das condições de desestabilização e problemas de saúde. Em um país como o Brasil, onde as condições de infraestrutura urbana, ambientais, e sociais desiguais convergem para uma ruptura com o ideal de bem estar e saúde. O acesso à saúde tem a premissa de ser para todos com o SUS (sistema único de saúde), porém, sabe-se que levar em conta as “determinantes sociais da saúde” é muito mais importante em um país como o nosso.

Compreender que a interação social dos portadores de transtorno psíquico, principalmente com vizinhos, parentes e amigos, se constitui em ingrediente importante no desenvolvimento da sua ressocialização e reinserção no cotidiano do mundo social, ou seja, na melhora da sua vivência como sujeito e cidadão é outro ponto que essa pesquisa toca, e analisa ainda a questão da religião, religião essa, tão presente e usada para representação e identificação do mundo.

Iniciarei a construção do texto falando sobre a Terapia Comunitária, visto que é ela o campo onde essa pesquisa se estruturou.

A terapia comunitária foi criada no Ceará por Adalberto Barreto no intuito de unir os saberes e medicinas populares ancoradas no desabafo e no acolhimento. A falta de assistência prestada pelo Estado às populações carentes também foi um ponto para a criação e introdução desse procedimento. Baseado na ideia de que os remédios não curam as dores da alma, e que a droga trata apenas os efeitos e não as causas, a Terapia comunitária integrativa se constituiu e se fortaleceu com o Projeto quatro varas na comunidade de Pirambu – Fortaleza. A medicalização ou a assistência psiquiátrica não eram suficientes para sanar as demandas da comunidade. As pessoas começaram a se reunir semanalmente embaixo de um pé de cajueiro para conversar. (Barreto, 2009).

A dura realidade das comunidades carentes do Brasil fez o Dr. Adalberto Barreto perceber que não era possível atuar somente no hospital, assim o projeto mudou-se para comunidade. A forma de tratamento do consultório médico, a prescrição de remédios não iria sanar as necessidades locais. Era preciso uma nova forma de abordagem que possibilitasse o

fortalecimento das redes sociais em torno do grupo. A terapia comunitária se propõe a olhar a saúde e não só a doença.

Os princípios teóricos da terapia possuem a sua base no pensamento sistêmico, que segundo Mendonça 2011 “aborda o ser ou a situação em relação ao contexto, compreendendo os fenômenos e acontecimentos em relação a uma realidade maior, tendo a visão do todo como referencia”. Além do pensamento sistêmico, também faz parte da Terapia comunitária, a teoria da comunicação - onde todo o comportamento ou sintoma é trabalhado com a comunicação; a teoria da Resiliência: que trata da adversidade como fonte de aprendizagem e força elástica (resistente) para o enfrentamento dos problemas; a antropologia cultural: que trata da cultura com a sua pluralidade e também dá base para as mais diversas identidades; e a Pedagogia de Paulo Freire: onde a Educação é inclusão, autonomia e liberdade.

Desenhada objetivamente a terapia comunitária possui regras, liturgia e etapas com horários mais ou menos predeterminados:

Regras: Não dar conselhos; não julgar; fazer silêncio e ouvir quem fala “Quando um fala o outro cala”; falar sempre na primeira pessoa – o uso do “eu” é obrigatório; não fazer discursos; ao lembrar-se de música, poesia, poema história que tenha relação com o que está sendo dito pode apresentar na roda para todos; o que for dito na terapia, fica na roda, não poder ser comentado em outros lugares; a roda é livre, pode sair e chegar quando quiser.

Liturgia:

1- Acolhimento (10 minutos): Aqui os participantes dizem seus nomes, escutam as regras, falam de motivos para Celebração de cada um na semana e cantam alguma musica ou fazem algum exercício pra relaxar.

2- Escolha do tema (15 minutos): Cada pessoa que desejar, pode expor o seu tema, de forma rápida e sem detalhes, depois que todos têm o tema exposto passa pela identificação, nesse momento as pessoas falam se houve a identificação com o tema proposto por alguém, e logo depois seguem para a votação, as pessoas votam no tema que gostariam de ouvir naquela roda, o terapeuta animador da roda faz a contagem e anuncia o tema a ser conversado de forma mais aprofundada no dia.

3-Contextualização (20 minutos): Também chamado de mote, nesse momento o terapeuta faz um resumo da pré-selecionada pra que todos tenham certeza do que será conversado, nesse momento algumas perguntas para sanar duvidas podem ser feitas, mas sem julgar ou aconselhar.

4- Problematização (40 minutos) Aqui a pessoa escolhida pode contar a sua história e o que a aflige, as pessoas podem falar quando houver oportunidade.

5- Finalização, ritual de agregação (20 minutos): Chegado o final da roda, o terapeuta animador da roda inicia o processo de fechamento, pergunta o que será levado da roda naquele dia, se alguém tem alguma musica ou poema, e para terminar tudo, todos se abraçam em uma roda, formando de fato uma rede, e em movimentos uniformes de um lado para o outro cantam “Tô balançando mais não vou cair”, o “não cair” significa estar apoiado no outro, compartilhando os problemas e os desafios da vida cotidiana.

Fundamentada na escuta, a terapia comunitária enquanto terapia de fala é complexa e intersubjetiva, não busca resolver questões e problemas, mas sim formar o fortalecimento do “eu”, da autoestima e a criação de redes solidárias de fortalecimento mutuo entre as pessoas, famílias e comunidades. Como efeito, a Terapia também estimula a criação de novos laços sociais, aprimoramento de redes sociais já existentes e de suporte. Segundo Barreto 2005 “a terapia comunitária permite construir redes sociais de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades”.

Sendo uma prática terapêutica integrativa¹ a terapia comunitária não se detém a tratar apenas pessoas em sofrimento psíquico, a roda é aberta a qualquer pessoa, sã ou enferma. Isso não quer dizer que a prática da TC exclua outros tipos de tratamentos, inclusive aqueles medicamentosos, muito pelo contrário, a terapia comunitária pode agir em conjunto com outros processos e itinerários terapêuticos, inclusive religiosos.

Dentro da terapia comunitária podemos encontrar características tais como a solidariedade o conforto que ele proporciona aos pacientes para a exposição de seu problema, e o sentimento de pertencimento – que pode ser encontrado na religião também. O que é de extrema importância por estreitar os laços (a priori) de relacionamento entre aqueles considerados sãos e enfermos, sendo fator relevante para a significativa melhora dos pacientes. Além disso, Na terapia comunitária há uma lógica religiosa e espiritual pautada nos ideais do cristianismo e espiritismo (BARRETO 2005). Barreto possui também formação religiosa e teológica, foi seminarista quando jovem e argumenta sobre o conflito que houve em sua mente quando entrou no curso de Medicina, mas o que a princípio se mostrou um problema de convergência de crenças e valores pessoais, se transformou em uma junção importante, o que segundo ele contribuiu para que a Terapia comunitária fosse desenhada e construída com particularidade e universalidade ao mesmo tempo. Portanto, na terapia comunitária há a inserção de ingredientes e contribuição da teologia cristã.

Em se falando de religião e saúde mental é necessário afirmar que esse tipo de estudo envolvendo a religião pode ser considerado um campo de estudo muito complexo, visto que é um fenômeno humano que apresenta várias faces ao mesmo tempo.

Compreendendo que a prática religiosa pode promover as interações sociais, sendo a instituição igreja considerada como um meio de socialização secundária buscou se perceber como se dá essa relação de laços dentro da instituição e como essa participação reverbera a construção de redes de solidariedade e laços de sociabilidades a partir da religião.

De acordo com Patrick Corrigan et. al. 2003 Religião pode ser entendida como a participação em uma doutrina institucionalizada, enquanto espiritualidade pode ser entendida como um sentimento pessoal de que há algo ou uma força superior imaterial no mundo. Nesse mesmo estudo, Corrigan afirma que a religião é um caminho para gerar resiliência, e isso é uma das coisas que se buscou analisar, ver se, e como, se configura nas rodas de terapias e pessoas estudadas.

O tema da saúde mental e religião perpassam por várias questões sociais, diante disso podemos tratar das questões de saúde mental e cultura, do tido como normal e como patológico, podemos citar Kleinman (1992):

“No paradigma biomédico ocidental, patologia significa mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicológicos no indivíduo; enquanto enfermidade (estar doente) representa reações pessoais interpessoais e culturais perante a doença e o desconforto, imbuídos em complexos nexos familiares, sociais e culturais. Dado que a doença e a experiência de doença fazem parte do sistema social de significações e regras de conduta, elas são fortemente influenciadas pela cultura e por isso socialmente construídas.” (1992, p. 252).

A loucura também é social, e seu diagnóstico transcorre pelo o normal que é construído pela coletividade, ao se apresentar atitudes que fogem da tal normalidade, as

¹ Segundo a definição ofertada pelo SUS em sua cartilha “O campo das práticas integrativas e complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado”.

peças começam a falar e nesta fala há um julgamento valorativo que logo recoloca o indivíduo, antes são, em uma nova categoria, sendo esta, a categoria de louco, que é estigmatizada. E com o advento do adoecimento mental pode haver o enfraquecimento dos laços com a família, amigos, vizinhos, por conta do estigma causado pela descoberta da doença mental. Sendo a terapia comunitária um espaço de fala, onde a escuta do eu e do outro se mostra de forma livre, sem julgamentos e obrigatoriedades, a perspectiva de busca para “as curas da alma” tal qual argumenta Adalberto Barreto é colocada justamente para a quebra da estigmatização resultante do adoecimento. Logo, se a fala pode caracterizar uma “anormalidade” e uma possível exclusão social no senso comum, na Terapia comunitária o ato do falar se torna libertador e curador, pois a base da terapia está na ideia de que “quando a boca cala o corpo fala”.

A saúde mental e a religião têm se encontrado ao longo da história, na medida em que a doença mental em certos tempos históricos foi interpretada através de paradigmas metafísicos e mágico-religiosos, e muitas vezes a doença mental foi atribuída ao castigo dos deuses. Mais frequentemente encontrada na literatura, o adoecimento mental é tido como uma possessão ou sugestão demoníaca, mau olhar, praga, alma penada, feitiçaria, etc., Falas que podem ser encontradas de acordo com o dito popular e cultura de cada povo. Em algumas sociedades, por exemplo, as práticas de cura eram feitas e guiadas pelos pajés e xamãs, que eram líderes religiosos que organizavam uma série de rituais, e sendo possuidores da fé daquelas pessoas da comunidade praticavam os seus processos de cura: “Que a mitologia do Xamã não corresponda a uma realidade objetiva, não tem importância: o doente acredita nela, e ele é membro de uma sociedade que acredita”. (LEVI-STRAUSS 1991). Portanto, o ponto aqui colocado não é se a religião/espiritualidade realmente tem poderes mágicos religiosos, mas sim como o fato de se ter fé, estruturar a vida com base na religião, os laços e redes formados com base na religião e os itinerários terapêuticos dos indivíduos pautados na religião.

O discurso religioso é recorrente nas rodas de terapia, o que indica que há mais semelhanças além da liturgia, da coesão social e do sentimento de pertencimento entre a terapia comunitária e a religião. As representações da construção da vida estão vinculadas a religião, já que se percebe a mesma, ligada ao cotidiano, e usadas para (re) significação de mundo e de interpretação. Segundo BERGIN (1988) A religião tem um papel compensador em situações difíceis, pois possui um maior nível de ajustamento. Nina Rodrigues, ao fazer um estudo sobre loucura coletiva e messiânica, percebe como as crenças podem operar nas populações vulneráveis. A vulnerabilidade pode se configurar enquanto física e mental, mas também há a vulnerabilidade social e econômica.

O senso de identidade do indivíduo, é diretamente afetada pelas vulnerabilidades, e a busca religiosa parece ser um caminho para a construção dessa identidade (REDKO 2000); O mesmo pode-se atribuir ao que chamamos de *recovery*, que significa uma (re) construção de laços, no nosso caso de pesquisa, laços na instituição religiosa, para a reconstrução da saúde mental. E usando a teoria da integração de Durkheim, que diz que os laços promovem um sentido de significado e propósito na vida, pode-se dizer que é através da religião, tanto no sentido espiritual, quanto no sentido de pertencimento que as pessoas estão imersas nessa conjuntura de construções de realidades, significados de vida para todos e (re) significações de mundo, no caso daqueles em sofrimento psíquico.

SILVA e ZANELLO 2010 mostram essas nuances de mistura que havia entre a religião e a saúde mental, dando exemplos como o da Grécia antiga, onde a loucura era vista como um capricho dos deuses e depois como castigo. Elas mostram que a religiosidade é um aspecto importante no sentido da compreensão por parte do paciente em relação ao sofrimento psíquico, visto que a religião pode trazer um senso de identidade às vivências psicóticas, e

também que pessoas que se sentem envolvidas em alguma religião é mais facilmente adaptada ao estresse.

DALGALARRONDO 2007 faz um levantamento dos estudos sobre religião realizados no Brasil, ele mostra os casos da loucura messiânica coletiva, mostrada na etnografia de Nina Rodrigues, Mostrando como as crenças podem operar nas populações vulneráveis; O caso estudado por Lucena nos anos 40 retratando o movimento messiânico, mostrando justamente que o que acontecia naquela região não era doença mental, mas sim um fenômeno cultural, iniciando um processo de “despatologização” da doença mental, esses e vários outros exemplos que ele mostra o viés social e cultural da doença que se reverbera com a religião, mostrando que essa por sua vez, pode ser até usada como um ato político camuflado, tendo em vista que pode oferecer resistências contra as realidades econômicas, culturais e políticas impostas pela classe dominante, e conseqüentemente a busca religiosa direciona a busca por um senso de identidade.

Com o advento do adoecimento mental as pessoas buscam formas de tratarem-se baseadas em suas crenças e disposições pré-estabelecidas desde um momento muito anterior ao adoecimento. Nessa busca de tratamento para o desconforto causado pelo adoecimento o indivíduo pode buscar auxílio em diversos campos de saberes, muitas vezes combinados. Assim, por exemplo, em uma situação de sofrimento psíquico, pode-se procurar ajuda em uma consulta com um psiquiatra, e ao mesmo tempo em uma visita a um terreiro de candomblé (RABELO, 2001) ou a sessões de descarrego em igrejas neopentecostais. Estas trajetórias de cuidado são descritas como itinerários terapêuticos. Os assim chamados itinerários terapêuticos se organizam a partir de dois momentos: (a) repertórios de experiência, e (b) recursos mobilizados.

A ideia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada. Aqui, novamente, temos dois aspectos a observar: primeiro, o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõe, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição (SOUZA, 2003 Apud FONTES 2010).

O ser humano é um ser social que se constrói na interação com o eu, o outro e o meio em que se vive. As redes aqui colocadas estão voltadas para pessoas com transtorno mental, o que já se mostra como um ponto importante, na medida em que se entende que o adoecimento psíquico transforma o indivíduo em um ser estigmatizado, menos denso e aderente às normas impostas, o que pode gerar uma quebra com as instâncias de relações que existem na vida da pessoa que adoce, e, portanto, pode gerar um enfraquecimento dos laços e uma menor ou mais empobrecida rede de apoio.

Segundo Fontes (2010) as redes sociais são um importante elemento para entendermos como se fomenta o apoio social. Porque existem fatores que amortecem o sofrimento psíquico, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida. Nesse ponto, o enfoque se encontra na análise de onde essa rede de apoio foi criada – no caso específico é a TC, e a qualidade desses laços, ou seja, a estrutura que compõe toda a rede importa.

Como já mostrado, a ideia da formação de redes é um ponto fundante da TC, “uma rede de conversa, onde são trocadas informações. É a transformação da dor em solidariedade²”, onde a comunicação e a ideia de apoio são praticadas em cada roda de terapia comunitária, contribuindo para criação de redes para além da roda.

² Entrevista com Adalberto Barreto. In: RADIS. Comunicação em Saúde. N. 67, março de 2008. Rio de Janeiro Fiocruz. Em www.ensp.fiocruz/radis acesso em outubro 2011

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Podemos identificar como objetivo principal do projeto de pesquisa a formação das redes de sociabilidade (primária e secundária) das pessoas que participam de rodas de terapia comunitária, compartilhando os dissabores da vida cotidiana.

Trabalharemos estas trajetórias que se dão a partir da construção de um círculo social específico – ou um campo, se utilizarmos a expressão de Bourdieu (1992) As sociabilidades específicas deste círculo de cuidados serão objeto de nossa pesquisa; o primeiro, a constituição das redes sociais construídas a partir dos campos de sociabilidade primária formados por amigos e familiares, em ações de suporte praticadas em espaços privados; o segundo, as inserções das pessoas em interações ancoradas em laços secundários, as sociabilidades derivadas de práticas associativas – Igreja, Associações de Moradores, Grupos de apoio, entre outras.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar e compreender como a religião está presente (se está) na realidade, compreensão e resignificação de mundo do participante da Terapia comunitária, Bem como qual a importância da religião. E quanto à terapia comunitária, a busca é perceber qual o conteúdo religioso da terapia comunitária. A pesquisa terá por objeto empírico grupos de apoio religiosos e rodas de terapia comunitária, onde, buscar-se-á perceber se há influência da religião enquanto instrumento de alívio do sofrimento, apoio e sociabilidade. No caso de uma influência por parte religiosa, se buscará a explicação sociológica (O sentimento de pertencimento a algo maior do que nós mesmos, a ligação com os rituais, entre outras coisas). E como a terapia se mostra um lugar de formação de redes de sociabilidade e solidariedade O que nos interessa mais diretamente é a compreensão de como as redes sociais são importantes para a compressão do apoio social, ingrediente fundamental no enfrentamento do sofrimento psíquico. O desenho de uma rede define e particulariza as possibilidades de acesso a recursos e apoio social, potencializa ou enfraquece a capacidade de enfrentamento do sofrimento psíquico. (FONTES, 2010 p. 361)

3. METODOLOGIA DO TRABALHO

A partir de entrevistas gravadas, observação participante e aplicação de questionários se buscou responder às seguintes questões:

(a) se a vivência nestes grupos se reverbera para a construção de amizades, construindo novas sociabilidades;

(b) se há uma suficiente densidade associativa nestas comunidades que permitam a continuidade destes grupos, mesmo depois de o grupo que mobiliza e que deu início a sua formação (normalmente pessoas ou instituições de fora da comunidade, como é o caso de Igrejas e ONGs).

As visitas e a observação participante do grupo de terapia comunitária em um bairro do Recife permitiu a construção de um diário de campo, que contribuiu para o registro de fatos e falas do cotidiano das rodas, para que pudessemos melhor ancorar a argumentação.

As entrevistas gravadas foram de suma importância, pois foi onde os indivíduos puderam responder mais especificamente as perguntas concernentes à pesquisa de fato, visto

que o diálogo já tinha o script de perguntas formuladas, e as respostas dos indivíduos em sofrimento psíquico participantes da roda de terapia, puderam ser armazenadas em um banco de dados.

A aplicação do questionário atua em conjunto com a entrevista, pois é através do questionário que podemos mensurar e saber com quem estamos tratando, visto que é o questionário que nos dá informações como renda, religião, redes sociais (com quem a pessoa interage e tem uma ligação social de troca material ou emocional, por exemplo), sexo, o tipo de transtorno que a pessoa tem, enfim, informações que nos ajudam na composição dos dados de análise, e esses dados serão processados no SPSS, para a obtenção das respostas cabíveis.

A participação nas rodas de terapia foi um elemento chave na pesquisa, na medida em que estava participando e conhecendo as pessoas estudadas, ouvindo-as, conhecendo as suas histórias de vida e de adoecimento, enfim, estava participando de fato daquele momento da vida delas, o que me permitiu a elaboração de diários de campo onde impressões e situações reais relatadas podem ser instrumento de composição para a análise de triangulação.

Os dados coletados por meio de pesquisa de campo (diário de campo e entrevistas) foram transcritos e processados no Nvivo e também no Word. Fundamentando dessa forma uma análise qualitativa. Os dados foram alocados nas seguintes categorias de análise:

- (a) Sociabilidades primárias e secundárias: família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho.
- (b) Representações da doença: saúde, saúde mental, adoecimento, loucura;
- (c) Terapia comunitária: técnicas, efeitos, importância, o que ajudou na vida, etc.
- (d) Itinerários terapêuticos: Se já foi internado, se procurou ajuda médica, religiosa, se se aconselhou com alguém sobre a doença.
- (e) Comunidade: se fez amigos a partir da roda de terapia, se a terapia aumentou a vida social.
- (f) Religião: como a religião e a religiosidade de certa forma, estruturam o discurso e as representações de vida para as pessoas, proporciona algum tipo de *recovery*?
- (g) Igreja/Instituições religiosas em geral: Há laços com os praticantes da religião?
Como os laços na instituição religiosa são reconhecidos pela pessoa?

Os dados coletados por meio de aplicação de questionários foram tabulados e processados no SPSS, para análises estatísticas e quantitativas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No campo de análise, as rodas de terapia comunitária e seus frequentadores, pode-se perceber que ‘O saber lidar, e aprender lidar consigo mesmo’, com a doença e sofrimento psíquico, e a busca de evitar uma morte social, próprias daqueles tidos como loucos e anormais, se configuram como um quesito chave na busca e participação das pessoas na terapia comunitária. O empoderamento e a escuta do outro e de si próprio, a prática do falar e ser reconhecido enquanto indivíduo ativo, (Reflexividade dos próprios valores e das próprias ações), pode ser um fator relevante para os participantes, visto que é através dessas práticas de cuidado de si que a Terapia mostra motivar no indivíduo a sua participação, Essas características podem ser encontradas nas falas a seguir, Essas são algumas respostas de

diferentes pessoas pesquisadas á pergunta: “o que lhe motiva a frequentar a Terapia Comunitária?”.

- *“Eu frequento a terapia como um modo de se entrosar com outras pessoas compartilhar a terapia que é uma maneira que a gente tem de desenvolver um conhecimento... Como é que se diz? Participar e compartilhar também. (Entrevistada H)”*.
- *“Eu frequento a terapia com o intuito de desabafar os meus problemas, né? Que todo mundo tem e junto com as pessoas interagir tentando solucionar meus problemas e os problemas delas também. Porque a gente tem que dividir (entrevistada M1*)”*.

A entrevistada M1* demonstra empatia e solidariedade como chaves para continuar a frequentar a terapia.

- *Por que eu me sinto bem, eu aprendo muito e também passo adiante os meus conhecimentos. (Entrevistada N*)*
- *“Foi onde eu encontrei um apoio... onde as pessoas que estavam ali, ao meu redor, me apoiaram bastante (...) de pessoas de amizade, de nos ajudar né?”*
- *Acho muito importante, faz com que a pessoa possa refletir sobre determinados assuntos que faz com que a pessoa possa ficar mais entusiasmada, mais empolgada e mais feliz. (M* participante masculino da roda de terapia de engenho do meio)*
- *“Eu frequento por que eu gosto muito de participar, da participação do grupo né? Por que é um grupo que se reúne pra debater um assunto e outro, fico bastante feliz e me interessei em participar desse grupo, que eu acho um grupo muito importante” (Entrevistado M2*).*

A fala a seguir dará continuidade ao bloco de perguntas sobre “Porque participa da roda de terapia”, porem, a fala é interessante justamente por retratar uma perspectiva recente e que fundamenta a TC, que é a reforma psiquiátrica e o processo de (des) internamento.

- *A melhor experiência que eu vivi foi a terapia comunitária. A vantagem eu vou explicar qual é a vantagem: além de saber que eu participo de um grupo que tem muitos amigos, que sabem ter amizade com você, né? É importante, eu acho mais importante foi a terapia. Pelo caso do internamento, ninguém gosta de ficar internado no hospital, né isso? Todo mundo gosta de ficar em casa, de ficar na sua residência. Mas, respondendo a sua pergunta, eu acho melhor no caso, como experiência de vida mesmo, eu acho mil vezes melhor a terapia do que internado. ”(M, participante masculino da roda de terapia).*

Na dinâmica de encontros semanais, a Terapia acaba por desencadear uma nova rede de sociabilidades, pois se percebe que laços começam a ser criados na roda, mas não ficam apenas na roda, por serem moradores de uma mesma comunidade, a existência de um bem comum (a roda de terapia) entre os participantes da roda de terapia, acaba sendo apenas o círculo inicial de um possível laço permanente, como é o caso dessa entrevistada, que no acompanhamento das rodas e com a ajuda dos diários de campo, pode-se perceber que um laço forte foi formado a partir da roda de terapia. Duas frequentadoras da roda se conheceram

na terapia comunitária, e eram moradoras de uma mesma comunidade, desde então, ambas se identificam como amiga uma da outra, amiga para além da roda, pois foi possível perceber que havia um contato contínuo, como sair juntas, uma ir à casa da outra, ir à igreja juntas, participar ativamente uma da vida da outra a ponto de se identificarem como amigas, e não apenas como participantes da roda de terapia.

- “então a terapia tem me ajudado assim, a me desenvolver mais, que é possível assim fazer amizade, de conversar com alguém de saber que tem alguém ali pra me escutar e pra eu falar também né” (entrevistada L* uma das frequentadoras que formou um laço de amizade com outra participante da roda de terapia de Brasil).

Quantitativamente falando, As rodas de terapia comunitária entrevistadas são compostas de 91,7% de mulheres com uma idade média de 50 anos, de baixa renda e baixa escolaridade, que são fatores associados a transtornos mentais (Blues 2000). A religiosidade (o fato de se estar imerso e participar de uma doutrina/instituição religiosa) foi avaliada através da afiliação religiosa, e todos os participantes entrevistados disseram possuir afiliação religiosa, sendo 16,7% espírita, 50% Católico e 33,3% Evangélico/Protestante. Diante desse perfil a religião se mostrou fortemente presente, é o que podemos observar na **tabela 1**. 100% dos entrevistados afirmaram que a religião os ajuda muito e muitíssimo a enfrentar a vida. Monteiro 2004 afirma que o aumento da espiritualidade com o aumento da idade é fonte de importante suporte emocional, e como estamos tratando de uma população com média de 50 anos, podemos atribuir a esse dado, o fato encontrado, sabendo que há espiritualidade coletiva e individual.

O * foi Usado para preservar a identidade dos informantes

Tabela 1

se a religião ajuda a enfrentar a vida

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid muitissimo	4	33,3	33,3	33,3
muito	8	66,7	66,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Fonte: Própria da Pesquisa

A representação da doença por parte do indivíduo pode ser feita através do discurso religioso, que mostra como esse discurso estrutura as representações sociais da doença, onde existe uma busca na religião por um modelo de explicação da doença e suas representações práticas. Esse fato pode ser encontrado nas falas a seguir, as falas são de um homem frequentador da roda de terapia, que mostram justamente que o sofrimento psíquico na qual os sujeitos se referem está intimamente ligado a Deus, a religião e a espiritualidade. Mostrando o quanto esse discurso pode ser indicador das práticas sociais usadas pelas pessoas na busca de Colocar um ser superior como fonte de alívio psíquico e de uma resiliência, tendo em vista que o entrevistado aborda que a pesar do adoecimento mental ele se recuperou. A espiritualidade se apresenta como fonte importante de suporte emocional, mostrando nessa

configuração que mesmo fazendo o uso medicinal de psicofármacos, a fé em Deus é atribuída como fonte de contribuição para a melhora.

- *“(...) já tive problemas de internamento algumas vezes, mas graças a Deus me recuperei.”*
- *“O mais importante nisso tudo é a fé que eu tenho em Deus.” (...).*
- *“O importante é ser feliz e fé em Deus em primeiro lugar.”*
- *“(...) eu tenho muita fé em Deus, e as coisas estão dando certo pra mim, apesar que eu sei que eu tenho que tomar remédio e com orientação médica né?”*
- *“Tem dia que eu tô assim, sem vontade de fazer nada, entendeu? Mas eu peço força a Deus, que ele me dê força pra fazer;”*

Nessas falas percebe-se uma interdependência entre religiosidade e recuperação, seja na coesão social, no sentimento de pertencimento, seja no fator espiritual, usado para alívio do sofrimento, visto que a recuperação se deu por conta do medicamento, mas principalmente “*graças a Deus e a fé em Deus*”. Outros exemplos podem ser trazidos com os diários de campo, a saber, em uma roda de terapia realizada em Brasilit no dia dez de outubro de 2013, um dos temas escolhido foi à fragilidade da vida e o medo da morte, diante disso, falas que demonstram a religião como instrumento de apoio e alívio foi fortemente colocada, demonstrando como o discurso religioso estrutura as representações da vida.

Tratando da resiliência por meio da religião, encontramos uma participante da roda de terapia que demonstra essas características em sua fala, colocando o deus como ser superior que atribui valor ao indivíduo, e por isso, o indivíduo deve se auto valorizar, enfrentando e superando os desafios da vida no caminho para a felicidade.

- *“E eu aproveitei para falar da minha experiência com Deus, de como Deus havia me feito entender o meu valor. E havia também me mostrado o caminho, o caminho para caminhar, a maneira pra viver, a paz, a felicidade de existir e principalmente de saber que ele era a pessoa que me amava, que cuidava de mim, sempre cuidou. porque cada dia Deus nos ajuda a viver bem”.*
- *“(...) minha vida, ela só, realmente, à prazer quando deus está presente, quando eu estou fazendo algo que eu quero agradar o meu Deus, porque Deus é a razão da minha vida, da minha existência”.*
- *“(...) Deus disse: ‘ você é uma pessoa muito linda por dentro e por fora’ (...).”*

Tabela 2

Considerando todos os aspectos da sua vida, você se acha uma pessoa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
pouco infeliz	1	8,3	8,3	8,3
nem infeliz, nem feliz	1	8,3	8,3	16,7
feliz	2	16,7	16,7	33,3
Total	8	66,7	66,7	100,0
	12	100,0	100,0	

Fonte: Própria da Pesquisa

A **tabela 2** nos mostra que 66,7% da população entrevistada se considera feliz, tomando por base que 100% dessa mesma população é participante de alguma religião, podemos atribuir esses dados às falas citadas acima, onde o prazer, o gozo, a alegria e a felicidade foram encontrados com a ajuda do deus enquanto ser superior que pode proporcionar alívio psíquico, emocional e social, na medida em que há uma relação com ele.

Com relação à participação e vínculos religiosos, encontramos falas que remetem à construção de redes de solidariedade e sociabilidades a partir da religião, sendo a prática religiosa a promotora da interação.

- *“(...) igreja ou alguma coisa assim que ligue com a pessoa, principalmente eu acho que igreja é o lugar mais fácil de se formar”.*

Essa interação funciona como o *recovery*, na medida em que os laços de sociabilidades com os frequentadores da instituição religiosa proporcionam uma reconstrução da saúde mental. A fala a seguir demonstra o aconselhamento de uma participante para o grupo de roda de terapia, dizendo que as atividades que acontecem na igreja são geradoras de redes de sociabilidades, pois ao frequentar essas atividades mencionadas possíveis laços seriam formados, ampliando dessa forma a rede social do indivíduo e uma maior qualidade de vida, visto que a “convivência melhor” seria justamente essa reconstrução dos laços na instituição religiosa, e, portanto a religião / instituição religiosa, se configura aqui como um mecanismo de socialização.

- *“(...) vá na igreja que na igreja tem grupos de idosos, a igreja tem grupo de ginástica, a igreja tem fazer trabalhos manuais, então se engaje pra poder ter uma convivência melhor.”*
- *“Quando eu entro na igreja eu esqueço todos os problemas, me sinto muito bem, (...) só participo assim, de ir assistir o culto, de ir assistir a missa. Mas as pessoas que, da igreja a maioria eu conheço, ai sabem desse meu problema, ai me dão força. (...) Me ajuda também.”*

A fala a seguir demonstra a busca na religião do alívio psíquico, além do acompanhamento médico, a paciente relata que se fez necessário o acompanhamento espiritual. Nesse caso, tanto o discurso estrutura as representações sociais da doença, quanto à prática religiosa reverbera laços de sociabilidades, Esses laços podem ser comprovados com a ajuda do diário de campo, quando em uma roda de terapia, essa mesma participante relata a felicidade em frequentar e poder conversar com as pessoas da instituição religiosa na qual ela estava a praticar, demonstrando a sua melhora.

- *“Num tratamento médico e num tratamento espiritual. Foi assim que eu consegui me sair. Me sai bem, e dai por diante (...)”.*
- *“Foi quando eu fui na igreja, busquei Deus então Deus começou penetrar na minha vida. Foi quando minha diferença começou daí.”*
- *“toda vez que vinha essas, essas coisas ruim na minha cabeça, na hora Deus tirava”.*
- *“Jesus né, ele, Jesus, assim as pessoas, o companheirismo, a amizade né, muito bom, a igreja é tudo de bom.” (A prática religiosa nesse caso estrutura as sociabilidades).*

Foi possível perceber a ideia que ainda existe no senso comum de que a loucura é um problema espiritual, tal como já foi abordado, na fala a seguir, esta a posição de uma

participante da roda de terapia que atribui a questões espirituais aquilo que é psicológico e social.

- *“Eu tenho uma base Kardecista de muitos anos, então a loucura em si pra mim cinquenta por cento é um problema espiritual, não tratado.”*
- *““ vou pra igreja” foi a primeira coisa que veio na minha cabeça, eu vou pra igreja entendeu, vou pra igreja que só Jesus pode me curar, porque, eu acho assim, eu achei assim que não existia remédio pra essas coisas né, tanto é que eu não tomo,”*

Diante do que foi colocado na ultima fala acima, percebe-se que as interconexões existentes entre a saúde mental e a religião persistem, tendo em vista que a entrevistada assume não querer buscar ajuda médica, pois já havia buscado ajuda espiritual para encontrar o alívio para o seu sofrimento, usando do discurso religioso para estruturar as representações da doença.

Com o auxílio dos diários de campo, e as pesquisas externas em fóruns online sobre o tema, percebeu-se que há na atualidade sermões nas igrejas e instituições religiosas, direcionados à saúde mental, onde falas com relação ao cuidado físico, mental e espiritual tem se tornado cada vez mais frequentes, abordar questões como o estresse e a depressão nesses centros religiosos pode ser a porta de entrada para o debate do tema direcionado à fatores psicológicos, na fala a seguir, temos uma Médico do PSF que trabalha com saúde mental, falando do tratamento compartilhado que há entre o lado físico na representação do médico e o espiritual, na representação do líder religioso, que não descarta o tratamento médico e psicológico, mostrando exatamente essa vinculação.

- *“A presença das igrejas evangélicas é presente né, muito importante nas comunidades, a gente só tem algumas dificuldades, a gente não teve nenhuma dificuldade muito clara, o pessoal geralmente quando busca a gente já buscou antes o pastor, e o próprio pastor disse: “olhe você precisa de ajuda, procurar a ajuda do medico, né, a gente vai fazer, vai rezar as nossas orações, mas você também precisa procurar ajuda”. Eu acho que as coisas, talvez quando chega pra gente também, já chega as pessoas que tem que os cuidados estão sendo compartilhados, que já tem procurado ajuda na igreja”*

5. CONCLUSÕES

No campo de análise, as rodas de terapia comunitária e seus frequentadores, pode-se perceber que ‘O saber lidar, e aprender lidar consigo mesmo’, com a doença e sofrimento psíquico, e a busca de evitar uma morte social, próprias daqueles tidos como loucos e anormais, se configuram como um quesito chave na busca e participação das pessoas na terapia comunitária. O empoderamento e a escuta do outro e de si próprio, a prática do falar e ser reconhecido enquanto individuo ativo, (reflexividade dos próprios valores e das próprias ações), pode ser um fator relevante para os participantes, visto que é através dessas praticas de cuidado de si que a Terapia mostra motivar no individuo a sua participação. Na dinâmica de encontros semanais, a Terapia acaba por desencadear uma nova rede de sociabilidades, pois percebe-se que laços começam a ser criados na roda, mas não ficam apenas na roda, por serem moradores de uma mesma comunidade, a existência de um bem comum (a roda de

terapia) entre os participantes da roda de terapia, acaba sendo apenas o círculo inicial de um possível laço permanente, como é o caso dessa entrevistada, que no acompanhamento das rodas e com a ajuda dos diários de campo, pode-se inferir na análise que dos grupos estudados um laço forte foi formado e mantido a partir da roda de terapia.

Sendo a terapia comunitária um espaço de fala, onde a escuta do eu e do outro se mostra de forma livre, sem julgamentos e obrigatoriedades, a perspectiva de busca para “as curas da alma” tal qual argumenta Adalberto Barreto é colocada justamente para a quebra da estigmatização resultante do adoecimento. Logo, se a fala pode caracterizar uma “anormalidade” e uma possível exclusão social no senso comum, na Terapia comunitária o ato do falar se torna libertador e curador, pois uma das bases fundantes da terapia comunitária é a perspectiva de que “quando a boca cala o corpo fala”.

A representação da doença por parte do indivíduo pode ser feita através do discurso religioso, que mostra como esse discurso estrutura as representações sociais da doença, onde existe uma busca na religião por um modelo de explicação da doença e suas representações práticas.

A espiritualidade se apresenta como fonte importante de suporte emocional, mostrando nessa configuração que mesmo fazendo o uso medicinal de psicofármacos, a fé em Deus é atribuída como fonte de contribuição para a melhora. O fator de filiação religiosa se configura de formas diferentes para as diferentes pessoas estudadas nesse campo de pesquisa, visto que há a estruturação das representações sociais por meio da religião, e em se tratando de saúde mental, esses dois temas se conectam.

Também se percebeu a busca nas igrejas e na espiritualidade, consciente ou não, a tentativa de um alívio psíquico espiritual que pudesse minimizar seus sofrimentos, ou seja, constatou-se uma interdependência entre religiosidade e recuperação, visto que a busca na religião também está atrelada a um senso de identidade, na medida em que um indivíduo se realiza naquilo que o deus (enquanto ser superior) pensa e quer para a vida delas e das pessoas que compartilham da mesma fé, gerando laços de familiaridades e coesão social, visto que essas práticas podem tornar as pessoas mais resilientes e com uma capacidade de *recovery*, pois essas interações de pessoa pra pessoa, e de pessoa para o ser superior as condicionam a expor e a falar de seus problemas, seja em orações, rezas, enfim, em um contato direto com o material e o imaterial, resultando em um aumento de autoestima na medida em que se sentem cuidadas pelas pessoas e pelo deus.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, Adalberto de Paula. (2005) *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR.

Barreto MR, Grandesco MA, Organizadores. (2007) *Terapia comunitária: Tecendo rede para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo, Casa do psicólogo.

Bergin, A. E.; Stinchfield, R.; Gaskin, T.; Masters, K. & Sullivan, C. (1988). *Religious lifestyles and mental health: An exploratory study*. *Journal of Counseling Psychology*, 35(1), 91-98.

Blue I. *Individual and contextual effect on mental health status in São Paulo, Brazil*. 2000 *Rev, Bras. Psiquiatria*, 22(3):116-123

Bourdieu, Pierre (1992). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, Editora Perspectiva.

Brym, Robert,.. [et al.] . *Sociologia :Sua bússola para um novo mundo*. São Paulo :Cengage Learning, 2010.

Corrigan, P, [et al] 2003. *Religion and Spirituality in the lives of people with Serious Mental Illness*. "Community Mental Health Journal, Vol. 39, No. 6, December 2003. Pp. 487- 499

Dalgalarrodo, P (2008) *Religião, Psicopatologia & Saúde Mental*, Porto Alegre: Artmed.

Dalgalarrodo, P (2007) *Estudos sobre religião e saúde mental na Brasil: Histórico e perspectivas atuais*. Rev. Psiqu. Clín. 34, supl 1; pp 25-33,

Daniel, L [et al.]. 2011. *Aging and Mental Health*. 2ed. Smyer. P 03-15

ENTREVISTA com Adalberto Barreto. In: RADIS. Comunicação em Saúde. N. 67, março de 2008. Rio de Janeiro Fiocruz. Em www.ensp.fiocruz/radis acesso em outubro 2011

Fontes, B. A. S. M. (1999). Capital Social e Terceiro Setor: *Sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias*. Cadernos do CRH,30/31:239-264

Fontes, B. FONTE, E. M. M. (orgs.) (2010). *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária - UFPE.

Fontes, B. A. S. M.; MARTINS, P. H. (orgs.) (2006) *Redes, práticas Associativas e Gestão Pública*. Recife, Editora da UFPE.

Fontes, B. A. S. M.; MARTINS, P. H. (2004) *Redes Sociais e Saúde*. Recife, Editorada UFPE

Fontes, B. A. S. M. (2004). *A Formação do capital social em uma comunidade de baixa renda*. Redes Revista Hispana Para Análise de Redes Sociais, Espanha, v. 7, n. 2, p. 01-33.

James, W, *The varieties of Religious Experience. A Study in Human Nature*. Nova York. Collier Books 1976 [1902].

Moteiro, Dmr.. 2004 "*Espiritualidade e envelhecimento*". In: Py, L et al., organizadores. *Tempo de envelhecer: percursos e Dimensões Psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU

Kleinman, Arthur (1992)– *Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience*. "Qualitative Health Research", n.º 2 (2), , pp. 127-134.

Redko, C. 2000- *Fighting against the "evil"*. *Religious and cultural construction of the first psychotic experience of young people living in São Paulo, Brazil*. Ph.D. Thesis, McGill University, Canada.

Silva, M Zanello V (2010). *Religiosidade e Loucura: A Influência da religião na forma como o "doente mental" enfrenta a doença*. Psicologia IESB, VOL. 2, NO. 1, pp.37-47

Rabelo, Míriam C. M. et al 1999. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

7. DIFICULDADES ENCONTRADAS

Não houve grandes dificuldades no desenrolar da pesquisa, todo o processo foi trabalhoso, mas em nenhum momento ao ponto de transformar-se em uma barreira para o desenvolvimento da pesquisa e do posterior relatório.

8. ATIVIDADES PARALELAS DESENVOLVIDAS PELO ALUNO

Durante o período algumas tarefas foram desenvolvidas paralelamente às atividades que se encontram no cronograma, como por exemplo:

- Leituras de artigos, procura de filmes e documentários sobre o tema, para que um campo de teoria e perspectivas práticas fosse criado;
- A participação do Encontro de Ciências Sociais da UFRPE e presença como ouvinte nas apresentações dos grupos de trabalho (GTs);
- Construção de dois CD's de banco de dados bibliográficos com cerca de dois mil arquivos cada, para serem catalogados e organizados;

- Participação em um curso de extensão Universitária com a carga Horária de 120 horas;
- Participação como Monitora e ouvinte no Pré- ALAS que aconteceu na UFPE em 2015;
- Participação como ouvinte e apresentadora de trabalho oral no 4º congresso Brasileiro de Saúde mental que aconteceu em Manaus-AM, participando da roda de conversa e dessa forma, expondo o trabalho “Saúde mental, Religião e Terapia Comunitária”.
- Participação em uma pesquisa do NUCEM sobre uso de psicotrópicos por estudantes da universidade como voluntária.
- Participação XVII congresso Brasileiro de Sociologia de 20 a 24 de Julho de 2015 em Porto Alegre- RS, na oportunidade o presente trabalho intitulado “Saúde mental, religião e Terapia comunitária foi apresentado no caráter de pôster no espaço “Sociólogos do futuro”

Data e assinatura do orientador

Data e assinatura do aluno