



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BÁRBARA BARBOSA NEPOMUCENO

**POBREZA E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL A PARTIR DA
PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS)**

FORTALEZA

2013

BÁRBARA BARBOSA NEPOMUCENO

POBREZA E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL A PARTIR DA
PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração: Processos de mediação: trabalho, atividade e interação social.

Orientadora: Prof^a Dra. Verônica Morais Ximenes.

FORTALEZA, CE.

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- N362p Nepomuceno, Bárbara Barbosa.
Pobreza e saúde mental : uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Bárbara Barbosa Nepomuceno. – 2013.
151 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2013.
Área de Concentração: Processos de mediação: trabalho, atividade e interação social.
Orientação: Profª. Dra. Verônica Morais Ximenes.
- 1.Saúde mental - Bom Jardim(Fortaleza,CE). 2.Pobreza – Bom Jardim(Fortaleza,CE) – Aspectos psicológicos. 3.Psicologia social – Bom Jardim(Fortaleza,CE). 4.Centros de atenção psicossocial.
I. Título.

CDD 362.22098131

BÁRBARA BARBOSA NEPOMUCENO

**POBREZA E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL A PARTIR DA
PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração: Processos de mediação: trabalho, atividade e interação social.

Aprovada em: 11 / 07 / 2013

BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dra. Verônica Moraes Ximenes (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará



Prof.^a Dra. Karla Patricia Holanda Martins

Universidade Federal do Ceará



Prof. Dr. Jader Ferreira Leite

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

AGRADECIMENTOS

À dona Carmem, dona Teresa, Lia, Ana e João, pela disponibilidade em participar do estudo e compartilhar suas histórias de vida.

À minha família, Wagner, Chica, Rapha, Léo e Teté, fonte de amor incondicional e apoio sempre que necessito.

Ao Igor, pelo amor abundante, pela companhia e doce presença em minha vida.

À querida e acolhedora família Léo, Poli e Cauê. Gratidão pelo calor e afeto em meio ao frizinho aconchegante da Meruoca.

À Verônica Morais Ximenes, minha orientadora e amiga. Gratidão pelas orientações, pelo carinho e confiança. Amorosidade, seriedade e compromisso são marcas do seu trabalho.

À professora Karla Patrícia Martins, pelo aceite em participar da minha banca de dissertação e pelas pertinentes contribuições no Exame Geral de Conhecimento.

À professora Ana Cecília Bastos, pelas gentis contribuições no Exame Geral de Conhecimento.

Ao professor Jäder Ferreira Leite, pelo aceite em participar de minha banca de dissertação, disponibilidade e gentileza em contribuir neste processo.

Ao Movimento de Saúde Mental Comunitária pela acolhida, abertura e disponibilidade em ajudar na realização da pesquisa.

Ao Ronaldo Pires, amigo e companheiro de turma de mestrado, grata pela parceria alegre durante a jornada da pós-graduação.

Aos amigos, fundamentais em minha caminhada na vida. Gratidão à Elívia, Gabi, Luana, João Paulo, Iris, Lorena, Lelé, Zelfa, Vaneska, Flora, Ester e James pelas contribuições diretas e indiretas neste trabalho.

Ao NUCOM e ao Grupo de Pesquisa, pela possibilidade de experienciar o rico processo de produção coletiva de um conhecimento implicado.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo incentivo financeiro na realização desta pesquisa.

RESUMO

NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa. **Pobreza e Saúde Mental**: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2013. 151f . Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará.

O presente estudo se dedica a analisar a relação entre dois fenômenos complexos, pobreza e saúde mental. Considerando que a maioria dos usuários das políticas públicas de saúde mental advém de contextos sociais marcados pela baixa escolaridade, más condições de moradia, desemprego e baixa renda, a referente pesquisa faz-se relevante. A pobreza é um fenômeno multidimensional, que não se restringe à esfera da privação material, alcançando dimensões psicossociais, repercutindo na produção de subjetividades e de modos singulares de vida. A saúde mental, por sua vez, é um fenômeno complexo e multideterminado, que sofre influências de ordem biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas e morais, sendo necessário, portanto, na compreensão do processo saúde-doença considerar o contexto sociocultural e econômico em que este transcorre e sua vivência singular. Diante disto, é objetivo geral do estudo analisar as implicações dos aspectos psicossociais da pobreza no processo saúde-doença mental de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os objetivos específicos são: identificar aspectos psicossociais da pobreza na vida de usuários do CAPS; analisar o processo saúde-doença mental de usuários pobres do CAPS; e compreender a relação entre pobreza e o processo saúde-doença mental. A pesquisa é de natureza qualitativa, desenvolvida junto a cinco usuários do CAPS Comunitário do Bom Jardim. Como instrumentos de construção e análise dos dados foram utilizados Questionário Multidimensional da Pobreza e Entrevista Individual. Para análise de dados foi realizado a Análise de Conteúdo, realizada com o auxílio do *software* ATLAS.ti 5.2. Como resultados percebe-se que há uma relação de circularidade entre pobreza e sofrimento psíquico. São frequentes na vivência da pobreza sentimentos de opressão, culpa, vergonha, humilhação e incerteza frente ao futuro, estresse continuado, sofrimento ético-político, entre outras implicações produtoras de sofrimento psíquico. Por outro lado, o não acesso a um cuidado em saúde efetivo pode contribuir à cronificação da doença e uma consequente limitação na capacidade de auferir renda do sujeito. A espiritualidade e a rede apoio social são potentes ao enfrentamento da pobreza e trazem impactos positivos na proteção e recuperação da saúde do sujeito.

Palavras-chave: Pobreza, Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial, Psicologia Social.

ABSTRACT

NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa. **Poverty e Mental Health**: a psychosocial analysis from the perspective of the users of Psychosocial Attention Center (CAPS). 2013.151f . Thesis (m.a. in psychology). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará.

The present study is dedicated to analyze the relation between two complex phenomena, poverty and mental health. Considering that the majority of users of the public mental health comes from social contexts marked by low education, poor living conditions, unemployment and low income, the referring research is relevant. Poverty is a multidimensional phenomenon that is not restricted to the sphere of material privation, reaching psychosocial dimensions, resulting in the production of subjectivities and unique ways of life. Mental health, in turn, is a complex and multidetermined phenomenon, which is influenced by the biological, psychological, social, cultural, economic, and moral order being, therefore, necessary to an understanding of the health-disease process consider the sociocultural and economic context in which this takes place and their individual experiences. Given this, the general objective of the study is to analyze the implications of the psychosocial aspects of poverty in the health-mental disease users of Psychosocial Attention Center (CAPS). The specific objectives are: identify psychosocial aspects of poverty in the life of users of CAPS; analyze the health-mental disease process of poor users of CAPS; and comprehend the relation between poverty and the health-mental disease process. The research is qualitative in nature, developed with five users of Community CAPS of Bom Jardim. As instruments for the construction and analysis of data were used Multidimensional Poverty and Individual Interview Questionnaire. For data analysis was conducted the analysis of content, performed with the help of the software ATLAS.ti 5.2. As a result realizes that there is a circularity relationship between poverty and psychic suffering. There are frequent in the experience of poverty feelings of oppression, guilt, shame, humiliation and uncertainty of the future, continued stress, ethical-political suffering, among other implications producers of psychic suffering. On the other hand, no access to health care can effectively contribute to disease chronification and a consequent limitation in the ability to earn income from subject. Spirituality and social support net are potent to fight poverty and bring positive impacts on protection and recovery of health of the subject.

Keywords: Poverty, Mental Health, Psychosocial Attention Center, Social Psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Participação (%) da população extremamente pobre segundo regionais de Fortaleza	20
Figura 2 - O círculo vicioso da pobreza e perturbações mentais.....	88
Figura 3 - Determinantes Sociais da Saúde (DSS)	91
Gráfico1 - Vida em Condições de Pobreza	58
Gráfico 2 - Dimensões Psicossociais da Pobreza	61
Gráfico 3 - Determinações do Processo Saúde-Doença Mental.....	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes da entrevista individual – dados obtidos a partir do <i>Questionário de Pobreza Multidimensional</i>	23
Tabela 2 - Relação entre objetivos, grande categorias e instrumentos	27
Tabela 3 - Apresentação das Grandes Categorias, Categorias e Sub-categorias	33
Tabela 4 - Relação entre dimensões e indicadores do Índice de Pobreza Multidimensional	41
Tabela 5 - Relação entre condição econômica e o acesso ao trabalho e à educação..	65
Tabela 6 - Análise da expressão do fatalismo entre os sujeitos do estudo	70
Tabela 7 - Resultado das questões 68 a 75 do <i>Questionário Multidimensional da Pobreza</i> itens sobre vergonha e pobreza	72
Tabela 8 - Sentimentos frequentes aos participantes do estudo	76
Tabela 9 - Avaliação da presença de variáveis influentes ao sofrimento psíquico ao longo da vida dos sujeitos da pesquisa	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DSSM	Determinantes Sociais da Saúde Mental
EVPE	Eventos de Vida Produtores de Estresse
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
MSMC	Movimento de Saúde Mental Comunitária
MSMCBJ	Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim
NUCOM	Núcleo de Psicologia Comunitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 PERCURSO METODOLÓGICO	16
2.1 Caracterização do local da pesquisa:	17
2.2 Sujeitos Participantes da Pesquisa:.....	21
2.2.1 <i>Caracterização dos sujeitos da pesquisa:</i>	23
2.3 Construção e Análise dos Dados	27
2.4 Aspectos Éticos da Pesquisa:.....	34
3 POBREZA E SUAS IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS.....	36
3.1 Pobreza: definição de um conceito complexo e multidimensional	37
3.2 Expressões da pobreza: histórias de vida tecidas em meio à privação	43
3.3 Dimensões esquecidas da pobreza: sua expressão psicossocial	58
3.3.1 <i>Significações da pobreza e do pobre.</i>	62
3.3.2 <i>Sentimentos gestados em contextos de privação: vergonha e humilhação faces esquecidas da pobreza</i>	71
4 SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS DE POBREZA.....	81
4.1 Saúde Mental: complexidade de um processo social	81
4.2 Pobreza e Saúde Mental: determinações do processo saúde-doença mental de usuários do CAPS.	86
4.3 Estratégias de cuidado em saúde mental em contextos de pobreza.....	104
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICES	133
ANEXOS	147

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa toma como objeto de estudo as implicações dos aspectos psicossociais da pobreza no processo saúde-doença mental de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). É reflexo de inquietações surgidas no campo da prática e da compreensão da importância da pesquisa como alicerce para a construção de uma práxis questionadora e crítica.

Este estudo está vinculado ao diretório de Grupo de Pesquisa do CNPq – NUCOM: Identidade, Comunidade e Sustentabilidade e agregada a outra pesquisa maior intitulada “*Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial das comunidades do Bom Jardim (Fortaleza) e da Canafístula (Apuiarés/Ceará)*”¹ coordenada pela Prof^a Dr^a. Verônica Morais Ximenes, envolvendo estudantes da graduação e pós-graduação em Psicologia.

A escolha de tal objeto é fruto de provocações geradas em minha caminhada e formação profissional. No terceiro semestre da graduação em psicologia, em 2003, ingressei no Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição que desenvolve atividades de pesquisa, ensino e extensão e que congrega professores, estudantes da graduação e pós-graduação do curso de Psicologia interessados no desenvolvimento e aprofundamento da práxis em Psicologia Comunitária. Minha inserção neste núcleo deveu-se ao desejo de construir uma práxis engajada e comprometida com a superação das problemáticas sociais por que passa a maioria da população cearense, nordestina e brasileira. Participei das atividades do núcleo como estudante de graduação até o ano de 2006, retornando em 2011, na condição de pós-graduanda.

Durante minha trajetória no NUCOM, tive a oportunidade de desenvolver um projeto de extensão na comunidade do Lagamar, área de vulnerabilidade social e altos índices de pobreza, da cidade de Fortaleza. Esta participação possibilitou a mim, uma estudante universitária de classe média que sempre teve acesso à educação, moradia, saúde e lazer de qualidade, conhecer de perto sujeitos e histórias de vida traçadas em contextos de pobreza e miséria. Assim como, conhecer o movimento de resistência e luta de pessoas pela melhoria e garantia das condições dignas de existência. Desde então, a vontade de aprofundar os conhecimentos sobre os impactos da pobreza na cultura e na subjetividade de sujeitos e grupos sociais já despontava.

¹ Pesquisa financiada pela CAPES/CNPq edital N° 07/2011 (MCTI /CNPq /MEC/CAPES).

Durante meu último ano de graduação, comecei a estagiar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Fortaleza, local em que depois de formada continuei trabalhando na condição de coordenadora. Em outro momento, trabalhei em um CAPS do interior do Estado do Ceará, no cargo de psicóloga. Destaco tais experiências porque elas me possibilitaram um ingresso no campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na luta pela superação da cultura manicomial e construção de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento psíquico em nosso país e pela efetivação dos princípios de cidadania e liberdade destes sujeitos. Minha atuação nestas instituições trazia a herança da leitura de mundo e da concepção de formas de atuar da Psicologia Comunitária. Saltava-me aos olhos a realidade de pobreza e opressão da maioria dos usuários dos CAPS, fossem eles do contexto da região metropolitana ou do interior do estado. Percebia que o sofrimento psíquico era em parte gerado pela realidade sociocultural opressora e que a atuação frente a ele necessariamente deveria contemplar esta realidade.

A partir de teóricos do campo da saúde mental, como Franco Basaglia (1985), Franca Basaglia (2008), Amarante (2008), Rotelli (1990) entre outros, aprendi que devemos nos centrar na compreensão dos sujeitos, em sua existência e não na doença. Compreendi que uma multiplicidade de fatores de ordem biológicas, psicológicas, sociais, culturais e econômicas são influentes à saúde mental, destacando a complexidade desta (SARACENO, 1999; AMARANTE, 2007; OMS, 2002). Que a atuação neste campo deve incidir sobre o tecido social onde o processo saúde-doença mental é gestado e objetivar a produção de novas formas de sociabilidades e de existência, não unicamente em um processo de cura. Contudo, o que via no cotidiano dos serviços era um descompasso entre a teoria e prática. Muitas vezes, velhas práticas manicomiais eram reproduzidas, com outra roupagem, em novos serviços. Poucas eram as atuações que consideravam a realidade sociocultural dos sujeitos, poucos eram os profissionais que frente a contextos de miséria e vulnerabilidade social não se deixavam paralisar frente ao sentimento de impotência e conseguiam desenvolver uma atuação em consonância com o universo simbólico dos usuários pobres.

O perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e dos CAPS por consequência, é de baixa escolaridade, más condições de moradia, desemprego e baixa renda (RIBEIRO *et al*, 2006). Apesar de tal perfil, percebi que pouco se atua considerando esta realidade e pouco se produz no sentido de uma mudança desta. A partir destas constatações, questionamentos emergiam: Como se configura a produção da subjetividade em contextos de pobreza? Como uma realidade de pobreza e privação impacta no sofrimento psíquico dos sujeitos que nela vivem? Que influências teria a pobreza ao sofrimento psíquico? Como se dá

a relação entre pobreza e saúde mental? Como é possível desenvolver um cuidado em saúde mental em contextos de vulnerabilidade social?

Diante a tais questionamentos, apresento como pergunta de partida para este estudo: que implicações os aspectos psicossociais da vivência da pobreza têm no processo saúde-doença mental de usuários do CAPS? E como objetivo geral ‘analisar as implicações dos aspectos psicossociais da pobreza no processo saúde-doença mental de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)’, articulado aos objetivos específicos ‘identificar aspectos psicossociais da pobreza na vida de usuários do CAPS’; ‘analisar o processo saúde-doença mental de usuários pobres do CAPS’; e ‘compreender a relação entre pobreza e o processo saúde-doença mental’.

A relevância de tais questionamentos se justifica através do vivido no contexto das políticas públicas de saúde mental e dos estudos que afirmam uma relação entre saúde mental e pobreza. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece os transtornos mentais enquadrados no rol das doenças crônicas, que “engloba todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde” (OMS, 2003, p.30) e que estas estão entrelaçadas com a pobreza. A organização destaca que mais de um milhão de brasileiros vive em extrema pobreza e que estes, se comparados com agrupamentos sociais com maior renda, apresentam maiores problemas de saúde. Afirma ainda que a relação que se estabelece entre pobreza e doenças crônicas ocorre em uma via de mão dupla, em que uma reforça a outra, estabelecendo um ciclo vicioso entre pobreza e saúde precária. Nesta relação, baixa situação socioeconômica, baixa escolaridade, desemprego, más condições de moradia e trabalho e menor acesso aos serviços de saúde são fatores influentes.

Diversos estudos nacionais e internacionais demonstram a relevância da temática e também confirmam a existência de uma relação entre pobreza e saúde mental. A Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) destaca que fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2008). Buss (2007) afirma que a condição de pobreza e o lugar social que o sujeito ocupa têm impactos tanto nos níveis de saúde da população, quanto no acesso aos serviços de cuidado em saúde. Alves e Rodrigues (2010) e Saraceno e Barbui (1997) afirmam que pobreza material é fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, que os transtornos mentais interferem na capacidade produtiva dos sujeitos, os levando a estratos socioeconômicos mais baixos e que a pobreza condiciona barreiras para o acesso aos cuidados de saúde de qualidade. Neste mesmo sentido, a OMS (2002) diz haver uma relação circular entre pobreza e problemas de

saúde mental. A pesquisa de Lopes, Faerstein, Chor (2003) destaca uma relação entre eventos de vida produtores de estresse e o desenvolvimento de transtornos mentais comuns. Ludemir (2008) afirma que os problemas de saúde mental se expressam de forma desigual entre homens e mulheres e entre diferentes classes sociais, havendo uma maior ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) entre mulheres e classes populares. Ludemir e Melo Filho (2002) revelam que baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado formal de trabalho, geram situações de estresse, que por sua vez, contribuem ao desenvolvimento dos TMC. Góis (2008) destaca que aspectos psicossociais da vida em condições de pobreza e opressão provocam à população a vivência de um estresse continuado que a vulnerabiliza ao desenvolvimento de transtornos mentais. Lacerda e Valla (2005) e Valla (2000, 2002) destacam a importância das redes de apoio social ao enfrentamento dos problemas de saúde mental para as classes populares.

Tais estudos são importantes ao conhecimento da problemática apresentada e nos permitem ter indícios de que aspectos psicossociais da pobreza podem influir no processo saúde-doença mental. Assim como, de que a pobreza apresenta-se como um fenômeno produtor de singularidades e de formas de ler, sentir e agir no mundo.

A partir das contribuições de Amartya Sen (2000), o estudo em questão traz um entendimento da pobreza como fenômeno multidimensional. O economista compreende que “pobreza deve ser vista como privação das capacidades básicas em vez de meramente como baixo nível de renda do indivíduo” (SEN, 2000, p. 120). Nesta perspectiva, a pobreza contribuiria para um estado de privação de liberdades: da liberdade básica de sobreviver, da igualdade de gênero, de educação de qualidade, de ter acesso a um cuidado de qualidade em saúde, de ter segurança, entre outras. Dessa forma, expande-se o espectro de compreensão da pobreza para além da privação de bens materiais, para um entendimento dos impactos que esta privação tem no sujeito, impedindo-o de desenvolver suas potencialidades e de ter uma vida digna.

O estudo que aqui se apresenta está estruturado a partir de três capítulos. O primeiro apresenta o percurso metodológico traçado na pesquisa, desenvolvido em uma perspectiva qualitativa. Seu desenvolvimento ocorreu junto a usuários do CAPS Comunitário do Bom Jardim, um serviço de saúde que nasce de um movimento popular, o Movimento de Saúde Mental Comunitária (MSMC), e funciona em sistema de cogestão a partir de uma relação de parceria deste com a Prefeitura Municipal de Fortaleza. Tal serviço substitutivo situa-se em um território da capital de Fortaleza marcado pela desigualdade e vulnerabilidade social. Os sujeitos que participam do estudo são usuários do serviço em questão que vivem

em condições de pobreza. Como instrumento de construção e análise dos dados foram utilizados: *Questionário de Pobreza Multidimensional*, entrevistas individuais e análise de conteúdo temática, realizada com o auxílio do *software* ATLAS.ti.

Nos capítulos seguintes, os conteúdos teóricos e os dados produzidos no estudo são apresentados de maneira articulada. Estabelece-se, portanto, uma relação entre teoria e material empírico. O segundo capítulo versa sobre a pobreza e suas implicações psicossociais. São apresentadas reflexões teóricas sobre a categoria pobreza, juntamente de uma análise de sua expressão nos modos de vida e na subjetividade dos sujeitos participantes do estudo. Neste sentido, são trabalhadas as significações do pobre e da pobreza, além dos sentimentos gestados em contexto de privação. Como dito anteriormente, a pobreza é compreendida para além de sua expressão monetária, entendida como um fenômeno multidimensional, social, cultural e historicamente determinado.

O terceiro capítulo, por sua vez, intitulado '*Saúde mental em contextos de pobreza*' se dedica a análise da relação entre pobreza e saúde mental. Primeiramente, são tecidas considerações sobre o fenômeno da saúde mental e suas transformações em função do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em seguida, são realizadas reflexões sobre os processos saúde-doença mental de usuários do CAPS e suas peculiaridades quando gestado em meio a um contexto de privação. Por fim, são analisadas as estratégias de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos sujeitos do estudo.

Ao final, nas considerações finais, retomo os objetivos da pesquisa discutindo os resultados encontrados, novas questões que surgiram durante o estudo que podem desaguar em novas pesquisas, assim como problematizo possíveis formas de atuação em saúde mental em meio a contextos de pobreza.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo descrevo o percurso metodológico adotado na pesquisa, a fim de elucidar o trajeto desenvolvido para alcançar os objetivos propostos pela mesma. O tipo de pesquisa, a caracterização do local, os instrumentos de construção e análise do material e os aspectos éticos envolvidos no desenvolvimento do estudo são apresentados.

Esta investigação de caráter exploratório situa-se no campo da pesquisa social que, segundo Minayo (2010), é compreendida como atividade indagadora e construtora da realidade, que investiga o homem em sociedade, considerando suas relações, instituições, história e trocas simbólicas. Neste sentido, se direciona a pesquisa social a estudar a realidade social, “o próprio dinamismo da vida individual e coletiva em toda a riqueza de significados que transborda nela” (MINAYO, 2010, p. 44). O que impõe a nós pesquisadores o desafio de manejar instrumentos e técnicas a fim de compreender a complexidade da vida, ainda que de forma limitada e incompleta.

O processo de fazer-me pesquisadora, estudar a pobreza e suas repercussões na vida dos sujeitos que a vivenciam, implicou, antes de tudo, o exercício do estabelecimento de uma postura crítica frente a esta. Neste processo, busquei abandonar qualquer compreensão naturalizante do fenômeno e buscando considerá-lo em suas múltiplas determinações: históricas, sociais, econômicas e culturais, colocando assim, a pesquisa a serviço da superação de perspectivas que tomam a pobreza como um fato dado, sempre existente.

Um desafio que se fez presente durante o estudo foi o de lançar um olhar que contemplasse a complexidade do objeto de estudo em questão, no exercício constante do abandono de visões simplistas e lineares dos fenômenos pobreza e saúde mental, assim como da relação entre ambos.

Diante da evidência da natureza complexa do objeto de estudo em questão, a metodologia qualitativa revelou-se como uma abordagem adequada, pois a partir dela é possível adentrar o universo dos “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21).

Parto da consideração de que toda produção do conhecimento tem uma intencionalidade e uma implicação do pesquisador com fenômeno estudado. Frente a isto, esta pesquisa não tem qualquer pretensão de neutralidade científica, pois corroborando com as ideias de Nasciutti (2010) compreendo que somos produto e produtores da realidade, a qual

estamos implicados e que todo o olhar que lancemos sobre os objetos a serem estudados será condicionado a nível psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional.

O respeito e o compromisso frente à realidade, aos sujeitos sociais envolvidos neste estudo e as histórias de vida partilhadas são princípios éticos que atravessaram toda a pesquisa. Realidade esta que por vezes se revela como opressora e geradora de sofrimento, mas que temos a possibilidade e o poder de imprimir mudanças.

2.1 Caracterização do local da pesquisa:

A investigação ocorreu no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, cidade que atualmente ocupa o ranking de quinta cidade mais populosa do Brasil com aproximadamente 2.452.185 habitantes. Destes, 53,19% são do sexo feminino e 46,81% são do sexo masculino. Atualmente, a população fortalezense representa 29,1% da população total do estado do Ceará (IBGE, 2011).

De acordo com dados do IPECE² (2011), o estado do Ceará ocupa o sétimo lugar nacional e o quarto lugar nordestino no ranking que classifica os estados brasileiros que concentram maior porcentagem de habitantes em situação de extrema pobreza, totalizando uma porcentagem de 17,8% da sua população nestas condições. Quando analisada a participação do Ceará na população total nacional que vive em tais condições, ele ocupa o terceiro lugar.

A população cearense que vive em extrema pobreza encontra-se em sua maioria na zona rural (51,70%), é negra ou parda e divide-se de forma equilibrada entre homens e mulheres. Em relação à população total do Estado, 81,8% vive com renda domiciliar mensal per capita de até 1 salário mínimo (IPEA³, 2011). Fortaleza reúne 8,9% da população extremamente pobre do Estado (IPECE, 2012).

Segundo pesquisa realizada pelo IPECE (2012) em Fortaleza 5,5% da sua população vive em extrema pobreza, o que perfaz um total de 134.000 pessoas. A pesquisa destaca também que 64,53% dos domicílios da capital tem renda mensal *per capita* de até 1 salário mínimo, a taxa de analfabetismo para pessoas maiores de 15 anos é de 6,94%, e IDH⁴ é de 0,786. É o município com menor proporção de domicílios com rendimento inferior a ¼

² Instituto de Pesquisa Econômica e Estatística do Estado do Ceará (IPECE)

³ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

⁴ Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

de salário mínimo, com 11,59% e apenas 52,21% do município tem rede de esgotamento sanitário (IPECE, 2011).

Fortaleza é administrativamente dividida em seis distritos de saúde, inseridos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER), instâncias executoras das políticas públicas municipais. Tratando-se mais especificamente dos serviços de saúde mental, atualmente a rede municipal é composta de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio a Saúde da Família, Consultórios na Rua, Serviços Residenciais Terapêuticos, Hospital Geral com Leitos de Atenção Integral em saúde mental e Hospitais Psiquiátricos.

O CAPS, cenário do estudo, é um serviço substitutivo de atenção à saúde mental aberto, de base comunitária e territorial, destinado ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2004, 2011). Atua a partir de uma equipe multiprofissional e configura-se como um dispositivo estratégico na articulação da rede de saúde mental. O mesmo busca desenvolver diversas atividades individuais e grupais de cuidado clínico e de inserção social, propondo-se a atuar na diversidade de determinantes do processo saúde-doença mental, junto a usuários, familiares e comunidades situadas no território em que está localizado.

Atualmente existem 14 CAPS em Fortaleza, destes o CAPS Comunitário do Bom Jardim, foi o escolhido para a realização da pesquisa. O serviço desde 2005 é responsável pelo cuidado da população que mora na SER V e funciona em cogestão de parceria entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza e o Movimento de Saúde Mental Comunitária (MSMC), com sede no bairro do Bom Jardim. A chegada do CAPS no Grande Bom Jardim foi resultado desta parceria.

Segundo Godoy *et al.* (2012, p. 159), a criação de um CAPS no Grande Bom Jardim “foi considerada uma conquista importante por parte de moradores e integrantes do MSMCBJ, uma espécie de reconhecimento da rede psicossocial já existente e também um novo desafio na construção da integralidade em saúde”. Apesar deste avanço, a superlotação é uma realidade vivida pelo serviço, pois o mesmo é responsável por acompanhar uma população de mais de 500.000 mil habitantes, muito além da sua capacidade de atendimento, que segundo portaria ministerial é de até 200.000 (Brasil, 1992 - Portaria N° 336/GM).

O MSMC, até recentemente chamado Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ), é uma organização não-governamental, que desde 1996 desenvolve atividades no Bom Jardim. Foi criado a partir de trabalhos de voluntários, lideranças das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), sob a coordenação de Padre Ottorino Bonvini (mais conhecido como Padre Rino). Em 1998, este grupo se organiza e funda o

MSMCBJ. Neste período, suas ações eram desenvolvidas em parceria com a Universidade Federal do Ceará se voltaram à

[...] criação de espaços de escuta e de acompanhamento terapêutico para famílias em situação de risco, em um trabalho voluntário. A população vivia em estado de extrema pobreza, marcada pela marginalização social, convivia com a falta de recursos básicos, com um baixo desenvolvimento escolar, desemprego, falta de perspectivas e baixa estima. (CARVALHO, 2010, p.18).

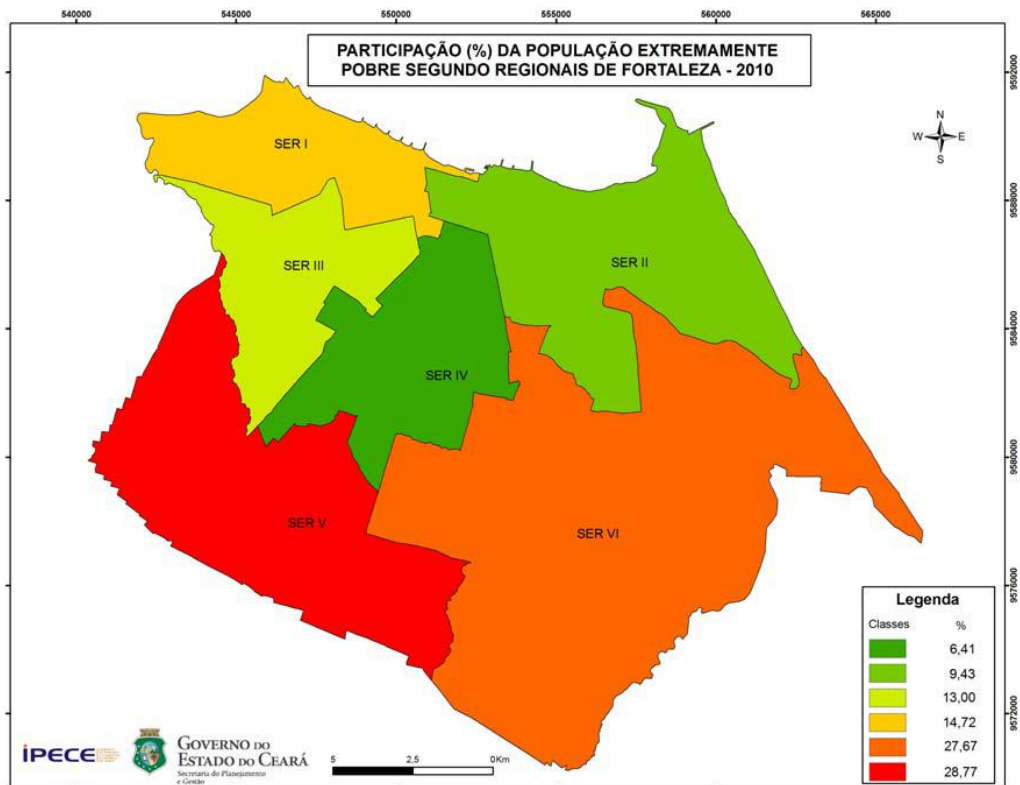
Ao longo destes mais de 15 anos de fundação, a ONG se estruturou e ampliou enormemente as atividades desenvolvidas na comunidade do Bom Jardim. Todas elas integram um modelo teórico criado pelo movimento e denominado Abordagem Sistêmica Comunitária (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM, 2009). Entre as atividades desenvolvidas temos: Terapia da Autoestima, Terapia Comunitária, Casa de Aprendizagem do Bom Jardim, Projeto “Sim à vida, não às drogas”, Biodança, Casa de Aprendizagem Ezequiel Ramin, Horta Comunitária, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o CAPS Comunitário do Bom Jardim, a Casa AME (Arte, Cultura e Espetáculo), Massoterapia e diversos cursos de formação. Desde 2007, o MSMC desenvolve atividades no município de Maracanaú e de Pacatuba no Ceará, junto à comunidade indígena dos Pitaguarys. Esta ampliação das atividades do Movimento para outras localidades foi uma das razões para a mudança de nome, com a retirada do “Bom Jardim”, já que sua atuação extrapola o universo de tal comunidade.

O CAPS Comunitário do Bom Jardim tem a peculiaridade de ser uma instituição gerida pela Prefeitura Municipal de Fortaleza e o MSMC, uma potente organização influente e atuante na comunidade. Isto fortalece uma participação ativa da população nas políticas públicas, aproximando usuários e gestão, o que favorece a maior inserção do serviço no Grande Bom Jardim e a uma maior diversificação das atividades desenvolvidas. No CAPS atualmente são desenvolvidas diversas atividades, a saber: acompanhamentos terapêuticos grupais e individuais de psiquiatria, assistência social, farmácia, terapia ocupacional, psicologia e enfermagem; oficinas de arte-terapia; terapias corporais; grupos terapêuticos; assistência a familiares de usuários, através do grupo “cuidando do cuidador”; horta comunitária; visitas domiciliares de acompanhamento dos usuários; apresentação de sessões de vídeo; celebração de datas comemorativas; passeios culturais; e oficinas de arte, música (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO BOM JARDIM, 2012).

A área da SER V abrange a população que vive em 18 bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Conjunto Esperança, Genibau, Granja Lisboa, Granja Portugal, Jardim Cearense, Manoel Sátiro, Maraponga, Mondubim, Parque

Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Parque São José, Planalto Ayrton Senna, Prefeito José Walter e Siqueira. (IPECE, 2012). Caracteriza-se por ser a região mais populosa e pobre da capital, com um total de 541.511 habitantes, dos quais 7,12% vivem em extrema pobreza, o que representam 28,77% da população total do município que vive na miséria (FIGURA 1). A população da regional tem um rendimento médio de 3,07 salários mínimos, é a parte da cidade com o segundo maior índice de analfabetismo, 17,83%, e a pior taxa de acesso à rede de esgoto. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)⁵, o Bom Jardim obteve media 0,403, valor abaixo do IDH da capital (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, 2011).

Figura 1 - Participação (%) da população extremamente pobre segundo regionais de Fortaleza.



Fonte: IPECE (2012)

Dois elementos foram importantes para a escolha do CAPS Comunitário do Bom Jardim para a realização da pesquisa: situar-se em uma área de concentração de extrema pobreza da capital cearense (BEZERRA, 2011); e ser uma instituição que tem uma história de

⁵ O IDH-M contempla três indicadores: média de anos de estudo do chefe de família, taxa de alfabetização e renda média do chefe de família (em salários mínimos). Quanto mais próximo da nota 1,0, mais desenvolvido é o bairro. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011)

parceria com o Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM), o qual a faço parte, o que viabiliza a inserção no campo de estudo em questão.

2.2 Sujeitos Participantes da Pesquisa:

Considerando a natureza qualitativa do estudo em questão, o interesse não se deu sobre uma extensiva quantidade de sujeitos, mas na qualidade e na profundidade das informações obtidas a partir do contato estabelecido com os participantes do estudo, mediado pelos instrumentos e técnicas de construção dos dados. Os sujeitos participantes do estudo são todos usuários do CAPS Comunitário do Bom Jardim e a participação deles se deu em dois diferentes momentos.

Em um primeiro, no qual ocorreu a aplicação do *Questionário de Pobreza Multidimensional* (APÊNDICE A)⁶, que teve por objetivo identificar sujeitos que vivessem em condições de pobreza, assim como gerar dados para a análise da vida dos participantes do estudo. E em um segundo momento, no qual foram selecionados alguns sujeitos para participar de entrevistas individuais em profundidade.

Do primeiro momento participou um total de 18 sujeitos. Neste, foram critérios de escolha dos participantes:

1. Ser usuário do CAPS Comunitário do Bom Jardim;
2. Ter idade mínima de 18 anos, para que possa responsabilizar-se legalmente por sua participação na pesquisa;
3. Ter disponibilidade e interesse em participar da pesquisa;
4. Declarar anuência ao estudo após o conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para Participação em Pesquisa (APÊNDICE B).

Do segundo momento participaram 05 sujeitos, selecionados após uma sistematização das informações obtidas no *Questionário de Pobreza Multidimensional*, a partir dos seguintes critérios:

1. Ser usuário do CAPS há pelo menos um ano;
2. Viver ou ter vivido em condições de pobreza;
3. Ter disponibilidade e interesse em participar da entrevista individual;
4. Declarar anuência ao estudo após o conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para Participação em Pesquisa (APÊNDICE C).

⁶ Instrumento construído pela autora que será melhor apresentado na página 27.

O critério 2 foi avaliado de acordo com os seguintes indicadores: ter renda familiar *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo ou ter pelo menos dois dos seguintes indicadores: ter menos de 9 anos de estudo, a renda familiar depender de trabalho informal, ter vivenciado privação de alimentos em algum momento da vida, relatar sentir-se frequentemente humilhado (a) ou envergonhado (a), ter vivenciado o fenômeno da seca, ter migrado do campo para a cidade em decorrência de dificuldades socioeconômicas. Estes dois últimos indicadores, apesar de não constarem no *Questionário Multidimensional da Pobreza* foram relatados por alguns participantes no momento da aplicação deste instrumento.

O critério renda familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo foi utilizado como um dos centrais critérios para avaliação da pobreza, pois apesar da renda não ser o único indicador a ser utilizado para definir pessoas que estão nesta situação, configura-se como um importante elemento que diz sobre as condições de vida das pessoas, uma vez que sua abundância ou restrição implicará nas possibilidades de estabelecimento de uma vida digna e de uma ampliação ou limitação das diversas possibilidades do viver. Apesar de valorizar a dimensão da pobreza monetária, não lanço o olhar para a pobreza como unicamente privação de renda, busquei identificar as implicações psicossociais desta na vida dos sujeitos, ampliando assim a uma visão multidimensional do fenômeno.

Entre todos os sujeitos selecionados, apenas dona Carmem vive atualmente com uma renda *per capita* familiar de 1 salário mínimo. Contudo, durante a maior parte de sua história viveu com uma renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo e passou por momentos de seca, migração do sertão para a cidade e pela vivência da fome. Diante disto, achei que ela poderia dar uma importante contribuição ao estudo, buscando compreender também as variáveis que interferiram na mudança de vida e superação da pobreza.

A Tabela 1 revela o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa. No total foram quatro mulheres e um homem, de idade de 28 a 68 anos, a escolaridade varia de Ensino Médio completo a analfabetismo, de renda *per capita* familiar de R\$622,00 a R\$ 70,00. Nenhum deles trabalha (3 são desempregados e 2 aposentados), todos fazem acompanhamento no CAPS há mais de dois anos, três participam semanalmente das atividades do serviço e dois apenas mensalmente. Segundo o Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) elaborado pelo Programa das Nações Unidas (PNUD) (2010a), dois vivem sem privações, dois em privação e um em pobreza multidimensional. É importante ressaltar que todos os nomes aqui apresentados são fictícios com o objetivo de preservar o sigilo dos participantes. Todos os sujeitos demonstraram uma grande disponibilidade em participar do estudo. Alguns, que participaram do primeiro momento, foram contatados para o segundo, contudo por razões de

abandono do tratamento ou não responder ao contato telefônico, não participaram das entrevistas.

Tabela 1- Perfil dos participantes da entrevista individual – dados obtidos a partir do *Questionário de Pobreza Multidimensional*

Nome	Idade (anos)	Escolaridade (anos de estudo)	Renda Pessoal	Renda Familiar per capita (R\$)	Situação de Trabalho	Renda Familiar depende de trabalho informal	Relata sentir com frequência Vergonha ou Humilhação	Migração do Campo para a cidade	Vivencia da Seca e ou fome	Tempo no CAPS	IPM**
Lia	33	Ensino Médio Completo (12 anos)	Sem renda	150,00	Desempregada	Sim	Sim	Não	Não	Mais de 5 anos	0 Sem Privação
Ana	28	Ensino Médio Incompleto (7 anos)	70,00	70,00	Desempregada	Benefício do Governo	Sim	Não	Não	Mais de 5 anos	5,6 Em privação
João	36	Ensino Fundamental Incompleto (7 anos)	Sem renda	124,00	Desempregado	Sim	Não	Não	Não	Mais de 3 anos	16,7 Em privação
Teresa	64	Analfabeta (0 anos)	1 SM	311,00	Aposentada	Não	Sim	Sim	Sim	Mais de 2 anos	33,4 Em pobreza multid.
Carmem	68	Ensino Fundamental Incompleto (5 anos)	1 SM	622,00	Aposentada	Não	Sim	Sim	Sim	Mais de 3 anos	0 Sem Privação

Fonte: Elaborada pela autora.

*SM = Salário Mínimo

** IPM = Índice de Pobreza Multidimensional (obtido a partir das dimensões padrão de vida, saúde e educação) (PNUD, 2010a).

2.2.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa:

Os sujeitos participantes das entrevistas individuais são pessoas comuns, revelavam histórias partilhadas por muitos homens e mulheres do Brasil, representam pessoas que lutam cotidianamente para sobreviver em meio a uma realidade perpassada pela desigualdade e injustiça social. Ao longo dos capítulos, suas histórias serão contadas, mas de antemão vos apresento João, dona Teresa, dona Carmem, Lia e Ana.

João tem 36 anos, é solteiro e mora no bairro Jardim Jatobá com a sua família (pai, mãe, irmão, cunhada e sobrinha). Ele não trabalha e não tem nenhuma renda. Sua mãe por longo período de sua vida trabalhou como doméstica e atualmente é aposentada. Seu pai é pedreiro, ainda economicamente ativo e não possui renda fixa, *faz bicos*. A renda familiar *per capita* é de até R\$190,00. João estudou até o primeiro ano do ensino médio e parou de estudar por decisão própria, relata que sempre teve dificuldades de aprendizagem, que repetiu de série várias vezes e passou por períodos sem estudar. Relata que durante a sua adolescência gostava muito de sair para festas e fez uso de bebida alcoólica e de outras drogas, mas diz nunca ter “*se viciado*”. Um dia, ao retornar de uma festa, foi agredido por policiais que o confundiram com um “*guangueiro*”. Ele diz: “*apanhei muito no ouvido, na cara e passei muito tempo doente, internado também por causa disso, dessas porrada*”. Começou a trabalhar aos 17

anos em uma oficina limpando carro e durante sua vida já trabalhou em diferentes ofícios: em trabalho doméstico, recolhendo material reciclado nas ruas e de segurança em casa de show. Nenhum destes era trabalho formal, com vínculo empregatício. Relata ter parado de trabalhar devido aos problemas de saúde mental, relaciona isto às suas crises. Hoje diz que está dependente de sua mãe, que perdeu sua liberdade de ir às festas. Suas crises começaram aos 19 anos e devido a estas já passou por várias internações em diferentes hospitais psiquiátricos, relata que sempre fugia das internações. Ao se referir sobre suas crises, diz que o seu *“juízo para”*, que perde *“a noção das coisas”*. Atualmente faz acompanhamento semanal no CAPS Comunitário do Bom Jardim, há mais de 3 anos, desde então não teve mais nenhuma crise, nem passou por nenhuma outra internação. Relata que além do CAPS, segue sendo acompanhado no Hospital de Saúde Mental de Messejana, instituição que o encaminhou ao serviço substitutivo.

Dona Teresa tem 64 anos, é solteira, mora com a irmã, a sobrinha e a filha da sobrinha. É analfabeta e aposentada por motivo de doença. É natural de Paracuru, cidade do litoral cearense, e durante a infância morava em uma área rural do município. É filha de agricultores e relata nunca ter estudado porque tinha que trabalhar. Diz ela: *“Se não trabalhasse era peia”*. Relata ter tido uma infância difícil. Assim como ela, todos os seus irmãos não estudaram. Aos 20 anos engravidou e teve uma filha. Diz que o pai da menina *“não prestava”*. A filha logo que nasceu foi dada para outro membro da família sendo criada por este. Quando perguntei o motivo da doação, ela diz *“não tinha como criar”*. Após o falecimento do pai, ela, a mãe e os irmãos se mudaram para Fortaleza em busca de melhores condições de vida. Ao chegar à capital do Estado, assim como sua mãe e suas irmãs, foi trabalhar de empregada doméstica. Durante mais de 20 anos, trabalhou nesta atividade junto a uma família sem receber nenhum pagamento por seu trabalho. Relata que trabalhava em troca de comida, roupa e um lugar para viver. Dona Teresa tem histórico de várias internações psiquiátricas e diz não lembrar quando foi a primeira e nem a última internação. Diz que as pessoas relatavam que ela ficava agressiva, *“quebrava tudo”*. Quando a perguntei sobre o motivo das internações ela disse: *“É por loucura, mesmo...”*. Durante suas crises era a sua patroa quem a levava para as internações. Foi esta também quem cuidou da papelada para dar entrada no pedido de aposentadoria. Logo após conseguir, foi morar com a sua sobrinha. Atualmente, dona Teresa mora em um quatinho construído nos fundos da casa desta. A renda familiar é de 3 salários mínimos. No que se refere a atividades de lazer, ela relata gostar de ouvir músicas no rádio, ir à igreja, sair para ir à praia e visitar outra irmã. Relata que gosta de ir à igreja com a vizinha (evangélica), pessoa que a acompanha também até o CAPS, onde faz

acompanhamento há mais de três anos. Na instituição faz acompanhamento mensal, com médico psiquiatra. Relata não se inserir em outras atividades por não ter quem a leve. Antes do CAPS, dona Teresa fazia acompanhamento em hospital psiquiátrico, unicamente durante os momentos de crise.

Dona Carmem, tem 68 anos, é natural de Aracoiaba, interior do Estado do Ceará. É filha de agricultores e durante toda a sua infância teve que trabalhar ajudando seus pais no sustento familiar. Estudou até a quinta série do ensino fundamental, parou de estudar por não conseguir conciliar trabalho e estudos. Aos 13 anos, por causa da seca de 1958, teve que se mudar para Fortaleza junto com seus pais e seus oito irmãos. Ao chegar a capital foi trabalhar de babá para ajudar no sustento da família. Aos 15 anos começou a trabalhar como jovem aprendiz em uma fábrica de tecidos, lugar onde trabalhou por longos anos. Logo que chegaram à capital, Carmem e sua família foram morar em uma casa cedida na qual seu pai trabalhava como caseiro. Depois moraram em uma casa de taipa, com telhado de palha e em seguida, com o dinheiro do trabalho da família conseguiram comprar um terreno e construir uma casa de melhor qualidade, de tijolo. Casou-se aos 27 anos, relacionamento onde teve quatro filhos. Durante o período de casada, sofreu muitas agressões físicas e psicológicas por parte do esposo, que fazia uso abusivo de bebida alcoólica. Ficou casada durante muitos anos, se separando aos 45 anos, ano em que saiu sua aposentadoria. Ela iniciou o tratamento no CAPS por encaminhamento do Hospital de Saúde Mental de Messejana, local que fazia acompanhamento devido a uma crise depressiva em que, como ela diz: “*queria morrer embaixo dos carros*”, durante o período em que ainda era casada. Dona Carmem atribui o seu “*desespero*” ao sofrimento que passava devido às agressões físicas e verbais que sofria do marido e ao peso de ter que sustentar a família sozinha. Durante este período, chegou a passar fome, por ficar desempregada e não ter quem mantivesse as despesas de casa. Atualmente, vive um segundo relacionamento, há mais de 20 anos. Considera que seu segundo esposo a trata muito bem. Ele faz acompanhamento no CAPS, segundo ela, por depressão também. Dona Carmem, faz acompanhamento no CAPS há mais de três anos, frequenta mensalmente o serviço, onde diz que “*vai buscar a receita*”, porque apesar de ter “*ficado boa da depressão*”, de não ter mais “*estres*”, se não tomar o remédio não consegue dormir. Atualmente dona Carmem e seu esposo vivem com uma renda de dois salários mínimos e meio, moram em uma casa própria e ajudam aos filhos no sustento deles.

Lia é solteira, tem 33 anos, mora no Parque Santa Rosa, é católica e mora com sua família (mãe, pai e irmão). Ela concluiu o ensino médio, sempre estudou na rede pública de ensino. Durante um ano, trabalhou como professora de ensino fundamental e atualmente

está desempregada e sem renda. Seus pais são do interior do Estado, sua mãe é costureira e seu pai é servente de pedreiro, ambos trabalham como autônomos não tendo emprego formal, nem renda fixa. A renda total da família, em função disto, varia bastante de 1 a 2 salários mínimos, para a subsistência de 4 pessoas. Ao falar de sua infância, faz referencia às agressões que sua mãe sofria de seu pai. Iniciou o tratamento em saúde mental no Hospital de Saúde Mental de Messejana, onde fazia acompanhamento mensal com uma psiquiatra e uma psicóloga. No CAPS faz acompanhamento semanal, em atividades grupais e individuais, considera o serviço “*um bom hospital*”. Relata que ao chegar ao CAPS estava insone, “*toda tremendo, chorando*, passou “*três meses[...]sem dormir nem de dia e nem de noite*”, segundo Lia ela “*já tava doida*”, por isso foi encaminhada para o CAPS. Ela tem o diagnóstico de esquizofrenia. Quando não está no CAPS diz passar o dia ociosa, assistindo televisão. Gosta de sair para passear para a casa da tia (“*que é doente igual eu*”) e para a casa dos avós que moram no interior, cidade natal dos pais. Relata que atualmente se percebe melhor, hoje é mais comunicativa, todos a conhecem no CAPS. Ela relata que até hoje não entende como “*pegou essa doença*”, diz que não lembra.

Ana é solteira, tem 28 anos, mora no bairro do Bom Jardim e é espírita. Quando criança, parou de estudar na quinta série, retomando em 2011 os estudos e através do programa do governo do Estado *Tempo de Avançar*, cursando atualmente o ensino médio. Vive sozinha, com uma renda de R\$ 70,00 mensais. Foi criada em um abrigo para crianças, a Instituição Espírita Nosso Lar Casa da Criança, só conhecendo seus pais biológicos depois de adulta. Diz que até hoje não sabe a real história de abandono que viveu, mas diz que sua mãe é do interior do Estado e é de origem pobre, que durante a sua gravidez morava na rua com seu irmão pequeno e que quem a levou para o abrigo foi uma mulher que até hoje trabalha na instituição (quem depois a colocou em contato com sua mãe biológica). Até os 15 anos, Ana morou no abrigo, indo depois viver junto a sua mãe de criação (uma mulher também criada no abrigo que depois de adulta ficou na instituição cuidando das crianças) com mais outras 10 crianças em uma casa cedida pela instituição. Relata ter sofrido abuso sexual, aos oito anos, por um dos seus irmãos, um jovem do abrigo, acontecimento que guardou para si em segredo até pouco tempo e que diz ter mudado o seu comportamento. Depois do falecimento de sua mãe de criação, sobreviveu com a ajuda de uma irmã que trabalhava no Hospital Nosso Lar. Relata que ainda hoje esta irmã a ajuda com relação à aquisição de medicamentos. Após a morte da mãe de criação, em 2005, Ana teve sua primeira crise e chegou a ficar internada no Hospital Nosso Lar durante 4 meses, local onde considera que morava. Depois desse período diz que foi morar na casa de uma madrinha, depois na casa da sua mãe biológica, como ela

diz: “*morava nas casa jogada*”, contudo quando chegava os momentos de crise as pessoas não queriam mais abrigá-la, “*não vou ficar com ela não, que ta com problema*”. Ana diz ter passado por um total de quatro internações em um mesmo hospital psiquiátrico, antes de ir fazer acompanhamento no CAPS. Relata que no período de chegada ao CAPS “*era uma pessoa totalmente infantil que chorava muito e quando eu tava aqui só sabia correr, correr, correr*”, relata que ouvia vozes e passava períodos sem dormir. Atualmente, faz acompanhamento semanal no serviço substitutivo e há mais de dois anos não precisou passar por nenhuma internação e percebe-se uma pessoa mais adulta, que sabe “*se controlar*”, que no CAPS aprendeu escolher o futuro que quer construir. Hoje, inspirada em umas das profissionais do serviço, sonha em ser terapeuta ocupacional. Relata uma grande gratidão ao MSMC, onde diz ter encontrado muitos amigos e muita ajuda. Atualmente Ana mora em uma casa que ganhou da instituição Nosso Lar, que conseguiu equipar com a ajuda de amigos, são estes também que a ajudam na compra de alimentos para subsistência, pois a renda de R\$ 70,00 (setenta reais) que recebe do programa Bolsa Família é insuficiente para conseguir se manter.

2.3 Construção e Análise dos Dados

O processo de construção dos dados da pesquisa ocorreu a partir da relação que estabeleci com os sujeitos participantes da pesquisa. Neste processo, algumas técnicas e instrumentos mediarão tal relação, tais como: o *Questionário Multidimensional da Pobreza* e a Entrevista Individual. A análise do material produzido seguiu a perspectiva da Análise de Conteúdo, realizada com o auxílio do *software* ATLAS.ti 5.2.

Para uma maior clareza na percepção do percurso metodológico seguido neste estudo, é importante destacar como se estabeleceu a relação entre objetivos do estudo e instrumentos utilizados. A Tabela 2 apresenta de forma sintética a relação entre os objetivos específicos, grandes categorias e os instrumentos da pesquisa.

Tabela 2 – Relação entre objetivos, grande categorias e instrumentos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	GRANDES CATEGORIAS	INSTRUMENTOS
I. Identificar aspectos psicossociais da pobreza na vida de usuários do CAPS.	- Vida em condições de pobreza. - Dimensões psicossociais da pobreza.	- Questionário de Pobreza Multidimensional. - Entrevista Individual em profundidade.

Tabela 2 – Relação entre objetivos, grande categorias e instrumentos- *Continua*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	GRANDES CATEGORIAS	INSTRUMENTOS
II. Analisar o processo saúde-doença mental de usuários pobres do CAPS.	- Processo saúde-doença mental.	- Entrevista Individual em profundidade.
III. Compreender a relação entre pobreza e o processo saúde-doença mental.	- Vida em condições de pobreza. - Dimensões psicossociais da pobreza. - Processo saúde-doença mental.	- Questionário de Pobreza Multidimensional. - Entrevista Individual em profundidade.

Fonte: Elaborado pela autora.

O início do trabalho de campo, propriamente dito, se deu a partir de minha inserção no CAPS Comunitário do Bom Jardim, durante o mês setembro de 2012. Neste momento, busquei uma inserção tanto observacional e analítica, quanto vivencial. O objetivo era me inserir na realidade, a fim de conhecer seu cotidiano, seu processo social, cultural, a partir das relações sociais estabelecidas entre os sujeitos que constroem o dia-a-dia da instituição. Pude ter contato com profissionais (desde recepcionistas, cozinheira, guarda municipal, a técnicos), usuários e familiares. Minha chegada se deu a partir de uma conversa inicial com a coordenadora do MSMC, pessoa que mediou o meu contato com a coordenadora do serviço. O encontro com as duas ocorreu em um almoço realizado no MSMC, o qual foi convidada a participar juntamente com a orientadora da pesquisa. Elas se mostraram muito receptivas ao estudo e viabilizaram a minha entrada na instituição, sendo muito atenciosas a todas as minhas solicitações.

O início da construção dos dados se deu a partir da aplicação do *Questionário de Pobreza Multidimensional*, construído pela pesquisadora junto com integrantes do grupo de pesquisa *NUCOM: Identidade, Comunidade e Sustentabilidade*, que desenvolve atualmente a pesquisa *Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial das comunidades do Bom Jardim (Fortaleza) e da Canafístula (Apuiarés/Ceará)*. O instrumento, composto por 100 questões fechadas do tipo múltipla escolha, se propõe a conhecer a realidade dos sujeitos a partir de 7 dimensões: dados gerais, educação, habitação, trabalho e renda, saúde, fatalismo e vergonha e humilhação. Para sua elaboração, diferentes estudos e instrumentos serviram de referencial. A saber: *Questionário sobre Carências da População de Porto Alegre* de Comin et al. (2007), *Índice de Pobreza Multidimensional* do PNUD (2010a), *Questionário Sócio-Econômico* de Cidade (2012),

Escala de Fatalismo de Esparza, Quiñones e Carrillo (2010) e o instrumento de Zavaleta (2007) para o estudo da vergonha e a humilhação como dimensões faltantes na análise da pobreza. Tais referenciais se propõem a estudar a pobreza em uma perspectiva multidimensional, dando conta dos aspectos psicossociais desta.

A aplicação do *Questionário de Pobreza Multidimensional* ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2012, nas dependências do próprio CAPS Comunitário do Bom Jardim e contou com a participação de outros estudantes, da pós-graduação e de graduação⁷. Neste momento, foram convidados a participar da pesquisa usuários do CAPS que estavam na instituição à espera por algum atendimento ou que lá estivessem por qualquer outro motivo (marcação de consulta, em busca de uma informação, de medicação, a passeio). Durante a abordagem, primeiramente foi realizado o convite para responder ao questionário, seguido de uma breve explanação do objetivo do estudo. A aplicação demorou em média 20 minutos. Do total de instrumentos aplicados, 13 foram respondidos de forma completa e 05 de forma parcial. A aplicação foi interrompida nestes 05 casos por diferentes razões, entre elas: desistência do participante por achar o instrumento muito extenso, chegada do momento da consulta, falta de condições de compreensão do questionário (por comprometimento cognitivo ou por relatar não sentir-se bem no momento), entre outras.

O questionário se mostrou uma importante ferramenta para a seleção dos sujeitos que iriam participar do segundo momento. A sua aplicação me permitiu estabelecer um primeiro contato com os sujeitos, além de possibilitar uma aproximação inicial com a história de vida deles. As pessoas, no momento em que estavam respondendo ao questionário não se limitavam a responder as questões apresentadas, mas traçavam narrativas que revelavam aspectos relevantes de suas vidas que durante a entrevista individual foram aprofundadas e esclarecidas. Em um primeiro momento, durante a elaboração do projeto de pesquisa, acreditava que esta primeira fase serviria apenas à escolha dos sujeitos do estudo, contudo durante seu curso percebi que este momento era potente a uma primeira aproximação à histórias de vidas dos sujeitos e ao universo de significações destes sobre vida, pobreza, saúde mental, temas importantes ao estudo. Outro aspecto importante, é que durante a aplicação do questionário foram mencionados elementos importantes ao estudo da pobreza, como a vivência da fome, seca e migração campo-cidade, que não estavam diretamente no instrumento, mas que se manifestaram na fala de alguns participantes. Outra importância do

⁷ Todos integrantes do Grupo de Pesquisa do NUCOM participantes da pesquisa: “*Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial das comunidades do Bom Jardim (Fortaleza) e da Canafistula (Apuiarés/Ceará)*”.

questionário é que ele se constituiu como uma importante ferramenta auxiliar na realização das entrevistas individuais.

Após a aplicação do questionário, foram selecionados 08 sujeitos para a realização das entrevistas individuais em profundidade, de acordo com os critérios apresentados anteriormente. Tal processo, iniciou-se em meados do mês de novembro, finalizando no início de janeiro de 2013. Foram realizadas um total de 06 (seis) entrevistas, com 06 (seis) diferentes sujeitos, das quais apenas cinco foram selecionadas⁸. Sobre o local de realização destas: uma das entrevistas foi realizada na casa do entrevistado e cinco foram realizadas no CAPS Comunitário do Bom Jardim ou do MSMC, das quais, três em salas com ar-condicionado, uma na palhoça e uma iniciou na palhoça e depois se dirigiu a uma sala individual, a fim de manter uma maior privacidade. Todas foram realizadas após um contato prévio com os sujeitos, no qual foi agendado o dia, a hora e o local da entrevista, escolhidos pelos mesmos.

A entrevista caracteriza-se por ser uma conversação formal entre entrevistador e entrevistados. Ela é uma interação dialógica, onde ocorrem trocas de ideias e de significados e entrevistador e entrevistados estão implicados na construção do conhecimento. A partir dela, foi possível explorar em profundidade aspectos da vida dos sujeitos, seus sentidos e significados (GASKELL, 2008). Segundo Minayo (2010), durante a entrevista em profundidade um sujeito é convidado a falar livremente sobre um tema, durante este processo o entrevistador formula algumas perguntas com o objetivo de esclarecer ou dar mais profundidade a algumas questões importantes.

O foco das entrevistas foi o relato da história de vida dos participantes, realizada mediante o auxílio do Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado (APÊNDICE D). Segundo Minayo, “para pesquisar o sentido da história humana comum em lugares sociais específicos. Uma das principais [estratégias] é pedir aos atores que contem suas histórias” (2010, p. 154). Não houve, aqui, a pretensão de conhecer a verdade sobre os fatos vividos, mas tecer uma aproximação da versão que o sujeito atribui a sua história particular, para que a partir desta seja possível compreender os sentidos atribuídos ao vivido, à vinculação da experiência particular ao contexto social, como são tecidas histórias de vida particulares em meio a contexto de vulnerabilidade social e pobreza, como é o caso do estudo em questão, e como transcorre o processo saúde-doença mental em meio a tal contexto. A história individual, neste sentido, possibilita revelar, a partir de histórias singulares aspectos da história coletiva.

⁸ Durante a entrevista de um dos sujeitos, muitas das informações dadas no questionário não coincidiram, fazendo com que o mesmo não mais se enquadrasse nos critérios de seleção para a participação da pesquisa.

O roteiro guia das entrevistas partia de uma pergunta geral, que solicitava aos participantes que contassem suas histórias de vida, desde a infância aos dias atuais. Durante este processo busquei estar atenta às dimensões (infância, juventude, trabalho, relações familiares, condições de moradia, privações vividas, relações de amizade, percepções da pobreza e do pobre, vivências de vergonha e humilhação, processo saúde-doença mental, cuidado em saúde mental e rede de apoio social) destacadas em tópicos para que estivesse atenta durante a entrevista. À medida que os sujeitos relatavam suas histórias, fui solicitando que elucidassem algumas informações relevantes ao estudo, considerando tais dimensões, assim como pedi que esclarecessem algumas respostas dadas ou comentários tecidos durante a aplicação do *Questionário Multidimensional de Pobreza*.

As entrevistas com alguns sujeitos fluíram bastante, onde apenas uma pergunta geradora era suficiente para que relatassem suas histórias com uma impressionante riqueza de detalhes, contudo com outros as respostas eram bastante curtas, sendo necessária assim uma maior interferência minha na conversação. A entrevista com Lia foi um exemplo disto, suas respostas de uma forma em geral foram bem curtas e ela mostrava-se bastante confusa em suas respostas e por vezes esquecia o que estava contando, interrompendo sua fala bruscamente. Dona Teresa, assim como Lia, exigia de mim uma maior interferência durante o momento de condução da entrevista, por vezes ela dizia não lembrar alguns fatos e esquecia o que estava contando, sua entrevista teve a peculiaridade de contar com a participação de sua sobrinha, que ajudava a tia a recordar fatos de sua história.

Achei importante em cada entrevista, adaptá-la as peculiaridades dos sujeitos envolvidos, não permitindo que as técnicas se sobrepusessem ao estabelecimento da minha interação com eles. Por se tratar de pessoas com problemas de saúde mental em tratamento, a medicação ou o próprio grau de comprometimento da doença interferiam na forma de expressão dos sujeitos. Contudo, isto não inviabilizou a realização do estudo, que busca uma análise da vida destes sujeitos, privilegiando olhar que eles atribuem a esta, a partir da fala dos mesmos.

O número de entrevistas não foi a priori estabelecido. Tal quantidade foi definida tendo como base o “ponto de saturação do sentido”, quando “temas comuns começam a aparecer, e progressivamente sente-se uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno” (GASKELL, 2008, p. 71). Neste momento, percebe-se que as informações levantadas já possibilitam elementos à compreensão do fenômeno estudado.

Todas as entrevistas ocorreram com o auxílio de um gravador, para que pudessem ser gravadas e, em um momento posterior, transcritas e analisadas. Isto ocorreu com todas as

entrevistas realizadas no estudo, exceto a entrevista realizada com dona Teresa, pois durante o seu transcurso houve um problema com o gravador, que não registrou o momento. Diante disto, registrei a entrevista de acordo com as minhas memórias do momento.

A sistematização e análise do material produzido na pesquisa foram realizadas a partir da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004), realizada com o auxílio do *software* ATLAS.ti 5.2. A análise de conteúdo se caracteriza por ser um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que procura “[...] estabelecer uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados” (BARDIN, 2004, p. 41).

Considerando seu aspecto operacional, a análise de conteúdo se propõe partir de uma análise superficial do material e chegar a uma compreensão profunda deste. Ela relaciona estruturas semânticas (significantes) e estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e considera no texto diversos fatores que determinam suas características psicossociais, culturais, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2010).

A modalidade de análise de conteúdo usada foi do tipo Temática. Nela se busca identificar as unidades de significação, no caso os temas, que se destacam na comunicação e cuja presença tem relevância para os objetivos da pesquisa. O processo de análise seguiu as seguintes etapas propostas por Bardin (2004): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

O material tratado e analisado com o auxílio do ATLAS.ti seguiu as seguintes etapas: armazenamentos e exploração dos dados (repetidas leituras flutuantes do material produzido), categorização (identificação das unidades de sentido e agrupamento destas em categorias) e análise das relações observadas (estabelecimento das relações entre as categorias). Convém destacar que todo este processo foi feito e refeito, com o objetivo de afinar e apurar análise. A partir do uso do *software*, identifiquei os *Codes*, que correspondem às categorias, e os *Quotations*, que correspondem às unidades de sentido, as falas dos sujeitos, e em seguida, estabeleci as relações possíveis entre os *Codes*, que podem ser agrupados em *Families*, o que corresponde a grandes categorias. Por sua vez, os *Codes* podem ter especificidades, elementos que o compõe, que chamei de sub-categorias.

A Tabela 3 apresenta as grandes categorias, as categorias e as sub-categorias encontradas. Como resultado deste processo emergiram um total de 21 categorias, 42 sub-categorias, organizadas em torno de 3 grandes categorias, a saber: à vida em condições de pobreza relacionavam-se as categorias: infância-juventude, moradia, trabalho, educação, sustento familiar, lazer, fome, satisfação com a vida, vivência da seca e vida desejada; à

dimensões psicossociais da pobreza relacionam-se as categorias: sentidos da pobreza, rede de apoio social, violência, exclusão social, espiritualidade, relações interpessoais e autoconceito; e à processo saúde-doença mental ligam-se as categorias: álcool e outras drogas, cuidado em saúde mental, cuidado em saúde, transtorno mental e exclusão social.

Tabela 3 - Apresentação das Grandes Categorias, Categorias e Sub-categorias

GRANDES CATEGORIAS	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	
Vida em Condições de Pobreza	Infância-Juventude		
	Moradia		
	Trabalho	Atividade laboral Trabalho infantil Condições de trabalho	
	Educação	Educação Compreensão dos estudos	
	Sustento Familiar	Sustento pessoal/familiar Renda	
	Lazer		
	Cuidado em Saúde	Cuidado em Saúde Acesso á saúde Serviço de saúde	
	Fome		
	Vivência da Seca		
	A vida desejada		
Dimensões Psicossociais da Pobreza	Sentidos da Pobreza	Compreensões da pobreza Compreensões da riqueza Compreensões do pobre Compreensão dos políticos	
	Rede de Apoio Social	Apoio comunitário Apoio familiar Apoio institucional Apoio religioso	
	Violência	Vivência de violência Vivência de violência de gênero	
	Exclusão Social	Humilhação Discriminação	
	Espiritualidade	Espiritualidade – Fé Religião Influência de Deus sobre os fatos	
	Relações Interpessoais	Relações afetivas - Casamento/Namoro Relações de amizade Relações Familiares	
	Autoconceito		
	Satisfação com a Vida		
	Processo Saúde-Doença Mental	Álcool e outras Drogas	Convívio com álcool e outras drogas Práticas ilícitas Compreensão das drogas
		Cuidado em Saúde Mental	Cuidado em saúde mental Cuidado em saúde mental - CAPS Cuidado em saúde mental – Hospital Psiquiátrico Cuidado em saúde mental – UBS Relação profissional de Saúde-Usuário Rede de Apoio Social
Cuidado em Saúde		Cuidado em Saúde Acesso à saúde Serviço de saúde	

Tabela 3 - Apresentação das Grandes Categorias, Categorias e Sub-categorias - *continua*

GRANDES CATEGORIAS	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Processo Saúde-Doença Mental	Vivência do Transtorno Mental	Sentidos do transtorno mental Processo de adoecimento - crise Processo de adoecimento psíquico Processo de superação ao adoecimento
	Exclusão Social	Humilhação Discriminação

Fonte: Elaborado pela autora

2.4 Aspectos Éticos da Pesquisa:

Considerando a pesquisa como uma prática social, que produz efeitos tanto no ambiente como nos sujeitos envolvidos na realização da atividade, é necessária, por parte do pesquisador, uma postura ética frente à realidade e aos sujeitos participantes da investigação. Assumo a responsabilidade com os saberes produzidos a partir deste estudo. Destaco a ciência de minha condição de ‘estrangeira’, de alguém que se propôs conhecer uma realidade outra, que apesar de bem próxima não me era própria. Este processo, busquei fazê-lo a partir de uma relação dialógica e respeitosa diante do outro que a mim se apresentava.

Durante o processo de desenvolvimento da pesquisa, procurei assumir uma postura de consideração positiva aos participantes da pesquisa e às histórias de vida compartilhadas, preservado o sigilo das informações e a vontade dos sujeitos em participar ou não do estudo em questão. Uma vontade que se sobressai neste trabalho é a de que ele possa contribuir para uma melhor compreensão da relação entre pobreza e saúde mental, favorecendo ao desenvolvimento de atuações mais qualificadas junto a sujeitos em sofrimento psíquico que vivem em contextos de pobreza. Para tanto, ao final da dissertação publicarei seus resultados tornando-os acessíveis a um maior número de pessoas.

Além da publicação do estudo no universo acadêmico e científico, haverá um momento de devolutiva da pesquisa aos participantes do estudo e ao Movimento de Saúde Mental Comunitária, a partir de uma roda de conversa sobre a pesquisa, seu processo e resultados. Neste momento buscarei traduzir a linguagem científica à popular, tornando possível o acesso aos saberes produzidos neste estudo a um maior número de pessoas.

Atendendo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que delibera sobre pesquisas envolvendo humanos, a presente pesquisa foi submentida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), através da Plataforma Brasil, CAEE: 04713912.9.0000.5054 (ANEXO A). Com a finalidade de assegurar que os participantes da pesquisa tivessem conhecimento dos objetivos do estudo,

de sua metodologia e da não obrigatoriedade da sua colaboração, a todos foi apresentado o Termo de Livre Consentimento e Esclarecido e solicitado a sua assinatura de concordância.

3 POBREZA E SUAS IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS

A fim de analisar as implicações das dimensões psicossociais da pobreza no processo saúde-doença mental de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), acredito ser importante, primeiramente, entender a categoria pobreza como processo social e histórico em constante movimento de construção e transformação. Primeiramente analisa-se sua expressão socioeconômica, para em seguida, compreender a dimensão psicossocial deste fenômeno, seu aspecto social, cultural, seu impacto na produção de modos de vida singular e de subjetividades, nas diversas formas dos sujeitos lidarem consigo, com seu corpo, com o outro e com a realidade em que vivem.

Neste estudo, a pobreza é analisada enquanto categoria teórica, como um problema social construído historicamente, em suas dimensões: psicológicas, culturais, sociais e econômicas. Assim como categoria empírica que afeta diretamente a vida de milhares de brasileiros que têm suas vidas tecidas em um contexto de opressão, exclusão social, marcadas pela privação de condições mínimas de existência.

A pesquisa se dedicou a conhecer a pobreza a partir de histórias reais, de sujeitos concretos que vivem nesta condição. Não apenas como um conceito teórico, polissêmico e multideterminado, mas também, e diria principalmente, como ela se expressa no cotidiano, no dia-a-dia de milhões de pessoas em sofrimento psíquico. As teorizações sobre tal fenômeno são importantes, na medida em que nos possibilitam analisá-lo sobre diferentes prismas, como lentes que nos auxiliam a ler a realidade. Contudo não podemos perder de vista que estas são apenas um instrumento e nunca darão conta da totalidade da complexidade da vida.

Bastos, Rabinovich e Almeida (2011) alertam que um dos maiores desafios epistemológicos e metodológicos das pesquisas sobre contextos de pobreza e as experiências de vida nesta realidade é a condição de estrangeiro do pesquisador. Este se propõe a estudar um universo que não é seu e, por isso, necessita desenvolver estratégias que possibilitem a inserção neste contexto e o encontro com o diferente. Nesta perspectiva, é importante romper com olhares etnocêntricos e preconceituosos do pobre e da pobreza e o estabelecimento de uma relação dialógica entre sujeitos diferentes, de contextos socioculturais distintos, que se propõem a um processo de *ad-miração* do mundo, a partir de uma relação baseada no respeito mútuo e do estabelecimento de um ato comprometido (FREIRE, 1994; GÓIS, 2008).

Este capítulo é resultado do encontro entre pesquisadora e sujeitos participantes do estudo. Ou seja, do meu encontro com Lia, Ana, João, dona Teresa e dona Carmem. Neste pude conhecer um pouco de suas histórias, suas vidas, da forma que elas e ele leem, sentem e

agem no mundo. Como suas trajetórias de vida foram tocadas pela vivência da pobreza e pelo sofrimento psíquico. E é a partir delas que este capítulo se estrutura. Inicialmente, apresento uma discussão teórica sobre as diferentes definições de pobreza e em seguida, analiso como esta se expressa na vida dos sujeitos da pesquisa, em uma dimensão socioeconômica, e posteriormente, em uma dimensão psicossocial.

3.1 Pobreza: definição de um conceito complexo e multidimensional

A pobreza constantemente esteve presente na história da humanidade, assumindo, ao longo desta, diferentes formatos e definições em função de questões sociais, econômicas e culturais (LACERDA, 2009). É ela, portanto, uma construção social, possível e perpetuada a partir de processos históricos estruturais de exclusão e desigualdade social (ACCORSSI, 2011, DEMO, 2001).

Durante seu percurso histórico, a pobreza assumiu diferentes concepções e explicações para sua causalidade, assim como diversos critérios foram usados para enquadrar os sujeitos que estariam ou não nesta condição (CODES, 2008; LACERDA, 2009; SIQUEIRA, 2009). Lacerda (2009) destaca que desde a Antiguidade até a Idade Média prevaleceu uma compreensão de que a pobreza era causada por uma determinação divina. Uma entidade divina decidiria quem iria viver na riqueza ou na pobreza e caberia ao sujeito apenas aceitar e suportar sua condição. A expressão da pobreza enquanto valor espiritual valorizava a caridade, a esmola e o ideário da salvação a partir do sofrimento (SIQUEIRA, 2009). Além disso, contribuía para a manutenção dos privilégios da nobreza e para a manutenção e perpetuação das relações de vassalagem.

O advento da sociedade pré-industrial, no século XVI, e a crescente força política da burguesia e do ideário liberal desde então, possibilitou que o homem passasse a ser considerado senhor do seu destino e o trabalho uma potente atividade de transformação da condição social do sujeito. Tal mudança transformou de forma decisiva as concepções sobre a pobreza na Europa pondo em cheque a concepção religiosa de predeterminação divina⁹ (SIQUEIRA, 2009). Segundo Codes (2008), com o desenvolvimento e fortalecimento do capitalismo o problema da pobreza se acentua.

⁹ Exceto no Brasil, onde a concepção divina da pobreza e a exaltação da caridade pela Igreja Católica, se faz presente durante todo o período colonial. Neste contexto, a pobreza cumpria papel “político (fidelidade dos pobres aos doadores afortunados), social (diferenciação das classes abastadas) e religioso (a noção do perdão e salvação dos pecados através da doação aos pobres)” (SIQUEIRA, 2009, p. 8).

Durante todo este período, a pobreza foi avaliada por uma perspectiva unicamente monetária, como ausência de condições materiais para desfrutar uma vida digna. Com desenvolvimento da modernidade e, conseqüentemente, do método científico, foram realizados diversos estudos sobre a pobreza que assumem diferentes perspectivas para a sua definição e mensuração. Tais concepções terão impacto direto nas estratégias adotadas no trato com a pobreza (LACERDA, 2009) e estas terão foco, não na erradicação das desigualdades sociais, mas basicamente na garantia das condições mínimas necessárias à sobrevivência dos pobres, possibilitando assim a manutenção de um exército de mão de obra excedente, importante aos interesses capitalistas.

Ao longo da história, foram formuladas muitas concepções sobre o fenômeno em questão. Atualmente, muitas destas coexistem. Segundo Accorssi (2011), a diversidade de conceituações sobre a pobreza, que buscam identificar que sujeitos se enquadrariam ou não nesta condição, pode ser agrupada em duas grandes perspectivas de análise: as unidimensionais e as multidimensionais. As primeiras analisam a pobreza considerando apenas uma dimensão, em função de apenas um único fator, como por exemplo, uma análise baseada nas necessidades nutricionais (estaria na pobreza os sujeitos que não conseguem manter uma alimentação mínima para sua sobrevivência física do corpo) ou na abordagem monetária (seriam pobres os sujeitos que estão privados de uma renda mínima necessária para a garantia da vida). Já as segundas, consideram que a pobreza se manifesta de maneira complexa, a partir de múltiplas dimensões, nela um único fator não é capaz de definir quem vive ou não em condições de pobreza.

Segundo Loureiro e Suliano (2009), no Brasil há varias metodologias de definição da pobreza, não existindo nenhuma oficial. Eles apresentam como as principais definições utilizadas no país: linhas de pobreza baseadas em frações de salário mínimo (pobre possui uma renda igual ou inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo), linhas da pobreza baseadas em cestas de consumo (a linha da pobreza é definida em função do valor da cesta básica mínima¹⁰ necessária a sobrevivência do sujeito) e linhas da pobreza definidas pelo Banco Mundial que considera a pessoa em pobreza extrema aquela que tem renda inferior a \$1,25/dia e em pobreza aquela que tem renda inferior a \$2/dia. Por fim, eles destacam que é comum a utilização da linha da pobreza com base em frações do salário mínimo como medida de pobreza, ou, ainda, tendo como base uma cesta básica mínima de consumo.

¹⁰ Baseado no consumo mínimo de 2000 a 2500 caloria/dia (LOUREIRO; SULIANO, 2009).

Apesar destas perspectivas unidimensionais da pobreza serem as mais vigentes, destacam os autores que o conceito de pobreza é bem mais amplo e fazem referência a perspectiva multidimensional da pobreza definida por Amartya Sen. Entretanto, defendem que a renda ainda é um importante fator de mensuração do fenômeno da pobreza, já que a sua carência leva a uma limitação nas possibilidades de existência do indivíduo.

Codes (2008) afirma que a pobreza, atualmente, tende a ser percebida como uma questão multidimensional e complexa. O enfoque multidimensional amplia e complexifica sua compreensão, destacado o fato de que as pessoas podem sofrer privações em diversas esferas da vida. Nesta perspectiva, ser pobre não implica somente privação material, mas um modo de vida, uma expressão da existência possível a partir das pré-condições estruturais sociais e econômicas.

Amartya Sen (2000), economista indiano, principal elaborador do enfoque multidimensional, considera que a pobreza deve ser compreendida como privação das capacidades básicas do indivíduo. Para ele, a renda é um *meio* pelo qual o indivíduo pode concretizar os seus objetivos. *Meio* que permite ao sujeito obter capacidades para viver a vida que valoriza. Um aumento nas capacidades do sujeito o permite também um maior poder em auferir renda, estabelecendo uma relação de mão dupla entre capacidades e renda, já que esta é condição necessária ao desenvolvimento daquela.

O que a perspectiva da capacidade faz na análise da pobreza é melhorar o entendimento da natureza e das causas da pobreza e privação desviando a atenção principal dos *meios* (e de um meio específico que geralmente recebe atenção exclusiva, ou seja, a renda) para os *fins* que as pessoas têm razão para buscar e, correspondentemente, para as liberdades de poder alcançar estes fins. (SEN, 2000, p. 123).

Para uma melhor compreensão desta teoria é importante entendermos o que Sen (2000) considera por capacidades. Segundo o economista, “por capacidade entendem-se as combinações alternativas de funcionamentos de possível realização. Portanto, a capacidade é um tipo de liberdade: a liberdade substantiva de realizar combinações alternativas de funcionamentos ou a liberdade para ter estilos de vida diversos.” (SEN, 2000, p.73). Segundo Crespo e Gurovitz (2002), por funcionamento entende-se o que as pessoas consideram valioso ter ou fazer. Como exemplos de funcionamento, os autores trazem: estar adequadamente nutrido, estar livre de doenças evitáveis, participar da vida da comunidade.

Nesta perspectiva, ao analisarmos a pobreza como um fenômeno multidimensional, devemos compreendê-la em função das diversas formas de privação de capacidades, ou seja, das liberdades envolvidas: da liberdade básica de sobreviver, da

igualdade de gênero, de acesso a serviços de saúde, de educação de qualidade, de segurança, liberdade civil e política, entre outras. Sen (2000) propõe uma nova compreensão da pobreza e das medidas necessárias para a sua erradicação, que segundo ele, não devem centrar-se exclusivamente no aumento de renda, mas também, na expansão das capacidades do sujeito, o que envolve uma maior qualificação da educação básica, um maior acesso aos serviços de saúde, uma melhor distribuição de terra, a diminuição das diferenças de raça e de gênero, entre outras.

Segundo Codes (2008), Sen traz a reflexão da pobreza para o campo de pensamento sobre justiça social, sobre igualdades e desigualdades. Neste sentido, auferir renda é importante, mas não o bastante para minimizar a pobreza e suas consequências, pois

[...] aspectos como saúde debilitada ou mesmo estigmas sociais podem se constituir em barreiras para que pessoas pobres saiam daquelas situações. Observa-se assim que a pobreza pode ser uma armadilha mais social que econômica, o que se desdobra ainda em sentimentos de vulnerabilidade e insegurança (CODES, 2008, p.26).

O enfoque multidimensional se centra nas possibilidades de liberdade de escolha dos sujeitos de levar a vida que desejam. Entretanto, para o desenvolvimento de tal liberdade, são necessárias a garantia e a proteção das condições sociais e materiais que possibilitem boas condições de vida pelo Estado e sociedade (CIDADE, 2012). Segundo Sen (2000), a possibilidade de realizar escolhas pode ser um funcionamento valioso e destaca “obter um x quando não há alternativas pode sensatamente, ser distinguido de escolher x quando existem alternativas”(p. 106). Neste sentido, escolher fazer jejum por opção é completamente diferente de passar fome por não ter o que comer.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010a) toma tal enfoque como o mais adequado para a compreensão da pobreza e, com objetivo de analisá-la multidimensionalmente e sua expressão nas nações, cria o Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) que busca conhecer o número médio de pessoas pobres e das privações que cada família multidimensionalmente pobre sofre, em função do desenvolvimento humano. Para tanto, inclui três dimensões – saúde, educação e padrões de vida - que se traduzem em dez indicadores, com pesos diferenciados, explicitados na tabela abaixo.

Tabela 4: Relação entre dimensões e indicadores do Índice de Pobreza Multidimensional

Dimensão	Indicador	Há privação se...	Peso no índice
Saúde	Mortalidade	Pelo menos uma criança na família morreu	16,70%
	Desnutrição	Pelo menos um adulto ou criança desnutrido	16,70%
Educação	Anos de estudo	Nenhum membro do domicílio completou 5 anos de estudos	16,70%
	Matrícula das Crianças	Pelo menos uma criança em idade escolar não estiver frequentando	16,70%
Padrão de Vida	Eletricidade	O domicílio não é servido por eletricidade	5,6%
	Sanitários	A estrutura sanitária não é adequada ou é partilhada com outros domicílios.	5,6%
	Água	O domicílio não tem acesso à água potável ou a fonte de água potável está a mais de 30 minutos a pé de casa	5,6%
	Piso	É de terra, areia ou esterco.	5,6%
	Combustível para cozinhar	A família usa lenha, carvão ou esterco	5,6%
	Bens domésticos	O domicílio não tem mais de um: rádio, TV, telefone, bicicleta ou moto e se não tem carro ou trator.	5,6%

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010b)

Segundo o índice, uma família será considerada pobre se sofrer privações em no mínimo 2 indicadores. Na compreensão da pobreza, soma-se ao IPM o indicador de pobreza de rendimento, utilizando o valor atribuído à linha de pobreza pelo Banco Mundial.

Segundo informações do PNUD (2010a), no Brasil 8,5% da população total, aproximadamente 185 milhões de pessoas, vive em situação de pobreza multidimensional e 13,1% se encontra em risco de entrar nessa condição. Há também, uma porcentagem de 28,2% de habitantes com privação em pelo menos uma das dimensões do IPM, das quais 20,2% com ao menos uma grave privação em educação, 5,2% em saúde e 2,8% em padrão de vida.

Uma crítica que se faz latente aos parâmetros de medição da pobreza do PNUD, situa-se especialmente nas dimensões saúde e educação. Estas são pobremente avaliadas a partir de apenas dois indicadores cada. Os únicos dois indicadores utilizados para avaliar a saúde são desnutrição e mortalidade infantil, não entram critérios importantes como acesso à serviços e tecnologias de saúde. O simples controle nutricional e da mortalidade infantil

seriam suficientes para dizer que uma pessoa não está em privação de saúde? Destaca-se, portanto, uma lógica exclusiva de manutenção biológica da vida, sem qualquer preocupação com a qualidade desta vida. Em relação à dimensão educação, a preocupação de não haver nenhuma criança em idade escolar fora da escola é louvável, principalmente pensando na importância dos estudos na quebra do ciclo da pobreza. Contudo, cabe um questionamento sobre o outro indicador, que não contempla nem o tempo necessário para a conclusão do ensino fundamental (que seria no mínimo de 9 anos), estabelecendo como critério a garantia de um único membro da família com mais de cinco anos de estudo. Seria este um parâmetro adequado para dizer que uma família não está em privação educacional? Cinco anos de estudo e para apenas um membro de família? Na minha compreensão, os indicadores avaliam superficialmente as dimensões a que se propõe.

Tomando também como base o valor estipulado pelo Banco Mundial de linha da pobreza, o Brasil, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, estipula como linha de extrema pobreza ou miséria, o valor de renda familiar mensal inferior a R\$ 70,00¹¹ por pessoa. Em 2011, através do Decreto Nº 7.492/2011, o governo Federal lança o *Programa Brasil sem Miséria* que tem por objetivos “I - elevar a renda familiar *per capita* da população em situação de extrema pobreza; II - ampliar o acesso da população em situação de extrema pobreza aos serviços públicos; e III - propiciar o acesso da população em situação de extrema pobreza às oportunidades de ocupação e renda, por meio de ações de inclusão produtiva” (BRASIL, 2011a).

Segundo dados do IPEA (2011), em termos de rendimento domiciliar, a população brasileira se divide em: extremamente pobres (famílias de renda domiciliar *per capita* inferior R\$ 67,00), pobres (renda domiciliar *per capita* entre R\$ 67,00 e R\$ 134,00), e os vulneráveis à pobreza (renda domiciliar *per capita* entre R\$ 134,00 e R\$ 465,00) e dos não pobres (renda domiciliar *per capita* superior a R\$ 465,00)¹². Estima-se que 4,7% da população brasileira viva em extrema pobreza, 9,4% na pobreza e 43,7% vive em situações vulneráveis à pobreza. Logo, são 27 milhões de brasileiros vivendo com menos de R\$ 134,00 por mês. No Nordeste, em especial, a situação se agrava, pois é a região onde 59% dos extremamente pobres estão concentrados, principalmente nas áreas rurais de municípios de pequeno porte. Dos extremamente pobres mais de 70% são negros ou pardos, 40% tem até 14 anos e 26% são analfabetos (IPEA, 2011; BRASIL, 2011b).

¹¹ Valor um pouco acima do estipulado pelo Banco Mundial.

¹² Estes valores levam em consideração o salário mínimo da época de R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais).

Estes valores são importantes para percebermos a forte presença da pobreza no Brasil, que analisada seja em função de fatores unidimensionais como a renda, seja em função de fatores multidimensionais, se faz presente entre uma expressiva parcela da população. Ambas as abordagens nos dão importantes elementos ao entendimento do fenômeno da pobreza, contudo as perspectivas multidimensionais nos possibilitam uma análise mais complexa do mesmo, para além da privação de renda, por entender que a vivência da pobreza implica em uma série de privações e limitações nas liberdades substanciais dos sujeitos. Os números evidenciam que são muitos os que vivem nesta condição e que sofrem oprimidos por uma dura realidade, afetando seu bem-estar, suas formas e possibilidades de estar no mundo, de relacionar-se consigo e com os outros.

3.2 Expressões da pobreza: histórias de vida tecidas em meio à privação

Ademais das diversas definições, em um plano teórico conceitual, cabe-nos indagar como este fenômeno se expressa na atualidade (para além das estatísticas), como é gerado no modelo socioeconômico vigente e como ocorre sua expressão a nível global, local e, principalmente que é foco deste estudo, na vida concreta dos sujeitos. A intenção aqui é compreender sua expressão macrossocial e microssocial, estabelecendo um diálogo entre as teorizações sobre a pobreza em uma dimensão macrossocial e a sua expressão na vida dos sujeitos participantes da pesquisa.

A pobreza atualmente, segundo Stotz (2005), é constituída e mantida no seio do capitalismo, “um sistema econômico no qual a produção das mercadorias se baseia na exploração exercida pelos capitalistas (donos do capital) sobre os trabalhadores” (STOTZ, 2005, p. 58). Neste sistema, tudo se transforma em mercadoria, desde a força ou capacidade de trabalho do homem, até os bens e serviços produzidos pela humanidade. Apenas os que têm poder de compra terão acesso a tais bens e serviços. Outro fenômeno bastante presente no neoliberalismo, versão atual do sistema capitalista, é o incentivo à privatização, serviços como saúde, educação, saneamento e segurança passam de direitos sociais a mercadorias de consumo (VALLA, 2005; ACCORSI, 2011). Neste sentido, a população marginalizada social e economicamente, que não tem como pagar por tais serviços, segue vivendo em condições de alta vulnerabilidade social.

Lechat (2006, p. 159) afirma que a “economia mundial expulsou do campo milhares de pessoas, destruiu o modo tradicional de produzir e reproduzir a vida, acabou com seus meios de subsistência, mas não ofereceu alternativa”. Em paralelo, não houve a

incorporação destes sujeitos pela modernização da economia e o desenvolvimento econômico, ocorrendo assim um grande crescimento do número de pobres e não restando alternativa aos pobres senão a economia informal.

Como expressão de uma vida tecida em meio à realidade da pobreza, de vivência de uma série de privações, inclusive da expulsão do campo para a cidade, faço menção à história de uma das participantes do estudo. Dona Teresa é uma senhora de 64 anos, solteira, analfabeta e que atualmente vive com a aposentadoria de um salário mínimo. Ela é natural da zona rural de uma cidade do litoral cearense, local onde morou durante toda a sua infância. É filha de agricultores e relata ter tido uma infância difícil, na qual foi privada da possibilidade de estudar porque tinha que trabalhar, ajudar seus pais na roça. O trabalho infantil, neste caso foi uma imposição, *“se não trabalhasse era peia”* (TERESA, entrevista individual). Assim como ela, todos os seus irmãos não estudaram e são analfabetos. Após o falecimento do pai, ela, a mãe e os irmãos migraram para Fortaleza em busca de melhores condições de vida. Ao chegar, assim como sua mãe e suas irmãs, foi trabalhar de empregada doméstica. Tal atividade exerceu por mais de 20 anos em uma mesma casa, período no qual foi explorada por sua patroa e trabalhava sem receber nenhum pagamento. Relata que trabalhava em troca de comida, roupa e um lugar para viver. Segundo relatos de sua sobrinha, sua patroa dizia que ela era como se fosse uma integrante da família, contudo quando dona Teresa *“não era mais útil pra ela”* (SOBRINHA DE TERESA, entrevista), deu entrada no pedido de aposentadoria e solicitou a sobrinha que a levasse para morar junto dela. Sua primeira renda foi fruto da aposentadoria que recebe, há aproximadamente cinco anos, por motivos de doença.

Ao ser indagada sobre o que gostaria de ter realizado na vida, mas que não teve oportunidade, dona Teresa diz que gostaria de ter tido a possibilidade de comprar uma casa. Atualmente, ela vive em um quarto com banheiro, em condições bem precárias, construído nos fundos da casa da sobrinha. A vida de dona Teresa, expressa a multidimensionalidade da pobreza destacada por Amartya Sen, pois retrata uma vida de múltiplas privações de liberdades: de ter uma vida digna, do acesso à renda, ao trabalho remunerado, à educação, ao acesso a cuidados em saúde (há meses espera pela realização de uma série de exames para o tratamento de incontinência urinária), de sua liberdade de escolher a vida que deseje.

No sistema capitalista a realidade de dona Teresa de privações é uma constante. Segundo Stotz (2005), no capitalismo há uma grande massa de trabalhadores que, seja pelo desemprego, seja pelas péssimas condições de trabalho e renda, é privada do usufruto de bens e serviços. O autor considera que o desemprego é peça chave ao funcionamento do sistema, pois produz um enorme exército reserva de trabalhadores e diminui a pressão social por

melhores condições de trabalho por parte dos empregados. O que caracteriza a exclusão como peça importante para a manutenção do mesmo. Em consonância com as ideias de Lechat (2006), afirma que a grande maioria da população desempregada, diante o imperativo de buscar alternativas de sobrevivência, passa a se submeter a condições indignas de trabalho e a compor o mercado informal de prestação de serviços e venda de bens de forma autônoma, sem garantias sociais.

Segundo Wanderley (2001), no mundo contemporâneo, jovens e adultos compõe um contingente populacional que de forma crescente não encontram lugar no mercado formal de trabalho, revelando a insustentabilidade da crença de que as desigualdades sociais seriam temporárias. Para a autora, é neste contexto que se dá a passagem do uso do conceito de pobreza para o de exclusão social, termo que aparece na segunda metade dos anos 1980. A autora dá destaque à dimensão social e estrutural da exclusão, esclarecendo que se trata de uma privação coletiva e não individual. A mesma afirma que “pobreza e exclusão no Brasil são faces de uma mesma moeda. As altas taxas de concentração de renda e de desigualdade persistem em nosso país – convivem com os efeitos perversos do fenômeno estrutural.” (WANDERLEY, 2001, p. 25).

A vida de João, outro participante do estudo, expressa facetas deste fenômeno. O mesmo já trabalhou em uma diversidade de empregos, todos informais, sem vínculo trabalhista e sem garantias sociais. Ele tem 36 anos, é solteiro e mora no bairro Jardim Jatobá com a sua família (pai, mãe, irmão, cunhada e sobrinha). Atualmente, não trabalha e não tem nenhuma renda. Seu sustento é garantido principalmente através da renda da mãe que durante sua vida trabalhou como doméstica e hoje, é aposentada. Seu pai é pedreiro, ainda na ativa e não possui renda fixa, pois vive no mundo do mercado informal. Como diz João: “*no dia a dia, né, de casa, quem paga as conta de casa é a mãe [...] meu pai trabalha, mas é só bico. Recebe cinquenta real, cem, trezentos, as vez não recebe nada e só ela mesmo.*” (JOÃO, entrevista individual). Sua família vive atualmente como uma renda familiar *per capita* variável de até R\$190,00 (cento de noventa reais), mantida principalmente pela aposentadoria da mãe.

João começou a trabalhar aos 17 anos no mercado informal, “*eu trabalhava de ajudante, eu ajudava um amigo meu na oficina eu limpava carro, tinha dezessete ano na época*” (JOÃO, entrevista individual). Depois deste trabalho, teve outros igualmente no mercado informal, onde se ganha por produção, deixando o sujeito mais vulnerável a auferir renda para a sobrevivência, onde um dia se tem, no outro não. Impondo-lhe uma luta constante, diária, pela sobrevivência.

Trabalhei em dois mil e quatro com a irmã Sandra ajudando a ela [...] Eu varria a igreja, limpava as cadeira, limpava a casa dela, varria a casa dela, lavava os prato, ajudava a ela.[...] Ela me dava oito real, seis real. O marido dela me deu dez real uma vez pra eu ficar mais ela, pra eu ficar tomando conta dela, ele me deu dez real, mas ela mesmo dizia que não tinha dinheiro, o dinheiro dela tava pouco.

Trabalhava nas barraca, no Biruta, no North Shopping, nas festa. [...] Mas era uma firma, ainda clandestina e o dono já tinha ajeitado os documento em Brasília já, pra poder começar a pagar os segurança, eu ia ser o primeiro a receber o salário. Nós ganhava pouco demais, os segurança na época! [...] Era oito real, cinco real na época.

[...] Eu catava reciclage, eu tinha um carrinho de reciclage, eu saía do Jatobá e ia até na Beira Mar com meu carrinho de reciclage, catando reciclage [...] Aí depois disso eu não trabalhei não, aí foi época que eu adoeci que foi em dois mil e oito, passei dois mil e quatro, dois mil e cinco.
(JOÃO, entrevista individual)

João relata que teve que parar de trabalhar por causa de problemas de saúde mental, relacionando a impossibilidade ao trabalho às suas crises, este tema que será retomado no próximo capítulo. Destaca-se aqui mais uma vulnerabilidade do mercado informal, em casos de adoecimento o sujeito fica sem trabalho e sem renda. Sobre o trabalho de coleta de material reciclável, João diz da dureza e dos riscos das más condições deste trabalho, mas da possibilidade de através dele ter alguma renda:

Nessa época eu tinha dez real, vinte, trinta, quarenta. Eu tinha dinheiro, eu só andava com o bolso estribado, era da reciclage. Dá um dinheiro, mas só que é dureza. Não é brincadeira não, anda muito menino![...] No sol quente, cheguei e barroei na pista, mas não, foi atravessando a pista com o carro de reciclage e o sinal abriu foi aí eu bati num carro, mas graças a Deus não deu nada não, não aconteceu nada. (JOÃO, entrevista individual)

Segundo Accorssi, Scarparo e Guareschi (2012), o neoliberalismo, política que defende o livre comércio entre as nações e a minimização do Estado, tem contribuído para a piora da qualidade de vida das classes populares. Nesta política, o Estado é retirado tanto da regulamentação das relações econômicas, quanto da responsabilidade de garantia dos direitos sociais básicos da população. Neste sistema socioeconômico, há um crescimento considerável da precarização das relações de trabalho. De acordo com Castel (2006), as transformações ocorridas no final do século XX, agravaram as desigualdades entre as classes sociais, os ricos tornaram-se cada vez mais ricos e os pobres cada vez mais pobres, o que teria um rosto bem mais cruel se as políticas compensatórias específicas¹³ não houvessem sido criadas. O referido autor nos alerta ao surgimento de um novo tipo de desigualdade, entre os grupos de iguais.

¹³ Programas como Brasil sem Miséria e Bolsa Família, por exemplo, destinados às famílias em situação de pobreza e miséria.

Com a massificação do desemprego e a precarização das relações de trabalho, surgiram disparidades enormes no seio das mesmas categorias socioprofissionais outrora homogêneas. Consideremos, por exemplo, a diferença entre dois operários com o mesmo nível de qualificação, o mesmo se pode afirmar se considerarmos dois quadros, em que um permanece toda a vida num emprego estável, enquanto o outro altera períodos de atividade e períodos de inatividade, sendo obrigado ao desemprego. (CASTEL, 2006, p. 69)

A possibilidade ou não de acesso ao mercado formal, a entrada ou não no mundo do desemprego, afeta diretamente a qualidade de vida das famílias. O sistema capitalista neoliberal valorizada a individualidade e a necessidade de empreendedorismo do sujeito, que antes se reconhecia e se fortalecia em um grupo social, hoje se vê solitário em um mundo de alta competitividade, onde cada indivíduo deve gerir a sua vida profissional e responsabilizado pela sua relação com o trabalho (CASTEL, 2006).

As afirmações de Accorsi, Scarparo e Guareschi (2012) e Castel (2006) me fazem lembrar a história de outra participante da pesquisa. Dona Carmem, tem 68 anos e durante 25 anos trabalhou em uma fábrica de tecidos. Assim como dona Teresa, teve sua família ‘expulsa’ do campo pela pobreza. Aos 13 anos, chegou a Fortaleza do interior do Estado fugida da seca de 1958¹⁴, junto com seus pais e nove irmãos. Durante a infância, não teve como dedicar-se aos estudos, por ter que ajudar no sustento familiar. Neste período, todos viviam às custas da agricultura de subsistência, pais e filhos trabalhavam no

[...] roçado trabalhando, plantando, apanhava arroz e apanhava milho, quebrava milho e apanhava feijão, apanhava algodão, vendia e quando tinha uma safra boa nós melhorava bem e quando a safra era pouca a gente passava um pouco aperreado, sabe. Papai tinha que dar dia de serviço a outros pessoal né, pra poder melhorar a situação e quando tinha muita safra vendia pra comprar coisa melhor, carne, né e essas coisa assim, né. Papai criava criação, criava porco, criava galinha. Ninguém passava fome não sabe, mas quando tinha seca mesmo aí pifava mesmo, até os capim secava [...] ninguém nunca passou fome não, mas quando chegou a seca de cinquenta e oito, aí nós teve que ir pra Fortaleza. Eu fui trabalhar de babá. (CARMEM, entrevista individual)

Em função da informalidade do trabalho, não haviam garantias sociais resguardadas, ficando ainda mais vulneráveis aos efeitos da seca. Quando a colheita é boa, se têm recursos e o que comer, quando não, cabe exclusivamente ao sujeito e sua família a responsabilidade de buscar alternativas à sobrevivência.

Favero e Diesel (2008, p.199) consideram que a seca “configura-se numa séria ameaça em curso para o bem-estar global e para o desenvolvimento, e que, especialmente, sobrecarrega o fardo daqueles que já são pobres e vulneráveis”. Segundo tais autoras, para

¹⁴ Problema ainda presente, pois atualmente o Estado do Ceará passa por outro longo período de estiagem, registrando um período de seca, como a sofrida em 1958.

compreender melhor a situação das pessoas expostas à seca, é importante considerar o estresse efetivo resultado da vivência do fenômeno em si, assim como “uma combinação de fatores que inclui a vida pessoal e social, bem como o grau de dependência das condições climáticas para o desenvolvimento de suas atividades econômicas e rotineiras” (FAVERO; DIESEL, 2008, p. 206).

A seca, portanto, expõe famílias que vivem na área rural a uma série de privações, de alimentos, de produção, de renda, de acesso à saúde, entre outras, faz com que muitas famílias, assim como a de dona Carmem, sejam privadas da possibilidade de morar na sua comunidade de origem, empurrando-as em direção à capital em busca de uma mudança de vida. Ao chegar a Fortaleza, dona Carmem e sua família primeiramente adentraram no mercado informal, como estratégia de sobrevivência. Juntamente com sua mãe e suas irmãs, ela foi trabalhar no setor de serviços domésticos, enquanto seu pai trabalhava como caseiro e vendedor de picolés. Com o passar dos anos, seu pai conseguiu um emprego de vigilante em uma empresa de distribuição e tratamento de água e dona Carmem em uma fábrica de tecidos, aos 15 anos.

Aí eu com quinze anos entrei pra Santa Cecília né, trabalhar com tecido na fábrica de tecido, aí eu comprei um terreno pro papai e fiquei pagando né, aí o papai foi e começou a receber dinheiro aí comprou o material e fez dois compartimento bem bonzinho pra gente, né. Não, primeiro ele comprou uma casinha lá na Serrinha e a casinha meio devagar, dois compartimento de taipa, aliás de tijolo né, mas o telhado era coberto de palha, né [...] mas deu pra gente viver, aí quando eu comecei a trabalhar e que eu tirei o meu primeiro ano de férias aí recebi décimo, férias e dei o papai e ele comprou os tijolo e foi juntando, né, aí foi e comprei um terreno na Vila Peri, pagamo e o papai fez essa casa lá, tudo com o meu dinheiro e do papai né, porque eu era a mais velha e as minhas irmã entraram na fábrica, mas depois saíram e só ficou eu. Em mil novecentos e sessenta eu entrei nessa fábrica de tecido, eu tinha quinze anos. (CARMEM, entrevista individual).

Ao contrário do que acontece com muitas famílias, a ida para a cidade configurou uma transformação positiva da qualidade de vida. O grande diferencial é que houve a possibilidade de ter um trabalho formal e as garantias sociais decorrentes desta, como o direito a férias, décimo terceiro, licença em períodos de doença, estabilidade, aposentadoria. Contudo tais mudanças foram possíveis à custa de muita dedicação ao trabalho, em decorrência dos baixos salários. Dona Carmem relata: “*não folgava não, vendia minhas férias e só tinha dois dias que eu folgava pra comprar umas roupinha pra mim e calçado, né, e o resto do dinheiro eu dava todo ao meu pai, ele comprava material aí fez essa casa* (CARMEM, entrevista individual). Foi este mesmo trabalho que possibilitou que aos 45 anos ela se aposentasse, garantindo alguma renda durante a velhice.

Apesar do acesso ao trabalho formal, dona Carmem também teve períodos em que voltou à informalidade, retornando em outro momento ao trabalho na fábrica de tecidos, até completar o tempo de serviço necessário à sua aposentadoria. O desemprego e a precarização das relações trabalhistas são realidades presentes em todas as famílias dos sujeitos participantes deste estudo. O que destaca a experiência coletiva dos fenômenos, tão bem explanado por Castel (2006, p. 72), ao afirmar que o desemprego, a precariedade, apesar de despertar no sujeito uma experiência de abandono e isolamento, “também são experiências coletivas que exprimem o destino comum de alguns grupos sociais”.

Enquanto muitas famílias vivem com baixa renda, como as retratadas aqui nesta pesquisa, uma pequena parcela da população se apropria da riqueza mundial. Tal característica do capitalismo neoliberal, a acumulação de riqueza por uma pequena coletividade, em detrimento de uma grande maioria populacional que desfruta de uma pequena parcela da riqueza da nação. Neste jogo, os acumuladores da riqueza não são os trabalhadores que, “usualmente, não estão em uma posição que permita ganhar o suficiente para participar ativamente na acumulação de capital” (SLOAN, 2011, p. 228), ao contrário disto, passam a vida em função de manter sua subsistência em trabalhos de baixa remuneração.

No Brasil, a concentração de renda é um fenômeno histórico que, apesar de leve redução nos últimos anos, ainda é preocupante. No país que possui a sexta maior economia do mundo¹⁵, a renda familiar *per capita* dos 20% mais ricos é 17,8 vezes maior que a dos 20% mais pobres (IBGE, 2011). Segundo dados do PNUD (2010b), o Brasil ocupa o 3º pior lugar mundial (empatado com Equador) em desigualdade de renda, com o índice Gini¹⁶ de 0,56. O programa destaca a América Latina como o continente mais desigual do planeta.

O Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial tencionam os Estados Nacionais dos países periféricos a reduzirem os seus gastos sociais e desenvolverem programas assistenciais destinados apenas aos ‘mais pobres e miseráveis’. A entrada de grandes multinacionais nestes países tem enfraquecido a economia local e intensificado a pobreza. A proposta de tais instituições é de que “as comunidades devem ‘*ser criativas*’ e ‘*se virar*’ para compensar problemas criados por essa lógica de individualismo e lucro que prejudica os mais fracos e vulneráveis” (VALLA, 2005, p.51).

¹⁵ O Brasil, em 2011, ultrapassou a economia Inglesa, ficando atrás apenas de EUA, China, Japão, França e Alemanha (O GLOBO, 2011)

¹⁶ Índice que mede a desigualdade de renda.

Diante dos baixos rendimentos ou do desemprego estrutural, as famílias pobres estão sempre em busca de uma forma de aumentar o orçamento, para pagar as contas, construir sua sobrevivência. Quando indagados sobre as formas de garantia do sustento pessoal e familiar, a maioria dos sujeitos diz recorrer à ajuda de familiares e amigos, fazer bicos e outros trabalhos para completar o orçamento. João, por exemplo, fala que na sua casa passam por tal situação:

Tem dificuldade muito ainda, antes de chegar o final do mês o dinheiro da minha mãe acaba e não dá pra comprar nada, aí tem que, ela faz é se virar né, pra puder conseguir. Ela pede meu irmão agora, que meu irmão trabalha pra ele, e meu outro irmão minha mãe, às vez, pede ajuda a ele e o meu pai também consegue no trabalho dele, pouco, mas ele consegue. (JOÃO, entrevista individual)

Dona Carmem, que chegou a casar, ter quatro filhos e assumiu a missão de sustentar uma casa praticamente sozinha, com a renda de um salário mínimo, já que o marido fazia uso abusivo de álcool, não tinha emprego formal e quando conseguia algum dinheiro gastava todo com bebida alcoólica. Relata que sustentar uma casa sozinha: *“foi dureza viu, foi dureza. Eu me aposentei e ainda fiquei trabalhando numa casa na outra rua de doméstica, sabe”* (CARMEM, entrevista individual). Durante um período em que ficou desempregada, sua estratégia era pedir trabalho doméstico de casa em casa, ela fala de sua experiência:

[...] a senhora me teste que eu tou passando fome, um ano e quatro mês que eu tou desempregada da fábrica e meu marido trabalha de uma vacaria e bebe o dinheiro todo de cachaça e quando ele chega em casa bêbo faz é me bater e bater no meus filho. Aí ela disse: “minha filha eu sinto muito, eu vou lhe dá um quilo de feijão, um quilo de arroz, um pacote de macarrão, uma barra de sabão [D. Carmem começa a chorar emocionada] eu vou lhe dar uma sardinha pro seus filho comer, mas eu não posso lhe empregar aqui não que eu não lhe conheço e pode você não ser honesta”.(CARMEM, entrevista individual).

Ela se emociona ao recordar o sofrimento da experiência de não ter o que comer e o que dar aos seus filhos, que além da humilhação¹⁷ da própria situação em si, tinha que defender sua honestidade, para não ser confundida com alguém desonesto¹⁸. A população apesar de não dar o trabalho, normalmente tende a ajudar dando algum alimento. Foi com a ajuda de sua irmã que dona Carmem conseguiu alguns trabalhos domésticos que possibilitaram o sustento da família.

A história de Ana, outra participante do estudo, também retrata uma série de privações. Ana passou sua infância em um abrigo, uma instituição religiosa em Fortaleza, é filha biológica de uma mulher pobre do interior do Estado, que segundo ela, alega a ter

¹⁷ Esta dimensão da humilhação será melhor trabalhada posteriormente no trabalho.

¹⁸ Estigma carregado pela população pobre, que igualmente será trabalhada mais à frente.

deixado no abrigo por não ter condições de criá-la. Atualmente, Ana está desempregada, mora sozinha, em uma casa que ganhou da instituição que a abrigou na infância e vive com uma renda proveniente do *Programa Bolsa Família*¹⁹, o que equivale a setenta reais mensais. Diante uma renda tão baixa, ela fala como consegue sobreviver:

Eu vivo da ajuda do pessoal aqui do CAPS. Assim, eu recebo o bolsa família, mas é setenta reais, mas eu administro uma casa e setenta reais não é nada. Então assim, a Leda, Luiza, Rebeca, o doutor David tem me ajudado muito, assim em questão “ó, se precisar venha falar comigo”. A Leda tem me dado o sustento assim de: “você tá precisando do quê?” A Luiza também, a Rebeca, a Rita, Ritinha, então assim, essas pessoas tem me ajudado muito.
[...] A Malu que também não trabalha aqui no CAPS tem me ajudado muito [...] Às vezes ela chega aqui no CAPS e: “Ana, vamos ali, hoje eu vou fazer o teu mercantil”. (ANA, entrevista individual)

Ana, assim como a família de João, recorre à rede de familiares e amigos para poder sobreviver. Neste sentido, destaca-se a importância do acesso a uma rede de apoio social, seja ela familiar, comunitária ou institucional, como possibilidade de garantia de condições mínimas de existência. Segundo Valla (2000, p.41) o “apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.” Este processo de apoio social é recíproco, trazendo benefício para todas as partes envolvidas. Segundo o autor, terá efeitos diretos no sistema imunológico, aumentando a capacidade da pessoa lidar com seu estresse. Soma-se a isto a ampliação do poder de enfrentamento dos sujeitos às adversidades sociais.

Para Ana, a ajuda dos amigos também foi fundamental para a melhoria de suas condições de moradia. Antes de viver em sua casa atual, ela morou em diferentes lugares. A mesma saiu do abrigo aos 15 anos, quando foi morar junto a sua mãe de criação²⁰, com outras 10 crianças que também viviam no abrigo, em uma casa doada pela instituição. Após falecimento da mãe de criação, Ana começou a apresentar um quadro de adoecimento psíquico e teve sua primeira crise e, segundo ela, passou “*a morar praticamente quatro mês dentro do hospital psiquiatra porque eu não tinha onde ir, porque a minha casa era ela, mas ela não estava*” (ANA, entrevista individual). Depois da saída do hospital, Ana passou a morar nas casas de amigos e parentes, “*morava nas casa, jogada e morava numa casa e*

¹⁹ O Programa Bolsa Família (PBF) é “um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria (BSM)” (BRASIL, <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>)

²⁰ Ana considera ter tido duas mães de criação, uma a senhora fundadora do abrigo e outra uma mulher que como ela cresceu no abrigo e que continuou nele como cuidadora das crianças. Foi esta última quem a levou para morar em uma casa, junto a outras 10 crianças.

quando eu tava em crise aí a pessoa: “não vou ficar com ela não, que ta com problema” (ANA, entrevista individual). E seguiu morando em diferentes casas de pessoas que a acolhiam, neste caminho chegou inclusive a conhecer a sua mãe biológica e a morar na casa desta, no interior do Estado. Assim, Ana seguiu até o dia em que resolveu ir atrás da casa que tinha recebido de doação da instituição que a abrigou, uma casa no bairro do Bom Jardim.

Apesar do receio de alguns, que achavam que Ana não conseguiria morar sozinha, seja por não ter renda, seja por causa de crises recorrentes. Ela diz que hoje está feliz com a sua casa, apesar de ter alguns problemas. Diz ela: *“quando eu entrei na minha casa era só uma rede e um armário de cozinha que eu botava minhas roupa. Hoje a minha casa ela é bem direitinha e que os amigo do CAPS ainda tão me ajudando a reconstruir a minha casa e hoje eu tou muito feliz, sabe”* (ANA, entrevista individual).

Os amigos e a família, na vida dos participantes da pesquisa foram fundamentais para a superação de uma série de dificuldades encontradas na vida. Na história de dona Carmem, desde sua infância até a idade adulta, sua relação com seus pais e irmãos foi importante à garantia da sobrevivência. Diante as adversidades da seca, da fome, do desemprego todos se uniram para superá-las. Na vida de dona Teresa, o falecimento do pai, foi estrutural para o desequilíbrio da família, obrigando mãe e filhos a migrar para a capital. João durante sua vida, em momentos de maior dificuldade financeira, sua família nuclear recorreu à ajuda de seus avós, indo morar junto deles. Lia diz ser na família onde encontra ajuda nos momentos difíceis, são seus pais que a sustentam e que ajudam nos seus cuidados de saúde. E por fim, Ana após o falecimento de sua mãe de criação, tem hoje nos amigos um grande apoio para a sua sobrevivência, como explicitado anteriormente.

Outra dimensão importante a ser considerada é a moradia. Parque Santa Rosa, Bom Jardim, Genibaú e Jardim Jatobá são os bairros onde moram os participantes do estudo, todos da periferia de Fortaleza, povoados principalmente pela população de baixa renda. Todos os entrevistados disseram gostar da casa onde vivem. Todas as casas, segundo dados do *Questionário de Pobreza Multidimensional*, são próprias (de algum familiar), de tijolos, possuem água encanada, eletricidade, banheiro, piso de cimento batido ou de cerâmica e fazem uso do gás de cozinha para cozinhar. Contudo muitos reclamam da violência do bairro. Frases como: *“é perigoso o bairro que eu moro [...] Porque tem gangue, tem assalto”* (ANA, entrevista individual) ou *“agora eu não tou gostando não, por causa da violência, o pessoal usa muita droga, ta usando muita droga lá no Jatobá”* (JOÃO, entrevista individual) evidenciam a insatisfação das pessoas frente ao problema da violência presente no bairro onde moram. A temática da violência será retomada posteriormente.

Outra característica marcante dos bairros pobres da cidade de Fortaleza, e eu poderia dizer de muitos bairros da capital, é a falta de espaços públicos para o desenvolvimento de atividades de lazer. Segundo os sujeitos da pesquisa, são atividades de lazer praticadas por eles: assistir televisão, especialmente novelas, jogo de futebol e filmes, visitar os parentes que moram próximo e os que vivem no interior, ir à igreja, ir à praia e fazer caminhadas. Dona Carmem relata que o aumento de sua renda familiar *per capita*, que atualmente é de aproximadamente um salário mínimo, a permitiu em datas comemorativas frequentar restaurantes. “*No meu aniversário meu velhinho me leva pro João Filho, pras melhor churrascaria e lá nós come do que nós quer, né e tanto faz pagar no cartão como a dinheiro.*” (CARMEM, entrevista individual)

Políticas públicas de lazer e cultura ainda são incipientes em Fortaleza, muito centradas em atividades pontuais. Falta de espaços adequados, somado ao temor da violência urbana, diminui a cada dia o convívio da população em espaços públicos, como ruas e praças. Diante do medo, a população passa a se fechar em suas casas como forma de proteção. Na contramão de percepções de atividades de lazer e cultura, como supérfluos à população, Gutierrez (1998) defende que estímulo ao lazer e a elaboração de políticas públicas de esporte, lazer e cultura são fundamentais à construção de uma boa qualidade de vida. Segundo o autor, tais atividades são importantes à promoção da saúde, diminuem a incidência de doenças psicossomáticas, promovem avanços na educação, uma vez que são importantes aos processos de formação intelectual e social de crianças, além de potentes ferramentas socializadoras, incentivam uma maior integração familiar e comunitária e a construção de laços sociais pautados na solidariedade, além de serem potentes à redução da violência.

Para uma ampla análise da pobreza, outra importante dimensão a ser considerada é a relação desta com a educação. Muitos programas de enfrentamento à pobreza, como o *Programa Bolsa Família* (PBF), por exemplo, preconizam que o acesso ao direito à educação é um elemento primordial à inclusão social das famílias e ao rompimento do ciclo da pobreza. O PBF compreende “a educação escolar como condição da construção de conhecimento, da formação humana e da proteção social às crianças e adolescentes” (SILVA; BRANDÃO; DALT, 2007, p. 299). Silva, Brandão e Dalt (2007) avaliam o impacto da condicionalidade da educação²¹ no perfil educacional da população atendida pelo PBF no Nordeste.

²¹ No Programa Bolsa Família, para o recebimento do benefício as famílias devem ter suas crianças de e adolescentes, de 6 a 17 anos, matriculados na escola, com frequência mínima de 85% nas aulas/mês e a são obrigadas a informar ao gestor do Programa Bolsa Família qualquer mudança de escola. (SILVA, BRANDÃO; DALT, 2007).

Condicionalidade esta justificada, de acordo com os autores, a partir de teorias que defendem que investimentos na educação são importantes à ampliação do acesso a um dos direitos sociais básicos como a educação, que permite uma maior qualificação dos trabalhadores, possibilitando a realocação da força de trabalho para setores mais produtivos da economia e indução da mobilidade ascendente nas classes sociais.

Entre os participantes do estudo apenas Lia, concluiu o ensino médio. Ana que tem 28 anos, aos 26 voltou a estudar, depois de ter abandonado os estudos quando cursava a quinta série, há muitos anos. Em apenas dois anos, ela saltou do 5º ano do ensino fundamental, para o ensino médio, graças ao projeto *Tempo de Avançar*²², que segundo Ana destina-se à “*peçoas que pararam de estudar que eles dão oportunidade* (ANA, entrevista individual). Dona Teresa é analfabeta e nunca estudou, dona Carmem estudou apenas até o quinto ano do ensino fundamental. João estudou até o primeiro ano do ensino médio, parou de estudar por decisão própria e relata que sempre teve dificuldades de aprendizagem e como consequência repetiu de série várias vezes e passou por períodos sem estudar. Este perfil educacional dos participantes, me levar a estabelecer uma relação negativa entre pobreza e nível de escolaridade ou uma relação positiva entre pobreza e educação precária.

O estudo realizado por Silva, Brandão e Dalt (2007), com pessoas beneficiadas pelo PBF no Nordeste, demonstra um avanço na percepção da Educação como um direito e uma necessidade para o mundo do trabalho, por parte dos beneficiados. Neste estudo, 80,6% a 70,4% dos entrevistados consideram os estudos como muito importante, a porcentagem decresce em função da faixa etária. Entre os motivos associados ao abandono dos estudos, a necessidade de entrar no mundo do trabalho se revelou como a principal causa. Dona Teresa e dona Carmem são exemplos disto, a primeira nunca estudou e a segunda parou os estudos pela necessidade de trabalhar. Ao falar do mundo atual, dona Teresa fala que ele está melhor, por permitir que as pessoas possam estudar. Dona Carmem, relata que seus filhos não concluíram os estudos porque “*foram arrumar mulher pra se casar, né, senão tinha terminado os estudo deles*”, diz que queria que eles “*desse pra gente*” (CARMEM, entrevista individual). Neste sentido, gente é quem teve oportunidade de estudar.

Sobre a relação entre educação formal e pobreza, Yannoulas, Assis e Ferreira (2012) destacam que a compreensão desta relação não é consenso na literatura especializada, dividindo-se principalmente entre duas visões: uma que compreende a educação como uma importante ferramenta a superação da pobreza e a promoção de cidadania crítica; e outras que

²² Programa de regularização do fluxo escolar da Educação, criado em 2000, através da parceria entre Secretaria de Educação do Estado do Ceará e Fundação Roberto Marinho (NASPOLINI, 2001)

analisam a educação formal como reforçadora das desigualdades sociais na sociedade capitalista. Segundo tais pesquisadores, em busca da solução de tal questão, autores recentes afirmam que a relação é complexa e não pode ser expressa de forma linear, sendo considerada a partir de quatro perspectivas: educacional, econômica, cultural e política.

Assim, a educação formal é visualizada como parte de uma complexa trama que na tessitura da relação Estado-sociedade reúne elementos não apenas cognitivos ou propriamente pedagógicos, mas elementos econômicos (distribuição de bens simbólicos que operam posteriormente como chaves para a inserção no mercado de trabalho capitalista e para o consumo dos bens materiais), elementos culturais (reconhecimento dos bens simbólicos que merecem ser conservados, distribuídos e certificados) e elementos políticos (estabelecimento de mecanismos de exclusão total e de inclusão excludente, seleção "meritocrática" de lideranças). (YANNOULAS; ASSIS; FERREIRA, 2012, p.343)

Sobre esta relação, Ana acredita que a educação pode contribuir na superação da pobreza e quando indagada se conhecia algum caso de alguém que por causa da qualificação reverteu o quadro de pobreza, ela remete-se a história de um conhecido,

O Júnior ele é formado, se formou ano passado e assim na casa da irmã da minha madrinha é muito crítico, às vezes falta coisa e o Júnior, nunca ele me disse não, mas ele, eu penso assim que ele disse assim: "um dia isso vai acabar pra mim!". Estudou bem muito, estudou, estudou, estudou, ia pra faculdade e chegava meia noite da faculdade, voltava e ia atrás das coisa e nunca parava e eu ficava observando aquilo e ano passado o Júnior se forma, hoje ele é professor, não saiu do Bom Jardim, mas mora numa casa muito melhor, mas é alugada, mas mora muito bem melhor.

[...] Às vezes ele chegava de noite e não tinha jantado, então assim, ele foi crescendo, foi tendo a sede de crescer, de querer mudar a vida dele e hoje ele mudou. Hoje ele dá o mercantil pra mãe dele, às vezes vai lá visitar e dá um dinheiro bom, então assim, ele é um pobre que soube sair da pobreza. (ANA, entrevista individual).

O exemplo de Júnior serviu de inspiração à Ana que resolveu voltar a estudar e ao retornar à escola encontrou um grande número de adultos, que assim como ela creem que pela via do acesso à educação e à qualificação profissional é possível uma transformação de vida. Ana fala do retorno aos estudos como uma possibilidade de *"vencer na vida"*: *"quando eu saí da escola era só jovem e quando eu voltei a estudar, assim, foi um susto muito grande, né, porque tinha senhora de idade, sessenta anos assim, e: puxa não é tarde pra mim, né, terminar [...] não é tarde pra mim, nunca é tarde pra você vencer na vida"* (ANA, entrevista individual).

Apesar de ter abandonado os estudos, João acredita em uma relação de causalidade entre pobreza e educação. Ele explica sua própria condição de pobreza por não ter conseguido *"obter o sucesso nos estudos [...] pra poder arranjar um emprego bom"* (JOÃO, entrevista individual). E atribui sua falta de sucesso nos estudos às suas dificuldades de

aprendizagem ao dizer, “*estudei, estudei, mas não aprendia, eu ia pro colégio estudava e não aprendia nada*” (JOÃO, entrevista individual). Segundo ele, quem tem um maior nível de escolaridade tem maiores possibilidades de conseguir melhores condições de trabalho e remuneração.

[...] eu acho que existe pobreza é muito por causa do estudo que as pessoa não se formaram, né e não tem como tirar o dinheiro, né, porque muito dinheiro é do estudo, né, e a pessoa quando consegue se formar consegue arranjar um trabalho e quem não tem estudo o mercado de trabalho, a sociedade não consegue arranjar um trabalho bom, digno né e tem que fazer trabalho de bico e essas coisa. (JOÃO, entrevista individual).

Como dito anteriormente, programas como Bolsa Família, consideram o aumento dos indicadores de escolaridade como uma importante estratégia de superação do ciclo da pobreza. Para tanto, condicionam o recebimento da bolsa ao ingresso e assiduidade das crianças e adolescentes nas escolas, o que acaba por elevar o número de crianças matriculadas nestas e diminuir a evasão escolar (SILVA; BRANDÃO; DALY, 2007). Contudo elevar simplesmente os indicadores de educação não é suficiente, pouco se investe de fato na melhoria da qualidade do ensino ofertado pelas escolas municipais e estaduais e pouco se questiona as estratégias utilizadas para a elevação destes índices. Acho pouco provável que programas como o *Tempo de Avançar*, onde é possível condensar quatro anos de estudo em apenas um (como foi o caso de Ana), consigam resguardar a qualidade do aprendizado a ponto de possibilitar que o sujeito possa competir igualmente por uma vaga no mercado de trabalho ou pelo ingresso ao ensino superior público. A elevação dos índices a qualquer custo acaba por mascarar os indicadores de educação e esta ao invés de uma estratégia de mudança social acaba por perpetuar as desigualdades através de mecanismos de inclusão excludente. Em paralelo a isto, as exigências por qualificação tornam-se cada vez maiores e a não qualificação serve como justificativa à existência do desemprego, pela via do fracasso individual, da meritocracia (YANNOULAS; ASSIS; FERREIRA, 2012).

A farsa da igualdade de oportunidades difunde a ilusão de que ‘todos têm as mesmas oportunidades’ e diante disto, o fracasso ou sucesso de cada um depende unicamente de fatores individuais. Neste jogo *ganha quem é forte, perde quem é fraco*. Contudo sabemos que a ideologia²³ é a grande ferramenta que sustenta esta lógica de dominação e está a serviço

²³ Segundo Marx e Engels (1985 *apud* Murad, 2009, p. 71), “todos os homens, no processo de suas vidas, assimilam determinadas formas de representação da realidade, determinados modos de encarar o mundo, maneiras de pensar e agir e, com base nisso, elaboram suas escalas de valores [...] o conjunto dessas formas de representação da realidade e dessas normas incorporadas ao comportamento prático dos indivíduos é o que chamamos de ideologia”.

da manutenção das iniquidades (MOREIRA; SLOAN, 2002). Ela a partir dos sentidos que circulam na vida cotidiana, naturaliza a realidade e toma fenômenos históricos como fatos naturais dados e acabados, exemplo disso é a pobreza. É esta mesma lógica individualista que fortalece a percepção do pobre como responsável por sua condição de pobreza, culpabilizando-o (CIDADE; MOURA JÚNIOR; XIMENES, 2012).

E por fim, outra importante dimensão à análise da pobreza é o acesso à saúde. Todos os sujeitos relatam fazer uso do Sistema Único de Saúde (SUS) para o cuidado em saúde. Quando indagados no *Questionário Multidimensional da Pobreza*, qual a frequência que tinham acesso a serviços e profissionais de saúde, obtivemos as seguintes respostas: dona Teresa e Ana relataram sempre conseguir, Lia frequentemente, João e dona Carmem raramente. Apesar de responder sempre conseguir acesso, dona Teresa durante a entrevista disse que há meses espera pela autorização para a realização de alguns exames importantes ao tratamento de uma incontinência urinária. Enquanto isso, sofre com as problemáticas da doença. Dona Carmem relata durante a sua vida, ter passado por uma série de problemas de saúde, desde gastrite, apendicite, a complicações no parto (em decorrência da violência do esposo), alergias, doenças relacionadas ao trabalho, depressão e tentativa de suicídio, os quais sempre foram cuidados em serviços públicos. Passou por erros médicos durante uma cirurgia de apendicite, que necessitou ser refeita. Ela acompanhou as transformações nas políticas de saúde, antes e depois da criação do SUS e relata mudanças:

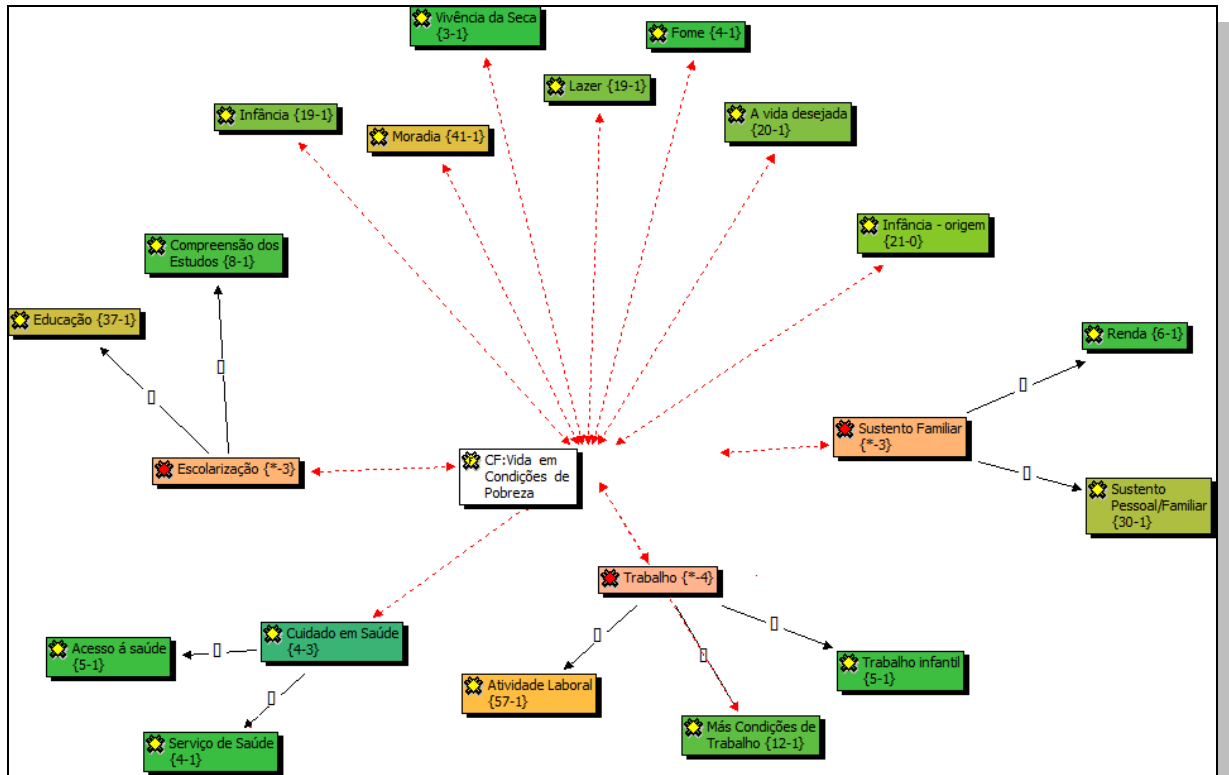
[...] Mas naquele tempo não é que nem agora né, cinquenta e oito pra agora, né ta muito mudado [...] Ta muito chique lá! Ta chique! [...] No Frotão agora quando eu fui lá... Que pena que ta lotado, né, é gente nos corredor, ta faltando muito a desejar ainda, mas o piso é bacana, tem elevador, o prédio ta bem alto, ta bem bonito [...]. Antigamente era sujo o piso, era piso de cerâmica, mas não era zerado que nem agora, que é todo tempo aquele pessoal com aqueles rolo limpando, aqueles negócio cheiroso, desinfetante cheiroso (CARMEM, entrevista individual)

Dona Carmem relata melhorias principalmente na infraestrutura, mas denuncia também a lotação do hospital. Fenômeno também observado no CAPS do Bom Jardim, que não consegue responder à enorme demanda de atendimento. A maioria dos entrevistados relatou que já deixaram de utilizar os serviços de saúde por não ter dinheiro para pagar o transporte até ele. Atualmente muitos têm o passe livre, por serem usuários do CAPS, o que os possibilita o acesso até o mesmo, caso contrário, ficaria impossibilitado ou limitado o tratamento.

Neste apartado foi possível perceber a multidimensionalidade do fenômeno da pobreza e os diversos fatores que a compõe e a expressão destes nas vidas das pessoas que os vivenciam. O gráfico 1 (elaborado com o auxílio do ATLAS. ti) sintetiza as diversas variáveis

encontradas neste estudo que compõem e vida em condições de pobreza. Privilegiou-se aqui uma análise socioeconômica do fenômeno em questão, contudo este estudo busca dar um passo além, alcançando também suas dimensões socioculturais e subjetivas.

Gráfico 1 - Vida em condições de pobreza.



Fonte: Elaborado pela autora.

3.3 Dimensões esquecidas da pobreza: sua expressão psicossocial

Após uma análise da pobreza, sua conceituação e expressão multidimensional na vida dos sujeitos participantes da pesquisa, é necessário dar um passo além e observar as implicações psicossociais desta realidade. O que implica dar atenção às significações, pensamentos, comportamentos e afetos singulares e coletivos produzidos em meio ao contexto de desigualdade social e privação. Indagar como as pessoas que vivem na pobreza significam a si mesmas e a sua realidade e que sentimentos, comportamentos e modos de sociabilidade são produzidos neste contexto.

O termo psicossocial busca dar destaque aos atravessamentos do social no humano, assim como sua reversibilidade, do humano no social. A dimensão psicossocial do fenômeno da pobreza coloca em foco os processos de constituição de subjetividades tecidas

em meio às condições e contradições da vida em pobreza. Assume-se aqui que a pobreza tem uma dimensão que é estrutural socioeconômica, uma social compartilhada entre homens e mulheres e outra que é singular, vivida de maneira particular por cada sujeito, a partir das relações que este estabelece com o mundo. Pressupõe um rompimento com visões dicotômicas da relação entre social/individual e da determinação de um sobre o outro. Parto de uma visão dialética desta relação onde social e individual se interinfluenciam. A leitura de fenômenos psicossociais requer uma dinamicidade, um movimento constante que vai do coletivo ao particular, do singular ao social.

Influenciado pelas ideias do materialismo histórico-dialético de Marx e Engels, Vygotsky destaca que o homem é “uma pessoa social, um conjunto de relações sociais encarnadas num indivíduo” (VYGOTSKY, 2000, p. 33). É no jogo das relações sociais, de apropriação dos instrumentos e dos signos culturais historicamente construídos, que nos fazemos humanos. Neste sentido, todo processo intrapsicológico foi, anteriormente, a relação entre duas pessoas, um processo interpsicológico. A passagem de um plano ao outro ocorre através de um processo de internalização, que segundo Pino (2000), não é das coisas em si, mas da significação delas. Neste processo, a relação do homem com a cultura não ocorre de forma homogênea e determinante, pois cada sujeito no ato de se apropriar e internalizar as significações culturais imprime seu modo particular de fazê-lo, atribuindo-lhes sentidos próprios. As significações culturais definem a sociedade dos homens, enquanto que as significações pessoais (sentidos) constituem a identidade pessoal de cada sujeito (VYGOTSKY, 2001).

Portanto o sujeito estabelece com o mundo uma relação dialética, na qual é simultaneamente produto e produtor, obra e criador. Tal concepção dialética de constituição do sujeito, segundo Molon (2003) evidencia que:

[...] a constituição do sujeito não se esgota no privilégio de aspectos intrapsicológicos ou interpsicológicos, mas no processo dialético de ambos, e ainda o que é mais expressivo, a constituição do sujeito acontece pelo outro e pela palavra em uma dimensão semiótica. Sendo a palavra e o signo polissêmicos a natureza e a gênese do processo de constituição do sujeito implicam, necessariamente, o diferente e o semelhante. (MOLON, 2003, p. 57-58)

A singularidade envolve uma conjunção de elementos de convergência e divergência em relação ao outro, de aproximação e afastamento frente a este. No jogo das relações sociais o sujeito é um ser para si mesmo e para os outros, que simultaneamente diferencia-se e iguala-se do seu grupo social (GÓES, 1993; MOLON, 2003; PINO, 2000). Ou seja, ele, ao mesmo tempo, é um ser singular, o que o diferencia dos demais, e um ser social, o

que o aproxima de um grupo social, que por sua vez, também assemelha-se e diferencia-se em relação aos demais grupos sociais.

Em concordância com os demais autores, afirma Martín-Baró (2005) que o social é o caráter fundamental do humano, que se constitui primeiramente e sobre tudo, pela localização deste na rede de relações estruturais de uma determinada sociedade. Contudo, alerta o autor que o humano é “constituído también por el proceso que la propia persona como sujeto va realizando desde ese punto de partida” (MARTÍN-BARÓ, 2005, p. 65). Destaca-se desta forma, que na compreensão dos fenômenos humanos, devemos considerar o lugar social que os sujeitos ocupam na trama das relações sociais, assim como a forma particular que cada um estabelece com o social, o percebe, o significa, se apresenta diante dele. Em suma, é um sujeito socialmente construído, situado econômico e culturalmente, mas que sempre o transcende, pois é ser criativo, em constante movimento de expansão e recriação de si e de seu entorno (SAWAIA, 2009).

Cidade, Moura Júnior e Ximenes (2012) afirmam ser a pobreza produtora de formas singulares de estruturação do psiquismo. Nesta mesma direção Bastos, Rabinovich e Almeida (2010) dizem que a pobreza implica um tipo de existência, uma forma de estar no mundo. O fenômeno tem uma expressão inter e intrapsicológica que conduz ações, sentimentos e significações relacionados às privações vividas. Segundo os autores, o estudo do fenômeno requer ir além da compreensão da sua manifestação socioeconômica e focar principalmente no que implica a experiência do ‘ser pobre’.

Tais colocações me levam a pensar que sujeitos que vivem em uma realidade de pobreza, compartilham formas singulares de compreender, sentir e agir no mundo. Portanto, dona Carmem, dona Teresa, Lia, Ana e João, assim como as demais pessoas que experienciam ou já experienciaram viver na pobreza, expressarão formas singulares e coletivas do ‘ser pobre’. Conhecer tal fenômeno se manifestou constantemente com o desafio de conseguir captar as determinações do social nas histórias de vida singulares, sem ao mesmo tempo, considerar que social seja capaz de capturar a totalidade da existência do sujeito, já que esta se manifesta em um constante movimento de expansão e recriação, concomitantemente sofrendo e escapando às determinações do social.

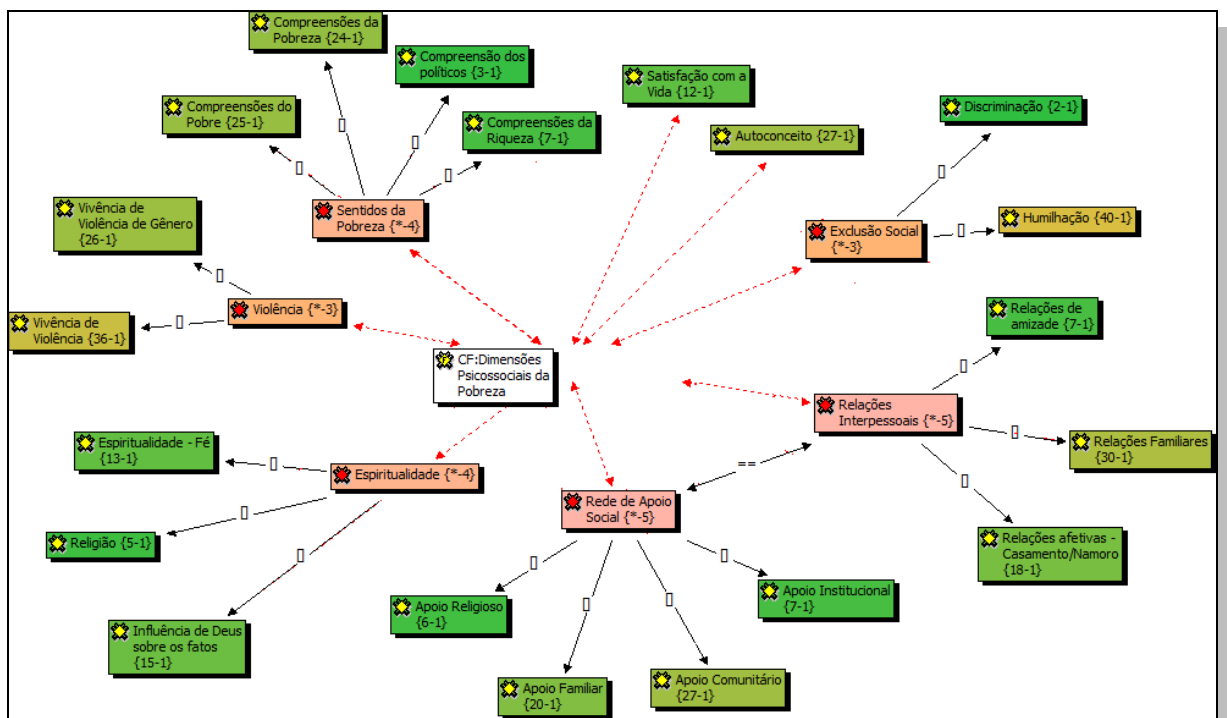
Demo (2001, p. 20) considera que “não ter e não ser” são duas faces da pobreza, pois esta além de uma expressão de ordem socioeconômica (quantitativa, material), também se manifesta em uma esfera política (qualitativa e imaterial) e eu poderia dizer, simbólica. A expressão quantitativa da pobreza é a que se vê com mais facilidade, já sua face qualitativa dificilmente é reconhecida.

A opressão qualitativa, que origina desigualdades pungentes, também é pobreza, nos horizontes do ser. A infelicidade, a insatisfação, o abandono batem à nossa porta de muitos modos, que nem sempre são materiais. Não costumam matar como a fome, mas também destroem. Muitos não só pouco ou nada têm, como pouco ou nada são.” (DEMO, 2001, p. 21-22)

O autor conceitua como pobreza política a face qualitativa do fenômeno, que segundo o mesmo aparece como aceitação passiva das desigualdades sociais de distribuição de renda e direitos, como falta de consciência da sua própria condição por parte do sujeito, como violência moral, que agride exterminando a qualidade de vida. É pobreza política a ignorância cultivada, “produzida, mantida e curtida pelos donos do poder e do dinheiro, tendo como resultado a condição de massa de manobra da maioria da população” (DEMO, 2005, p. 95).

No que tange as dimensões psicossociais da pobreza, o Gráfico 2 apresenta de forma esquemática a expressão destas na vida dos sujeitos do estudo. A partir dos resultados, pode-se perceber que sentidos da pobreza, rede de apoio social, contato com a violência, em especial a violência de gênero, relações interpessoais, autoconceito, satisfação com a vida e espiritualidade compõem a rede de implicações psicossociais do fenômeno da pobreza.

Gráfico 2 - Dimensões Psicossociais da Pobreza.



Fonte: Elaborado pela autora.

3.3.1 Significações da pobreza e do pobre.

Accorssi (2011) em pesquisa sobre as representações sociais da pobreza, desenvolvida com mulheres pobres, aponta para duas dimensões centrais na construção destas representações: pobreza considerada sob o ponto de vista socioeconômico e pobreza sob o ponto de vista moral. O primeiro expressa uma conotação social negativa da pobreza, relacionada à falta de bens materiais, de emprego, ao estigma e preconceito sofridos, à precariedade dos serviços públicos oferecidos e à falta de estudo e qualificação para sair desta condição. Sob este prisma, o problema é expresso enquanto responsabilidade individual e social. Já o segundo, destaca elementos positivos e de superação à pobreza como força e a riqueza espiritual. Nesta perspectiva moral, diante a pobreza material, o que importa é ter tradições, valores, uma religião, felicidade, ter autoestima.

Os participantes do estudo, durante a aplicação do *Questionário Multidimensional da Pobreza* foram indagados como eles se consideravam, entre as opções havia: ‘rico’, ‘nem rico nem pobre’ e ‘pobre’. Lia e João se consideram pobres e dona Carmem, dona Teresa e Ana se consideram ‘nem rico nem pobre’. Este fato é bem interessante e dá espaço para corroborarmos com Accorssi (2011) que revela que o conceito ‘pobre/pobreza’ varia bastante e pode ser lido tanto do ponto de vista socioeconômico, quanto do ponto de vista moral/cultural.

Para dona Carmem, o pobre “*é a pessoa desbundada que não tem onde morar, não tem um rancho pra morar e nem uma barraca de palha, né. Que nem um rapazinho amigo meu e sempre ele trabalha pra mim, ele mora embaixo de uma lona*” (CARMEM, entrevista individual), o que expressa a leitura da pobreza como falta de bens, de um lugar para morar. O pobre mora na “*favela*” e é alvo das políticas sociais e de ações de caridade, inclusive a sua. Ao falar sobre um rapaz que reconhece como pobre, diz:

[...] eu prometi a ele, tire seus documento que eu vou levar você no INSS e vou lhe aposentar pra você comprar um pedacinho de chão, que ele é bem bonzinho sabe. A mãe dele morreu, o pai dele morreu e os irmão deram pra aquele negócio errado e só não ele né, aí ele é meio doidinho, ele bebe cachaça aí fica doido e vai lá em casa, “Carmemzinha minha advogada, me dê um comezinho”. Vá buscar um prato que eu lhe dou, quer comer aqui mesmo? “Não, tou sujo”. Nada não, venha almoçar aqui em casa! E boto na mesa ele almoça. Vixe, me quer o maior bem do mundo. Não é uma caridade que a gente faz, né? Pois é. (CARMEM, entrevista individual)

Para ela, a aposentadoria, seja por doença, seja por tempo de serviço (como foi o seu caso), surge como uma fonte de renda e a possibilidade de ter um “*pedacinho de chão*”,

um lugar para morar. Foi ela quem se responsabilizou pelo pedido de aposentadoria de ‘seu velho’, forma como costumeiramente chama seu esposo, depois que foi morar junto a ele.

Ter bondade, seguir o caminho certo ou errado (não virar usuários de drogas ilícitas), são expressões da compreensão da pobreza sob o ponto de vista moral. Para dona Carmem o trabalho, a dedicação à família, a garra para suportar as adversidades são valores importantes. Para Ana, o pobre é aquele que vive dentro da pobreza e que não luta, não tem força de vontade e nem garra para superar esta situação. Talvez por isso, ela não se defina como pobre.

[...] o pobre ele gosta de ser pobre porque ele nunca vai à luta. Eu posso até ser discriminada porque eu estou na periferia, mas essa é a visão que eu vejo entendeu. Então assim, o pobre nunca gosta de ir à frente porque “ah o bairro nobre é crescendo”, e por que ele não faz a diferença dele mesmo? E fica só vendo o lado do outro. Cresça! “Ah, fulano ali tem carro e eu pego ônibus todo dia”, então faz por merecer pra você ter o seu carro. (ANA, entrevista individual).

Nesta perspectiva, o pobre vive na pobreza porque não “*faz por merecer*” e perpetua a sua situação. Ao falar do exemplo de Júnior (seu amigo que conseguiu superar a situação da pobreza, se dedicando aos estudos e ao trabalho, relatado anteriormente), Ana primeiramente se refere a ele como “*um pobre que soube sair da pobreza*”, mas em seguida se corrige e diz: “*ele não é um pobre, ele só apenas foi uma pessoa que viveu dentro de uma pobreza, mas ele soube estruturar essa pobreza, soube ir mais além*”. (ANA, entrevista individual). O pobre, neste sentido não sabe “*estruturar*” a sua pobreza e se entrega a esta.

Apesar de tal conotação negativa do pobre, que nos leva inevitavelmente a uma culpabilização dele por sua condição, por outro lado, Ana faz uma leitura política e social da pobreza e da desigual distribuição de renda. Ela atribui à existência destas “*ao trabalho de quem tá lá em cima, a frente de poderes fazer com que isso aconteça*” (ANA, entrevista individual). Segundo ela, a má administração pública privilegia setores da sociedade em detrimento a outros.

Se vai fazer uma obra faz pro lado de lá e por aqui fica o esgoto, os buracos [...] eu acho assim a administração de uma sociedade ela não é uma igualdade certa, ela dividida assim, esse vai mais pra esses rico e esse pouquinho aqui tem que dar pra aqueles pobre coitado, porque enfim tem que dar. (ANA, entrevista individual).

Neste momento, o pobre já aparece como coitado, submetido à opressão social. Para Ana, a administração errada também se expressa nas estratégias traçadas pelos governos ao enfrentamento da pobreza, que ao invés de erradicá-la a perpetua. Ana diz que os programas de transferência de renda em função da quantidade de filhos, como o PBF, acabam por incentivar uma compreensão da natalidade como uma forma de gerar dinheiro. Ao invés

disso, acredita que seria mais importante melhorar a educação, pois percebe que quem “*se forma ganha mais do que aquele que trabalha mais, do que aquele que não se forma*” (ANA, entrevista individual).

[...] as pessoas que estão na pobreza o governo já administra o dinheiro errado, né. “Não, vamos dar esse dinheiro aqui e se ele tem um filho a gente vai aumentar a quantidade da bolsa família”. Aí o que eles faz? Vão tendo mais filho, a pobreza vai crescendo, então assim, se eles der uma escola melhor seria melhor, uma educação melhor do que ta dando aquele dinheiro, ele ta fazendo com que a pobreza cresça mais entendeu, eu vejo assim. Porque a minha irmã, eu vou tirar pela minha irmã, ela nunca teve filho e quando ela descobriu do bolsa família, não sei, porventura ela teve um filho, aí a minha outra irmã disse, “vai no CRAS tem o bolsa família, teu filho ganha esse tanto, aí se tu tiver outro vai crescendo o teu bolsa família” e hoje ela tem filhos até ... Então assim, eu vejo a pobreza crescendo por causa dessa administração errada que eles faz. (ANA, entrevista individual)

A fala de Ana evidencia as limitações de uma política de transferência de renda, que se pautada unicamente em perspectivas assistencialistas pode, ao invés de erradicar a pobreza, contribuir à sua manutenção através da perpetuação de relações de dependência. João, assim como Ana associa à pobreza a falta de acesso a uma educação de qualidade e as condições de estudos. Sua fala nos evidencia tal questão:

[...] eu acho que existe pobreza é muito por causa do estudo que as pessoa não se formaram, né e não tem como tirar o dinheiro né, porque muito dinheiro é do estudo [...] na pobreza a pessoa não consegue estudar direito porque falta comida em casa e essas coisa, né. E o outro sistema a pessoa já tem tudo em casa pra conseguir o que quer. (JOÃO, entrevista individual)

O “outro sistema” é o dos que tem dinheiro e melhores possibilidades de estudos. Quando perguntados²⁴ se as limitações econômicas das pessoas prejudicavam as possibilidades das pessoas terem acesso ao ensino superior, tanto dona Teresa, dona Carmem como João, responderam positivamente. A Tabela 5 apresenta a relação que eles estabelecem entre má condição financeira e acesso ao emprego e oportunidades educativas.

²⁴ A partir do *Questionário de Pobreza Multidimensional*.

Tabela 5 - Relação entre condição econômica e o acesso ao trabalho e à educação.

Você acredita que a má condição econômica prejudica as possibilidades de conseguir?:	Lia	Carmem	Ana	Teresa	João
91. Acesso às Políticas Públicas²⁵	Não sabe	Sim	Não Sabe	Sim	Não sabe
92. Oportunidade de Emprego	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
93. Oportunidades educativas em escolas, colégios.	Não	Sim	Sim	Sim	Não
94. Oportunidades educativas em universidades/faculdades	Não	Sim	Não	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela autora.

Exceto Lia, todos acreditam que limitações financeiras dificultam o acesso ao emprego. Esta por sinal, não acha que privação de renda possa interferir no acesso à educação, o fato dela não ter conseguido ingressar no ensino superior é atribuído aos seus problemas de saúde mental. Lia acha que deveriam existir vagas específicas para as pessoas com transtornos mentais.

Entrevistadora: E não quis continuar estudando?

Lia: Eu não passo nesses negócio.

Entrevistadora: Que negócio?

Lia: Entrar na UFC e na...que eu acho que era pra ter espaço pra nós.

Entrevistadora: Tu acha que deveria ter espaço pra vocês?

Lia: É.

Entrevistadora: Pra vocês quem?

Lia: Nós do CAPS.

João ao falar da pobreza, assim como Ana, também faz menção à desigualdade social, trazendo ao debate uma leitura de classe. Segundo ele a pobreza existe *“por causa da divisão social, né, problema social, né, uns tem mais e outros tem menos, né, classe social, problema mesmo”* (JOÃO, entrevista individual). Lia, por sua vez, remete a questão da pobreza a uma questão de humanidade, *“a pobreza é um caso sério, né. As pessoas deveria ser mais humana”* (LIA, entrevista individual).

Ao mesmo tempo em que João faz uma leitura da pobreza como um fenômeno socioeconômico, de diferenças entre classes sociais, ele também tende a uma leitura individualista do mesmo, pois ao explicar sua própria condição de privação a faz pela via do seu “fracasso” com os estudos, dizendo:

²⁵ O termo ‘políticas públicas’ não foi compreendido pelos participantes do estudo, sendo necessário explicá-lo.

Rapaz eu acho, por mim, eu acho que é de mim mesmo porque eu não consegui obter o sucesso nos estudo, né, pra poder arranjar um emprego bom. Eu não tive sucesso nos estudo, tive fracasso, estudei, estudei, mas não aprendia, eu ia pro colégio estudava e não aprendia nada. (JOÃO, entrevista individual)

Segundo dona Carmem há aqueles que querem trabalhar e estudar e os que não querem, que são *“essas pessoas que quer viver na ... nem quer estudar e nem quer trabalhar. Adotado por esse pessoal que dá droga né. Tem é muito lá onde eu moro, se arrastando, pedindo esmola, aí eu vou e dou um saco a ele, dou macarrão, dou feijão, dou arroz e ele: “não, eu queria era dinheiro”* (CARMEM, entrevista individual). Como se pode perceber, para ela, os que *“não querem”*, são os que se entregaram ao mundo das drogas, como seu vizinho que *“deu pra maconheiro [...] não quer estudar nem quer ajudar a mãe”*. (CARMEM, entrevista individual).

Outra dimensão importante da pobreza é que ela é normalmente vinculada a um lugar. Para Ana, na sociedade atual há lugares que são valorizados em detrimento a outros. O lugar onde se mora, revela o que se é, se é alguém valorizado e digno de consideração ou alguém desqualificado socialmente. Ela se incomoda e sofre com esta valoração, revela ter percebido isto quando se mudou para o Bom Jardim.

[...] existe uma dificuldade, né assim, de um bairro para outro bairro, um bairro é assim, um bairro é assim, então assim, quando eu morei ali pra Treze de Maio e passei a morar pra Washington Soares eu via uma visão entendeu, assim, as pessoas, eu tinha um tratamento diferente assim, porque as pessoas via eu saindo daquela casa, via que eu morava lá, via o que eu tinha. Então assim, quando eu passei a morar aqui dentro do Bom Jardim a visão já era outra, então assim, aí assim quando eu saía já pros canto aí a pessoa: *“onde é que tu mora?”*, eu moro lá no Bom Jardim, as pessoa já começava a murchar: *“valha ela mora”*, então assim, existe essa coisa sabe, assim, você morar num canto você ser uma pessoa bem a frente e você morar noutra canto você já é uma pessoa murcha. (ANA, entrevista individual)

Então assim, é uma divisão muito crítico né, porque é uma cidade Fortaleza, né, que pode ser bem estruturada na mesma forma, porque no Bom Jardim que eu saiba tem um trabalho muito bonito, então assim, em todo canto que você for é muito crítico, tem ladrão em todo canto tem, é muito crítico, ou o Bom Jardim, a Serrinha e sei lá o quê, porque é periferia? (ANA, entrevista individual)

As localizações citadas, 13 de Maio e Washington Soares, são avenidas situadas em bairros elitizados da cidade de Fortaleza. Ao contrário do Bom Jardim que é um bairro das classes populares, marcado pela dupla estigmatização da violência e da pobreza (BEZERRA, 2011). Segundo Ana, dependendo de onde se mora, você pode ser considerada uma pessoa *“pra frente”*, valorizada pela sociedade, ou uma pessoa *“murcha”*, sem valor. Ao passo que

há uma desvalorização do pobre, há uma valorização do rico. Porém Ana diz que o Bom Jardim tem suas qualidades e que a violência não está localizada apenas na periferia.

Poderíamos nos perguntar, quem são os ricos, então? De acordo com os participantes do estudo, os ricos são os “*bem de vida*”, que “*tem carro, tem tudo*”, os que “*já tem tudo em casa pra conseguir o que quer*” (JOÃO, entrevista individual), “*esse pessoal que pode pagar lavagem de roupa*”, o pessoal “*bem bonito, bem parecido*” (CARMEM, entrevista individual). Contudo o dinheiro “*pode subir a cabeça*” (JOÃO, entrevista individual) e por isso achar que podem fazer tudo que querem, inclusive humilhar aos outros. João fala de um dos irmãos que por ter casado com uma moça que tinha dinheiro, passou a humilhar seu pai em função disto. Já dona Carmem, fala do exemplo do “*povo do Sítio Siqueira*” que segundo ela tem dinheiro e por isso agredem aos demais.

[...] aquele povo do Sítio Siqueira não presta não, o que eles fazem de festa lá, que eles fazem festa lá e os filho dele bate nas pessoa lá e ainda ameaça balear a cabeça dele com o revolver, estourar a cabeça dele com revolver. Um dia eu disse foi pra ele, rapaz vocês fazem isso porque vocês tem dinheiro, mas se esse cara tiver família e vim atrás vocês morrem também. (CARMEM, entrevista individual)

Na contramão da supervalorização dos ricos, Dona Carmem diz que o importante na vida não é a riqueza, mas ter paz, saúde, ser honesta, trabalhadora, viver na legalidade e ter uma boa família. Trazendo a discussão sobre pobreza/riqueza para o plano moral/cultural.

E não tenho inveja de quem é rico, não. Porque o que adianta a pessoa ter muito dinheiro, ser rico e ter uma vida atormentada, né mesmo? Ter filho maconheiro, filho drogado, filho criminoso, né. Que eu trabalhei pra uma família a mulher tinha câncer, o velho riquíssimo dono da EIT daquela fábrica de trator, a filha banida juntou-se com um vagabundo, véi, que come as custa dela, a família deserdou ela. E o que adianta uma riqueza dessa, né? A dona Soraia, capa de revista, com câncer né, morreu já e o doutor perseguido pelo um horror de mulher. (CARMEM, entrevista individual).

A valorização dos ricos pelo seu sucesso, pela sua capacidade de triunfar no sistema capitalista e a culpabilização do pobre pelo seu fracasso são facetas de um mesmo fenômeno. Guareschi (2001) postula que uma das estratégias ideológicas sutis de legitimação da exclusão está diretamente ligada à ideia de culpabilização do indivíduo por sua própria condição opressora. Tal estratégia é possível em uma sociedade capitalista na qual o individualismo e a competitividade são valorizados e exacerbados e o sucesso ou fracasso é atribuído exclusivamente a pessoas particulares, desconsiderando qualquer causalidade histórica e social. Nesta sociedade, “legitima-se quem vence, degrada-se o vencido, o excluído” (GUARESCHI, 2001, p. 154).

Um dos efeitos da culpabilização do pobre é o reforçamento no imaginário social deste como alguém subalterno, serviçal, problemático, incapaz, dependente, ignorante, malandro e violento. Góis (2003, 2008) diz haver uma Ideologia de Submissão e Resignação que define as condições e o modo coletivo de viver da população pobre. Tal ideologia contribui à repressão do núcleo de vida do oprimido, modela suas condições de vida e atua na estrutura psíquica destes sujeitos. Constitui-se através de ideias, valores, crenças, conhecimentos, atitudes, práticas sociais e institucionais expressos pela sociedade no dia-a-dia.

A presença constante da violência, analfabetismo, a fome crônica, o nanismo nutricional, a limitação intelectual, o desemprego, a inferiorização cultural, a limitação intelectual, o preconceito, a violência policial, a omissão dos serviços públicos, a exploração imobiliária, a falta de moradia, a deformação da realidade por grupos religiosos e as doenças da pobreza, são situações próprias da ideologia de submissão e resignação, formadoras da subjetividade do pobre, de sua estrutura psíquica, de sua identidade, de seu corpo, de seus comportamentos submissos e violentos, da sua própria enfermidade, “loucura” e/ou delinquência. (GÓIS, 2008, p. 54)

A ideologia, enquanto tal, como dito anteriormente, reforça a naturalização da pobreza e a compreensão do pobre como culpado por sua situação, que diante isto não lhe resta outra saída além da aceitação de sua condição, produzindo comportamentos de apatia e passividade, perpetuação e, muitas vezes, agravamento da situação de pobreza. Tomemos para análise o caso da irmã de Ana que para conseguir mais renda tem mais filhos, seu comportamento acaba por agravar e perpetuar sua situação de pobreza, já que o benefício dado pelo governo não é suficiente para transformar a sua situação. Outro exemplo possível de análise é o do vizinho de dona Carmem, que ao se envolver com o uso de drogas, acaba por abandonar os estudos e o trabalho, agravando a situação de pobreza da família. Sem falar da história de dona Teresa que por mais de 20 anos trabalhou sem receber nada, em troca de comida, roupa e um teto para morar. Tais fatos sofrem múltiplas determinações e não podemos explicá-los unicamente pela via ideológica, outros elementos estão em jogo, isto não se pode negar. Contudo a ideologia de culpabilização da pobreza e de submissão e resignação configuram-se como importantes ferramentas para ocultar as verdadeiras causas sociais da pobreza e da desigualdade, naturalizar tais fenômenos, gerando comportamentos de conformismo e passividade, possibilitando assim a sua perpetuação.

A partir de uma análise da vida do povo oprimido, Freire (1979) constata o que ele chama de *Cultura do Silêncio*, fenômeno que nasce da relação entre dominador-dominado. Segundo ele, haveria um silenciamento do povo oprimido, não por uma falta de voz, mas pela reprodução da fala do dominador e por seguir suas prescrições, sobre as formas de ser, de

pensar, de expressar-se. Afirma Freire (1979, p.33) que “ser silencioso não é não ter uma palavra autêntica, mas seguir as prescrições daqueles que falam e impõem sua voz”. A partir das palavras de Freire (1979), podemos indagar se a existência de discursos culpabilizantes dos pobres e de comportamentos de passividade, não seriam expressões do fenômeno da *Cultura da Pobreza*.

Apatia, incerteza, insegurança, resignação e conformismo são maneiras de afrontar a realidade próprias ao fenômeno do fatalismo (BLANCO; DÍAZ, 2007). Para Martín-Baró (1998), autor que se dedicou a estudar a realidade de opressão dos povos latinoamericanos, o fatalismo é um importante conceito. Segundo o mesmo, este é uma maneira do sujeito se situar frente à própria vida e manifesta uma peculiar relação das pessoas consigo mesmas, com os acontecimentos de sua existência e se traduzirá em comportamentos de conformismo e resignação ante as circunstâncias da vida. O autor fala de uma síndrome fatalista que contribui para a imagem estereotipada do latinoamericano como preguiçoso, inconstante, irresponsável e muito religioso (MARTÍN-BARÓ, 1998).

A atitude fatalista compreende a existência humana como predeterminada por uma entidade superior e que aos homens não lhe resta outra opção que aceitar seu destino. Atitudes desta natureza se expressam através de pensamentos, sentimentos e comportamentos: pensamentos de que a vida é predefinida por um destino definido por um Deus ‘todo poderoso’ e que ações são incapazes de mudá-lo; sentimentos de resignação, evitar deixar levar-se por grandes emoções, pois o que importa é levar seu destino com coragem e determinação e a aceitação do sofrimento como um estado normal das pessoas; e comportamentos de conformismo, submissão e passividade frente aos acontecimentos da vida, e atentar-se unicamente ao presente, onde conhecimentos do passado ou predição do futuro só servem para confirmar a inevitabilidade do destino (MARTÍN-BARÓ, 1998).

A fim de estudar a manifestação de tal fenômeno, foram apresentadas aos participantes uma série de perguntas que versavam sobre a forma como eles concebiam a influência de Deus, de si e da sorte sobre os acontecimento cotidianos. Tais perguntas foram tiradas do instrumento elaborado por Esparza, Quiñones e Carrillo (2010) que analisa o fatalismo a partir dos fatores: pessimismo, lócus interno, controle divino, sorte e fatalismo. As perguntas são agrupadas em torno destes fatores, elaboradas em função de cada fator, a saber: as ligadas ao pessimismo avaliam negativamente a vida; as relacionadas ao lócus interno apontam para uma perspectiva em que os acontecimentos são resultado das ações do próprio sujeito; as de controle dividido, responsabilizam Deus pelos fatos ocorridos; as de sorte, responsabilizam esta pelos acontecimentos; e por fim, as perguntas ligadas ao fatalismo

tomam a vida como um fato dado a priori²⁶. A Tabela 6 apresenta de forma sintética as respostas dos sujeitos em função dos fatores.

Tabela 6 - Análise da expressão do fatalismo entre os sujeitos do estudo.

FATORES	Concorda Totalmente	Concorda	Nem Concorda Nem Discorda	Discorda	Discorda Totalmente
Controle Divino	0%	60%	13,33%	26,66%	0%
Fatalismo	20%	46,66%	0%	20%	6.66%
Lócus Interno	26,66%	73,33%	0%	0%	0%
Pessimismo	20%	46,66%	0%	13.33%	20%
Sorte	0%	53.33%	0%	26,66%	20%

Fonte: Elaborado pela autora.

Ficou muito evidente na fala da maioria dos sujeitos a crença que Deus interfere sobre os acontecimentos cotidianos (60% concordam). Contudo não são todos os acontecimentos. Durante a aplicação dos questionários, muitos diziam que Deus era responsável pelos bons acontecimentos, agindo como uma entidade protetora, atribuindo muitas vezes os maus acontecimentos ao *'inimigo'*. Carmem ao relatar a tentativa de suicídio do esposo, diz que Deus intercedeu impedindo o ato. Em suas palavras: [...] *ele disse que uma coisa amoleceu o braço dele que o revolver caiu e espalhou todo perto da porta, não foi Deus não? Foi, foi Deus!* (CARMEM, entrevista individual). João em sua fala também destaca este aspecto:

Deus é um espírito de luz né, ele ilumina a gente, ilumina nossa família, nossos amigos apesar de muitas as nossa coisa material, celular, relógio, sapato e essas coisa Deus não tem o domínio, mas o nosso espírito Deus tem o domínio de proteger nossa integridade né, porque o inimigo ele vem pra, mas Jesus Cristo é tão forte que ele não deixa e o inimigo vai embora. (JOÃO, entrevista individual)

Considerando tal compreensão, de que a vida é conduzida por uma entidade superiora, poderíamos pensar que esta levaria os sujeitos a assumirem uma postura passiva e resignada diante a vida. Contudo, paralelo a isto, se mostra presente também entre os sujeitos uma compreensão de que sua conduta na vida, suas escolhas e ações também são capazes de interferir em seu curso. Para as perguntas relacionadas ao lócus interno, as respostas se dividem em concordam (73,33%) e concordam totalmente (26,66%). Os estudos Esparza, Quiñones e Carrillo (2010) já apontavam esta perspectiva, paralelo a uma forte crença no controle divino, também há uma forte crença no lócus de controle interno, que os

²⁶ Para maiores esclarecimentos, consultar as questões 38 a 67 do *Questionário de Pobreza Multidimensional* (APÊNDICE A)

acontecimentos são contingentes a nossas condutas. O que nos leva a concluir que os dois fatores não são excludentes.

Cidade (2012), em um estudo sobre fatalismo e modos de vida de jovens pobres, considera que ao longo da vida são inúmeras as tentativas frustradas de mudança da realidade e que, frente a estas, a crença em uma entidade superior responsável pelos acontecimentos cotidianos surge como uma alternativa de enfretamento para suportar uma realidade tão desigual e desumana. Fez-se presente também nas respostas dos sujeitos uma visão pessimista diante a vida. Isto se deve, acredito, em função destas frustrações fruto de uma sociedade desigual.

Ao contrário de visões do pobre como incapaz e passivo, o que vi nas histórias dos participantes do estudo foram pessoas que diante as situações de privação, buscam traçar estratégias de superação e sobrevivência. Que diante da seca, migram em busca de melhores condições de vida, que em situações de desemprego e fome lutam constantemente em busca de uma oportunidade de manter sua subsistência. Mesmo frente ao preconceito, desconfiança e humilhação de uma sociedade seguem em frente na luta tirana da sobrevivência.

3.3.2 Sentimentos gestados em contextos de privação: vergonha e humilhação faces esquecidas da pobreza

Durante o relato das histórias de vida destacam-se varias situações em que os sujeitos passaram por momentos de vergonha e humilhação, geradoras de sofrimentos. Sawaia (2001) ao falar do tema da exclusão social, considerada por ela como uma inclusão perversa no sistema capitalista, diz que esta tem sua gênese nas intersubjetividades delineadas socialmente e é produtora de sofrimento, de sentimento de desvalor e de desejos de “ser gente”. Insere-se nas estratégias históricas de manutenção da ordem social em um movimento constante de reconstituição de formas de desigualdades. Este sofrimento caracteriza-se por ser ético-político e retrata “especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade” (SAWAIA, 2001, p. 108).

O sofrimento surge das situações de opressão vividas, geradoras de humilhação e agrava-se pela culpabilização do pobre, o que conduz a sentimentos de vergonha, pois se a pobreza existe por responsabilidade exclusiva dos sujeitos, por sua condição de inferior, de incapaz, a estes não lhe resta outra opção a envergonhar-se desta. Zavaleta (2011) destaca que há uma série de dimensões que marcam a vida dos pobres que são esquecidas nos estudos da pobreza, entre elas estão a vergonha e a humilhação. Afirma o autor que as pessoas em

situação de pobreza ademais de “vivir con pocos recursos materiales sino que frecuentemente experimentan sentimientos de vergüenza y humillación, los cuales son aspectos centrales en las descripciones que realizan cuando hablan de lo que significa ser pobre”. (ZAVALETA, 2011, p.1).

A Tabela 7, apresentada a seguir, demonstra as respostas dos sujeitos sobre a relação entre pobreza e vergonha. Nenhum deles diz que sentiria vergonha de ser pobre, tampouco se um dos seus familiares fosse. Apenas Ana disse que os pobres deveriam envergonhar-se de si mesmos e todos afirmaram que as pessoas que não são pobres fazem estes se sentirem mal. Já quando a pergunta foi feita considerando o que eles achavam que as pessoas do bairro ou comunidade responderiam, as respostas mudam um pouco. A saber: Ana e dona Teresa acham que as pessoas sentiriam vergonha de ser pobres e se alguém da família delas fosse pobre; Lia e João responderam negativamente para as duas afirmativas; sobre a pergunta se as pessoas acham que os pobres deveriam envergonhar-se de si mesmos, apenas dona Teresa respondeu que sim, os demais não; e por fim, todos responderam que as pessoas que não são pobres fazem as pessoas pobres se sentirem mal.

Tabela 7 - Resultado das questões 68 a 75 do *Questionário Multidimensional da Pobreza* itens sobre vergonha e pobreza

Você:	Lia	Carmem	Ana	Teresa	João
68. Sentiria vergonha de ser pobre	Não	Não	Não	Não	Não
69. Sentiria vergonha se alguém da minha família fosse pobre.	Não	Não	Não	Não	Não
70. As pessoas pobres deveriam envergonhar-se de si mesmas.	Não	Não	Sim	Não sabe	Não
71. As pessoas que não são pobres fazem as pessoas pobres se sentirem mal.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
As pessoas da sua comunidade/bairro:					
72. Sentiria vergonha de ser pobre	Não	Não	Sim	Sim	Não
73. Sentiria vergonha se alguém da família deles fosse pobre.	Não	Não	Sim	Sim	Não
74. As pessoas pobres deveriam envergonhar-se de si mesmas.	Não	Não	Não	Sim	Não
75. As pessoas que não são pobres fazem as pessoas pobres se sentirem mal.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela autora.

É unânime para os participantes que pessoas não-pobres provocam sentimentos negativos nos pobres. Dona Carmem, ao ser indagada sobre o motivo de concordar com tal afirmativa, relata alguns momentos de humilhação que passou na relação com algumas

patroas. Segundo ela, havia uma diferenciação entre a comida dos patrões e dos empregados, porque “*elas acha que a gente não merece comer do que eles come*” (CARMEM, entrevista individual),

[...] pra nós ela botava um ovo frito sabe e o arroz véi de um dia para o outro e o arroz bem cheirozinho, quentinho na panela ela não dava a nós não. Por isso que eu digo né, tem gente que é assim humilha as pessoa, né.
 [...] ela veio dar comida a mim três meses o comer tava na geladeira, tu me acredita que quando eu comi esse comê no outro dia eu fui bater no hospital pra morrer, morre e não morre e lá me aplicaram soro, injeção e tudo e eu quase morria. (CARMEM, entrevista individual).

Dona Carmem rejeita o lugar imposto pela patroa e não se cala diante da situação humilhante, expressa sua indignação à patroa que justifica sua ação a partir das diferenças entre patrão e empregado. Após este fato, diz ter pedido demissão.

Eu fui e disse: “ó minha filha, eu sou do interior, mas nunca comi comê azedo, nunca comi comida do dia para o outro, viu. Nunca possuí uma geladeira, mas também nunca comi comida de um dia para o outro. E ela disse: “Minha filha, você não pode reclamar não que você é empregada e eu sou a patroa.” Mas a senhora quando morrer vai comer sete palmo de terra, que nem eu vou comer também. A senhora quando se enterrar vai levar sete palmo nos peito [...] eu sou pobre, mas não sou cachorro, não. (CARMEM, entrevista individual)

De acordo com de La Taille (2004), a vergonha e a humilhação são sentimentos distintos, porém bem próximos, podendo muitas vezes ser empregados como sinônimos, que acredito ter ocorrido entre os sujeitos da pesquisa. Segundo o autor, fala-se em humilhação quando há alguma forma de violência de um sujeito ou grupo para com o outro, com o intuito de inferiorizá-lo. O sentimento de humilhação “refere-se ao fato de ser e sentir-se inferiorizado, rebaixado por alguém ou um grupo de pessoas, sem que se aceite necessariamente (intimamente, poderíamos dizer) a má imagem que estes querem impor” (LA TAILLE, 2004, p. 95). A semelhança entre vergonha e humilhação estabelece-se ao fato de que tanto em uma como em outra o sujeito se sente inferiorizado e a diferença reside no fato de aceitar ou não a imagem de inferior apresentada. Na vergonha “compartilha-se a imagem negativa imposta, enquanto que na humilhação ela pode não ser aceita. E se for aceita teremos o sentimento de vergonha e humilhação somados” (LA TAILLE, 2004, p. 95). Destaca ainda o autor que na vergonha duas configurações estão na base do sentimento: exposição e inferioridade. A primeira pode ser real ou imaginária e a segunda há quando se compartilha o juízo negativo se si, real ou virtual de outrem.

No caso da pobreza, a vergonha se revelaria quando o pobre faz de si um autojuízo doloroso de inferior, compartilhando o juízo negativo que fazem de si, muitas vezes,

de incapaz, de fracassado, de submisso. Neste sentido, sentir vergonha por ser pobre, demonstra um compartilhar da visão deste como inferior, como alguém negativamente valorado. A humilhação, por sua vez, ocorreria quando são desencadeados atos de violência, seja ela física ou simbólica, na qual o sujeito é ou se sente tratado como inferior por terceiros. Esclarece La Taille (2004) também que a humilhação pode ser desencadeada por uma pessoa, um grupo ou uma situação socioeconômica.

No relato das histórias de vida dos sujeitos participantes do estudo podemos observar uma série de humilhações sofridas. A primeira, e maior delas, é a desencadeada pela própria situação de pobreza, desde a infância à idade adulta. Ana durante seu relato, para exemplificar uma das situações em que se sentiu ou foi inferiorizada, relembra tanto o tratamento inferiorizante que sofre (através de gestos, palavras e olhares) por morar no Bom Jardim, descrito anteriormente, como um momento vivido com sua irmã em um restaurante.

E teve uma situação que eu ia assim pra um restaurante e eu assim com a minha irmã, que eu até já contei não foi? Que eu fiquei com vergonha porque as pessoas fica olhando a maneira que você se veste, a maneira que você se educa assim no restaurante você... Então assim, existe essa coisa o preconceito e só de ela olhar você já observa, até mesmo o garçom que tem a sua situação e ele trata daquela maneira “vixe essa aí não tem dinheiro pra pagar não, vixe” [...] Então assim, a minha indignação é mais por causa disso, e as pessoas saem de dentro da periferia pra trabalhar nas coisa nobre e ver uma pessoa que se veste mal e “vixe, olha ali fulana ali”, mas é a da mesma comunidade, entendeu. (ANA, entrevista individual)

Neste caso, a humilhação foi provocada por uma violência operada num plano simbólico, expressa através dos olhares das pessoas e do garçom de reprovação, que examinam sua roupa e seus modos de se portar. Ana se indigna principalmente com o garçom, pois o reconhece como membro de sua comunidade, o aproximando também da mesma condição a qual ele está reprovando.

O sentimento de humilhação, como se percebe, pode ocorrer tanto como agressão física, como simbólica. Bourdieu (2011) é um importante teórico para compreendermos esta última. Segundo Gomes (2008), para Bourdieu a violência simbólica se constitui como mecanismos de ocultamento e naturalização das relações abusivas de dominação e exclusão e se expressa de maneira sutil, insensível, quase invisível, através das vias simbólicas de comunicação e do conhecimento.

A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mas que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; ou, em outros termos, quando os esquemas que ele põe em ação para se ver e se avaliar, ou para ver e avaliar os dominantes (elevado/baixo,

masculino/feminino, branco/negro etc.), resultam da incorporação de classificações, assim naturalizadas, de que seu ser social é produto. (BOURDIEU, 2011, p. 47).

Neste sentido, a violência simbólica se institui pela adesão do dominado ao ponto de vista do dominador. Ela favorece a naturalização da dominação, das depreciações, das desvalorizações de determinados sujeitos e a reafirmação constante de papéis sociais historicamente construídos. Para Bourdieu (2011), as relações de dominação sejam elas de etnia, de gênero, de cultura, de classes sociais são perpetuadas tanto por dominadores como por dominados, através de esquemas simbólicos de percepção, avaliação e ação produzidas a partir de uma valorização da perspectiva do dominador. Neste jogo, “os atos de conhecimento e de reconhecimento práticos da fronteira mágica entre dominantes e dominados [...] assumem muitas vezes a forma de *emoções corporais* – vergonha, humilhação, timidez, ansiedade, culpa” (BOURDIEU, 2011, p. 51).

Durante toda sua vida, dona Teresa foi marcada pela violência. Desde a infância foi privada da possibilidade de morar em sua localidade natal, sofreu a violência de ser separada de sua filha, por falta de condições de criá-la. Depois a violência de trabalhar e ser expropriada de um salário, de ter uma casa, de ter uma vida independente. Durante muitos anos não pode usufruir de cuidado integral em saúde mental, sendo acompanhada unicamente durante as crises, em hospitais psiquiátricos. Entre inúmeras privações que ainda sofre, soma-se a de viver “de favor” na casa da sobrinha. Ademais destas, quando perguntada sobre situações de humilhação dona Teresa fica séria e aparentemente abalada, em seguida relata ter sido apenas uma vez, dizendo que uma pessoa que a fez muito mal. Quando pergunto o que foi, o local, a época, ela desconversa e diz não lembrar. Eu respeito seu silêncio.

Considerando as respostas do *Questionário Multidimensional da Pobreza*, a Tabela 8 apresenta as respostas dos participantes sobre sentimentos frequentes para eles. Dona Teresa diz sentir-se ‘sempre ou quase sempre’ humilhada e envergonhada. Lia diz nunca se sentir humilhada, mas ‘sempre ou quase sempre’ sentir-se envergonhada, contudo durante a entrevista ela relata se sentir humilhada pela mãe, este tema será abordado a seguir. Ana responde que nunca se sente envergonhada, mas frequentemente se sente humilhada. E João relata nunca se sentir humilhado ou envergonhado, contudo na entrevista relata algumas humilhações vividas, principalmente em decorrência da violência policial.

Tabela 8 - Sentimentos frequentes aos participantes do estudo.

O quão frequente é este sentimento para você?	Lia	Carmem	Ana	Teresa	João
76. Sentir-se envergonhado (a)	Sempre ou Quase Sempre	Sempre ou Quase Sempre	Nunca	Sempre ou Quase Sempre	Nunca
77. Sentir-se ridículo (a)	Sempre ou Quase Sempre	Nunca	Nunca	Às vezes	Nunca
78. Sentir-se reprimido (a) /inseguro (a) de opinar ou fazer	Frequentemente	Nunca	Às vezes	Nunca	Nunca
79. Sentir-se humilhado (a)	Nunca	Nunca	Frequentemente	Sempre ou Quase Sempre	Nunca
80. Sentir-se idiota/estúpido (a)	Sempre ou quase sempre	Nunca	Nunca	Às vezes	Nunca
81. Sentir-se infantil	Frequentemente	Nunca	Frequentemente	Às vezes	-
82. Sentir-se impotente/paralisado (a)	Às vezes	Nunca	Nunca	Nunca	Às vezes
83. Sentir-se tímido (a)/ vermelho (a)	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Às vezes
84. Sentir que as pessoas estão rindo de você	Frequentemente	Às vezes	Às vezes	Às vezes	Nunca
85. Sentir-se repugnado (a) ²⁷ pelos outros.	Nunca	Nunca	Frequentemente	Às vezes	Nunca

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao ser indagado sobre momentos em que se sentiu humilhado, João relata as “brincadeiras” de amigos, que o insultam em função da cor da sua pele escura, do seu cabelo crespo. Fala também do comportamento do irmão em relação ao pai, que apesar de lhe dar dinheiro para ajudar no sustento familiar, “*gosta de dar as coisa e depois passar na cara, humilhar*” (JOÃO, entrevista individual).

Lia, ao falar de situações humilhantes, faz referencia ao comportamento de algumas pessoas que ficam falando de sua doença. Atribui a responsabilidade disto a sua mãe, que “*botou já pra todo mundo saber já que eu tou doente disso ou daquilo*.” (LIA, entrevista individual). Segundo Lia, sua mãe a indaga frequentemente, por que não “fica boa”, comparando-a com outros usuários do CAPS. Lia diz não concordar com ela, pois percebe mudanças e relata se incomodar bastante com a dependência que tem dos pais em função de

²⁷ O termo repugnado, frequentemente não foi entendido pelos entrevistados.

sua doença, que a faz sentir-se “*uma inútil que só tem que ser guiada por outra pessoa*” (LIA, entrevista individual).

Los efectos de la humillación y la vergüenza sobre el bienestar psicológico son múltiples. Vergüenza, por ejemplo, está altamente asociada con baja autoestima y malas relaciones interpersonales. Humillación, por otra parte, ha sido asociada con numerosas enfermedades psicosociales (incluyendo baja autoestima, dificultades relacionadas con la escuela, fobias sociales, ansiedad, depresión, paranoia, problemas maritales, violencia doméstica, agresiones sexuales, violación, asesinatos en serie, tortura y suicidio) y en un nivel macro, está asociada con la práctica del control social, discriminación, numerosas formas de opresión y conflictos internacionales. (ZAVALETA, 2011, p.2)

Dona Carmem, além da violência sofrida em função da discriminação da patroa, relata também uma série de violências físicas e simbólicas sofridas, praticadas pelo ex-esposo e os momentos em que passou fome. Durante muitos anos, ela foi casada com um homem que a agredia física e verbalmente cotidianamente. O ex-marido bebia todos os dias e não contribuía financeiramente no sustento do lar, nem no cuidado com os filhos. Diante disto, Dona Carmem sozinha era quem provinha a subsistência do lar e o cuidado dos filhos. Trabalhava todos os dias durante oito horas e quando chegava a casa, na maioria das vezes, era alvo das agressões do marido. Sobre estas ela diz:

[...] casei coroa pensando eu que ia ser bom pra mim, deixa que o marido começou ser ruim né, começou beber, me judiar.

Foi o Francisco que me deu três murro - “Por que?” Porque eu mandei ele pagar energia e ele gastou com mulher solteira e com cachaça e o cigarro e sei lá com que foi e a energia foi cortada e eu quero que ele dê conta dos recibo, né, pra mim mandar religar energia né, porque eu não posso ficar no escuro com três criança né.

[...] só que ele não deixava eu em paz não, aí eu fui e disse eu não lhe quero mais, a Delegacia da Mulher já deu o ofício pra você assinar - “eu não vou assinar divorcio nunca, eu lhe mato, mas não assino”. E não assinou não, morreu, mas não assinou.

[...] meus filho toda vida foi doente por causa do pai, aí eu ira pro Francisco de França lá na Heráclito Graça e depois ia pra aquele da Francisco Sá internar ele e ficava debaixo do berço dormindo no chão, mas nunca deixei nenhum morrer acredita isso. Eu sofri e se eu for contar minha vida dá uma novela e dá um jornal. Ele pegava uma faca pra cortar minha vagina todinha dizendo que já que eu não queria ele também não gosto de ficar, era uma coisa medonha. Eu sofri demais, aí ele contava nos vizinho que ia cortar minhas parte, ia puxar meu fato por baixo e eu ficar morta lá, aí o vizinho ia contar pra esposa e ela ia lá em casa me avisar sabe. Eu ficava morrendo de medo, aí eu vestia três calcinha, três bermuda com medo dele sabe, ele dormia na rede dele lá e eu dormia na minha cama aqui e não queria negócio, uma faca debaixo da minha rede e ele com outra lá. Eu sofri demais.

Tu sabe quando foi que ele deixou de bater em mim? No dia que meus menino criaram coragem e deram um murro tão grande que ele caiu lá de perna aberta e quebrou a cama. (CARMEM, entrevista individual)

O absurdo da violência praticada pelo marido tinha repercussões em toda a família, em Carmem e nos filhos. Diante de tanta brutalidade é praticamente impossível não nos perguntarmos por que ela não se separava do marido agressor. A mesma justifica que suportava as agressões pelo medo de que o marido a matasse e isto faria com que seus filhos ficassem abandonados, órfãos de mãe e sem ter como se sustentar. Ela disse que no dia em que se aposentasse, o que garantiria que seus filhos teriam algum sustendo caso ela morresse, ela se separaria e assim o fez. Relata dona Carmem, *em noventa e um que me aposentei e em noventa e dois fui e disse: olha, em noventa e dois se você não se ajeitar eu vou lhe tirar na marra. Aí tirei mesmo, não lavo mais pra você, não lhe dou mais comer, não vou ser mais nada sua, nem amiga, aí você vai morar com a sua família.* (CARMEM, entrevista individual).

Apesar desta justificativa plausível para a separação do marido. Podemos inferir, a partir de Bourdier (2011), que neste jogo de perpetuação das relações de opressão existem fatores de ordem simbólica, historicamente construídos, operando tais como a submissão e resignação da mulher frente ao homem, a ideia de fragilidade da mulher, o ideal romântico de amor, a compreensão do casamento eterno e inabalável, entre outras.

A violência contra a mulher é um problema transnacional e transcultural (GOMES, 2008). A leitura deste fenômeno a partir de uma perspectiva de gênero, o relaciona à condição de subordinação da mulher, na qual a desigualdade de poderes entre homens e mulheres é questão central. Tal perspectiva rejeita explicações deterministas pautadas na biologia e destaca as relações sociais ancoradas nas diferenças entre os sexos. Neste tipo de violência vários tipos de agressões: físicas, sexuais, psicológicas e econômicas, praticadas em sua maioria por parceiros íntimos das vítimas. (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006; NARVAZ; KOLLER, 2006).

A violência de gênero configura-se como um problema de saúde pública e são as instituições de saúde as mais procuradas neste caso (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006). Segundo Narvaz e Koller (2006), são fatores de risco para o fenômeno: uso de álcool e outras drogas pelo agressor, pobreza e antecedentes de violência na família. As autoras afirmam ainda que o medo e a insegurança produzidos pela violência psicológica desempenham importante função na perpetuação da problemática.

Ao analisar o fenômeno na história de vida dos participantes, nos deparamos com o fato da violência de gênero estar presente na história de todos os sujeitos da pesquisa, assim como de alguns fatores de risco. João e Lia relatam que durante suas infâncias seus pais, igualmente sob o efeito da bebida alcoólica, agrediam suas mães. Ana relata que aos oito anos

foi abusada por um garoto do abrigo, de 16 anos. Sabemos que a violência de gênero pode ser potencializada pela pobreza e uso de drogas, contudo os ideais patriarcais, o silêncio, a banalização do fenômeno e falta de preparo de profissionais para lidar com a questão também influem em sua dinâmica.

Martín-Baró (2005) destaca que o machismo pode cumprir uma função compensatória, principalmente entre as classes populares, onde segundo o autor se manifesta de forma mais veemente. Para ele “los hombres oprimidos compensan cotidianamente su sometimiento social sintiéndose los señores del hogar ya que, como lo insinúa una conocida canción ranchera, el sexo les permite seguir creyéndose “los reyes”. (MARTIN-BARÓ, 2005, p. 76). Mesmo em lares providos financeiramente por mulheres, percebe-se que o centro da autoridade está no homem, no chefe-de-família. Na história de dona Carmem, foi necessário que os filhos (homens) colocassem um limite na violência do pai. Neste jogo, entram em cena os atributos culturais conferidos a cada sexo, que produzem efeitos na modelação, produção e reprodução do ser homem e ser mulher na sociedade. Além do atributo de chefe da casa, o ser violento, também é uma expressão da masculinidade e uma forma de diferenciar o homem da mulher (GOMES, 2008). É importante destacar que as famílias de todos os entrevistados têm como provedoras principais as mulheres.

Muitas vezes as mulheres se culpam e se responsabilizam pela própria violência sofrida e em função disto criam diferentes estratégias, na esperança de uma mudança de comportamento do marido agressor. Ficar quieta, não contrariá-lo, calar-se, obedecer a suas ordens são expressões destas estratégias. Dona Carmem, na esperança que o esposo mudasse, resolveu sair do emprego, achando que isto faria com que o mesmo se tornasse mais responsável pela família. Na época ele trabalhava, mas todo o dinheiro que recebia gastava com o uso de bebida alcoólica. Segundo ela: “*pensei que meu marido quando desempregasse ia ter responsabilidade, mas não teve, foi pior, aí eu passei fome*” (CARMEM, entrevista individual). Chegou a ficar mais de quatro meses desempregada e durante este período experienciou a fome, a humilhação de ter que pedir emprego de casa em casa e passar pela avaliação de sua honestidade. Durante o relato deste período, ela se emociona bastante e diz: “*eu sofri, chorava pedindo emprego nas porta*” (CARMEM, entrevista individual).

Ainda sobre as experiências de violência e humilhação, um fato contundente ocorrido na vida de João foi a violência sofrida por policiais. Machado e Noronha (2002) afirmam que a polícia atua a “serviço da manutenção e reprodução de uma ordem social desigual e hierárquica, concentrando a repressão nos escalões inferiores da sociedade” (MACHADO, NORONHA, 2002, p.203). Desta forma, atua de maneira diferenciada entre

ricos e pobres. Dizem os mesmos ainda que, é comum que pessoas inocentes, em especial de baixa renda, sejam objetos de brutalidade, homicídio, humilhações, espancamentos e torturas não justificáveis nem entre os contraventores da lei. A violência sofrida por João ilustra bem este fato:

[...] eu apanhei ainda, apanhei da polícia. Eu vinha da festa e o batalhão de choque me ... eu ia atravessando o paredão, né, que passa o trem e eu tava em cima do ferro atravessando e quando dei fé o policial puxou uma pistola - “se correr eu atiro!”, aí eu peguei e voltei e quando eu voltei apanhei muito aqui no ouvido, na cara e passei muito tempo doente, internado também por causa disso dessas porrada [...] botou o revolver na minha cabeça, botou o revolver na cabeça e ele disparou o gatilho, mas não saiu bala não, parece que tinha só uma bala no revolver, ele ia me matar se quisesse, mas ele não me matou não. Foi uma coisa! (JOÃO, entrevista individual)

João diz que desde que apanhou da polícia começou a ficar doente, devido às pancadas que sofreu na cabeça. Relata não ter cicatrizes, pois segundo ele, a polícia bate de uma forma específica, *“não deixa ferimento não, foi só mãozada, eles não deixa cicatriz não, pra não saber que foi eles, eles faz só dá karatê, né que ele sabe bater, né. Karatê e é só as mãozada e não deixaram nenhum arranhão”* (JOÃO, entrevista individual). Quando indagado se conhecia pessoas que haviam passado por experiência semelhante, diz que vários amigos, assim como ele também apanharam de policiais. Dona Carmem também fala deste fenômeno, retratando momentos de coação policial sofrida por seus filhos e jovens do seu bairro.

Segundo Macedo *et al.* (2001, p.516) a violência é um “fenômeno complexo, multifacetário e resultante de múltiplas determinações, articula-se intimamente com processos sociais que se assentam, em última análise, numa estrutura social desigual e injusta”. De acordo como os mesmos, o grupo mais intensamente atingido pela violência constitui-se de adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, pobres e negros.

Diante do exposto neste capítulo, foi possível uma análise da pobreza e suas implicações na vida dos sujeitos que a vivencia, sua expressão como privação de renda, de um trabalho digno, de acesso à educação, de restrição das possibilidades de escolhas dos sujeitos. Pudemos também conhecer sua expressão simbólica, os afetos, os sentidos e modos de viver construídos em meio a uma dura e desigual realidade. Partiremos agora a analisar a relação entre pobreza e saúde mental, buscando compreender as reverberações da primeira no processo saúde-doença mental.

4 SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS DE POBREZA

Neste capítulo, me proponho a analisar a relação entre pobreza multidimensional e processo saúde-doença mental. Para tanto me utilizo de produções teóricas sobre os temas em questão, sempre tecendo problematizações destas a partir da história dos sujeitos do estudo e suas vivências particulares. Realizo, primeiramente, uma reflexão sobre o campo da saúde mental e suas transformações a partir das proposições do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, em seguida tomo como questão o processo saúde-doença mental e suas implicações quando gerido em meio à pobreza e por fim, problematizo as práticas de cuidado desenvolvidas.

4.1 Saúde Mental: complexidade de um processo social

O campo da saúde mental, compreendido como “área do conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde” (AMARANTE, 2007, p.15), na atualidade, é reflexo dos movimentos brasileiros de Reforma Psiquiátrica e de Reforma Sanitária. Tais movimentos, desde o final da década de 1970 até os dias atuais, agregam trabalhadores, usuários e familiares na luta pela efetivação da saúde como um direito social a ser garantido pelo Estado, pela superação “do cenário histórico de desassistência e maus-tratos no campo da saúde mental e pela construção de novos espaços de intervenção assistenciais, políticos e jurídicos em relação à loucura” (DIMENSTEIN *et al.*, 2009, p.1).

Como resultado de suas lutas reivindicatórias, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, em consonância com movimentos internacionais, provocou uma diversidade de transformações no campo assistencial em saúde mental no país, assim como nas concepções em torno da loucura. Neste processo, a atenção se deslocou de um modelo eminentemente hospitalocêntrico, de característica asilar e manicomial pautado na normatização, no controle, na violência e na exclusão social do sujeito em sofrimento psíquico, à criação de um modelo de atenção psicossocial composto por uma rede de atenção integral a saúde mental, caracterizada por ser aberta, de base comunitária, pautado em novos valores culturais e nos princípios de cidadania e liberdade do sujeito em sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2000; DIMENSTEIN; SALES, 2009).

Segundo Amarante (2007), o campo da saúde mental inserido em um contexto de lutas históricas aliados aos ideais da reforma psiquiátrica, deve ser compreendido como um processo, que é social, e por isso, caracteriza-se por ser complexo. Nesta perspectiva, refuta-

se a ideia deste como um sistema fechado e afirma-se sua condição mutante, contraditória, paradoxal, conflituosa e de tensionamentos. Para uma melhor compreensão do campo em questão, o autor propõe que este não deve limitar-se a visão que o reduza “à mera reestruturação de serviços” (AMARANTE, 2007, p. 63), uma vez que ele implica uma revisão epistemológica frente ao objeto saúde-doença mental, um questionamento do lugar que a sociedade atribui a loucura, à diferença, uma mudança de valores culturais e acima de tudo um processo de luta pela melhoria das condições de vida das pessoas em sofrimento psíquico.

No plano epistemológico, ao longo da história da humanidade, diversos conhecimentos são produzidos em torno da saúde mental, sobre doença e loucura. Em tais produções estão presentes questões de ordem ideológicas, políticas e éticas. A partir do paradigma psicossocial, em contraponto ao paradigma asilar, refuta-se a noção de ciência como positiva, neutra e autônoma própria à psiquiatria clássica (AMARANTE, 2007).

Foucault (2010; 2011) discute a relação entre sociedade e loucura, revelando o traço eminentemente histórico e cultural das compreensões desta última, desconstruindo qualquer concepção naturalista. Segundo o autor, é somente no final do século XVIII, a partir de influências dos ideais da Revolução Francesa e Industrial, quando a ciência ganha destaque na produção da verdade, que loucura passa a ter status patológico, juntamente ao nascimento da psiquiatria. Esta última tornará a loucura, entendida como doença mental, seu objeto de estudo e intervenção.

Neste processo histórico de transformação da loucura em doença, um personagem importante foi o francês Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria. Para o mesmo, loucura é sinônimo de alienação mental e sua terapêutica o tratamento moral. Pinel foi importante tanto ao nascimento da psiquiatria como à transformação do hospital de lugar de caridade em instituição médica. Segundo o mesmo, alienação mental é estado de contradição da razão, um distúrbio no âmbito das paixões que produz desarmonia na mente e impossibilita o sujeito de perceber corretamente a realidade, de discernir entre o certo e o errado, de controlar suas vontades e desejos. O alienado deve ser internado no asilo, isolado de seu meio social (lugar onde se situam as causas de sua doença) e submetido a um tratamento moral, que visa disciplinar e reeducar a mente (AMARANTE, 2007; 2009). Segundo Foucault (2011, p. 121), será função do asilo:

[...] permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascarar-la, confundi-la, dar-lhe formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la [...] A loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, deve aí encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas.

Com o desenvolvimento da ciência moderna, e em especial da psiquiatria moderna, a doença mental é introduzida em uma racionalidade anátomo-clínica e passa a ser compreendida em função de questões eminentemente hereditárias e biológicas, como disfunções do corpo que provocariam comportamentos estranhos, desviantes do padrão de normalidade. A intervenção é estritamente de base tutelar, a partir da instituição psiquiátrica que deveria definir, classificar, gerir e tratar a doença (BASAGLIA, Franco, 1985; DALMOLIN, 2006). É importante destacarmos que durante todo este processo, a psiquiatria exerceu sua função de disciplinarização e controle do corpo social, segregando e enclausurando em hospitais psiquiátricos segmentos marginalizados da sociedade, como pobres, prostitutas, ‘vagabundos’, ‘desordeiros’ e alcoolistas.

Rotelli (1990), inspirado nas proposições de Franco Basaglia destaca que

[...] o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global e complexa dos utentes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição) todos referidos à doença. (ROTELLI, 1990, p. 28).

A psiquiatria tradicional ao eleger como objeto de estudo e intervenção a doença mental e considerá-la apartada da existência global do sujeito e do corpo social, ocupa-se de um corpo sem história, cujas necessidades foram colocadas entre parênteses, como se justamente a falta de respostas às mesmas não fosse a causa principal das doenças (BASAGLIA, Franca, 2008).

Franco Basaglia (1985) faz severas críticas ao modelo em questão e defende a inversão de tal lógica. O referido autor e militante da reforma psiquiátrica destaca a necessidade de colocar a doença ‘entre parênteses’ para que possamos nos deparar com o sujeito. Isto não implica que a desconsideremos, apenas destaca-se em primeiro plano o sujeito e sua história, para que assim possamos olhar para “a doença do doente concreto” (CAMPOS, 2003, p. 55). Olhar para o sujeito “com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios” (AMARANTE, 2007, p.68).

Portanto reconhece-se o processo singular de construção da saúde e da doença e a noção de que tais fenômenos se estabelecem em relação ao contexto em que o sujeito vive e sua história de vida singular. Uma mesma doença, do ponto de vista classificatório, é vivida por cada sujeito de diferentes maneiras, dependendo dos recursos subjetivos e materiais que cada um dispõe (CAMPOS, 2003). Neste trabalho, reconheço como importante tal premissa, portanto seu foco não é a doença, mas a pessoa que a vivencia, em sua história de vida

particular, carregada de aspectos culturais, sociais, econômicos, familiares e comunitários, assim como aspectos subjetivos e singulares. Atenção se dá ao sujeito concreto e aos sentidos que ele atribui a sua experiência do adoecer e a relação desta com o contexto sociocultural em que ocorre. Resignifica-se assim, a compreensão de sujeito que antes neutralizado, invisível, sem voz, destituído de direitos, reduzido a uma doença, “passa a apresentar-se como um indivíduo objeto da doença, mas que já não aceita ser *objetivado* pelo olhar do médico que o mantém a distância.” (BASAGLIA, Franco, 1985, pg. 114).

Tais mudanças na compreensão do sofrimento psíquico e questionamento da psiquiatria clássica, que toma a doença como produção abstrata, desconectada da existência do sujeito, implicaram em uma nova compreensão dos serviços de cuidado em saúde mental. Estes devem caracterizar-se como lugares de produção de subjetividades e de novas sociabilidades. Seu objetivo não é mais o controle, a normatização do sujeito, a cura da doença, mas a expressão da existência-sofrimento (ROTELLI, 1990). Ao invés da cura, busca-se a incitação de focos de autonomia, de cidadania ativa (TORRE; AMARANTE, 2001).

É neste contexto, a partir das proposições do movimento de reforma psiquiátrica que, em contraponto ao modo asilar, propõe-se o modo psicossocial de cuidado em saúde mental. De acordo com Costa-Rosa (2000), este último dá ênfase aos fatores biopsicossocioculturais e políticos na produção de saúde mental, as práticas de cuidado desenvolvidas são diversificadas, centradas no indivíduo, na família e na sociedade. A existência sofrimento é tomada como objeto da intervenção e o sujeito é eleito como participante principal no processo de produção de cuidado. Como destaca o referido autor, “desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais do modo psicossocial, por oposição a hospitalização, medicalização e objetivação, que são elementos componentes deste parâmetro no paradigma asilar” (COSTA-ROSA, 2000, p. 158)

É nesta perspectiva que no SUS são criados novos serviços substitutivos ao manicômio, articulados em rede. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos de psiquiatria nos Hospitais Gerais, as Residências Terapêuticas, a Estratégia Saúde da Família, com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, além de outros serviços, passam a compor uma rede integral de assistência à saúde mental, tendo os CAPS como dispositivos estratégicos de articulação. Estes dispositivos devem atuar tanto na assistência direta ao sofrimento psíquico, quanto na “promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes:

sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc.” (Brasil, 2004, p.12).

Neste sentido, a intersetorialidade se expressa como princípio fundamental para a composição de uma rede de cuidados. Nela devem estar envolvidos diferentes setores, para além do setor saúde propriamente dito, como educação, assistência social, trabalho e renda, recursos próprios da comunidade, associações comunitárias, grupos religiosos, grupos produtivos, cooperativas, organizações não-governamentais, entre outros. Atuando nesta perspectiva, torna-se possível uma nova forma de atuar, centrada no sujeito e na melhoria de suas condições de vida e na promoção da saúde. Deve-se construir uma atuação territorial e integral, em diálogo constante com a comunidade, com o contexto em que o sujeito vive, desenhando um agir no cotidiano.

Dessa forma, operar visando à transformação, requer a ruptura da objetivação, o resgate histórico dos vínculos, das relações, a conquista dos direitos perdidos ou nunca garantidos; e, sobretudo, a recomposição da globalidade das necessidades, anteriormente fragmentadas através da divisão de disciplinas e do isolamento em espaços separados. (BASAGLIA, Franca, 2008, p. 25)

Destaca-se uma centralidade no reconhecimento e no fortalecimento da cidadania. Neste contexto, novas leis buscam resguardar e garantir o direito ao exercício da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico. A Lei 10.216, promulgada em 2001, no âmbito nacional, é exemplo disso, pois ela dispõe sobre a proteção e os direitos destes sujeitos e redireciona o modelo assistencial. Ao lado desta lei nacional, outras leis são criadas nos âmbitos municipais e estaduais. Contudo apenas a criação destas não é suficiente, precisamos transformar mentalidades, questionar uma cultura manicomial e os vários preconceitos que existem em torno da loucura, ainda hoje entendida como irracionalidade, invalidez e periculosidade. Para isso é necessário o envolvimento da sociedade nas discussões pertinentes à loucura e à reforma psiquiátrica, sobre saúde-doença e cuidado em saúde mental. É necessário olharmos para as condições e modos de vida das pessoas em sofrimento psíquico, para o acesso a uma vida digna, ao convívio familiar e comunitário, para o direito de transitar pela cidade sem ser algo de violência e discriminação.

É necessário “um processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura que abarca não apenas o modelo de cuidado, mas também suas noções sobre a condição social desse sujeito em sofrimento” (AMARANTE; GULJOR, 2005, p. 68). Reivindica-se a construção de um novo lugar social para as pessoas com transtorno mental, sendo necessário, para tanto, repensar as relações sociais estabelecidas, questionar o lugar de exclusão social do louco, assim como, considerar a realidade socioeconômica em que este

sujeito vive como fator influente no seu processo saúde-doença mental, problema do estudo em questão.

No caso do Brasil, a saúde mental sofreu muitas transformações com produções neste campo, criação dos novos dispositivos de cuidados em saúde mental em diversos níveis de atenção vinculados ao SUS, possibilitou a ampliação do acesso ao cuidado qualificado em saúde mental a uma ampla parcela da população brasileira. Contudo, sabemos que em muitos lugares do país tais dispositivos ainda são quantitativamente insuficientes e qualitativamente ineficientes. O modo manicomial e o psicossocial coexistem mesmo dentro dos novos dispositivos.

A atenção centrada na doença e a inabilidade de muitos profissionais de saúde em lidar com o sujeito e não a doença e considerar o contexto social e econômico, está presente em muitos serviços (JORGE *et al.*, 2010). Em sua maioria, os usuários das políticas públicas de saúde mental são sujeitos que vivem em precárias condições de vida, em meio ao desemprego, trabalho informal, violência urbana, baixa renda, más condições de moradia, baixo grau de escolaridade. A construção de um novo lugar social destes usuários passa necessariamente pela transformação destas condições de vida, possibilitando formas mais humanas e menos opressoras de existência.

Esta explanação inicial sobre os questionamentos e lutas da Reforma Psiquiátrica e as mudanças possíveis no campo da saúde mental em decorrência destas, se faz importante para que possamos compreender a complexidade do fenômeno da saúde mental e a importância de considerarmos o contexto social, cultural, político, econômico e singular no qual o processo saúde-doença mental é gerido, a partir da história de vida das pessoas. Compreendendo, assim, que este ao desenvolver-se em meio à pobreza, terá implicações próprias a este contexto. A construção do novo lugar social da loucura, citada anteriormente, passa não só pela construção de uma sociedade aberta à singularidade e à diferença, mas também pela erradicação das iniquidades sociais.

4.2 Pobreza e Saúde Mental: determinações do processo saúde-doença mental de usuários do CAPS.

Ao adentrarmos no dia-a-dia das políticas públicas de saúde mental, nos deparamos com a realidade de pobreza e exclusão social da grande parcela de usuários do SUS. Ao nos propormos a conhecer o processo saúde-doença mental de usuários destas políticas não podemos desconsiderar tal realidade, uma vez que aquele se constrói em um

contexto social, econômico e cultural específico. Ribeiro *et al* (2006), em estudo sobre o perfil epidemiológico dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam que estes são em sua maioria adultos, de ambos os sexos, de cor preta ou parda, de baixa renda, baixa escolaridade e com estado de saúde regular ou ruim. Por reconhecer esta realidade, muito em função da minha vivência nos contextos dos CAPS do que propriamente dos resultados dos estudos epidemiológicos, é que destaco a importância de analisarmos o processo saúde-doença mental de usuários pobres, pois são estes maioria entre a população atendida nos serviços substitutivos de saúde mental.

Góis (2008) ao questionar sobre o usuário do SUS afirma ser este um sujeito que vive em um mundo absurdo:

É aquele que representa a grande maioria da população brasileira, vive em situação de vulnerabilidade social e risco e não tem planos de saúde, é aquele que ganha, quando empregado, um pouco mais de um salário mínimo (até dois) ou bem menos (linha da pobreza e linha da miséria), ganha pouco quando trabalha, e quando trabalha, trabalha muito [...] nasce na miséria, vive agredido, explorado, humilhado, desamparado e morre no anonimato e muitas vezes na indignância (GÓIS, 2008, p. 121).

É deste sujeito que falamos, do usuário pobre que busca cotidianamente sobreviver em meio a um contexto de privação, que luta, sonha e estabelece relações de prazer e desprazer na vida. As implicações da pobreza e seus aspectos psicossociais na vida destes sujeitos foram trabalhadas no capítulo anterior deste estudo. Dedicarei-me agora à análise do processo saúde-doença mental vivido por cada sujeito, tecendo considerações sobre as implicações da pobreza neste.

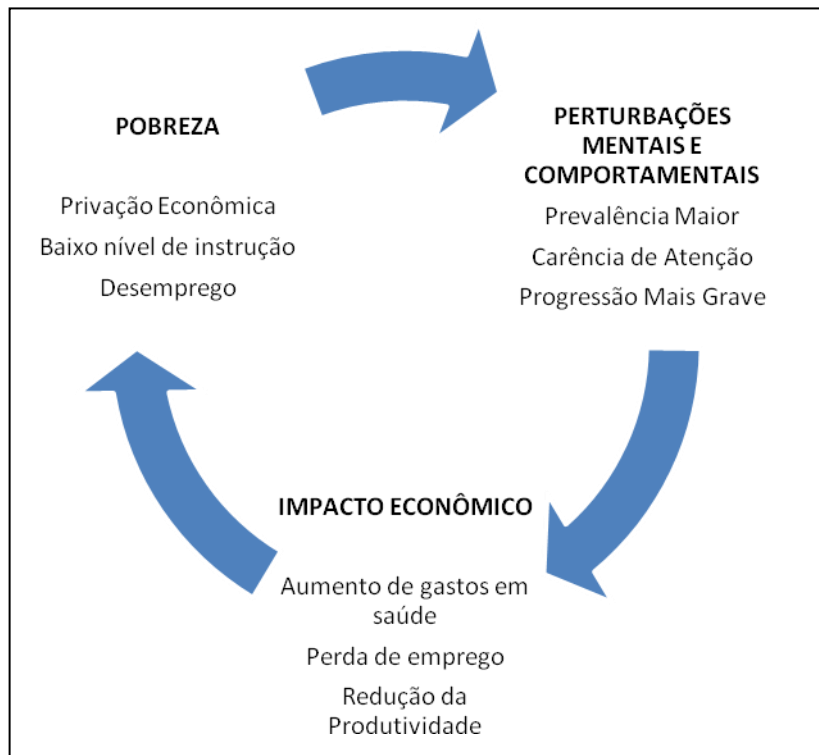
Como foi demonstrado anteriormente, o que se compreende por saúde ou doença mental, historicamente tem passado por transformações. Na atualidade, considera-se que a saúde mental é um fenômeno complexo e multideterminado, que sofre influências de ordem biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas e morais (ALVES; RODRIGUES, 2010; OMS, 2002; SARACENO, 1999). Portanto, para uma análise do processo saúde-doença mental, é necessário dar conta desta complexidade, tendo ciência de que sempre escaparão do nosso olhar infindáveis elementos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), há uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental. Segundo a organização:

Os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de perturbações mentais e comportamentais, inclusive as causadas pelo uso de substâncias. Esta maior prevalência pode ser explicada tanto por uma maior susceptibilidade dos pobres, como pelo eventual empobrecimento dos doentes mentais. (OMS, 2002, p.44).

Entendo tal ‘susceptibilidade’ como maior vulnerabilidade em função da exposição constante a estressores sociais de diversas ordens, decorrentes da realidade da pobreza. A afirmação acima menciona uma dupla relação entre os fenômenos, na qual um alimenta o outro em um *círculo vicioso*. Neste modelo, a pobreza (conceituada como péssimas condições de vida, desemprego, baixo nível de educacional, falta de habitação e outras carências) favorece ao desenvolvimento de transtornos mentais. Estes, por sua vez, podem trazer uma diversidade de prejuízos sociais, como incapacidade grave ou continuada, altos gastos em saúde, perda de emprego ou redução da produtividade, o que leva a agravar a situação de pobreza. Soma-se a tal relação circular, a dificuldade de acesso ao cuidado em saúde por parte da população em situação de pobreza, o que gera, na grande maioria dos casos, uma piora na situação de saúde (SARACENO; BARBUI, 1997). A figura 2 sintetiza tal relação de circularidade.

Figura 2 - O círculo vicioso da pobreza e perturbações mentais



Fonte: OMS (2002, p.45)

Este modelo traz importantes contribuições para a compreensão da relação entre pobreza e saúde mental. Contudo devemos incluir na análise da relação entre os fenômenos outros elementos presentes na pobreza que podem ser potentes a produção do sofrimento

psíquico, como as implicações psicossociais desta (vivência de violência, humilhação e vergonha, ideologia de submissão e resignação, culpabilização do pobre, fatalismo). Patel *et al.* (1999 *apud* Fonseca, 2007) destacam nesta relação circular a presença de reações psicológicas à pobreza, como sentimentos de tristeza, desesperança, desamparo, baixa autoestima, insegurança em relação ao futuro, assim como reações próprias ao sofrimento psíquico como dificuldade para realizar as atividades diárias, aumento do uso de serviços de saúde, aumento dos problemas de saúde que, por sua vez, também agravam a pobreza.

Guimarães *et al.* (2011) afirmam que pobreza, exclusão e desigualdade social contribuem ao agravamento das condições de saúde da população e que muitos transtornos mentais estão associados à falta de perspectiva de vida proveniente dos contextos de miséria. É importante destacar que ao compreendermos as relações que se estabelecem entre a vivência da pobreza (carregada de problemáticas socioeconômicas e psicossociais) e o processo saúde-doença mental, não se pretende capturar as singularidades e condenar a população pobre aos transtornos mentais, pois se assume o caráter complexo e multifacetado do humano e de tal relação.

Coadunado com Dalmolin (2006) que saúde e doença devem ser compreendidas como processo, “pois estão vinculadas a situações singulares e complexas da existência humana, que, por sua vez, tem caráter dinâmico, contraditório, de poucas certezas” (DALMOLIN, 2006, p. 62). Nesta perspectiva valoriza-se, portanto, o sujeito concreto, com sua biografia, cultura e história. Costa-Rosa (2000) destaca que o sofrimento psíquico possui fatores biopsicosocioculturais e políticos que o determinam, que devem ser compreendidos integrados à existência do sujeito. Revela ainda o autor, uma compreensão do “contínuo saúde-doença psíquica como certo modo do posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Durante as entrevistas, os sujeitos do estudo relatam uma série de fatores que estão implicados ao sofrimento psíquico. João, Ana, Lia, Carmem e Teresa expressam vivência de violência familiar, separação de entes queridos seja por falecimento ou término de relacionamentos, privação de renda, más condições de trabalho, desemprego. Todos, exceto Teresa, mencionam contato com a violência urbana e policial direta ou indiretamente. Além da proximidade com a problemática do uso de álcool por Carmem, Lia e João.

No que tange especificamente às influências de ordem psicossociais, estudos sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) podem trazer importantes contribuições para

compreendermos a relação entre pobreza e saúde mental. No campo da saúde coletiva²⁸, estudos sobre os DSS avançam no sentido de reconhecer que os processos de saúde e adoecimento sofrem múltiplas determinações do campo social. Tais produções, atualmente pauta na agenda pública internacional, têm contribuído para a maior compreensão das iniquidades em saúde (CARVALHO; BUSS, 2008). Teóricos deste campo definem que saúde e doença tem caráter histórico e social e objetivam não só conhecer as causas sociais das enfermidades, mas acima de tudo denunciar os problemas de saúde gerados a partir de iniquidades sociais, assim como mobilizar agentes sociais envolvidos na erradicação destas (BREILH, 2008). Para a resolução das iniquidades em saúde, devemos transcender ao campo específico da saúde e lutar por reformas sociais e melhores condições de vida da população (NOGUEIRA, 2009).

Estudos sobre os DSS demonstram que a condição da pobreza e o lugar social que o sujeito ocupa na sociedade têm impactos nos seus níveis de saúde e no acesso aos serviços públicos em geral e de saúde em particular (BUSS, 2007). “Nos países com todos os níveis de renda, a saúde e a doença dão-se de acordo com um gradiente social: quanto mais baixa for a posição socioeconômica, pior a saúde” (NOGUEIRA, 2009, p.398).

O modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991), adotado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)²⁹, sistematiza os diversos níveis de determinantes (apresentados na Figura 3), são eles: os proximais (vinculados aos comportamentos individuais), os intermediários (relacionados às condições de vida e de trabalho) e os distais (relacionados à macroestrutura econômica, social, ambiental e cultural). A pobreza enquanto um fenômeno social complexo e multifacetado estará presente em todos os níveis do DSS.

²⁸ Campo multidisciplinar e multiparadigmático de saber e práticas que rompe como o paradigma tradicional biomédico (BIRMAN, 2005) e compreende que o processo saúde-doença é multifacetado, multideterminado e se dá no cotidiano de vida do sujeito (NUNES, 2009).

²⁹ Em março/2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e em março/2006, através de Decreto Presidencial, foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com um mandato de dois anos. Ela foi formada por 16 personalidades da vida civil, científica, cultural e empresarial do país e apoiada por uma secretaria técnica instalada na Fundação Oswaldo Cruz.

Figura 3 – Determinantes Sociais da Saúde (DSS)



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Os DSS nos auxiliam a conhecer de forma complexa e abrangente como diversos aspectos da realidade social podem influenciar no processo saúde-doença, pois permitem contornar tal fenômeno por diversos ângulos, dos aspectos macros aos microssociais, das condições socioeconômicas nacionais, às dimensões psicossociais e biológicas. Contudo devemos estar atentos ao fato de que a relação se estabelece entre os diversos elementos do social e o processo saúde-doença ocorre de maneira dinâmica, complexa e singular, vivida por cada sujeito, para que não caiamos numa compreensão determinista e linear da relação entre individual e coletivo (ALAMES; CEBES, 2011).

Quando nos direcionamos especificamente ao campo da saúde mental, às produções científicas sobre os Determinantes Sociais da Saúde Mental (DSSM), estas destacam haver uma relação entre pobreza, precárias condições de vida e uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento ou agravamento dos problemas de saúde mental na população (ALVES; RODRIGUES, 2010; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; LUDEMIR, 2008; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; MURALI; OYEBODE, 2004; PATEL; KLEINMAN, 2003, SARACENO; BARBUI, 1997; SILVA, 2010; SILVA; SANTANA, 2012). Entre os fatores associados ao desenvolvimento dos transtornos mentais teremos: baixa renda, desemprego, más condições de trabalho, informalidade das relações de trabalho, baixa escolaridade, precárias condições de moradia, exposição à violência, violência de gênero,

eventos de vida produtores de estresse (EVPE)³⁰, desigualdade de gênero, exclusão e estigma social e falta de acesso a serviços qualificados de cuidado em saúde mental.

Considerando a vida dos sujeitos participantes do estudo, podemos perceber que há uma forte presença de diversas variáveis consideradas como influentes ao adoecimento psíquico. A Tabela 9 apresenta esta constatação de forma sintética.

Tabela 9 - Avaliação da presença de variáveis influentes ao sofrimento psíquico ao longo da vida dos sujeitos da pesquisa.

Variáveis Relacionadas ao Sofrimento Psíquico	Carmem	João	Ana	Lia	Teresa
Baixa renda	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Baixa escolaridade	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Desemprego	Sim*	Sim	Sim	Sim	Não
Más condições de trabalho	Sim	Sim	Sim	Não relata	Sim
Mercado informal de trabalho	Sim*	Sim	Sim	Sim	Sim
Precárias condições de moradia	Sim	Não Relata	Sim	Não relata	Sim
Exposição à violência	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Vivência de violência de gênero	Sim	Sim	Sim	Sim	Não relata
Eventos de vida produtores de estresse (EVPE)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Vivência de estigma e exclusão social	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Falta de acesso a cuidado qualificado em saúde mental ³¹	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela autora.

* Em momentos específicos da vida.

Alves e Rodrigues (2010) destacam que muitos estudos demonstram uma forte ligação entre baixa escolaridade e Transtorno Mental Comum (TMC), sofrimento psíquico que caracteriza-se por “sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas” (LUDEMIR; ALMEIDA-FILHO, 2002, p. 214). Acompanhado ao baixo nível de instrução geralmente associam-se desemprego, pobreza e exclusão social, elementos que vulnerabilizam os sujeitos ao adoecimento psíquico. Os estudos de Ludemir e Melo Filho (2002), Ludemir (2008), Patel e Kleinman (2003) e Silva e

³⁰ Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE) (LOPES, FAERTEIN, CHOR, 2003).

³¹ Todos os sujeitos, antes de serem encaminhados a acompanhamento ao CAPS, tinham como possibilidade central de atenção em saúde mental, o serviço prestado pelos Hospitais Psiquiátricos, através das internações em momentos de crise, ou de consultas pontuais com a psiquiatria e a psicologia. De acordo com os questionamentos do movimento da reforma psiquiátrica, tal modelo é considerado como ineficaz, produtor de estigma e cronificação da doença (BASAGLIA, 1985, COSTA-ROSA, 2000)

Santana (2012) também destacam tal ligação. Para Ludemir e Melo-Filho (2002, p.219) a educação “tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis”, agindo como protetora à saúde mental. Exceto Lia, todos os demais participantes tem baixa escolaridade, própria dos contextos de pobreza. Em relação aos transtornos psicóticos, poderíamos problematizar se entre estes não haveria também um baixo índice de escolaridade, muito em função das problemáticas existentes entorno ao próprio adoecimento.

Assim como em relação à baixa escolaridade, a baixa renda (fenômenos que geralmente se apresentam juntos) também se estabelece uma forte associação com os TMC (LUDEMIR, 2008; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; MURALI; OYEBODE, 2004; PATEL; KLEINMAN, 2003; SILVA; SANTANA, 2012). Segundo Ludemir e Melo Filho (2002) a falta de dinheiro provoca a insegurança e o estresse. Para Murali e Oyebode (2004) o baixo status socioeconômico entre as pessoas com esquizofrenia atribui-se principalmente ao afastamento destas à vida produtiva. Destacam ainda os autores que pessoas de classe média e classe alta, quando comparadas as de classe baixa, apresentam menos sintomas de alucinações e delírios. Atribuem a isto o acesso diferenciado destes sujeitos aos cuidados de saúde mental, no qual os pobres apresentam desvantagens. Neste processo, entram em jogo a demora ou o não acesso aos cuidados de saúde mental pelos pobres. As dificuldades neste acesso podem ocorrer em função da baixa oferta dos serviços públicos, de questões culturais de compreensão do fenômeno (tornando-os mais tolerantes ao convívio com os sintomas) ou do não acesso a informações sobre os transtornos, impedindo uma atuação precoce frente a estes. Este aspecto será retomado no decorrer do capítulo, pois o acesso ou não a um cuidado de qualidade em saúde mental se mostrou decisivo no processo saúde-doença mental dos sujeitos do estudo.

Além da baixa renda, a desigualdade de renda interfere na saúde mental. Segundo Pérez (2013, p. 69), “está demostrado que ser pobre y vivir en una zona rica puede resultar más dañino para la salud que ser aún más pobre pero vivir en una zona de extrema miseria”. Neste sentido, além do sofrimento cotidiano decorrente da luta diária pela sobrevivência há ainda um sofrimento provocado pela percepção da injusta distribuição de renda. Falar de desigualdade de renda implica falar em desigual distribuição de poder. Isto me leva inevitavelmente a pensar na história de dona Teresa e na sua submissão a um trabalho sem remuneração durante mais de 20 anos.

Habitação é outra variável influente, segundo os autores a falta de moradia ou de uma habitação de má qualidade pode expor o sujeito a um maior risco de adoecimento psíquico (ALVES; RODRIGUES, 2010). Tal problemática apresentou-se de forma mais contundente na história de dona Teresa que vive em uma precária casa construída no quintal da casa de sua irmã. Os demais participantes relatam gostar de suas casas. A casa para os sujeitos apresentou-se como um lugar de proteção. Lia relata: *“tem meu quarto que eu gosto de ficar no meu quarto sozinha”*(LIA, entrevista individual). Sobre a sua casa, Ana diz: *“hoje a minha casa ela é bem direitinha [...] hoje eu tou muito feliz sabe”*. Contudo a violência do local onde vivem torna-se uma preocupação, gerando sentimentos de insegurança: *“é perigoso o bairro que eu moro [...] Porque tem gangue, tem assalto.* (LIA, entrevista individual). João relata gostar do bairro em que vive, mas incomoda-se com a violência: *“Gosto. Mas só que agora, eu gosto do lugar, mas agora eu não tou gostando não por causa da violência, o pessoal usa muita droga, ta usando muita droga lá no Jatobá, o pessoal tão viciado em pedra, bebida”*. (JOÃO, entrevista individual)

No que tange a relação trabalho e saúde mental, estabilidade laboral relaciona-se positivamente a bons níveis de saúde, ao passo que a instabilidade associa-se a sentimentos de desespero, baixa autoestima e humilhação (ALVES; RODRIGUES, 2010; ÁLVARO; TERREGROSA; LUQUE, 1992). Ludemir e Melo Filho (2002) destacam haver uma maior prevalência de TMC entre trabalhadores inseridos no mercado informal de trabalho e desempregados, uma vez que estes têm reduzido o poder de decisão e a capacidade de influenciar o meio, além da ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista, tais fatores podem influir negativamente à saúde mental. Todos os participantes do estudo vivenciaram frágeis relações de trabalho em função da inserção na informalidade. Apenas dona Carmem teve trabalho formal, aos demais, o desemprego ou a informalidade marcaram a maioria de suas experiências laborais.

Ludemir (2008) afirma ser a saúde mental um fator importante na obtenção e manutenção dos empregos. Lia, por exemplo, quando entrou em um intenso processo de sofrimento psíquico teve que deixar o trabalho de professora que realizava na época, em uma escola próxima a sua casa e que a satisfazia muito. Segundo ela, parou de trabalhar *“porque a minha cabeça deu um, um, um ... na minha cabeça eu não tinha vontade de sair de jeito nenhum, aí tem que pedir as conta, né, mas eu gostava muito. Aí agora eu só tou aqui.”* (LIA, entrevista individual). Parar de trabalhar teve implicações financeiras e psicológicas para Lia, pois impossibilitada de gerar renda, ocasionou mais gastos para a família que teve que sustentá-la, assim como faz com que se perceba como um ‘peso’ ou como *“uma inútil, uma*

inútil que só tem que ser guiada por outra pessoa” (LIA, entrevista individual), forma como se define. O desemprego ou o afastamento do trabalho desencadeados em função do adoecimento e a consequente diminuição da renda familiar e agravamento da pobreza, é demonstração da circularidade entre pobreza-transtorno mental (OMS, 2002) mencionada anteriormente.

João, assim como Lia, teve sua história laboral interrompida devido ao desencadear de suas crises. A primeira interrupção ocorreu quando trabalhava de segurança, outra quando trabalhava na casa de uma irmã da igreja fazendo trabalhos domésticos e a última, quando trabalhava com material reciclável. A condição de informalidade destas atividades laborais fazia com que as abandonasse e ficasse sem ter nenhum recurso para gerir sua vida, ficando isto a cargo dos pais. Ao ser indagado sobre por que parou de trabalhar com reciclagem, João diz:

Entrevistadora: Aí tu parou de trabalhar com reciclagem, por quê?

João: Foi na época que eu tive a crise. Na época que eu tive a crise eu parei, aí a doutora dizia lá na Messejana [referindo-se ao Hospital de Saúde Mental de Messejana] que eu parava de catar reciclage, que era muito ruim ficar no sol quente, que era dureza e até que a minha mãe botou na cabeça dela que eu tinha que ficar me tratando no hospital. (JOÃO, entrevista individual)

Na compreensão da relação entre trabalho e sofrimento psíquico, temos dois aspectos importantes, uma certa imposição de abandono do trabalho pela doença e por outro lado a própria condição adoeceadora da atividade laboral, realizada em péssimas e duras condições de trabalho. Portanto, o trabalho dialeticamente pode manifestar-se como atividade produtora de saúde e de doença concomitantemente. Neste sentido, Álvaro, Terregrosa e Luque (1992, p. 24), afirmam:

No obstante, la asociación significativa observada entre salud mental y las condiciones de trabajo pone de manifiesto que no todo empleo supone una experiencia psicológica positiva [...] la situación laboral, tanto en lo que se refiere al status de empleo como a las condiciones de trabajo, es un elemento importante a la hora de explicar las diferencias individuales en salud mental. El desempleo, las formas precarias del empleo temporal o el desempeño en un puesto de trabajo que no reúne las condiciones adecuadas, están asociados a una mayor probabilidad de sufrir un deterioro psicológico.

Neste sentido, não podemos desconsiderar uma análise entre trabalho e processo saúde-doença mental em meio ao sistema capitalista. Moreira (2002) considera que o sofrimento psíquico em uma perspectiva macrossocial e microssocial tem desdobramentos na esfera econômica, pois há um crescente número de pessoas que em função ao adoecimento não conseguem responder satisfatoriamente às exigências da lógica produtivista do sistema capitalista, tonando-se inaptas ao trabalho. Este fenômeno, segundo a autora, tem

ramificações no plano social e individual, gerando estigmatização, exclusão, insegurança, depressão, ansiedade e dependência de psicofármacos.

Sobre esta relação entre improdutividade ou incapacidade para o trabalho, o que tenho observado no cotidiano dos serviços de saúde mental (a partir de minha vivência nos serviços ou em conversas com outros trabalhadores de saúde) é que muitos usuários encontram nos laudos psiquiátricos que atestam a incapacidade ao trabalho a possibilidade de ter uma renda fixa, através dos benefícios oferecidos pelo Estado. Em um sistema capitalista neoliberal, onde a possibilidade de ter um emprego estável e regular é cada vez mais remoto, a aquisição deste benefício se torna uma possibilidade concreta de obter uma renda fixa de um salário mínimo. Nós, trabalhadores de saúde mental que nos deparamos com tal realidade, nos percebemos diante um dilema, uma vez que nosso trabalho deve contribuir a desconstrução do rótulo de incapaz do sujeito em sofrimento psíquico e ao fortalecimento da autonomia deste, a ampliação de seu poder contratual, por outro lado, vemos o quanto o fato de ser considerado ‘incapaz ao trabalho’ pode significar, em um contexto marcado pela miséria e pobreza, uma melhoria da qualidade de vida do sujeito e de sua família, através do acesso a uma renda.

Tomando a história de dona Teresa como exemplo, ela só teve acesso a uma aposentadoria pelo fato de ter problemas de saúde mental, pois durante mais de vinte anos trabalhou sem receber nenhum salário. Negou-se o direito dela se aposentar em função do tempo em que contribuiu como trabalhadora para a nação, e por outro lado, lhe foi possibilitado que se aposentasse através de um atestado de invalidez e improdutividade. Improdutividade esta passível de contestação uma vez que dona Teresa durante mais de 20 anos prestou seus serviços como doméstica a uma família. No relato de dona Carmem, esta estratégia também se mostra presente ao falar de seu atual esposo, aposentado por doença e do “*rapazinho amigo*” que faz alguns serviços para ela:

Que nem um rapazinho amigo meu e sempre ele trabalha pra mim, ele mora embaixo de uma lona e até eu prometi a ele, tire seus documento que eu vou levar você no INSS e vou lhe aposentar pra você comprar um pedacinho de chão, que ele é bem bonzinho sabe. [...] ele é meio doidinho, ele bebe cachaça aí fica doido e vai lá em casa.

[...] ele [atual esposo] tinha quarenta e sete anos, né e ele trabalhava de vigilante, né. Aí eu cuidei dele e aposentei da doença dele, né. (CARMEM, entrevista individual)

A aposentadoria do esposo significou uma melhoria na qualidade de vida da família. Para o rapaz que presta serviços a ela, a possibilidade de aposentá-lo por invalidez o possibilitaria ter um “*pedacinho de chão*”, um lugar para morar. Apesar do atestado de incapacidade se revelar como uma estratégia de sobrevivência ao cruel e excludente atual

sistema econômico, não podemos analisá-la apenas por este viés, temos que considerar também todo o estigma social produzido em torno da ideia de incapacidade do louco. Relembro aqui a fala de Lia (apresentada anteriormente) que diz perceber-se como uma inútil, um peso para outra pessoa.

Analisando a problemática da noção de invalidez do sujeito em sofrimento psíquico temos que considerar que aliado ao discurso que o qualifica de tal forma, há problemáticas sociais inerentes ao sistema capitalista que desejam ser ocultadas. Problemáticas sociais são reduzidas a uma esfera individual, responsabilizando o sujeito por sua condição. Esta lógica é a mesma que sustenta a ideia de culpabilização do pobre (GUARESCHI, 2001) por sua pobreza. No caso do sujeito pobre e louco, há uma dupla culpabilização, pela pobreza e pelo sofrimento psíquico, o que produz sentimento de baixa autoestima, angústia, ansiedade e insegurança. (MOREIRA, 2002).

Gênero é outra importante variável influente à saúde mental apresentada pelos estudos dos determinantes sociais da saúde mental (ALVES; RODRIGUES, 2010; LUDEMIR, 2008; SILVA; SANTANA, 2012). No que tange ao adoecimento psíquico entre mulheres, afirmam Alves e Rodrigues (2010, p. 129):

[...] o gênero tem influência sobre muitos dos determinantes da SM, nomeadamente a posição socioeconômica, o acesso a recursos, papéis sociais e status. Nos países menos desenvolvidos, estes aspectos são mais proeminentes, associando-se frequentemente a situações de abuso e violência conjugal, pouca autonomia, dificuldade no acesso à educação, o que por sua vez se repercute de forma negativa a nível da SM (maior risco de depressão, ansiedade e suicídio) e também física (somatização, queixas ginecológicas).

Couto-Oliveira (2007), ao estudar gênero, saúde mental e pobreza, afirma que a realidade de privação gera no cotidiano da vida das mulheres uma série de dificuldades que afetam todas as áreas de suas vidas. Pobreza, sobrecarga de trabalho e violência são identificadas como principais fatores de risco para o adoecimento psíquico. Na vida de dona Carmem, estes elementos se faziam presentes, o que me leva inevitavelmente a pensar na influencia destes no seu processo de adoecimento psíquico.

Dona Carmem revela um processo de adoecimento entrelaçado a questões de vida diversas. Segundo ela, *“tive uma depressão muito braba, né [...] com esse meu marido eu tive uma depressão muito forte, né, eu quis morrer debaixo de carro”* (CARMEM, entrevista individual). Na ocasião, ela vivia constantemente a violência física e psicológica realizada pelo primeiro esposo, o alcoolismo deste, a submissão a constante sobrecarga de trabalho e todas as dificuldades de ter que sustentar os quatro filhos sozinha. Nesta época, diz ter tido vontade de se jogar

Embaixo do carro pra morrer, mas não queria ficar aleijada não, queria morrer mesmo sabe, queria morrer mesmo. Sabe um desespero, você ter quatro filho e o marido batendo, lhe dando homem, né, me dando macho de toda espécie, carregava tudo que você tinha pra vender, né e a gente só recebia nome e murro, né. Eu não ia uma missa porque não podia, com três criança pequena, ninguém ficava na minha casa mais porque ele não queria. (CARMEM, entrevista individual)

A participante revela que além desta vontade de morrer, na busca de uma escapatória a tanto sofrimento, experienciava constantemente uma diversidade de outras problemáticas de saúde. Segundo ela, o médico que a acompanhou disse que estava com *“coluna torta, com a pressão, ta com uma veia do coração entupida”* (CARMEM, entrevista individual), além de dizer que tinha frequentes dores de cabeça e insônia.

Além de dona Carmem, Ana, Lia e João relatam vivência de violência de gênero. As duas primeiras sofreram agressões de outros sujeitos do sexo masculino e os dois últimos presenciaram a agressão sofrida por suas mães, praticadas por seus pais. Segundo Ludemir (2008)

Quando se perscrutam as causas estruturais das doenças mentais, na perspectiva de classe e gênero, percebem-se relações de subordinação e domínio, estabelecidas entre esses recortes sociais, que se expressam, sob a forma de sofrimento mental, de modo diferenciado entre esses grupos. Nessas relações estão imbricadas questões relativas a poder, privilégio e equidade [...] O núcleo essencial da concepção de causalidade da doença mental não se encontra numa determinada classe ou gênero, mas sim nas relações estabelecidas entre classes e gêneros, caracterizadas pela opressão e subordinação de um grupo por outro. (p. 461)

Neste sentido, podemos dizer que mulheres pobres estão submetidas a diversidades de relações opressoras em função da classe social que ocupam somada a condição da mulher em uma sociedade patriarcal. Estando estas vulneráveis a uma diversidade de violências que se estabelecem no plano simbólico e físico que a fragilizam. Segundo Góis (2008), a população que vive em condições de pobreza está submetida a um estresse continuado, crônico. Para o autor, o estresse que em um primeiro momento pode ser uma condição facilitadora que impulsiona o organismo para a ação, quando apresentado de forma contínua, constante, pode gerar doenças e problemas psicológicos e sociais. Ao encontro desta leitura, Valla (2000, p. 43) afirma ser a vida das classes populares perpassada por *“um estilo de vida em que a pessoa está sistematicamente exposta a agressões de ordem física e psíquica”*. Poderíamos dizer que por uma submissão constante a diversas situações estressoras, dona Carmem desenvolve uma série de problemáticas de saúde físicas e psicológicas.

Saúde e doença devem ser pensadas como possibilidades do viver, definidas por dimensões sociais e culturais, assim como por valores e escolhas pessoais, em que desejo, prazer e sentidos do viver são questões importantes (CAMPOS, 2003). Saúde significa

[...] por um lado, continuar vivo, anos de vida, quantidade, condições sociais e individuais para a sobrevivência (o que se convencionou denominar qualidade de vida, condições externas favoráveis); por outro, saúde implica também intensidade, modos de se gastar a própria vida, possibilidades de gozo, de prazer, de felicidade. (CAMPOS, 2003, p. 39).

Neste jogo, são importantes tanto as condições materiais em que a vida se manifesta, os recursos que pode lançar mão para enfrentar as adversidades e dificuldades, assim como os prazeres e desprazeres possíveis no viver. Diante de uma realidade sofrida e com poucas perspectivas de mudança, a morte pode se revelar como uma possibilidade (através do suicídio, no caso de dona Carmem), ou até mesmo o adoecimento como uma forma de enfretamento (o corpo paralisa como uma forma de sinalizar que não suporta tanta opressão). O drama pessoal e social vivido por dona Carmem revela que tanto pobreza como o adoecimento psíquico são “processos que despotencializam os seres humanos do poder e capacidade” (MOREIRA, 2002, p.218). Este fenômeno segundo a autora tem ramificações no plano social e individual, gerando estigmatização, exclusão, insegurança, depressão, ansiedade e dependência de psicofármacos.

Além da violência de gênero, a violência policial se apresentou como uma importante variável no processo saúde-doença mental de um dos sujeitos da pesquisa. João teve suas primeiras crises entre os 17 e 18 anos. Em seu discurso, atribui o desenvolvimento destas a uma série de fatores, entre eles: a violência policial sofrida, aos pensamentos negativos e ansiedade frente à possibilidade de assinar a carteira de trabalho.

[...] eu tinha dezessete ano e nem a mãe, meu pai, meus irmão ninguém nunca descobriu outro problema grave que tinha comigo, começou tudo por causa disso [...] eu fiquei babando pela boca e mamãe levava eu pro espiritismo, levava eu pra todo canto e não sabia o que tinha, mas era as porrada que eu tinha levado na cabeça, levei mãozada aqui, mãozada aqui e fiquei doente, foi muita mãozada.

[...] eu trabalhava era de segurança, eu era segurança. Eu, mil novecentos e noventa e cinco, foi dia dez de julho parece de noventa e cinco que fui assinar minha carteira, foi a época que eu tive uma crise também, que fiquei doente da cabeça e fui parar no hospital também. No dia que fui assinar minha carteira, eu não sei o que foi, foi pensamento negativo ou foi dor e no dia que ia assinar minha carteira de segurança eu adoeci. (JOÃO, entrevista individual).

Neste período, João e sua família haviam recentemente mudado de residência porque, segundo ele, “*era danado e fiz inimizade (risos), fiz inimizade, criei inimigo, aí meu pai com medo de fazer alguma comigo aí saiu de lá, por causa de inimizade*” (JOÃO, entrevista individual). Tais inimizades eram pessoas envolvidas em gangues. Outros

elementos presentes no momento em que se desencadearam suas crises foram o rompimento com a namorada, que segundo ele, o deixou “*ainda mais doente*” (JOÃO, entrevista individual) e o alcoolismo do pai, além do uso frequente de João de álcool e outras drogas em festas, influenciado pela namorada. Ao ser indagado sobre o que seria esse adoecimento, ele diz: “*fiquei agoniado, valente, querendo brigar com meu pai e meu pai ainda bebia e queria brigar com meu pai. Era uma confusão enorme!*” (JOÃO, entrevista individual). Durante os anos de 1995 a 2008, João teve recorrentes crises, que o conduziram a diversas internações em hospitais psiquiátricos.

A agressão física, a mudança forçada de moradia, dificuldades financeiras, rompimento de relação amorosa, assalto, são considerados por Lopes, Faerstein e Chor (2003) como Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE). Segundo os autores, considerados fatores de risco ao desenvolvimento de transtornos mentais não-psicóticos. Podemos aqui nos questionar se que estes não seriam influentes ao processo saúde-doença de todos os transtornos mentais³². É possível estabelecermos um paralelo entre os EVPE e a definição de estresse continuado de Góis (2008), citada anteriormente. O sujeito em condições de pobreza está submetido constantemente a uma série de estressores que somados estão associados ao adoecimento psíquico.

A perda de um ente querido é considerado por Lopes, Faerstein e Chor (2003) como um EVPE. Ana, por exemplo, teve sua primeira crise aos 21 anos relacionada a um profundo sentimento de desamparo, decorrente ao falecimento por câncer de sua mãe adotiva. Neste período, também houve a descoberta da história de sua mãe biológica e o como chegou até o abrigo que a acolheu. Sobre a morte da mãe adotiva, fala:

E aí eu fiquei mais doente, porque ela no hospital e uma pessoa que sempre ta comigo e que me ama e vai chegar a partir e como é que vai ser a minha vida, e eu começava a ver aquela situação, né, e todo mundo cochichava, olhava pra mim e aí um certo dia ela teve que ir.

Inclusive quando eu passava a ver o sofrimento dela quando era de noite eu não dormia mais, eu ficava escondida dentro do banheiro e assim eu já não dormia mais. [...] Eu tava muito mal mesmo e nessa época eu só fazia chorar. (ANA, entrevista individual)

Logo após o falecimento da mãe adotiva, Ana diz ter tido a sua primeira internação psiquiátrica: *eu fiquei no hospital, passei quatro mês, eu não recebia visitas. Sabe*

³² Neste estudo, o diagnóstico não foi uma variável considerada como foco. Contudo, pelo relato dos participantes do seu processo saúde-doença, são relatados por Lia, João, Ana e dona Teresa sintomas presentes nos transtornos psicóticos. Dona Carmem, por sua vez, relata sintomas próprios aos transtornos de ansiedade e depressão. Não é objetivo aqui, definir diagnósticos, apenas trazer mais este elemento de análise, uma vez muitos estudos falam da relação dos DSSM com os TMC, mas há poucos estudos em relação aos transtornos psicóticos.

assim, eu não tinha ninguém e só fazia chorar (ANA, entrevista individual). Depois desta primeira internação psiquiátrica, Ana passou por muitas outras. Ao ser indagada sobre seu processo saúde-doença atualmente, ela diz: *“ainda tenho de noite, assim, eu começo a ouvir coisas”* (ANA, entrevista individual), isto atrapalha seu sono, mas relata ter aprendido a viver melhor com as vozes e busca não se *“aprofundar”* nelas. Desde que iniciou o tratamento no CAPS, não passou por outra internação psiquiátrica, assim como João e Teresa.

Depois dos meses de internação, Ana passou a morar na casa de diferentes parentes e amigos, contudo relata que *“quando eu tava em crise aí a pessoa: não vou ficar com ela não, que ta com problema”* (ANA, entrevista individual). Segundo Dalmolin (2006, p. 62), a vivência do intenso sofrimento psíquico é um processo que *“ocorre na vida das pessoas e que envolve um conjunto de elementos que a constituem (quer sejam de ordem individual, familiar, política, religiosa, econômica...) repercutindo na sua história pessoal, familiar e nas redes de relações”*, transcendendo aos momentos específicos de crise. Em decorrência da manifestação do adoecimento psíquico, a vida dos sujeitos da pesquisa sofreram muitas transformações, principalmente perdas: de emprego (citado anteriormente), de autonomia, de amizades.

Lia e João destacam a perda de vínculos de amizade desde as suas primeiras crises. Ambos relatam que perderam muitas relações de amizade e que estas hoje se restringem aos amigos que têm no CAPS. Lia, ao ser perguntada se possuía amigos, diz: *“tenho, mas tudinho sumiram [...] depois que eu adoeci”*. Tal perda dos vínculos de amizade pode ser analisada sob dois aspectos, o do estigma sofrido pelos sujeitos em sofrimento psíquico e do isolamento social próprio das manifestações da doença.

João fala que desde que iniciou um tratamento regular em saúde mental, a partir do seu ingresso ao CAPS perdeu sua liberdade de sair, como fazia antigamente. Ao falar do seu dia-a-dia diz: *“meu dia a dia só dentro de casa, só saio de casa mais a mãe e esses cinco ano, quer dizer que só saio mais a mãe, perdi minha liberdade de ir pra uma festa mesmo, pra um canto”* (JOÃO, entrevista individual). Assim como ele, dona Teresa e Lia também dizem passar o dia em casa, dormindo (provavelmente devido a sonolência efeito da medicação), assistindo televisão, ouvindo rádio ou se envolvendo em alguma atividade doméstica.

Como dito anteriormente, com o advento da modernidade, loucura passa a ser compreendida como sinônimo de doença mental e ao sujeito que padece de tal adoecimento são atribuído adjetivos como incapacidade, inutilidade, agressividade e instabilidade. Afirma-se então uma *“concepção do louco enquanto ser perigoso, nefasto, incapaz, um “não-ser”*,

legitimando-se a condição de “não-cidadão”, “não-sujeito” (GODOY; BOSI, 2007, p. 294), incapaz de responder por si. Tais qualificações falam do lugar social construído para a loucura em nossa sociedade (DIMENSTEIN *et al.*, 2012), de estigmas e exclusão social, na qual “a experiência de um sofrimento psíquico grave tem grandes implicações nas formas de interação social, na possibilidade de aceitação social e, de modo mais dramático, na produção de um estigma social” (NUNES; TORRENTÉ, 2009, p.102).

Na compreensão dos sujeitos do estudo o processo saúde-doença, o sofrimento psíquico relaciona-se a problemas de cabeça, perda do juízo, loucura, problemas que existem desde a infância e mudanças de comportamento. Apesar de ser passível de ser identificado através de exames laboratoriais e tratado por meio do uso de medicamentos, suas causas são atribuídas a uma série de fatos ocorridos no cotidiano relacional do sujeito. A participação nos grupos terapêuticos, também, surgiu como importante a superação do sofrimento.

Lia, ao ser indagada sobre como começou seu adoecimento diz: *“Não, não entendo não. Eu não entendo nem como foi que eu peguei essa doença. Não lembro”* (LIA, entrevista individual). Revelando uma compreensão do adoecimento psíquico como algo que se contrai a partir de um contato com um agente externo, como um vírus ou bactéria ou uma entidade que se apodera do corpo do sujeito. A mesma relata como chegou ao CAPS:

[...] deu maior trabalho porque eu cheguei aqui toda tremendo, chorando, passei três meses (pausa) três meses eu passei sem dormir nem de dia e nem de noite, aí eu já tava doída aí eu fui de novo e ela foi e passou pra cá. Aí aqui tem dia que eu tou bem, tem dia que eu não tou [...] Ontem eu não tava bem passei o dia foi deitada. (LIA, entrevista individual)

João, por sua vez, diz que quando tinha suas crises, já sabia quando elas ocorreriam. Na sua leitura sobre suas crises, as relaciona com problemas “na cabeça” remetendo a uma explicação fisiológica e localizada no corpo, assim como associado a uma questão sazonal, aos períodos do ano em que elas são desencadeadas. Segundo ele:

Faz um bom tempo que eu não tenho crise, mas eu já era ciente que eu ia sentir uma crise [...] eu tenho problema na cabeça e quando chega ano meu juízo para [...] Tinha um problema que perdia a noção das coisa. E foi dito e feito, eu perdia a noção. [...] minhas crise meu juízo para, eu fico sem noção. Eu se perdo nos canto, não sei voltar pra casa, vou pra qualquer canto e não sei voltar pra casa, me perdi foi muito eu, me perdi.
[...] quando eu era criança eu já tinha problema mental e essas coisa, quando eu era pequeno eu me lembro assim que eu peguei uma gilete e raspei minha cabeça todinha e sofri, a pessoa já vem com problema, né. (JOÃO, entrevista individual)

Para João, estes problemas na cabeça podem vir desde criança ou serem desencadeados por acontecimentos de ordem diversas, como rompimento de relacionamentos ou envolvimento com bebida alcoólica, por exemplo. O mesmo traz o exemplo de um amigo

seu, que mesmo sendo “normal”, “por causa da bebida e por causa de mulher também. A mulher deixou ele e ele bebia muito e sentiu problema na cabeça e se matou”. (JOÃO, entrevista individual). Dona Carmem também atribui aos relacionamentos afetivos o desencadear de “problemas na cabeça”, ao falar do seu atual esposo que também faz acompanhamento no CAPS, diz “ele ficou doente da cabeça [...] teve depressão também e queria se matar com revolver no ouvido. Foi as duas mulher que ele pegou, nenhuma prestou (CARMEM, entrevista individual).

Tais concepções coadunam com o que revela a pesquisa de Rabelo, Alves e Souza (1999) sobre as narrativas sobre saúde/doença mental realizada com moradores de uma localidade pobre da região Nordeste do país. Os resultados do estudo revelam que a doença mental frequentemente é referida como ‘problema de cabeça’, ‘estado de enfraquecimento’ ou perda do ‘juízo’, apresentando dois ângulos de abordagem do problema. O primeiro apresenta uma localização palpável da doença no corpo (inclusive há uma crença de que a doença pode ser detectada através de exames). No segundo, dar-se ênfase na “capacidade pessoal de julgamento ou discernimento nas interações sociais, campo de atuação do juízo, cujo comprometimento reflete-se claramente no desempenho social do indivíduo” (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999, p. 44).

Dona Carmem ao falar sobre a sua vivência de intenso sofrimento o define como um período em que enlouqueceu e que se não tivesse ficado boa teria sido internada. No período de sua crise, na qual teve “uma depressão muito forte”, foi levada ao Hospital Geral, onde solicitaram “um check-up em mim, aí acusou distúrbio mental né, que ele deu um murro na minha cabeça que ainda hoje a minha cabeça tem assim uma funda sabe, o meu marido né, aí batia muito na minha cara”, em seguida diz: “aí pronto, depois que comecei a tomar esses remédio acabou a doença, né” (CARMEM, entrevista individual). A fala da entrevistada revela uma compreensão de que o adoecimento psíquico pode ser provocado em função de traumas físicos na cabeça, identificado através de um check-up médico e tratado por meio de medicação.

Já dona Teresa, que diz não lembrar quando foi sua primeira crise, atribui o motivo das suas internações em hospitais psiquiátricos a “loucura, mesmo” e diz que as pessoas relatam que durante estas ficava agressiva, “quebrava tudo” (TERESA, entrevista individual). Neste momento, a entrevistada associa a ideia de loucura à agressividade, presente também na fala de João, quando diz que durante suas crises ficava agressivo e queria bater no pai.

Segundo Rabelo, Alves e Souza (1999, p. 46) “na configuração dos signos relativos ao campo da saúde/doença mental, o aceno recai sobre o domínio dos signos relacionais e de violência”, presentes em quase todas as narrativas dos sujeitos da pesquisa realizada pelos autores. Destacam ainda que a violência torna-se particularmente problemática quando dirigida a familiares, revelando a importância da “família como valor moral por excelência” (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999, p. 47), ou a pessoas a quem o sujeito deve submissão. No caso de dona Teresa e João, a violência era dirigida a patroa e ao pai, respectivamente. Já Ana e Lia associam suas crises não à agressividade, mas a insônia, choro constante e tendência a isolamento, além de alucinações auditivas (“*ouvir vozes*”), no caso da primeira e tremedeira, na segunda.

Os estudos evidenciam que a pobreza terá impactos diretos e indiretos ao agravamento dos problemas de saúde mental. Podemos compreender, portanto, que o processo saúde-doença mental terá peculiaridades quando gerido em um contexto de pobreza, seja por uma vulnerabilidade do sujeito ao adoecimento, em decorrência da vida em condições de privação, seja porque o adoecimento terá repercussões na vida do sujeito (desemprego, maiores gastos com saúde) que agravam a condição de pobreza, ou mesmo pela falta de acesso a um cuidado qualificado em saúde mental. Revela-se nesta perspectiva, uma compreensão de que o processo saúde-doença sofrerá uma variedade de influências marcadas por “uma determinação complexa que envolve dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente nas classes sociais e nas relações gênero” (Ludemir, 2008, p.452). O gráfico 3 (APÊNDICE E) sintetiza o emaranhado de determinações do processo saúde-doença mental dos sujeitos do estudo.

Como demonstrado ao longo do estudo, a vida dos sujeitos participantes da pesquisa é permeada por uma série de privações que os fragilizam deixando-os mais vulneráveis ao sofrimento psíquico, assim como uma retração dos recursos que podem lançar mão à superação deste. “As formas através das quais as iniquidades de classe, gênero e etnia - com que se nutre a sociedade capitalista -, produzem grandes diferenças nas condições de vida, o que, por sua vez, se expressa nos distintos perfis de saúde, doença e atenção à saúde” (BREIL, 2008, p.4).

4.3 Estratégias de cuidado em saúde mental em contextos de pobreza

Sem dúvida, muitas melhorias se fizeram presentes no campo da saúde mental no que se refere à atenção a pessoa em sofrimento psíquico. Estas foram possíveis a partir das

reivindicações e proposições da reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira, que possibilitaram a criação do SUS e de uma política de saúde mental no país. A criação do SUS, a partir de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, foi possível que a saúde fosse considerada um direito social e um dever do Estado, preconizando que todo brasileiro, independente de renda, raça, gênero, condições trabalhistas tivesse o direito a ter um cuidado em saúde. Especificamente no campo da saúde mental, promoveu-se uma ampliação e qualificação de uma rede de atenção integral que se propõe a produzir cuidado de base comunitária e territorial.

A população pobre, antes de tais mudanças, tinha como única alternativa de cuidado em saúde na rede pública, os hospitais psiquiátricos vinculados ao Estado. Se hoje há uma diferença no acesso a atenção em saúde mental entre classes sociais (OMS, 2002, CNDSS, 2008), antes da reforma psiquiátrica tal diferença era mais marcante, como destaca Basaglia,

a exclusão e expulsão da sociedade resulta antes da ausência de poder contratual do doente (ou seja, de sua condição social e econômica) que da doença em si [...] Um esquizofrênico rico internado em uma clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto de um esquizofrênico pobre, internado à força em um hospital público. (BASAGLIA, Franco, 1985, p. 107-108)

Ao rico restava-lhe a opção de não ser internado num hospital psiquiátrico, o que o impedia de ser segregado de sua realidade. Já ao sujeito pobre, não lhe restava outra alternativa ao hospital psiquiátrico, sendo submetido assim, ao seu poder destruidor, ‘des-historicizante’ e institucionalizante (BASAGLIA, Franco, 1985, ROTELLI, 1990). Além da questão do acesso ao cuidado especializado em saúde, há que se considerar o caráter higienista e eugenista (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009) das instituições psiquiátricas que serviam (e ainda servem) a uma limpeza moral das cidades, sendo lugar de reclusão dos pobres, negros, prostitutas, alcoolistas, os degradados da sociedade. Não é por acaso, que a maioria dos internos destas instituições era formada por estas pessoas, que se preocupavam mais com proteger a sociedade do convívio com estas pessoas, que oferecer-lhe um cuidado em saúde mental.

Sobre o cuidado em saúde mental, a OMS (2002) afirma que a população pobre tem mais dificuldade em ter acesso aos serviços de saúde mental. Em relatório sobre a saúde mental no mundo a organização afirma: “O desnível de tratamento para a maioria das perturbações mentais, que já é grande, torna-se efetivamente enorme para a população pobre” (OMS, 2002, p. 45).

A criação de uma rede de atenção integral em saúde vinculada ao SUS, potente para mudar este quadro, permitiu e vem permitindo a uma ampla camada da população uma melhoria no cuidado em saúde. Antes da criação do CAPS do Bom Jardim, todos os sujeitos do estudo foram atendidos em hospitais psiquiátricos, única opção oferecida pelo Estado. Lia e dona Carmem não chegaram a ser internadas na instituição, mas faziam atendimento ambulatorial nesta. Já dona Teresa, João e Ana passaram por diversas internações psiquiátricas.

É notável na história de dona Teresa um processo saúde-doença mental marcado pela falta de um cuidado adequado em saúde mental, o que provavelmente influenciou no processo de cronificação de sua doença. A mesma, durante maior parte de sua vida, teve como única opção de tratamento o serviço prestado pelos hospitais psiquiátricos, apenas nos momentos de crise. Saraceno e Barbui (1997) afirmam que na relação entre pobreza e saúde mental a falta de acesso a um serviço de saúde mental de qualidade é um fator agravante na piora da situação de saúde mental dos sujeitos que vivem em condições de pobreza.

Ana, por sua vez, passou por quatro internações psiquiátricas. A primeira delas durou quatro meses. Segundo seu relato: *“eu praticamente morei no hospital. Aí foi quatro meses e era a mesma rotina, dentro do quarto e só saía porque chamava pra tomar o remédio e voltava, aí era o almoço e às vezes eu não ia almoçar porque eu não tinha ânimo”* (ANA, entrevista individual). Todas as suas internações foram na mesma instituição, na Instituição Espírita Nosso Lar.

João foi internado em vários hospitais diferentes, nos quais recebeu um tratamento a *“base do remédio né, remédio da injeção”*, chegando a tomar *“sossega leão”*. Além da medicação, muito frequentemente utilizada como contenção química, os profissionais também se utilizavam de outras *“terapêuticas”*. Segundo seu relato, quando estava agressivo ficou *“na solitária no quarto sozinho amarrado tudo escuro sem vê ninguém”* (JOÃO, entrevista individual). A fuga da instituição era sempre buscada por João que se reconhece como *“o campeão de fugir”* (JOÃO, entrevista individual). É nítido na história do mesmo as marcas da violência da instituição psiquiátrica, que pune e culpabiliza o sujeito por seu sofrimento, produzindo assim, mais adoecimento.

Dona Carmem e Lia compareciam mensalmente ao Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSM), onde faziam acompanhamento com médico psiquiatra e psicólogo. A primeira relata que ao ser consultada o médico prescreveu uma medicação, responsável pelo fim de sua doença. Ao passo que a psicóloga tratava de questões próprias a sua vida afetiva e sexual.

Aí eu comecei fazer o tratamento do jeito que o médico mandou e pronto, acabou o problema, dor de cabeça de gritar, o meu menino mais novo era desse tamanho o Claudemir me levava pegado pela mão pro hospital pra tomar injeção pra dor de cabeça né, aí pronto, depois que comecei a tomar esses remédio acabou a doença, né.

Aí eu tive que frequentar o psicólogo, sabe pra quê? Pra acompanhamento de vida sexual né, porque eu tinha medo de homem, tinha medo de qualquer pessoa que eu encontrasse na rua tinha medo, pra mim o cara vinha me pagar né [...] eu tive que frequentar um psicólogo pra poder a doutora fazer o encaminhamento comigo e um acompanhamento porque eu era muito nova ainda e não podia ficar, porque eu vivia com meu marido como dois irmão, né. (CARMEM, entrevista individual).

Durante um longo período na cidade de Fortaleza, a única opção de tratamento em saúde mental oferecida pelo Estado eram os hospitais psiquiátricos. Desde 2005, iniciou-se um processo de ampliação da rede de atenção em saúde mental, até então hospitalocêntrica. A partir da referida data iniciou-se de fato um processo de reforma psiquiátrica no município, na qual houve uma ampliação e diversificação da rede, a partir da criação de uma série de serviços substitutivos destinados a cuidar da saúde da população fortalezense. É neste contexto que surge o CAPS Comunitário do Bom Jardim, em 2005.

Foi através de encaminhamentos do HSMM que todos os sujeitos participantes do estudo, excetuando Ana, chegaram até o CAPS Comunitário do Bom Jardim. O serviço substitutivo é considerado por todos como um bom lugar de cuidado, no qual se sentem acolhidos.

O CAPS daqui é um bom hospital. Eu não sei se eu devo chamar hospital, mas aqui eles.... são muito bom os funcionário, aí por isso que eu gosto de vim pra cá [...] Expressão corporal, horta e eu quero a semana todinha só de manhã [...] Aqui também, eu gosto de vim pra cá. (LIA, entrevista individual)

Porque aqui no CAPS eu aprendi o que eu quero. Na visão do que eu via né, o cuidado que as pessoas tem com aquelas pessoas, assim de transformar aquelas pessoas. [...] Aqui no CAPS eu passei a contar isso, que eu nunca contei pra ela, mas onde ela estiver eu acho que ela compreende, né. (ANA, entrevista individual)

Entrevistadora: Como é que tu vê o tratamento aqui no CAPS?

João: Rapaz, ta bom! Tou tomando remédio, esses tempo todinho eu tou tomando remédio esses cinco ano [...] Faço de manhã dia de quarta, expressão corporal, exercício, ginástica, palestra. De lá pra cá, não. Faz um bom tempo que eu não tenho crise. (JOÃO, entrevista individual)

Quando chegou aqui receberam nós muito bem. (CARMEM, entrevista individual).

Lia destaca a diferença da instituição em relação a um hospital tradicional, a qualidade dos profissionais e diversidade de atividades existentes e a reconhece como um lugar onde quer estar diariamente. Ana afirma ser o CAPS um lugar onde aprendeu mais sobre si mesma e onde se sentiu segura para falar da violência sofrida na infância. João fala da

possibilidade de fazer acompanhamento médico, o uso constante de medicação, assim como a participação em atividades grupais e evidencia o fato de não ter tido mais crises. Carmem destaca a boa acolhida que recebeu na instituição.

É muito presente na fala dos sujeitos a relação de amizade e proximidade que eles estabelecem com os profissionais e outros usuários no CAPS. Ser conhecido, e mais que isso, reconhecido como alguém importante, produz mudanças significativas na autoestima. Lia diz que desde que começou a frequentar o CAPS percebe mudanças: *“Era calada, tímida e agora não [...] todo mundo já me conhece aqui, aí isso melhora o ego da gente, né, quando eu venho pra cá”* (LIA, entrevista individual).

De acordo com Nunes e Torrenté (2009), o modelo de atenção psicossocial tem produzido resultados positivos quando pautado em novas tecnologias de saúde, principalmente nas chamadas tecnologia leves, “observando-se resultados muito positivos em mudanças de padrões interativos, relações interpessoais mais dialógicas e sensíveis, abrindo uma possibilidade de aceitar e interagir com a diferença por parte dos membros da sociedade” (NUNES E TORRENTÉ, 2009, p. 102). As tecnologias leves tem como foco o caráter relacional e intersubjetivo da produção do cuidado em saúde (MERHY E FRANCO, 2003).

Ana, além das atividades desenvolvidas no CAPS, participa das diversas atividades do MSMC. Para ela a participação no Movimento possibilitou-lhe uma transformação de vida.

A entrada aqui no CAPS, eu era uma pessoa totalmente infantil que chorava muito e quando eu tava aqui só sabia correr, correr, correr. E hoje não, hoje eu sei me controlar. Tá com dois anos que eu não interno, graças a Deus, já tá com dois anos e minha vida mudou muito, se eu tenho que encarar uma coisa como adulta eu tenho que ser uma adulta, eu tenho que mudar. Se eu quiser algo, trabalhar eu tenho que ser uma adulta, até mesmo quando eu mudei pra minha casa ainda eu era a mesma pessoa, então assim, as pessoas aqui tem me dado muita força. Ano passado teve um processo que o José me ajudou muito, a Marcela, o movimento tem me ajudado muito, tem me dado muita força. (ANA, entrevista individual)

José e Marcela são pessoas atuantes no MSMC. Através do envolvimento no Movimento foi possível a Ana trabalhar, fazer amigos, encontrar pessoas que a ajudaram a construir sua casa, ter pessoas de referência a quem se espelhar e buscar uma mudança de vida. Atualmente, ela sonha em se formar em gastronomia e em terapia ocupacional, quer trabalhar cuidando de pessoas. Devido a este sonho decidiu voltar a estudar.

[...] eu fiquei com a visão aberta aqui e eu: poxa eu quero ser igual a Rebeca.

Entrevistadora: Rebeca é a T.O.?

S3: É. Eu quero ser igual à Rebeca, quero ser igual a Neli, cuidar das pessoas, do pessoal daqui, então assim, ah eu quero voltar a estudar e foi crescendo essa sede de cuidar das pessoas e é isso que eu quero pra mim. Mas, às vezes eu tenho uma

recaída, mas lá no fundo eu sei que eu consigo, porque eu sei que algumas pessoas elas acham que eu não vou conseguir, eu vejo isso sabe, que elas acham que eu só falo isso mesmo, só por questão de tempo, mas eu vou provar pra todo mundo. (ANA, entrevista individual).

Percebe-se aqui o MSMC do Bom Jardim como um lugar de resignificação da existência do sujeito, de produção de novas sociabilidades e de novos sentidos de si e da relação com o mundo, objetivos da desinstitucionalização da loucura (ROTELLI, 1990), que se configura como “um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 2009, p. 1). Produz-se um cuidado de modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) no qual é dada ênfase aos fatores biopsicossocioculturais da saúde mental, a integralidade do cuidado, produzido a partir de uma equipe multidisciplinar, a existência-sofrimento do sujeito é tomada como objeto das práticas, a intervenção não é centrada apenas no sujeito, mas na sociedade como um todo, a partir de uma diversidade de dispositivos de cuidado.

Estudo desenvolvido por Bosi *et al.* (2012) que busca avaliar se e como as práticas desenvolvidas no MSMC produzem um cuidado inovador em saúde mental confirmam tal concepção. Segundo este estudo, o MSMC produz um cuidado inovador em saúde mental, implicado na desconstrução do modelo manicomial. Para tanto, dá ênfase ao sujeito social doente, não a patologia, tem o acolhimento como fundamento das ações, estabelece a produção de diálogos genuínos entre diversos atores sociais e atua no sentido da construção da autonomia e do fortalecimento do poder pessoal. Carvalho (2010) destaca o trabalho do MSMC como potente ao fortalecimento de pessoas com transtornos mentais.

Lia, João e Ana se vinculam a uma diversidade de práticas no CAPS do Bom Jardim, possibilitando a estes fazer uso de diversas tecnologias de cuidado produzidas na instituição (atividades grupais, atendimento individuais, atividades socioterápicas, assembleia de usuários). Era comum encontrá-los no MSMC, lá estavam para a participação de algumas destas atividades ou simplesmente passeando. Contudo dona Carmem e dona Teresa vão apenas pontualmente ao CAPS, apenas para consulta com o médico psiquiatra, ou mesmo para pegar a receita. A sobrinha de dona Teresa, justifica o fato dela não participar de outras atividades por de ter que trabalhar e não tem tempo de levá-la ao serviço, assim como não há outra pessoa que possa acompanhá-la. Dona Carmem, diz que, assim como o esposo, vai ao serviço apenas para “*pegar a receita*”, uma vez que o médico “*já sabe o caso da gente*” (CARMEM, entrevista individual). A mesma relata que durante um período ficou sendo acompanhada na atenção básica, dando a “*vaga aqui pra outros que tava precisando, né e que*

era mais doente”. Segundo o relato da mesma: “*se não tomar o remédio eu não durmo, aí eu sou capaz de voltar de novo a depressão né. Ave Maria!*”. O fato de restringir o tratamento ao uso da medicação cria-se ou perpetua-se uma relação de dependência em relação ao medicamento, reduz-se em muito os recursos terapêuticos produtores de saúde que poderiam ser lançados mão, produz-se uma prática médico centrada, com ênfase apenas nos fatores orgânicos, desconsiderando a existência global do sujeito, reduzido este a um corpo orgânico adoecido e seus sintomas, na contramão do cuidado inovador em saúde mental. Percebe-se, portanto, que mesmo em serviços substitutivos como o CAPS do Bom Jardim é possível a convivência do modelo asilar e o psicossocial.

O acesso aos medicamentos psicotrópicos pode ser potente a uma melhoria da qualidade de vida de pessoas em sofrimento psíquico, o estudo de Carvalho (2010) destaca isto. Contudo o uso abusivo e indiscriminado, no caso dos benzodiazepínicos e de outras medicações, pode conduzir a dependência. A dependência dos tranquilizantes vivida por dona Carmem é uma realidade compartilhada por grande parcela da população que vive em contextos de pobreza. Neste caso, a ampla prescrição destes medicamentos pode funcionar como estratégia de controle e silenciamento de injustiças sociais, onde problemáticas sociais produtoras de sofrimento psíquico são tratados com psicofármacos (MENDONÇA, 2011). Segundo Moreira (2002), os ansiolíticos podem funcionar como amortecedores sociais em uma realidade onde não existem políticas efetivas que deem conta das injustiças sociais e “a medicalização impede qualquer processo de conscientização social, mantendo a domesticação e a consciência ingênua” (MOREIRA, 2002, p. 228). Este fenômeno pode ser observado em diversos CAPS e Unidade Básicas de Saúde espalhados pelo nosso país.

A superlotação dos serviços, a falta de insumos para o trabalho, a alta rotatividade dos profissionais, decorrente principalmente dos baixos salários e da fragilidade dos contratos de trabalho, acredito serem obstáculos para a implementação dos ideais da reforma psiquiátrica e para a perpetuação das práticas asilares nos serviços substitutivos. Durante a fase de construção dos dados, pude presenciar os impactos no serviço de saúde de um processo de mudança de gestão municipal. Neste momento era presente a insegurança e incerteza dos profissionais quanto ao seu futuro na instituição, o atraso de pagamento de salários, a suspensão das atividades desenvolvidas, a demissão de funcionários e a consequente sobrecarga dos que ficavam, a falta de medicamentos e material para as atividades grupais e alimentos para a merenda dos usuários. Durante este período, os insumos, como material para as oficinas e alimentação dos usuários, eram providos pelo MSMC e pelos profissionais do serviço que se cotizavam para superar tal dificuldade. No final, são os

trabalhadores e usuários do serviço os que mais sofrem. A falta de medição, a superlotação e o longo período de espera por atendimento faziam com que vários usuários se exaltavam e cobrassem uma solução aos profissionais, pessoas que por sua vez, também estavam sofrendo devido às péssimas condições de trabalho. Pude presenciar uma ocasião em quem um usuário ficou extremamente alterado, gritando e em agitação psicomotora em função de vivenciar tais problemáticas descritas.

Apesar da importância dos serviços públicos de saúde, estes não são os primeiros recursos escolhidos pela população em condições de vulnerabilidade social no enfrentamento de seus problemas de saúde. Segundo Bastos *et al.* (2006), após esgotar as competências individuais, busca-se suporte na rede de apoio social leiga, para depois, caso não obtenha sucesso, recorrer ao setor de saúde competente. João, por exemplo, ao falar do início do seu processo de adoecimento, relacionando-o ao momento em que apanhou de policiais, diz que sua mãe *“levava eu pro espiritismo, levava eu pra todo canto e não sabia o que tinha”* (JOÃO, entrevista individual). Segundo Gerhardt (2006), os itinerários terapêuticos lançados mão em contexto de pobreza passam por escolhas de ‘terapias alternativas’ como a automedicação, o conselho ou tratamento recomendado pelo parente, amigo ou vizinho, o curandeiro, a rezadeira, o bezendeiro, entre outros.

Seja por razões culturais, de compreensão da problemática vivida, ou por razões socioeconômicas (de dificuldade de acesso ao cuidado de qualidade na rede pública, por exemplo), uma das estratégias de enfrentamento e cuidado em saúde mental desenvolvida pela população em contexto de vulnerabilidade social é a rede de apoio social (PINHEIRO; SANTOS; SANTOS, 2009; VALLA, 1999; VALLA, 2000). Frente às adversidades da vida, próprias de contextos de pobreza, são traçadas estratégias de proteção que envolve redes de apoio social e familiar, fortalecimento da espiritualidade e imprimir uma atitude positiva diante da vida (COUTO-OLIVEIRA, 2007).

Pinheiro, Santos e Santos (2009) se dedicam a compreender como famílias em situação de vulnerabilidade social lidam com o sofrimento psíquico. De acordo com os pesquisadores são potentes ao enfrentamento do sofrimento psíquico o apoio social oferecido por grupos religiosos e pela comunidade. Segundo Valla (1999), o apoio social exerce efeitos diretos sobre a imunidade do corpo aumentando a capacidade das pessoas lidarem com estresse cotidiano, assim como possibilita a *“sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma”* (VALLA, 1999, p. 10), afetando de forma benéfica a saúde da pessoa. Desta ainda do autor que, além do apoio social possibilitar a prevenção das doenças pela solidariedade e apoio mútuo, oferece também um fortalecimento dos sujeitos, que se percebem como capazes

de controlar seu próprio destino e uma maior autonomia frente à hegemonia médica no cuidado em saúde (VALLA, 2000).

Segundo a CNDSS (2004), há uma clara associação dos transtornos mentais comuns e apoio social.

Pessoas com baixo apoio social apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns do que as com alto apoio social. O apoio social manteve-se associado aos transtornos mentais comuns mesmo após o ajuste por idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho. (CNDSS, 2004, p.86).

Griep (2003) destaca o impacto das relações formais ou informais estabelecidas através do apoio social que garantem ao sujeito o sentimento de ser valorizado e cuidado, parte de uma coletividade que pode ajudar-lhe em momentos difíceis na vida. Ajuda esta material, cognitiva, emocional ou afetiva. Nos discursos do sujeito da pesquisa destacou-se a importância da rede de apoio social no enfrentamento das problemáticas vividas por eles, sejam elas relativas à pobreza ou ao sofrimento psíquico. A comunidade, os vizinhos, os familiares, os grupos religiosos e instituições (estatais ou não) são os grandes provedores deste apoio.

A família para os sujeitos do estudo é o lugar privilegiado para encontrar apoio social. Lia ao ser perguntada sobre onde conseguia ajuda nos momentos difíceis prontamente respondeu: *“é a minha mãe”* (LIA, entrevista individual). Dona Teresa, quando saiu da casa de sua patroa e não tinha para onde ir, foi na casa de sua sobrinha onde foi acolhida. Na história de dona Carmem sua família sempre foi extremamente importante ao enfrentamento da pobreza. Quando criança, cuidava dos irmãos mais novos para que a mãe pudesse trabalhar, a construção da casa foi possível a partir do seu trabalho, juntamente com o trabalho do pai. Ao ficar adulta, ganhou do pai o terreno onde construiu sua primeira casa. Esta relação de ajuda entre familiares perpetuou na relação com seus filhos, acolhendo-os sempre nos momentos de necessidade.

Aí foi o tempo que fui morar lá no Jatobá. Troquei minha casinha nesse terreno que eu tenho lá, né e ainda deu pra fazer duas casa pro meus filho, né. E hoje tudo já tem filho, engravidou as mulher tudo menor, né e eu amparei tudinho, duas buchudinha pra casa, tudo bem nova, quatorze anos (CARMEM, entrevista individual)

Nos momentos de doença recorre-se sempre a ajuda de familiares. João e Lia frequentemente vão às consultas no CAPS acompanhados das mães. Carmem, normalmente é quem vai buscar suas receitas e do seu esposo, pessoa de quem cuida e sente-se cuidada:

Agora essa minha doença eu tava no chão e me levantava e ele que botou meu comer e eu não queria comer e ele trouxe água pra mim, fez o suco pra mim, foi na

mercearia trouxe goiaba fez o suco pra mim e eu não pude engolir, aí foi que ele me levou lá pro Hospital do Maracanaú (CARMEM, entrevista individual).

Os estudos de Rabelo, Alves e Souza (1999) revelam ser a família principal locus de cuidado dos doentes, onde tomam as decisões e estratégias para lidar com a doença. Segundo os autores, a principal carga do cuidado recai sobre a mãe, quem mais sofre o impacto de haver um doente mental na família e que muitas vezes se vê impossibilitada de manter empregos formais, em função do cuidado com os filhos. João, por exemplo, relata a angústia da mãe frente ao seu sofrimento, revelando facetas do drama vivido pelas mães. Durante suas crises era comum se perder, sair andando e saber voltar para casa e ele relata que era sua mãe quem mais se preocupava, contudo esta também podia contar com a ajuda das pessoas.

Preocupada e não sabia nem onde era que eu tava. Os pessoal da rua que me encontrava os pessoal bom, pai de família, aí uma vez eu me perdi e me levaram pra casa deles me dava comida, banho, aí eu pegava e passou um amigo meu me encontrou e ligou pro meu irmão e meu irmão foi me buscar lá no Conjunto Ceará. Me perdi lá na Jurema, dentro dos mato vendo a hora acontecer um desastre comigo. (JOÃO, entrevista individual)

Apesar do preconceito e da exclusão social presente na sociedade frente à loucura e a pobreza, no seio comunitário os vizinhos são pessoas importantes na configuração de uma rede de apoio social. Dona Teresa sempre vai às consultas acompanhada de uma vizinha que também faz acompanhamento no CAPS. Dona Carmem, por sua vez, usualmente recorria à vizinhança quando sofria as agressões do esposo, eram eles quem a refugiavam, levavam para a delegacia, hospital.

Os amigos são os que possibilitam a Ana reconstruir sua casa, ter o que comer, ter apoio afetivo, ter trabalho. Quando perguntada sobre como seus amigos (pessoas do MSMC) lhe ajudavam, Ana responde:

É assim, roupa não entendeu, mas assim alimento, às vezes uma luz, então assim, tou na minha casa entendeu, então assim, a ajuda delas ta sendo fundamental e como eu tou dizendo essas pessoas são os poucos amigos que eu tenho de muitas qualidade e que são muito importante pra mim essas pessoas. E eu achava que eu ia amar só a minha mãe e quando eu vi ela indo, não, eu não vou amar mais ninguém, e hoje eu amo essas pessoas, são muito importante pra mim elas. Quando eu entrei na minha casa era só uma rede e um armário de cozinha que eu botava minhas roupa. Hoje a minha casa ela é bem direitinha e que os amigo do CAPS ainda tão me ajudando a reconstruir a minha casa e hoje eu tou muito feliz sabe. (ANA, entrevista individual)

Outra forma de encontrar apoio social é através da religião. Segundo Pinheiro, Santos e Santos (2009) a crença, a religião e a fé em Deus são estratégias terapêuticas para lidar com o sofrimento psíquico no cotidiano. Nos grupos religiosos encontra-se apoio e

também uma forma de explicação das dificuldades materiais por que passam, assim como uma possibilidade de ressignificação da vida, tornando-a mais significativa, capaz de interferir no seu destino e de ver mais sentido no viver (VALLA, 2000). Neste sentido, os grupos religiosos possibilitam um refúgio à crise social e uma busca por saúde. Carvalho (2010) destaca a dimensão da espiritualidade como importante à promoção da saúde, pois se ancoram em valores, motivações e sentidos para a existência e podem favorecer ao fortalecimento do sujeito e ao processo de superação da alienação.

Para dona Teresa, ir a igreja é uma das atividades de lazer que gosta de fazer. João destaca ser na igreja o lugar onde encontra ajuda quando necessita e o lugar que frequenta, além do CAPS, para cuidar de sua saúde. Relata gostar do sermão do pastor, das músicas e das amizades e união entre os “irmãos”.

Entrevistadora: João, quando tu precisa de ajuda, do que for, na tua vida, quanto tu ta passando por alguma necessidade, né, quando tu ta passando por algum aporreio, tu pede ajuda a quem?

S4: As igreja.

Entrevistadora: A igreja?

S4: É. Aconselhamento. Tem lá no centro na igreja adventista também, no Coração de Jesus, eu participei de acolhimento, eu chegava lá e falava comigo e falava o que eu tava passando e nesse tempo eu ganhei até uma bíblia de lá, eles me deram uma bíblia, mas não sei como foi. Ganhei uma bíblia adventista também deste tamanho ganhei uma bíblia, mas sempre eu caía em perdição e dava tudo errado na minha vida e eu não conseguia. (JOÃO, entrevista individual).

Lima e Valla (2005) destacam que as igrejas oferecem a população um importante espaço de apoio e de cuidado em saúde. De acordo com os mesmos, a grande procura por igrejas pentecostais por parte da população de estrato socioeconômico baixo explica-se pela possibilidade destes sujeitos encontrarem nestas instituições espaços de cura, de sensações de bem-estar físico e emocional, além de um sentimento de pertencimento a uma grupo social.

Segundo Vasconcelos (2009, p. 330),

A religião popular é um saber e uma linguagem de elaboração e expressão da dinâmica subjetiva, parte da cultura popular, em que a população se baseia para buscar o sentido de sua vida. Cria uma identidade mais coesa entre os grupos sociais, ajuda a enfrentar as ameaças e a ganhar novas energias para encarar a luta pela sobrevivência e pela alegria. É uma forma de resistência cultural ao modo de vida que a elite lhes quer impor. Assim, a questão religiosa das classes populares não pode ser vista como uma questão tradicional e arcaica.

Neste sentido, a religiosidade ou a espiritualidade, aproximação e ligação com o eu profundo (Vasconcelos, 2009), se apresentam com um importante via das classes populares significarem a sua vida e os acontecimentos desta. Para Moura Lima, Stotz e Valla (2008) a religiosidade popular em contextos de pobreza e violência configura-se como uma importante

resposta da população na busca de lidar com seus sofrimentos. Segundo Carvalho (2010) as crenças religiosas são importantes para lidar com os medos e incertezas da vida.

Para João e dona Carmem,

[...] é importante que a gente crê em Deus né, a gente respeitar o próximo né, amar a Jesus, Deus.

[...] eu me entreguei mais a Deus e toda hora quando vou dormir eu oro, rezo e oro pra proteger minha família, meus amigo. Todo dia tem o meu cantinho de orar e de rezar e rezo pra me livrar das coisa ruim. Eu me entreguei mais a Deus e toda hora quando vou dormir eu oro, rezo e oro pra proteger minha família, meus amigo. Todo dia tem o meu cantinho de orar e de rezar e rezo pra me livrar das coisa ruim. (JOÃO, entrevista).

Ah, minha filha, eu sofri muito, mas toda vida eu tive fé em Deus, toda vida. (CARMEM, entrevista individual)

A fé em Deus implica a crença em uma entidade que os protegem dos males existentes no mundo, uma possibilidade também de explicação ao sofrimento vivido, muitas vezes entendido “*provação*” ou ação do “*inimigo*”, termos presentes na fala dos sujeitos.

Além destes tipos de apoio temos o fornecido a partir de instituições como o Estado, através de políticas sociais. O Programa Bolsa Família (PBF), por exemplo, seria um importante apoio material fornecido pelo Estado, assim como as aposentadorias por invalidez, tempo de serviço ou por doença. É através destes que as famílias dos sujeitos do estudo, exceto Lia, têm a possibilidade de ter uma renda fixa para suprir parte das necessidades cotidianas. João, através da aposentadoria da mãe, dona Teresa e dona Carmem, através de suas próprias aposentadorias e Ana, pelo PBF.

As intervenções em saúde junto às classes populares devem estar atentas às estratégias de cuidado que a comunidade desenvolve como estratégias de enfrentamento ao sofrimento psíquico (PINHEIRO; SANTOS; SANTOS, 2009) e não me restam dúvidas que a rede de apoio social caracteriza-se como uma destas importantes estratégias. Góis (2008) aponta que o enfrentamento dos estressores e do próprio distresse, deve ocorrer mediante ações comunitárias, familiares e individuais, no sentido de aumentar a capacidade de enfrentamento individual, familiar e comunitário do estresse do cotidiano e da ideologia de submissão e resignação.

A partir dos estudos e dos resultados aqui apresentados pode-se observar a relação complexa e multidimensional que há entre pobreza e saúde mental, refletindo características próprias dos dois fenômenos. Considerar aspectos materiais, culturais, simbólicas, coletivos e individuais são fundamentais a análise complexa do campo da saúde mental. Neste sentido, aponta-se para uma compreensão de que, tanto as determinações do processo saúde-doença

mental, com as estratégias de cuidado da população que vive em condições de pobreza terão particularidades que se ligam aos aspectos psicossociais próprios da realidade de miséria e exclusão e dos recursos que cada sujeito dispõe.

Em uma análise da relação entre pobreza e saúde mental “debemos dar importancia a los aspectos sociales más educativos que terapéuticos, a los tratamientos integrales y no parcializados, al apoyo grupal y familiar y a los grupos de apoyo mutuo y, a la colaboración de los voluntarios en los dispositivos asistenciales” (PÉREZ, 2013, p. 72). Devemos, portanto, dedicarmos mais a enfoques comunitários que individualistas e deterministas, deslocarmos nossa atenção: do sujeito doente à existência-sofrimento e suas relações com o social, dos hospitais psiquiátricos a uma rede de atenção em saúde mental de base territorial, do psiquiatra e medicalização do sujeito a um cuidado integral, multiprofissional, vivo e diversificado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dedicar-me a estudar a pobreza e suas implicações no processo saúde-doença mental expressou-se como um grande desafio, pois implica analisar a relação entre dois fenômenos complexos e multideterminados. Diante disto, qualquer tentativa de explicação linear e determinista se tornava frágil e insuficiente. Ficou nítido que tais fenômenos se engendram de tal forma que me foi solicitado um olhar aguçado diante de tal complexidade. Apesar de reconhecer as limitações de uma pesquisa de mestrado e de meu olhar de pesquisadora, sempre limitado frente a grandeza da vida, busco neste momento tecer algumas considerações sobre a relação entre pobreza e saúde mental.

Durante a realização do estudo, pude me aproximar e conhecer a história de vida de pessoas que em função de um intenso sofrimento psíquico buscaram ajuda em um Centro de Atenção Psicossocial e se tornando usuárias destes serviços. Sofrimento este que surge em função de inúmeros fatores, mas que devido a uma condição de vida tecida em meio à pobreza e privação, traz a marca e peculiaridades desta. Retomo aqui a problemática que me impulsionou a desenvolver esta pesquisa: que implicações os aspectos psicossociais da vivência em uma realidade de pobreza têm no processo saúde-doença mental de usuários do CAPS?

Responder de maneira afirmativa, que sim, há implicações é válido, contudo insuficiente. É necessário ir além e buscar entender que aspectos da vida em condição de pobreza entram em jogo neste momento. Para tanto, retomo aqui objetivo geral ‘analisar as implicações dos aspectos psicossociais da pobreza no processo saúde-doença mental de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)’, buscando abarcá-lo a partir dos objetivos específicos e os resultados encontrados.

Em relação ao objetivo específico ‘identificar aspectos psicossociais da pobreza na vida de usuários do CAPS’, percebe-se que a pobreza é um fenômeno com repercussões macro e microssociais. A pobreza tem uma dimensão que é estrutural socioeconômica, uma social compartilhada entre homens e mulheres e outra que é singular, vivida de maneira particular por cada sujeito, a partir das relações que este estabelece com o mundo.

Em sua dimensão estrutural, a pobreza é mantida e perpetuada em meio ao sistema capitalista neoliberal, com repercussões na vida de milhares de pessoas que cotidianamente lutam pela sobrevivência em meio a uma realidade injusta e perversa. A expulsão do campo para a cidade, a imposição ao trabalho infantil, a baixa renda, a baixa escolaridade, o acesso a um ensino precário, o desemprego, o mercado de trabalho informal,

as duras condições de trabalho, a fome, a seca, a moradia em territórios estigmatizados, a falta de acesso ao lazer são expressões da pobreza na vida dos sujeitos do estudo.

Em sua dimensão psicossocial, relacionada às manifestações culturais e simbólicas, coletivas e individuais, do entendimento da pobreza, percebe-se que há uma relação entre a forma de significar a realidade e os afetos gerados nesta. A compreensão do pobre e da pobreza é realizada, pelos integrantes do estudo, sob dois pontos de vista: um socioeconômico e um moral/cultural. No primeiro, pobreza é entendida como falta de um lugar para morar, falta de trabalho, falta de acesso a educação, fruto da desigualdade entre as classes sociais, o pobre é entendido como aquele submetido a um sistema opressor, que não teve acesso à educação, a um salário digno, que trabalha muito e é mal remunerado. Já no segundo, o pobre é alguém fraco, incapaz, fracassado, acomodado, que não luta por uma mudança de vida. Neste sentido, há ao mesmo tempo, nos sujeitos, uma leitura macroestrutural e uma individualista do fenômeno. Na primeira responsabiliza-se o sistema socioeconômico desigual pela pobreza, na segunda culpabiliza-se o pobre pela sua condição.

A ideologia de submissão e resignação (GÓIS, 2005) e o individualismo contribuem a ideia de culpabilização (GUARESCHI, 2001) do sujeito pela pobreza, explicando-a unicamente pela via da responsabilização do sujeito pela sua condição de privação. Esta culpabilização, por sua vez ora reforça comportamentos de apatia e passividade e resignação, em paralelo a um sentimento de incapacidade, ora de busca constante pela superação de sua condição, impulsionando o sujeito para a ação.

Ainda em relação aos sentimentos gestados em meio à pobreza, se destacaram os sentimentos de vergonha e humilhação, dimensões muitas vezes esquecidas nos estudos sobre a pobreza (ZAVALETA, 2011). A humilhação, que se manifesta quando há alguma forma de violência de uma pessoa, ou coletividade, para com outra, com o intuito de inferiorizá-la. Esta se mostrou presente em diversas situações da vida dos sujeitos da pesquisa. A humilhação deu-se em função do sujeito ser pobre ou mulher. Foi desencadeada pela própria condição da pobreza, pelas violências praticadas por esposos, pais, familiares, patroas, policiais e por desconhecidos em espaços públicos. Esta violência pode ocorrer tanto na sua expressão física, quanto simbólica. Em relação aos sentimentos de vergonha, eles ocorrem quando o sujeito compartilha a visão inferiorizante do dominador. É importante destacar que sofrer violências foi algo presente na vida dos sujeitos do estudo. O que me leva a crer que as pessoas pobres encontram-se em maior vulnerabilidade a vivenciar situações de violência. A ideia de que se deve humilhar alguém em função de sua condição de pobreza, está muito ligada a noção de culpabilização do sujeito, de incapacidade, de fraqueza e de fracasso da pessoa pobre.

Em relação ao objetivo específico ‘analisar o processo saúde-doença mental de usuários pobres do CAPS’, se faz importante destacar que saúde e doença devem ser compreendidas como processo, intimamente relacionado a situações singulares e complexas vividas pelos sujeitos (DALMOLIN, 2006) e que se expressam muitas vezes como uma forma de reação e posicionamento destes frente às exigências e conflitos da vida (COSTA-ROSA, 2000). Neste jogo, a vivência de violência familiar, policial, a separação de entes queridos seja por falecimento ou término de relacionamentos, a privação de renda, más condições de trabalho, desemprego, podem ser manifestações destes conflitos e exigências.

É notável que os sujeitos da pesquisa em seu cotidiano são submetidos a um estresse continuado (GÓIS, 2008), decorrente das diversas dificuldades que enfrentavam no dia-a-dia. Neste sentido, as condições de vida, a qualidade do viver é algo importante à saúde ou a doença, assim como influi nos recursos que o sujeito dispõe ao enfrentamento dos problemas de saúde.

A vivência do adoecimento psíquico reverberou em uma diversidade de mudanças na vida dos sujeitos da pesquisa, implicando em algumas perdas. A vivência do adoecimento tem repercussões não só na vida do sujeito que a experiencia, como também na vida de seus familiares. Entre as perdas podemos citar a do trabalho, restrição do convívio social, alguns falam em perda de amizades, diminuição da renda *per capita* familiar, restrição da autonomia e da liberdade de ir e vir. O trabalho mostrou-se como algo extremamente importante aos sujeitos, tendo um duplo potencial de produção tanto de saúde, como de adoecimento.

O sofrimento psíquico é definido pelos sujeitos da pesquisa sob o signo de ‘problemas de cabeça’, ‘perda do juízo’, ‘estado de enfraquecimento’, ‘loucura’, assim como problemas que existem desde a infância e mudanças de comportamento. A agressividade e violência destaca-se como o desencadear das crises, principalmente quando exercida contra parentes. Há uma ideia de que a doença psíquica pode ser identificada através de exames laboratoriais e ser tratada através de medicamentos e atividades psicoterápicas e grupais.

Sobre o acesso ao cuidado em saúde mental, o primeiro contato dos sujeitos do estudo deu-se em hospitais psiquiátricos, alguns passaram por recorrentes internações, tendo atenção em saúde apenas nos momentos de crise, sem o acesso a um cuidado contínuo. Diante disto, todos os sujeitos relatam ser o CAPS um bom serviço de atenção à saúde mental, identificado como lugar de cuidado, de estabelecimento de laços de amizade e de ressignificação de vida. A interrupção das crises se manifestou como uma conquista por parte dos sujeitos, ocorrendo desde que iniciaram o tratamento no serviço substitutivo. O cuidado

desenvolvido pelo CAPS, para a maioria dos sujeitos acontece através de uma diversidade de atividades grupais e individuais.

Em relação ao objetivo específico ‘compreender a relação entre pobreza e o processo saúde-doença mental’. Destaca-se que a relação entre os fenômenos pode ocorrer de diversas formas, considerando as particularidades locais e individuais envolvidas. É importante destacar que não podemos condenar ao adoecimento psíquico todos sujeitos que vivem em meio à pobreza. Considerando a relação circular entre pobreza e adoecimento psíquico, preconizada pela OMS (2002), percebe-se que esta se manifesta na vida dos sujeitos da pesquisa. Seja em função de uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento do sofrimento psíquico por parte das pessoas pobres, seja porque o adoecimento gera mais gastos de saúde ou afastamento da pessoa do trabalho, agravando assim a situação de pobreza em decorrência da diminuição da renda *per capita* familiar e/ou mais gastos com saúde. O adoecimento também pode ter um efeito reverso, caso o sujeito consiga o recebimento de algum benefício em decorrência dos problemas de saúde. Neste caso, é possível a família ter um aumento da renda e uma estabilidade desta. Em relação à compreensão da pobreza como uma situação de maior vulnerabilização, alguns elementos confirmam tal perspectiva como o estresse continuado (produzindo em função das más condições de vida), os sentimentos de vergonha e humilhação, a exposição à violência, assim como, os sentimentos de impotência e insegurança frente a um futuro.

Frente a estes últimos, se configuraram como potentes ao enfrentamento tanto da pobreza como do sofrimento psíquico a rede de apoio social e a espiritualidade. A primeira configura-se como qualquer informação, auxílio material e/ou afetivo oferecida por grupos ou pessoas (VALLA, 2000), capaz de gerar ajuda material, cognitiva, emocional ou afetiva (GRIEP, 2003) aos sujeitos envolvidos. O apoio social pode ser de ordem familiar, comunitária, institucional ou religiosa. Diante necessidades afetivas, informacionais ou materiais, os sujeitos da pesquisa revelam lançar mão da ajuda de uma rede de apoio, que pode ser desde um dinheiro para a subsistência, até uma escuta, um abraço, uma colhida em um momento difícil.

Além do fato da igreja se manifestar como um lugar de lazer, acolhimento, escuta e de criação de laços de amizade, a espiritualidade também se configurou como importante ao fortalecimento dos sujeitos e ao enfrentamento das adversidades da vida. A crença de que há uma entidade superior, cuidando e protegendo os sujeitos, ou que de há uma explicação de ordem espiritual para a dureza da vida e o sofrimento vivido, serve de conforto e fortalecimento aos sujeitos para superar as dificuldades do cotidiano.

Creio que a relevância deste estudo deve-se ao fato de ele apontar para elementos psicossociais geralmente esquecidos nos estudos da pobreza e para a compreensão desta como multidimensional. Entre estes destaco o sentimento de vergonha e humilhação, a culpabilização da pobre, o estresse continuado, os sentidos atribuídos ao pobre e a pobreza, a violência de gênero e os modos de enfrentamento. Outra contribuição centra-se na sua análise dos diversos elementos envolvidos no processo de determinação da saúde-doença mental produzido em meio à pobreza. Nesta análise destaco, em especial a importância da rede de apoio social e a espiritualidade como importantes recursos de enfrentamento. Destaco também a valorização da perspectiva dos usuários do CAPS pobres, sujeitos historicamente silenciados em nosso país.

Ao fim desta pesquisa novos questionamentos surgem. Estes podem desaguar em novas pesquisas. Vários questionamentos surgem: Que compreensões têm os profissionais de saúde da relação entre pobreza e saúde mental? Os sentimentos de vergonha e humilhação influiriam no acesso ao cuidado em saúde mental? Que estratégias podem desenvolver os serviços de saúde ao fortalecimento da rede de apoio social? Seria o apoio social uma estratégia de enfrentamento ao sofrimento psíquico para pessoas que não vivem em condições de pobreza?

Apesar de bastante tentador, cair em uma perspectiva generalizante dos resultados deste estudo seria um erro. Contextos socioeconômicos, culturais e singulares outros podem apontar para diferentes caminhos ao entendimento da relação entre pobreza e saúde mental. Contudo espero que este sirva de indicador de fatores importante no entendimento do fenômeno da relação entre os fenômenos em questão, assim como possa contribuir a uma melhor qualificação do cuidado em saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico que vivem em contextos de pobreza.

Considerando as dificuldades e facilidades na realização da pesquisa, considero que estas últimas foram mais frequentes. Alguns elementos fundamentais a realização do estudo, facilitando seu desenvolvimento. Entre eles a abertura e grande receptividade do Movimento de Saúde Mental Comunitária (MSMC) e do CAPS Comunitário do Bom Jardim, sempre disponíveis e acolhedores. Outro elemento importante e imprescindível foi a grande disponibilidade dos usuários do CAPS de participar da pesquisa, sem isto esta não seria possível. E outro facilitador foi a incorporação deste estudo ao grupo de pesquisa *“Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial das comunidades do Bom Jardim (Fortaleza) e da Canafistula (Apuiarés/Ceará)”*, onde foi possível um trabalho coletivo de estudo das implicações psicossociais da pobreza. Em relação

às dificuldades, destaco a complexidade do objeto de estudo e a exigia constante de articulação de uma multiplicidade de variáveis.

REFERÊNCIAS

- ACCORSSI, A. **Materializações do pensamento social sobre a pobreza**. Tese (Doutorado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- ACCORSSI, A.; SCARPARO, H. B.; GUARESCHI, P. A. O conceito de pobreza: Uma reflexão sobre os interesses do conhecimento. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 30, n. 71, p. 651-658, out./dez. 2012.
- ALAMES; CEBES. **El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud**. Documento de posição conjunta de ALAMES e CEBES. 2011. Disponível em: <http://www.alames.org/documentos/alamescebesrio.pdf>. Acessado em: janeiro de 2012.
- ALVARO, J.L; TORREGROSA, J.R; LUQUE, A.G. Estructura social y salud mental. IN: ALVARO, J.L; TORREGROSA, J.R; LUQUE. **Influencias sociales y psicológicas en la salud mental**. Madrid: Siglo Veinteuno editores, 1992.
- ALVES; RODRIGUES. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 28(2), p.127-131, 2010.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P.; GULJOR, A.P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção Social da demanda: direito á saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.
- AMORIM, A.K.; DIMENSTEIN, M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. **Fractal, Rev. Psicol.**, v.21, n.2, p. 319-335, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BASAGLIA, Franca. Saúde/Doença. IN: AMARANTE, P; CRUZ, L.B. (org.) **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BASTOS *et al.* Saúde: um dever do Estado ou um assunto de família?Análise da experiência de famílias de um bairro popular junto ao sistema de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**, 16(2), p.01-15, 2006.
- BASTOS, A.C.S; RABINOVICH, E.P; ALMEIDA, M.B. Living the World of Poverty: The Researcher as Participant/Apprentice. **Psychology and Developing Societies** 22, 2, p. 221–247, 2011.
- BAUER, M.; GASKELL,G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008

BEZERRA, L.M.P.S. Sentidos da pobreza e do viver em territórios estigmatizados: versões de moradores do Grande Bom Jardim em Fortaleza-Ce. *In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS*, 5, 2011, São Luís. **Anais...** São Luís: JOINPP. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/DESIGUALDADES_SOCIAIS_E_POBREZA/SENTIDOS_DA_POBREZA_E_DO_VIVER_EM_TERRITORIOS_ESTIGMATIZADOS.pdf> . Acesso em: 10 abril de 2012.

BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. *Physis* [online], v.15, p. 11-16, 2005.

BLANCO, A.; DÍAZ, D.. El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*, v. 19, n. 4, p. 552-558, 2007.

BOSSI, M. *et. al.* Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 3, p.643-651, 2012.

BOUDIEU, P. **A dominação masculina**. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

BRASIL. Decreto Nº 7.492 (2011, 02 de junho). *Institui o Plano Brasil Sem Miséria*. Brasília, DF: Presidência da República. 2011a.

_____. **Plano Brasil sem Miséria**. Documento informativo. Disponível em: http://www.brasilsemisericia.gov.br/wp-content/themes/bsm2nd/caderno_brasil_sem_miseria.pdf. Acesso em 03 de setembro de 2011b.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BREIL, J. Una Perspectiva Emancipadora de la Pesquisa e de la Acción Basada en la Determinación Social de la Salud. IN: ALAMES. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México, 29 de Septiembre - 3 de Octubre del 2008 (documento para a discussão). Disponível em: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>. Acessado em 15 janeiro de 2012.

BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), p.1575-1589, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CARVALHO, A.I; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na saúde, na doença e na intervenção. IN: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

CARVALHO, M.A.A.S. **Fortalecimento das pessoas com transtornos mentais: a experiência dos usuários do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim**. 2010. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

CASTEL, Robert. Classes Sociais, Desigualdades Sociais, Exclusão Social. In: BALSÀ, C.; BONETI, L.W.; SOULET, M. (Orgs). **Conceitos e Dimensões da Pobreza e da Exclusão Social: uma abordagem transnacional**. Ijuí: Ed. Unijui, p.63-77, 2006.

CIDADE, E.C. **Juventude em condições de pobreza: modos de vida e fatalismo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

CIDADE, E.C., MOURA JUNIOR, J. F., XIMENES, V. M. Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latino-americano. **Psicologia Argumento**, v. 30 (68), jan./mar., 2012.

CODES, A.L.M. **A trajetória do pensamento científico sobre a pobreza: em direção a uma visão complexa**. Texto para discussão. Brasília: IPEA, 2008. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1332.pdf. Acesso em: 12 fev 2012.

COMIM, F. *et al.* **Relatório sobre Indicadores de Pobreza Multidimensional e Pobreza Extrema para Porto Alegre**. 2007. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/pobreza_multi.pdf>. Acesso em: 24 março de 2012.

COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. IN: AMARANTE, P. **Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COUTO-OLIVEIRA, V. **Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

CRESPO, A. P. A.; GUROVITZ, E. A Pobreza como um Fenômeno Multidimensional. **RAE-eletrônica**, v. 1, n. 2, p. 1-12, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a03.pdf>>. Acesso em: 05 de set. 2012.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolomo: Institute for Future Studies, 1991.

DALMOLIN, M.B. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DEMO, P. **Pobreza política**. 6 ed. Campinas: Autores Associados, 2001.

_____. **Dureza: pobreza política de mulheres pobres**. Campinas: Autores Associados, 2005.

DIMENSTIEN, M. *et al.* O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DIMENSTIEN, M. *et. al.* Participación y redes de cuidado entre usuarios de servicios de salud mental en el nordeste brasileño: mapeando dispositivos de reinserción social **Psicología desde el Caribe**. v. 29, n.3, p. 665-685, 2012.

DIMENSTIEN, M., SALES, A. L. Psicólogos no Processo de Reforma Psiquiátrica: práticas em desconstrução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 277-285, abr./jun. 2009.

ESPARZA; QUIÑONES; CARRILLO. **Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de fatalismo y su relación con el comportamiento de la salud**. Ciudad Juárez, Chih.: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 2010.

FAVERO, E; DIESEL, V. A seca enquanto um hazard e um desastre: uma revisão teórica. **Aletheia**, Canoas, v. 27 (1), 2008.

FONSECA, M.L.G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema dos nervos**: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT _____. **Microfísica do Poder**. 29 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 20 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e grupais. IN: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (11), p. 2449-2463, 2006.

GODOY *et. al.* O Compartilhamento do Cuidado em Saúde Mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.152-163, 2012.

GODOY, M.G.; BOSI, M.L. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 289-299, 2007.

GÓES, M. Os modos de participação do outro nos processos de significação do sujeito. **Temas em Psicologia**, v.1, n.1, 1-5. 1993.

GÓIS. **Psicologia Comunitária no Ceará**: uma caminhada. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2003.

_____. **Saúde Comunitária: pensar e fazer.** São Paulo: Editora HUCITEC, 2008.

GOMES, R. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital**; n. 14, p.237-243, out., 2008.

GRIEP, Rosane Harter. **Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde.** 2003. 177f.: Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Ministério da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GUARESCHI, P. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. IN: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 9ª.ed. Petrópolis, Vozes: 2001. p.141-156.

GUIMARÃES *et al.* Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**; v.16, n.1, p.291-300, jan. 2011.

GUTIERREZ, Gustavo Luis. Lazer e pobreza: aspectos de uma falsa questão. **Conexões – educação, esporte, lazer.** Campinas, v.1, n.1, p.30-37, jul/dez. 1998.

IBGE. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O perfil da pobreza no Brasil e sua evolução no período de 2004 a 2009.** IPEA, 2011.

IPECE. **A caracterização da extrema pobreza no Estado do Ceará.** Informe nº 9. Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/Ipece_Informe_09_junho_2011.pdf. Acesso em: 5 de fev. 2012.

IPECE. **Perfil Municipal de Fortaleza.** Tema VIII: O Mapa da Extrema Pobreza. Informe nº 43. Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/Ipece_Informe_43_05_novembro_2012.pdf> Acesso em: 12 de dezembro de 2012.

JORGE, M.S.B. *et al.* Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial. **RBPS**, Fortaleza, 23(3): 221-230, jul./set., 2010.

LA TAILLE, Y. **Vergonha, a ferida moral.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

LACERDA, A.; VALLA, V. Um olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

LACERDA, F.C.C. **A pobreza na Bahia sobre o prisma multidimensional: uma análise baseada na Abordagem das necessidades básicas e na Abordagem das capacitações.** 2009.

209f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

LECHAT, N. A Economia Solidária no Brasil: Formação de um Novo Protagonista Sóciopolítico, o Trabalhador Associado. IN: BALSÁ, C; SOULET, M.H; BONET, L.W (Org.). **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional**. Ijuí: Unijuí, 2006.

LIMA, C.M.; VALLA, V.V. Religiosidade popular e saúde: fome de que? In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 5., 2005, Bauru. Anais...

LIMA, M; STOTZ, E; VALLA, V. Pobreza e violência: desafio para os profissionais de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 273-284, jul./set. 2008

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p.713-1720, nov-dez, 2003.

LOUREIRO, A.O.F; SULIANO, D.C. **As principais linhas de pobreza utilizadas no Brasil**. Nota Técnica Nº 3 do de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Governo do Estado do Ceará. 2009. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/notas_tecnicas/NT_38.pdf>. Acesso em: 10 de jan. de 2012.

LUDEMIR, A.B. Desigualdade de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 451-467, 2008.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213 –231, 2002.

MACEDO, A.C. *et al.* Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol.35, n.6, p. 515-522, 2001.

MACHADO, E.P.; NORONHA, C.V. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas. **Sociologias** [online], n.7, p. 188-221, 2002.

MARINHEIRO, A.L.V.; VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**. v.40, n.4, p.604-610, 2006.

MARTÍN-BARÓ, I. **Psicología de la liberación**. Madrid: Trotta, 1998.

_____. **Acción e Ideología: psicología social desde centroamérica**. 2 Ed. San Salvador: UCA Editores, 2005.

MENDONÇA, R.T. Corpo feminino medicado e silenciado: gênero e performance. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.2, p.43-50, 2011.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano 26, v.27, n. 65, Set/Dez de 2003. Disponível em:

http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 15 fev de 2013.

MINAYO, M.C.S.. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MYNAIO, M. C. S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLON, S.I. **Subjetividade e Constituição do Sujeito em Vygotsky**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOREIRA, V. Psicopatologia e pobreza. IN: MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Escuta, 2002. p. 207-230.

MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Escuta, 2002

MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA. **Abordagem Sistêmica Comunitária**: Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim. Fortaleza, Ce. 2009. Disponível em: <<http://wp2.oktiva.com.br/msmcbj/files/2012/06/Abordagem-Sistemica.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2012.

_____. **CAPS Comunitário do Bom Jardim**. 2012. Disponível em: <<http://www.msmcbj.org.br/caps/caps-comunitario-do-bom-jardim>> Acesso em: 10 de dez. de 2012.

MURAD, M. **Sociologia e Educação Física: diálogos, linguagens do corpo, esportes**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

MURALI, V.; OYEBODE, F. Poverty, social inequality and mental health. **Advances in Psychiatric Treatment**. v. 10, 216–224, 2004.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. **Psico**. v. 37, n. 1, p. 7-13, jan./abr. 2006.

NASPOLINI, A. A reforma de ensino no Ceará. **Estudos Avançados**. v.15, n. 42., São Paulo, mai/ago. 2001.

NOGUEIRA R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto IN: CAMPOS, G.W.S. *et al* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev Saúde Pública**, v.43, supl. 1, p.101-108, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Relatório mundial da saúde. Lisboa, 2002.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de Ação**. Relatório mundial. Brasília, 2003.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, (8), 2003. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf>. Acesso em: 3 de novembro de 2012.

PÉREZ, F. Márgenes de la psiquiatría: desigualdad económica y enfermedad mental. **Norte de salud mental**, vol. 11, n. 45, p. 66-74, 2013.

PINHEIRO, SANTOS; SANTOS. Sofrimento Psíquico em famílias em situação de vulnerabilidade social. (2009). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 465-473, set./dez. 2009.

PINO, A. O social e o cultural na obra de Vigotski. **Educação & Sociedade**, ano 21, n. 71, julho, p. 45-78, 2000.

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano**. A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano, 2010a. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_PT_Complete_reprint.pdf>. Acesso em: 10 de jan. de 2012.

_____. **Indicador do RDH avalia novas dimensões da pobreza mundial**. 2010b. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/noticias/impressao.php?id01=3597>>. Acesso em: 10 de jan. de 2012.

RABELO, M.C; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. signos, significados e práticas relativos à doença mental. IN: RABELO, M.C. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p.43-74.

RIBEIRO *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva** 11 (4), 1011-1022, 2006.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização: uma outra via. IN: ROTELLI, Franco, LEONARDIS, O, Mauri D. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

SARACENO, B. BARBUI, C. Poverty and mental illness. **Canadian Journal of Psychiatry**. 42: 285-290, 1997.

SARACENO. B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

- SAWAIA, BB. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicologia & Sociedade**. 21 (3): 364-372, 2009.
- _____. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. IN: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 9ª.ed. Petrópolis, Vozes: 2001. p.97-118.
- SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- SILVA, A.P; BRANDÃO, A.; DA DALT, S. Educação e pobreza: o impacto das condicionalidades do programa bolsa família. **Revista contemporânea de educação**. Rio de Janeiro, FE-UFRJ, v. 4, n. 8, p. 296-313, agosto/dezembro. 2009.
- SILVA, D.F. **Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática**. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- SILVA, D.F; SANTANA, P.R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p.175-185, 2012.
- SILVA, S.M. **Espaços para combater a pobreza a partir das práticas de saúde no SUS**. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- SIQUEIRA, M.P.S. **Pobreza no Brasil Colonial: representação social e expressões da desigualdade na sociedade brasileira**. 2009. Disponível em:
<<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao34/materia01/>>. Acesso em: 20 dez 2011.
- SLOAN, T. Globalização, Pobreza e Justiça Social: papéis para os psicólogos. In: GUZZO, R.S.L.; LACERDA JÚNIOR, F. **Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação**. São Paulo: Alínea, 2011. p.223-244.
- STOTZ, E.N. Pobreza e capitalismo. In: VALLA, V.V; STOTZ, E.N.; ALGEBAILLE, E.B. **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.
- TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1), p.73-85, 2001
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza: perfil da SER V**. 2011. Labvida. Disponível em:
<http://www.uece.br/labvida/dmdocuments/regional_V.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.
- VALLA, V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, sup. 2, p.7-14, 1999.
- _____. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 , n.7, p.37-56, 2000.

_____. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. Nº 19, Jan/Fev/Mar/Abr, 2002.

_____. Globalização, a questão social e a nova pobreza. In: VALLA, V.V; STOTZ, E.N.; ALGEBAILLE, E.B. **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na Educação Popular em Saúde. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009.

VYGOTSKY, L.S. Manuscrito de 1929. *Educ. Soc.* [online]. v.21, n.71, pp. 21-44. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v21n71/a02v2171.pdf>> Acessado em: 13 de ago. de 2012.

_____. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WANDERLEY, M.B. Refletindo sobre a noção de exclusão. IN: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 9ª.ed. Petrópolis, Vozes: 2001. p. 16 -26.

YANNOULAS, S.; ASSIS, G.; FERREIRA, K. Educação e pobreza: limiares de um campo em (re)definição. **Revista Brasileira de Educação**. v. 17, n. 50, maio-ago. 2012.

ZAVALETA, D. Pobreza, vergüenza y humillación: una propuesta de medición. **Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano**. Boletín Nº 76, agos. 2011. Disponível em: <<http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Verguenza.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto de 2012.

_____. **The ability to go about without shame: A proposal for internationally comparable indicators of shame and humiliation**. OPHI Working Paper no. 3. 2007. Disponível em: <http://www.ophi.org.uk/pubs/Zavaleta_Shame_Humiliation_FINAL.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Entrevistador (a): _____ Nº do Questionário: _____

Data: ___/___/___

DADOS GERAIS	
<p>1. Idade: _____</p> <p>2. Gênero: 1. () Masculino 2. () Feminino</p> <p>3. Bairro onde mora: _____</p> <p>4. Qual seu estado civil? 1) Solteiro(a). 2) Casado(a) / mora com um(a) companheiro(a). 3) Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a). 4) Viúvo(a).</p> <p>5. Você tem filhos? 1) Sim. Quantos? _____ 1) Não.</p> <p>6. Qual sua religião? 1) Católica. 2) Protestante ou Evangélica. 3) Espírita. 4) Umbanda ou Candomblé. 5) Sem religião. 6) Outra.</p> <p>7. Você frequenta reuniões de sua Igreja/ Paróquia/ Templo/ Terreiro? 1) Sim. 2) Não.</p>	<p>8. Com quem você mora atualmente? 1) Com minha família. 2) Sozinho(a). 3) Com marido/companheiro ou esposa/companheira. 4) Em habitação coletiva.</p> <p>9. Ao todo, quantas pessoas moram com você? 1) Moro sozinho(a) 2) Uma pessoa 3) Duas pessoas. 4) Três. 5) Quatro. 6) Cinco ou mais.</p> <p>10. Há, na sua família, algum beneficiário (ex: você, pai, mãe, irmãos) de algum Programa de Transferência de Renda (Ex. Bolsa-Família e outros)? 1) Sim. 2) Não.</p>
	<p>EDUCAÇÃO</p> <p>11. Você estudou? 1) Não estudou 2) Até 5 anos 3) Mais de 5 anos e menos de 8 anos 4) Mais de 8 anos e menos de 11 5) Mais de 12 anos</p> <p>12. Na sua família existe algum membro com mais de 5 anos de estudo? 1) Sim. 2) Não.</p> <p>13. Existe, em sua casa, alguma criança em idade escolar, mas que não está frequentando a escola? 1) Sim. Quantos? _____ 2) Não</p>

HABITAÇÃO

14. Na sua casa, existem quantos banheiros?

- 1) Nenhum.
- 2) Um.
- 3) Dois.
- 4) Três.

15. Quantos cômodos existem na sua casa?

- 1) Um
- 2) Dois
- 3) Três
- 4) Quatro ou mais.

16. De onde vem a água que é consumida na sua casa?

- 1) Encanada.
- 2) Cisterna.
- 3) Poço ou cacimba.
- 4) Açude, rio, riacho, córrego.
- 5) Carro pipa.

17. Como é o piso da sua casa?

- 1) Terra.
- 2) Areia.
- 3) Cimento batido.
- 4) Cerâmica.

18. Qual combustível que sua família usa para cozinhar?

- 1) Lenha
- 2) Carvão
- 3) Gás de cozinha.

19. A sua casa possui eletricidade?

- 1) Sim
- 2) Não

20. Qual o destino das fezes e urina?

- 1) Sistema de Esgoto
- 2) Fossa
- 3) Céu aberto.

21. A sua residência é:

- 1) Própria
- 2) Alugada
- 3) Cedida.
- 4) Ocupação.

22. Assinale quais dos recursos sua família possui e a quantidade:

Descrição	Quantidade					
	1	2	3	4	5	0
1. Televisão	1	2	3	4	5	0
2. Telefone	1	2	3	4	5	0
3. Rádio	1	2	3	4	5	0
4. Bicicleta	1	2	3	4	5	0
5. Moto	1	2	3	4	5	0
6. Carro	1	2	3	4	5	0
7. Geladeira	1	2	3	4	5	0
8. Fogão	1	2	3	4	5	0
9. Computador	1	2	3	4	5	0

TRABALHO E RENDA

23. Atualmente, você está exercendo algum tipo de atividade remunerada?

- 1) Sim.
- 2) Não

24. Qual o valor aproximado da sua renda pessoal por mês?

- 1) De nenhuma renda até R\$ 70,00
- 2) De R\$ 70,00 a R\$ 155,00
- 3) De R\$ 155,00 a R\$ 311,00
- 4) Mais de R\$ 311,00

25. Qual o valor aproximado da sua renda familiar (somatório da sua renda com a renda das pessoas que moram com você)?

- 1) Até meio salário mínimo (R\$ 311,00)
- 2) Até 1 salário mínimo (R\$ 622,00).
- 3) De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 622,00 até R\$ 1.244,00).
- 4) De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 1.244,00 até R\$ 3.110,00)
- 5) Nenhuma renda.

26. Você já precisou vender alguma coisa de dentro de casa para poder comer?

- 1) Sim.
- 2) Não.

<p>27. Você já precisou pedir dinheiro para poder comer? 1) Sim. 2) Não.</p> <p>28. Você já precisou mandar algum filho ou outro familiar seu pedir dinheiro? 1) Sim. 2) Não.</p> <p style="text-align: center;">SAÚDE</p> <p>29. Você consegue atendimento médico ou de outros profissionais da saúde quando precisa? 1) Nunca 2) Raramente 3) Frequentemente 4) Sempre</p> <p>30. Você deixou de utilizar algum serviço de saúde por não ter dinheiro para pagar o transporte? 1) Sim. 2) Não.</p> <p>31. Com que frequência você vem ao CAPS? 1) Toda semana. 2) Quinzenalmente. 3) Mensalmente. 4) Trimestralmente. 5) Outro. _____</p> <p>32. Você frequenta algum outro local, além do CAPS, para cuidar da sua saúde? 1) Sim. Qual? _____ 2) Não.</p> <p>33. Quantas refeições você faz por dia? 1) Nenhuma 2) Uma 3) Duas 4) Mais de três</p>	<p>34. Como você se considera? 1) Rico 2) Nem rico nem pobre 3) Pobre</p> <p>35. Há histórico, em sua família, de morte de alguma criança? 1) Sim 2) Não</p> <p>36. Há, na sua família, algum adulto ou criança com desnutrição? 1) Sim 2) Não</p> <p>37. Você tem pessoas para quem pode pedir ajuda quando está em dificuldade? 1) Sim 2) Não.</p>
---	--

POR FAVOR, RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS DE ACORDO COM O QUE VOCÊ PENSA. AVALIE O QUANTO VOCÊ ESTÁ DE ACORDO OU DESACORDO EM CADA AFIRMAÇÃO. RESPONDA TODAS AS QUESTÕES. LEMBRE-SE QUE NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo e nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
38. A pessoa morre quando é sua hora e não há muito o que se possa fazer sobre isso.	1	2	3	4	5
39. A vida é muito imprevisível e não há nada que alguém possa fazer para mudar o futuro.	1	2	3	4	5
40. Aprendi que o que tem que acontecer acontecerá.	1	2	3	4	5
41. As coisas realmente boas que me acontecem são, geralmente, por sorte.	1	2	3	4	5
42. Às vezes, sinto que não posso esperar nada do futuro.	1	2	3	4	5
43. Deus controla tudo de bom e de mau que acontece com uma pessoa.	1	2	3	4	5
44. Deus tem um plano para cada pessoa e você não pode mudá-lo.	1	2	3	4	5
45. Existem pessoas que nascem com sorte.	1	2	3	4	5
46. Frequentemente me sinto preocupado com os problemas, já que não tenho nenhum controle sobre a solução deles.	1	2	3	4	5
47. Minha vida está determinada por minhas próprias ações.	1	2	3	4	5
48. Não existe sorte.	1	2	3	4	5
49. Não há nada o que se possa fazer para ter	1	2	3	4	5

sucesso na vida, pois o nível de sucesso está determinado quando se nasce.					
50. Não importa o quanto eu me esforce, mesmo assim não posso vencer na vida.	1	2	3	4	5
51. Não tem sentido fazer muitos planos, se algo bom vai acontecer, acontecerá.	1	2	3	4	5
52. O que a gente ganha da vida é sempre resultado do tanto de esforço que dedicamos.	1	2	3	4	5
53. O que acontece comigo é consequência do que eu faço.	1	2	3	4	5
54. O que acontece no meu futuro depende principalmente de mim.	1	2	3	4	5
55. O tanto de sucesso que as pessoas têm no seu trabalho está relacionado com a sorte que elas têm.	1	2	3	4	5
56. Por mais esforço que dedique para fazer as coisas, no final a vontade de Deus prevalecerá.	1	2	3	4	5
57. Posso fazer qualquer coisa, se realmente posso fazê-lo.	1	2	3	4	5
58. Quando acontecem coisas boas com as pessoas é por boa sorte.	1	2	3	4	5
59. Quando consigo o que quero, normalmente, é porque tenho sorte.	1	2	3	4	5
60. Se acontecem coisas ruins, é porque tinha que ser assim.	1	2	3	4	5
61. Se algo ruim vai acontecer comigo,	1	2	3	4	5

acontecerá, não importa o que eu faça.					
62. Sinto que nada do que eu possa fazer mudará as coisas.	1	2	3	4	5
63. Sinto que não tenho nenhum controle sobre as coisas que acontecem comigo.	1	2	3	4	5
64. Sinto que quando acontecem coisas boas elas são resultado do meu próprio esforço.	1	2	3	4	5
65. Tudo o que acontece é parte da vontade de Deus.	1	2	3	4	5
66. Tudo que acontece com uma pessoa foi planejado por Deus.	1	2	3	4	5
67. Tudo que acontece na vida é porque assim Deus quer que aconteça.	1	2	3	4	5

VOCÊ ESTÁ DE ACORDO COM AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES?

- 68. Sentiria vergonha de ser pobre**
69. Sentiria vergonha se alguém da minha família fosse pobre.
70. As pessoas pobres deveriam envergonhar-se de si mesmas.
71. As pessoas que não são pobres fazem as pessoas pobreza se sentirem mal.

Sim	Não	Não Sabe
1	2	
1	2	
1	2	
1	2	

VOCÊ ACREDITA QUE AS PESSOAS DA SUA COMUNIDADE/BAIRRO/CIDADE ESTARIAM DE ACORDO COM AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES?

- 72. Sentiriam vergonha de ser pobre**
73. Sentiriam vergonha se alguém da minha família fosse pobre.
74. As pessoas pobres deveriam envergonhar-se de si mesmas.
75. As pessoas que não são pobres fazem as pessoas pobreza se sentirem mal.

Sim	Não	Não Sabe
1	2	
1	2	
1	2	
1	2	

PARA CADA UM DOS SENTIMENTOS ABAIXO, MARQUE UM NÚMERO DE 1 A 4 QUE INDIQUE QUÃO FREQUENTE É ESTE SENTIMENTO PARA VOCÊ?

	Sempre ou Quase Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca	Não sei/ Não respondo
76. Sentir-se envergonhado (a)	1	2	3	4	
77. Sentir-se ridículo (a)	1	2	3	4	
78. Sentir-se reprimido (a) /inseguro (a) de opinar ou fazer	1	2	3	4	
79. Sentir-se humilhado (a)	1	2	3	4	
80. Sentir-se idiota/estúpido (a)	1	2	3	4	
81. Sentir-se infantil	1	2	3	4	
82. Sentir-se impotente/paralisado (a)	1	2	3	4	
83. Sentir-se tímido (a)/vermelho (a)	1	2	3	4	
84. Sentir que as pessoas estão rindo de você	1	2	3	4	
85. Sentir-se repugnado (a) pelos outros	1	2	3	4	

MARQUE UM NÚMERO DE 1 A 4 PARA AS SEGUINTE PERGUNTAS.

	Sempre ou Quase Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca	Não sei/ Não respondo
86. Em que medida, você sente que as pessoas lhe tratam com respeito?	1	2	3	4	
87. Em que medida, você sente que as pessoas lhe tratam injustamente?	1	2	3	4	
88. Em que medida, durante os três últimos meses, você sentiu que foi tratado (a) com discriminação?	1	2	3	4	

89. Onde lhe tem tratado (a) com discriminação?

<input type="checkbox"/>	Serviços de Saúde
<input type="checkbox"/>	Escola
<input type="checkbox"/>	Trabalho
<input type="checkbox"/>	Polícia/Sistema Judiciário
<input type="checkbox"/>	Serviços Sociais (CRAS, CREAS, PETI, Centro Comunitário, outros)
<input type="checkbox"/>	Restaurantes

	Banco
	Família
	Espaço Público
	Transporte
	Igreja ou espaço Religioso

90. Por que lhe trataram com discriminação? (Por favor, indique o motivo principal).

	Procedência étnica, racial ou cultural
	Gênero
	Orientação sexual
	Idade
	Incapacidade/Deficiência
	Religião
	Grupo social/econômico
	Educação
	Não sabe/Não responde

VOCÊ ACREDITA QUE AS CONDIÇÕES ECONÔMICAS PREJUDICAM POSSIBILIDADES DE CONSEGUIR...?

- 91. Acesso às políticas públicas.**
92. Oportunidade de emprego
93. Oportunidades educativas em escolas/colégios
94. Oportunidades educativas em universidades/faculdades

Sim	Não	Não sei/ Não respondo
1	2	
1	2	
1	2	
1	2	

POR FAVOR, LEIA CADA UM DOS SEGUINTE ITENS COM ATENÇÃO E INDIQUE A CLASSIFICAÇÃO QUE MELHOR DESCREVE SEUS SENTIMENTOS.

“AO LONGO DE SUA VIDA, QUANTO VOCÊ É AFETADO (A) POR SER ...”

- 95. Excluído (a)**
96. Inferiorizado (a)

Muito Pouco	Pouco	Bastante	Muito	Não sei/ Não respondo
1	2	3	4	
1	2	3	4	

- 97. Ridicularizado (a)**
98. Menosprezado (a)
99. Duramente criticado(a)
100. Insultado ou tratado de maneira desrespeitosa(a)

1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Questionário Pobreza Multidimensional

Você está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Pobreza e Saúde Mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial” que tem por objetivo analisar como aspectos psicossociais da realidade da pobreza impactam no processo saúde-doença em saúde mental, a partir do relato dos usuários do CAPS.

No caso específico de sua participação, o pesquisador preencherá um questionário junto com você, onde serão feitas algumas perguntas que poderá responder de forma livre. Não há respostas certas ou erradas e não haverá identificação do seu nome no questionário. Depois de respondido, o questionário se juntará a outros, para que possam ser analisados. O objetivo deste questionário é identificar pessoas que vivem em condição de pobreza que serão convidadas, posteriormente, a participar de uma entrevista individual. Não haverá retorno financeiro pela sua participação. Oferecemos como benefício os resultados dessa pesquisa.

Com essas informações, gostaria de saber a sua aceitação em participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. A identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 3. Que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você; 4. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 5. Não haverá riscos ou desconfortos causados pela pesquisa; e 6. Somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento que será emitido em duas vias.

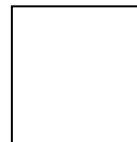
A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nem envolve nenhum tipo de pagamento. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade dos participantes. Para maiores informações sobre essas questões, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o COMEPE (Comitê de Ética em Pesquisa), rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE, Fone: (85) 33668344.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa e seus procedimentos, poderá comunicar-se com a pesquisadora responsável Bárbara Barbosa Nepomuceno, estudante do Mestrado do Departamento de Psicologia, Av. Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60020-180. Fone: (85)33667729.

Fortaleza, ____ de ____ de ____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

OU



Digital do sujeito da pesquisa

Bárbara Barbosa Nepomuceno
Assinatura da pesquisadora

Assinatura de quem obteve o TCLE

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Entrevista Individual

Você está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Pobreza e Saúde Mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial” que tem por objetivo analisar como os aspectos psicossociais da realidade da pobreza impactam no processo saúde-doença em saúde mental, a partir do relato dos usuários do CAPS.

No caso específico de sua participação, o pesquisador facilitará uma entrevista individual, onde serão apresentadas perguntas e você responderá de forma livre. Lembre-se de que não há respostas certas ou erradas. O pesquisador utilizará um roteiro de entrevista e um gravador para registrar as informações fornecidas por você, que serão posteriormente analisadas. Não haverá identificação do seu nome das gravações. Não haverá, também, retorno financeiro pela sua participação, mas oferecemos como benefício o resultado dessa pesquisa.

Com essas informações, gostaria de saber a sua aceitação em participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. A identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 3. Que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você; 4. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 5. Não haverá riscos ou desconfortos causados pela pesquisa; e 6. Somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento que será emitido em duas vias.

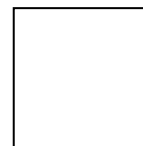
A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nem envolve nenhum tipo de pagamento. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade dos participantes. Para maiores informações sobre essas questões, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com o COMEPE (Comitê de Ética em Pesquisa), rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE, Fone: 3366-8344.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa e seus procedimentos, poderá comunicar-se com a pesquisadora responsável Bárbara Barbosa Nepomuceno, estudante do Mestrado do Departamento de Psicologia, Av. Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60020-180, Fone: (85)33667729.

Fortaleza, ____ de ____ de ____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

OU



Digital do sujeito da pesquisa

Bárbara Barbosa Nepomuceno
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Assinatura de quem obteve o TCLE

APÊNDICE D
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

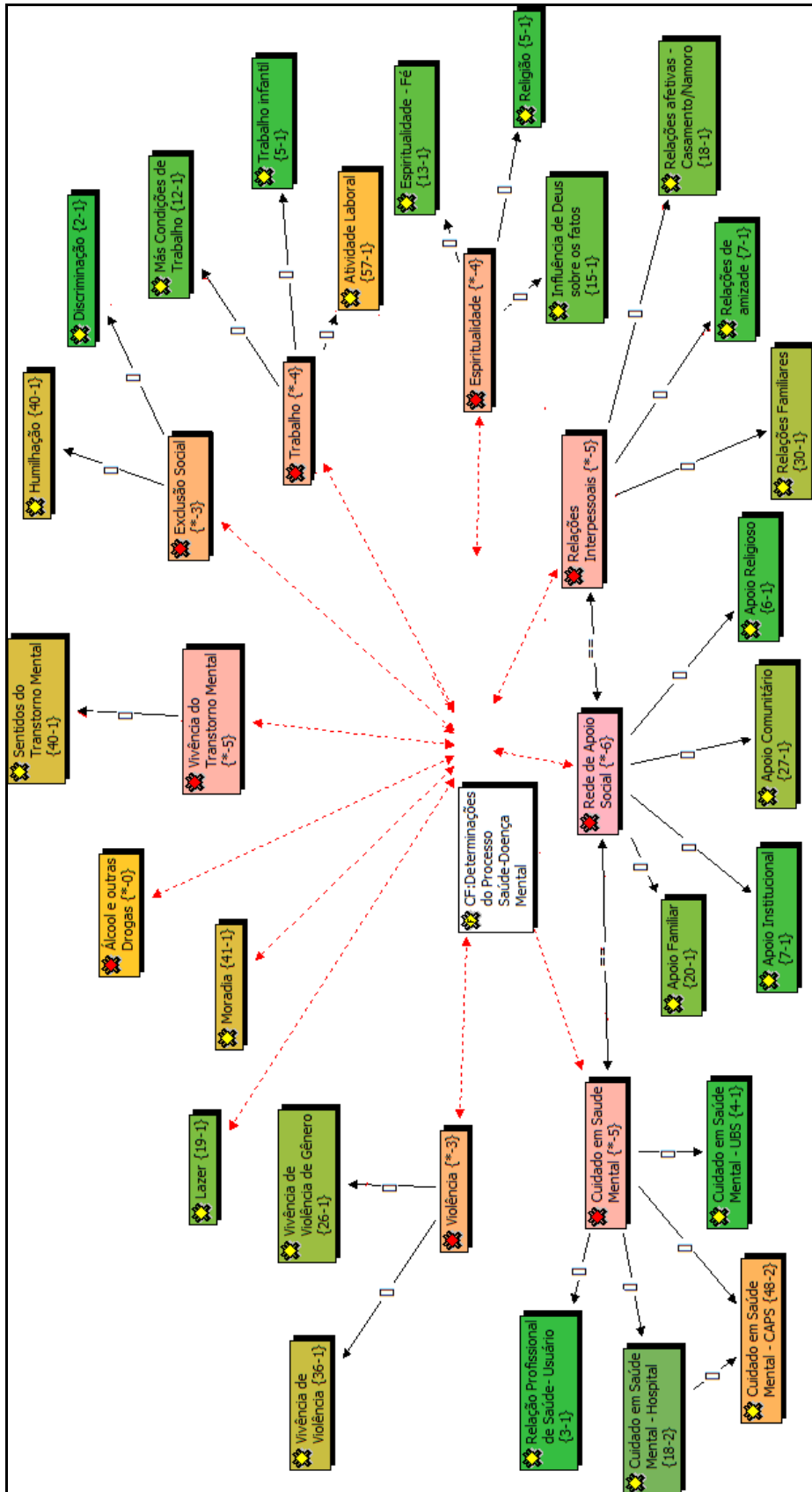
Conte-me um pouco da sua história, desde a sua infância aos dias atuais...

Aspectos importantes a serem observados durante a entrevista:

- **Infância, juventude**
- **Estudos:** até quando estudou, locais, importância dos estudos, oportunidades que teve.
- **Trabalho:** trabalha ou já trabalhou, tipo de trabalho, recebe alguma benefício, renda.
- **Família:** relação com a família, origem?
- **Moradia:** condições materiais e relações afetivas com o lugar.
- **Grupos:** amigos, religião.
- **Saúde Mental:** processo saúde-doença mental, crise, sofrimento psíquico, cuidado, enfrentamento.
- **Pobreza:** percepção da pobreza, fome, dificuldades, sentimentos vergonha e exclusão, estratégias de enfrentamento.
- **Rede de Apoio:** com quem conta, quem compõe a rede.
- **Futuro:** gostaria de mudar algo na sua vida? O que gostaria de mudar? O que pode fazer para conseguir?

APÊNDICE E

Gráfico 3: Determinações do Processo Saúde-Doença Mental



Fonte: Elaborado pela autora.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pobreza e Saúde Mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Pesquisador: Bárbara Barbosa Nepomuceno

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04713912.9.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 159.459

Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa é parte do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Surge como reflexo de inquietações surgidas no campo das práticas em saúde mental. De acordo com Franco Basaglia (1985), Franca Basaglia (2008) e Amarante (2007) tal campo deve incidir sobre o tecido social, onde o processo saúde-doença é gerado, e objetivar a produção de novas formas de sociabilidades e de existência. A revisão da produção científica sobre o tema saúde mental e pobreza evidencia que: os sujeitos pertencentes às classes populares estão mais expostos a eventos sociais estressores; que há uma relação circular entre pobreza e transtornos mentais, onde ambos os fenômenos, complexos e multidimensionais, se influenciam mutuamente; e que há uma relação entre condições de vida, saúde mental e práticas contrahegemônicas

de cuidado, nas quais as instituições de saúde não ocupam lugar prioritário e a rede de apoio social ocupa lugar de destaque. Diante destas considerações e do fato da maioria de população brasileira viver na pobreza, considerada como um fenômeno multidimensional (Sen, 2000), objetivo geral desse estudo é analisar como os aspectos psicossociais da pobreza impactam no processo saúde-doença em saúde mental, a partir do relato dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e como objetivos específicos: descrever aspectos psicossociais da pobreza de usuários do CAPS e compreender os sentidos atribuídos ao processo saúde-doença, pelos usuários do CAPS que vivem em situação de pobreza. Situa-se no universo da pesquisa qualitativa (Minayo, 2001), por caracterizar-se como adequada considerando a complexidade do objeto em questão. Os

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

sujeitos participantes da pesquisa serão usuários do CAPS do Bom Jardim, situado na SER V de Fortaleza. Como instrumento para a construção dos dados será utilizado questionário sócio-econômico e entrevistas em profundidade.

Metodologia:

Esta investigação situa-se no campo da pesquisa social, compreendida como atividade indagadora e construtora da realidade, que investiga o homem em sociedade, considerando suas relações, instituições, história e trocas simbólicas (MINAYO, 1994). Considerando a complexidade do objeto de estudo e os objetivos da pesquisa em questão, ela tem sua metodologia situada no campo da pesquisa qualitativa. Pois nos permite

adentrar o universo dos ζ significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis ζ (MINAYO, 2001, p. 21). A investigação ocorrerá no município de Fortaleza, com usuários do Centro de Atenção Psicossocial do Bom Jardim. Este está situado na SER V que se caracteriza por ser a

região mais populosa e pobre da capital, possuir rendimento médio de 3,07 salários mínimos, o segundo maior índice de analfabetismo, 17,83%, e a pior taxa de acesso à rede de esgoto. A seleção dos participantes acontecerá com o auxílio do Questionário Sócio-Econômico (CIDADE, 2012), que é composto por 40 questões e que se propõe conhecer as privações vividas pelos sujeitos, a partir dos critérios: saúde, educação, habitação, renda familiar, esporte e lazer. Busca-se com ele analisar elementos socioeconômicos da realidade dos usuários e identificar sujeitos que se encontram em

situação de pobreza multidimensional. Outra técnica de construção de dados a ser utilizada no estudo, após a seleção dos sujeitos, segundo os critérios definidos anteriormente, é a entrevista individual de profundidade. Ela é uma interação diáde, onde ocorrem trocas de ideias e de significados entre entrevistador e entrevistados. A partir dela, será possível explorar em profundidade aspectos da vida dos sujeitos, seus sentidos e significados (GASKELL, 2008). Para a realização das entrevistas será utilizado um roteiro guia semi-estruturado que terá como base as seguintes

categorias: saúde mental, sofrimento psíquico, necessidades de saúde, estratégias de cuidado em saúde mental e aspectos psicossociais da pobreza. Todas as entrevistas serão gravadas para posterior sistematização e análise. O número de entrevistas não será a priori estabelecido. Tal quantidade será definida tendo como base o ζ ponto de saturação do sentido ζ , quando ζ temas comuns começam a aparecer, e progressivamente

sente-se uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno ζ (GASKELL, 2008, p.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



71). Neste momento não aparecem mais novos elementos que sirvam a compreensão do fenômeno a ser estudado. Os locais de realização das entrevistas serão definidos posteriormente, obedecendo às exigências de sigilo presentes nas normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 196/96).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como os aspectos psicossociais da realidade da pobreza impactam no processo saúde-doença em saúde mental, a partir do relato dos usuários do CAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando o tema da pesquisa e os sujeitos participantes, o estudo apresenta o risco de gerar constrangimentos e vergonha por tratar de temas delicados da história de vida dos sujeitos. Buscando minimizar estes riscos, a condução do estudo será realizada com todo cuidado e sigilo, por uma psicóloga, que deixará os sujeitos participantes do estudo livres para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento ou se recusar a responder qualquer pergunta. Caso haja alguma necessidade a mesma poderá oferecer suporte.

Benefícios:

Contribuir para um maior conhecimento sobre o impacto da pobreza na saúde mental; Contribuir para uma melhor atuação no campo da saúde mental em contextos de pobreza, a partir do desenvolvimento de estratégias de cuidado no âmbito da reabilitação e prevenção do adoecimento psíquico e da promoção da saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentou as correções adequadamente sugeridas pela relatoria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou TCLE adequado.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



FORTALEZA, 30 de Novembro de 2012

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)