

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
JOÃO MATHEUS ACOSTA DALLMANN

**O MAL-ESTAR QUE SINTO: A medicalização do sofrimento em
camadas populares**

FLORIANÓPOLIS
2013

JOÃO MATHEUS ACOSTA DALLMANN

O MAL-ESTAR QUE SINTO: Medicalização do sofrimento em camadas populares

Trabalho de conclusão de curso submetido ao Curso de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de bacharel em Ciências Sociais. Orientador: Prof.^a Dra. Sandra Caponi.

FLORIANÓPOLIS
2013

João Matheus Acosta Dallmann
**O MAL-ESTAR QUE SINTO: Medicalização do sofrimento em
camadas populares**

Este trabalho de conclusão de curso foi julgado adequado para obtenção do título de bacharel em Ciências Sociais, e aprovado em sua forma final pelo curso de Ciências Sociais.
Florianópolis, de de 2013.

Professor Dr. Tiago Bahia Losso
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Marcia Grisotti
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Myriam Raquel Mitjavila
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

João Matheus Acosta Dallmann
Autor

Para Bruna, Noris, Ijanaina e Marcio (in memoriam).

Agradecimentos

A todas as pessoas que compõe este mosaico de relatos.

A Mara Coelho de Souza Lago, pelo carinho e inspiração nesse início da vida acadêmica.

A Sandra Caponi que aceitou a tarefa de orientar este trabalho.

“Os nascidos de trapos têm mil encolhas...”
Manoel de Barros, 1989.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo principal analisar os sentidos atribuídos à medicalização do sofrimento psíquico em beneficiárias/os do Programa Bolsa Família (PBF), buscando compreender a relação com o seu cotidiano, bem como a, possível, transformação de problemas sociais em diagnósticos psiquiátricos. São desdobramentos deste primeiro objetivo, objetivos específicos, que propõem: Identificar quais os códigos de referência cultural para que se reconheçam e aceitem como doentes; ver e analisar a relação de beneficiárias/os do Programa Bolsa Família com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para além dos problemas sociais que estruturam as ações desses sujeitos, é preciso lançar luz sobre a medicalização como um “problema sociológico”, afim de que possamos melhor compreender a auto-identificação e a identificação de camadas populares com o diagnóstico médico de depressão. Realizou-se entrevistas livres e semiestruturadas com beneficiários do PBF, leituras sobre estudos acadêmicos que abordam o tema, particularmente sobre a medicalização. De um modo geral, o que se pôde perceber desde o início da pesquisa de campo foi que a relação dos sujeitos pesquisados com as UBS, via condicionalidades do Bolsa Família ou motivos diversos, é bastante complexa. Na consulta médica a interação de um determinado especialista com um paciente está desde o começo aberta aos imperativos do discurso. Para esta pesquisa foi imprescindível destacar os relatos dos indivíduos aos médicos no momento das consultas, levando sempre em consideração as relações entre pesquisador e pesquisados, além daquilo que os sujeitos “organizam” para dizer e silenciar.

Palavras-chave: Bolsa Família; Medicalização; Sociologia do corpo e emoções;

LISTA DE SIGLAS

CADúnico - Cadastro Único

CRAS – Centro de Referência e Assistência Social

DSM – IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social

ONU – Organização das Nações Unidas

PBF - Programa Bolsa Família

PNAA – Portal Nacional de Acesso à Alimentação

PSF – Programa Saúde da Família

PTCR – Programas de Transferências Condicionada de Renda

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

Introdução	
Capítulo 1 - O objeto da pesquisa	
Capítulo 2 - Do objetivo geral e dos específicos	
Capítulo 3 - Cenário e sujeitos da pesquisa	
3.1 Caracterização do Bairro Tapera.....	
3.2 Perfil dos Beneficiários do Programa Bolsa Família do Bairro Tapera	
3.3 Outros entrevistados	
3.4 Considerações sobre as entrevistas	
3.5 Camadas populares	
Capítulo 4 - Método	
Capítulo 5 - Programa Bolsa Família: uma perspectiva crítica sobre as condicionalidades	
5.1 Programa Bolsa Família no Brasil.....	
5.2 Condicionalidades.....	
Capítulo 6 - Condicionalidade como problema (in)visível	
Oscar.....	
Dora.....	
Prosa de posto I.....	
Prosa de posto II	
Valéria.....	
Capítulo 7 - Dinâmica social	
7.1 Sobre violência de Estado e violência doméstica	
Joel, Patrícia e Palmira	
Renata	
Rafaela.....	
7.2 Sobre condições de trabalho	
Palmira e Bia	
7.3 Das três questões.....	
Clarice.....	
7.4 O risco.....	
Capítulo 8 - Medicalização do sofrimento	
8.1. Medicalização do sofrimento.....	
8.2. Melancolia, Mal-estar e Depressão.....	
8.3 Considerações acerca do Biopoder	
Capítulo 9 - Notas conclusivas	

Referências.....

Introdução

A investigação social exige tempos longos. A busca por um tema pode demorar e ser demasiado cansativa. A pesquisa com pessoas extrapola hipóteses e impõe imperativos. O tempo dedicado a este trabalho foi uma dessas demoras cheias de tentativas de acerto e erros. A experiência do Programa Bolsa Família (PBF) de transferir renda mediante algumas condições é muito nova, requer cuidado na análise. Provém da retomada da atenção à pobreza no Brasil. Levou certo tempo e longas conversas para que os sujeitos revelassem as alterações produzidas por essa política social em seus cotidianos. As falas transcritas serão apresentadas no intuito de lembrar as determinações sociais e os condicionamentos nas populações periféricas.

Os depoimentos que recolhemos são a expressão da confiança dos beneficiários em depositar no pesquisador suas histórias de sobrevivência. Transformou-se fala em textos escritos, e, como bem lembrava Bourdieu, esse registro é crucial.

Na transcrição da própria entrevista, que faz o discurso oral passar por uma transformação decisiva, o título e os subtítulos (sempre tomados das palavras dos entrevistados), e, sobretudo, o texto que fazemos preceder ao diálogo, estão lá para direcionar o olhar do leitor para os traços pertinentes que a percepção distraída e desarmada deixa escapar. Eles têm a função de lembrar as condições sociais e os condicionamentos, dos quais o autor do discurso é produto, sua trajetória, sua formação, suas experiências profissionais, tudo que se dissimula e se passa ao mesmo tempo no discurso transcrito, mas também na pronúncia e na entonação, apagadas pela transcrição, como toda a linguagem do corpo, gestos, postura, olhares, e também nos silêncios, nos subentendidos e nos lapsos. (BOURDIEU, 1997, p.10)

Nesse sentido, pode-se afirmar que o título desta pesquisa engloba o caráter do pensamento acima exposto: *O Mal-estar que sinto*: A medicalização do sofrimento em camadas populares, remete-nos a uma frase dita por uma entrevistada e ao conceito norteador do que se

espera analisar.

O trabalho está estruturado em oito capítulos, dispostos de maneira que o leitor possa inteirar-se, desde o ponto de partida aos apontamentos finais, do conjunto de conceitos e a relação deles com o objeto estudado.

O primeiro capítulo tem como finalidade a descrição do objeto de estudo. Trata-se de abordá-lo como sendo o ponto onde se encontram teoria e mundo material, esse “lugar” de onde se fará ciência.

No segundo capítulo, objetivo geral e objetivos específicos, apresentam-se as questões que irão dar o caráter da abordagem junto aos pesquisados. É através do que se queria saber que se formularam as questões para as entrevistas.

O cenário urbano do bairro Tapera e os sujeitos pesquisados estão descritos no capítulo três. Para esta parte reservou-se a aproximação ao perfil dos beneficiários do Programa Bolsa Família, majoritariamente composto por mulheres. Além da caracterização do espaço e dos sujeitos, neste capítulo discorre-se sobre o conceito de “camada popular”, como uma forma de melhor entender as especificidades de trabalhar com a população usuária do Programa.

De forma sucinta o capítulo quatro explica o método utilizado para a pesquisa. A apropriação da etnografia, como um princípio básico do trabalho de campo, foi fundamental para a compreensão dos discursos.

O quinto capítulo, Programa Bolsa Família: uma perspectiva crítica sobre as condicionalidades, resgata o histórico do Programa no Brasil e apresenta as regras e condicionalidades estabelecidas para os beneficiários. A partir deste capítulo temos as falas dos pesquisados e a tentativa de estabelecer um olhar crítico sobre as formas do Programa.

Tal esforço crítico se desdobra em um sexto capítulo intitulado Condicionalidade como Problema. Nesta parte a condicionalidade aparece compondo, a guisa de hipótese, o frequente ir e vir dos beneficiários às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O sétimo capítulo torna a análise mais apurada e propõe um olhar sobre a dinâmica social, constituinte da vida material e subjetiva dos entrevistados. Neste capítulo descreve-se as condições de trabalho, as violências de gênero, a violência do Estado e as táticas de sobrevivência na pobreza. De forma breve, o tema do risco, baseado em Robert Castel, será trazido para a discussão.

O oitavo capítulo é o início propriamente dito. Nele será

abordado o multifacetado conceito de medicalização da vida e por fim dos sofrimentos. De modo ensaístico apresenta-se uma explicação histórica e social sobre as possibilidades de se pensar o tema no contemporâneo.

Capítulo 1 - O objeto da pesquisa

Este trabalho se trata de um conjunto de resíduos, pedaços de vida, uma cartografia, um mapa dilatado por objetos, fragmentos, vozes. O caminho até aqui surge de um interesse, o mesmo pensado por Cardoso de Oliveira, “olhar, ouvir e escrever”. Foi no trabalho realizado entre os anos de 2010 e 2012 para uma pesquisa multidisciplinar em regiões periféricas de Florianópolis, que a proximidade com os sujeitos pesquisados fez emergir algumas questões importantes para esta nova investigação. Durante todo o campo, nos momentos de entrevista, recolhendo relatos sobre as histórias de vida, aspectos relacionados ao sofrimento psíquico foram emergindo. À medida que nos aprofundávamos nos relatos dos indivíduos pesquisados, muitos ressaltavam algum tipo de mal relacionado à sua vida íntima e social. Esses males relatados e identificados com o diagnóstico médico de depressão, em geral, são tratados com medicamentos recebidos nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros. Algumas falas frisavam uma possível relação dos problemas sociais com a medicalização via UBS.

O objeto desta pesquisa, elaborada de um ponto de vista multidisciplinar no âmbito das ciências humanas, é a análise do fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico. De acordo com expressiva produção de estudos sobre a indústria farmacêutica, sabemos que existe uma dissimetria entre o uso de medicamentos e as alternativas não medicamentosas para doenças mentais (Pignarre, 1999; Amarante, 2007; Aguiar, 2004). A indústria farmacêutica se desenvolveu exponencialmente e chegou a constituir-se como a segunda maior em termos de concentração de capital. Abriu-se um enorme leque de possibilidades de investigação de mercado em decorrência das biotecnologias e do advento da biologia molecular. Chega-se a anunciar o começo de uma nova era, biotecnológica, configurada pela combinação de modelos informacionais, meios de comunicação, e a biologia molecular que irá permitir – já permite – tanto a interpretação sobre código da vida como sua recodificação e reelaboração mediante uma “engenharia genética” (Kelly, 1995; Castells, 1998).

Luc Boltanski (1989) e Philippe Pignarre (1999) sublinham essa assimetria, no mercado e na relação médico e paciente, ou como escreve Boltanski em seu livro *As Classes Sociais e o Corpo*:

Como o médico atualmente é ao mesmo

tempo o principal agente dos conhecimentos médicos e aquele que – ao afirmar a legitimidade de seus atos e discursos – limita sua reprodução, a relação que os membros das classes populares mantêm com o universo estranho da doença e da medicina aparece totalmente na relação com o médico, como o único representante da ciência legítima que eles podem amiúde frequentar. (BOLTANSKI, 1989, p.37)

No entanto, atualmente, os meios de comunicação cumprem um papel importante na propagação dos diagnósticos. Tal relação, ainda que permeada de poder, dilui-se, e, o paciente, sujeito do diagnóstico, não exerce um papel totalmente passivo. Essas considerações nos levam ao eixo do trabalho: Análise de como mulheres e homens de camadas populares assistidas pelo Programa Bolsa Família, cada vez mais, são levados a pensar seus sofrimentos em termos médicos psíquicos.

Aguiar (2004) afirma que há uma difusão social do conceito da doença via midiaticização dos sintomas, tal difusão tem o objetivo de fazer com que o próprio paciente possa diagnosticar-se e sugerir o tratamento ao médico, como se poderá perceber em algumas falas. Para Ferrazza (2009) a propaganda acaba por inculcar nas pessoas a ideia de que medicar é sinônimo de tratar, e, portanto, o bom médico é aquele que medica. Com os medicamentos psicofármacos, essa relação não será diferente. O sujeito vai à UBS e faz um relato dos seus problemas físicos que, por sua vez, estão descritos através de sintomas patológicos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)¹, “como no DSM o diagnóstico é realizado pela mera identificação de sintomas, não dependendo de nenhum exame complementar, é perfeitamente possível que o próprio paciente estabeleça o seu diagnóstico e até mesmo o tratamento farmacológico que achar conveniente” (AGUIAR, 2004, p.100). A ausência de um sintoma

¹ Este manual de classificação das doenças mentais foi elaborado por psiquiatras da *American Psychiatric Association* (Associação de Psiquiatria Norte-americana – APA), independentemente da classificação elaborada pela OMS, o *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (Código Internacional de Doenças – CID).

químico-biológico dá lugar à narrativa do paciente corroborada pela difícil delimitação entre o “normal” e o “patológico”. Não obstante isso, a doença encontra-se socializada, propagada nos meios de comunicação de onde vem boa parte das referências culturais destes grupos sociais.

De um modo geral, o que se pôde perceber desde o início da pesquisa de campo foi que a relação dos sujeitos pesquisados com as UBS, via condicionalidades do Bolsa Família ou motivos diversos, é bastante complexa. Na consulta médica a interação de um determinado especialista com um paciente está desde o começo aberta aos imperativos do discurso. Para esta pesquisa foi imprescindível destacar os relatos dos indivíduos aos médicos no momento das consultas, levando sempre em consideração as relações entre pesquisador e pesquisados, além daquilo que os sujeitos “organizam” para dizer e silenciar.

Capítulo 2 - Do objetivo geral e dos específicos

Do ponto de vista sócio-antropológico, numa pesquisa com este objeto é preciso perguntar não apenas como acontece a “medicalização”, mas também o porquê de estarmos interessados por essa questão especificamente nas camadas populares. Escreve Nogueira que é notório o fato de que uma das tendências relevantes da medicina contemporânea tem sido a de submeter o indivíduo, como suporte indispensável às consultas clínicas de rotina, ao famoso *check-up*. “Dessa forma será possível estabelecer, propor e até mesmo impor, entre as medidas para sarar ou evitar as doenças, as mudanças de estilo de vida capazes de exercer forte impacto em sua saúde e qualidade de vida” (NOGUEIRA, 2007, p.11).

Podemos dizer que é a partir deste ponto de vista que foram construídas as condicionalidades² do Programa Bolsa Família, visando o acompanhamento médico dos beneficiários, bem como de seus filhos. Eles devem ir regularmente às UBS em obediência às condicionalidades. As condicionalidades são as obrigações que assumem os beneficiários no momento em que se inserem no Programa.

Sendo assim, o objetivo principal deste trabalho é analisar os sentidos atribuídos à medicalização do sofrimento psíquico em beneficiárias/os do Programa Bolsa Família, buscando compreender a relação com o seu cotidiano, bem como a, possível, transformação de problemas sociais em diagnósticos psiquiátricos. São desdobramentos deste primeiro objetivo, objetivos específicos, que propõem: Identificar quais os códigos de referência cultural para que se reconheçam e aceitem como doentes; ver e analisar a relação de beneficiárias/os do Programa Bolsa Família (PBF) com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A “Agenda da Família”, cartilha entregue aos beneficiários, diz que é compromisso dos pais “pesar, medir e fazer exames frequentemente” (MDS, s/d, p. 20), bem como participar das ações promovidas pela UBS e informar constantemente os agentes comunitários de saúde sobre quaisquer anormalidades. Nesse condicional ir e vir às UBS essas pessoas expõem suas narrativas que traçam um mosaico triste da realidade social, permeada pela diferenciação e pela pobreza, são relatos de violência, fome, falta de

² Ver capítulo 5.

recursos básicos, aliados às doenças físicas.

A partir de um conhecimento prévio do campo, as seguintes perguntas podem ser formuladas:

- O que relatam³ os beneficiários aos médicos? Que motivos levaram ao diagnóstico?
- Como é a relação dos beneficiários com os antidepressivos?
- Qual a especificidade da medicalização do sofrimento em camadas populares?

Através destas inquietações iniciais buscou-se nessa pesquisa, a guisa de hipótese, verificar se o frequente ir e vir às Unidades Básicas de Saúde favorece o diagnóstico médico de depressão tendo em vista as condições sociais dos sujeitos pesquisados e o conteúdo de seus relatos no momento da consulta médica. Seriam, portanto, condições socioeconômicas que levariam ao mal-estar e o sofrimento, e, que no momento do diagnóstico ficariam silenciados pela redução a um conjunto de sintomas biológicos?

Os sociólogos têm, desde a década de 1960 com Ivan Illich autor de “A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina”, se debruçado sobre as condições de possibilidade que levaram a medicina ao âmbito daquilo que não era médico. Em outras palavras, passou-se a estudar o processo pelo qual problemas não médicos passaram a ser vistos e tratados como problemas médicos. Tal processo não se restringe ao uso de medicamentos, no entanto, pode-se averiguar que o medicamento está presente em parte considerável dos diagnósticos aqui estudados.

As condicionalidades do Programa Bolsa Família estão estritamente ligadas ao combate do ciclo geracional de pobreza, quer dizer, são estratégias políticas e sociais para a saída das situações de risco em que estão inseridas as populações periféricas. Nesse sentido, referenciando-nos em Robert Castel (1987), estratégias de prevenção de riscos são definidas pela capacidade de medir e antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis, por meio das quais o indivíduo sujeita a si próprio, tendo em vista sua condição de pobreza, a uma racionalidade estatal através das políticas públicas. As táticas de controle do risco incidem sobre uma situação não real, onde se trata menos de reparar e corrigir deficiências do que “programar a eficiência” (CASTEL, 1987,

³ Busca-se explorar aspectos mobilizados pelos beneficiários no momento da consulta, isto é, a resposta formulada pelos entrevistados é mais um relato do relato do que uma cópia fiel da consulta médica.

p.178).

Sendo assim, o condicionamento dos beneficiários aos programas de saúde pública serve para reprimir “prováveis ocorrências de enfermidades, anomalias, comportamentos desviados a serem minimizados e comportamentos saudáveis a serem maximizados” (RABINOW, 1999, p.145). Mais que prevenir, antes de tudo remediar, como afirma França (1994, p. 50):

Nesse fato político de gerenciar a vida humana, a medicina adquire um papel normativo e pedagógico que autoriza a uma ação permanente no corpo social. Distribuir conselhos, reger relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade são táticas da racionalidade médica para assegurar a inserção de ambos a uma série de modelos específicos de seu campo de ação.

É a partir dessas reflexões, que nos mostram como a prática médica contemporânea, amalgamada ao conceito de risco, forja, também, uma prática de condicionalidades, que, o objetivo deste trabalho emerge. Como compreender as relações que levam homens e mulheres assistidos por um programa social a, cada vez mais, identificarem seus sofrimentos em termos médico-psíquicos.

Capítulo 3 - Cenário e sujeitos da pesquisa

Essa investigação é fruto de dois anos de trabalho junto a um grupo de pesquisa⁴ multidisciplinar. Podemos caracterizar este período como um pré-campo, pois foi a partir dele que se iniciou o interesse pela medicalização em camadas populares, visto que era um fato latente nos relatos coletados. No momento seguido a pesquisa anterior, considerou-se importante buscar nesses relatos as falas sobre diagnósticos médicos de depressão e sobre medicamentos como uma forma de refletir sobre esse fenômeno social. A parte empírica, portanto, divide-se em duas partes, ainda que façam parte dela os mesmos sujeitos agora indagados com outro objetivo. A primeira parte constitui-se de um relato mais extensivo, livre, sobre a vida dos entrevistados, a segunda, um relato mais curto e focalizado sobre as experiências de sofrimento.

Atualmente existem no município de Florianópolis 64 assentamentos precários, onde vivem aproximadamente 52 mil habitantes, totalizando 13% da população total da cidade. A grande parte dessas habitações está localizada em áreas de preservação ambiental, e áreas de risco como: “nos manguezais, nas dunas, nas encostas dos morros, nas áreas sujeitas a inundações, nos fundos de vales, nas áreas

⁴Tal pesquisa compunha os estudos realizados pela Rede de Estudos Internacionais (SNIS), coordenada pelo Prof. François-Xavier Mérrien (*Université de Lausanne*) da qual, no âmbito nacional, participaram pesquisadoras/es de Florianópolis e Brasília, selecionadas/os por meio da Chamada Pública 90/2010, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Como estudante de graduação em Ciências Sociais atuei com bolsa de auxiliar de pesquisa. A pesquisa teve como objetivo geral a análise das modalidades e mecanismos de gestão dos recursos oriundos do Programa de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) Bolsa Família, com foco na forma como mulheres de Florianópolis administram seu cotidiano familiar e no modo como ocorrem suas relações com o Estado por meio da política de assistência social, educação e saúde, em decorrência de suas inserções no PBF. Para cumprirmos com esses objetivos foi necessária uma abordagem de caráter qualitativo, visto que o IPEA também sinalizava nessa direção. A escolha por uma pesquisa de feições etnográficas comportava as expectativas dos/as envolvidos/as. Foi nessa perspectiva multidisciplinar que surgiram muitas questões, aparentemente distanciadas sobre o Bolsa Família, as/os beneficiárias/os, gestores municipais e mediadores. Uma dessas questões diz respeito a este trabalho de pesquisa.

de preservação de mananciais, entre outros” (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Nesses assentamentos, na maioria das vezes, as famílias vivem em condições precárias de habitação, não possuem saneamento básico, sofrem com a falta de infraestrutura urbana, falta de serviços sociais, a violência, além dos baixos rendimentos que recebem, prestando serviços em relações informais e precárias de trabalho, de modo geral. Estima-se que no município 44.968 mil pessoas componham a população de baixa renda, a concentrar-se na região central (Maciço do Morro da Cruz) e na região continental de Florianópolis. No primeiro espaço são 18.884 mil pessoas de baixa renda, no segundo, 15.113 mil (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Na Ilha de Florianópolis, foi campo da pesquisa empírica, o bairro Tapera (sul da Ilha).

3.1 Caracterização do Bairro Tapera

O bairro Tapera se localiza na Baía Sul da Ilha de Florianópolis, fazendo parte do Distrito do Ribeirão da Ilha. Nos séculos XVIII e XIX, a agricultura e a pesca promoveram a subsistência da população remanescente da colonização açoriana, e ainda propiciou uma pequena produção de caráter mercantil que caracterizou a colonização. Já no século XX, a produção mercantil do litoral catarinense, com poucas exceções de nível maior, entrou em processo de estagnação econômica, e se desestruturou rapidamente. Isto provocou um fluxo das antigas áreas rurais em direção ao núcleo urbano da cidade. O chamado êxodo rural, característica do final do século XX.

A construção da Base Aérea e do aeroporto na parte sul da ilha, em 1923 deslocando militares e atraindo serviços para o local, impactou a ocupação da área e a demografia local. A possibilidade de empregos e de acesso rápido ao centro da cidade provocou a migração de famílias das localidades próximas, Ribeirão da Ilha, Pântano do Sul e Campeche, para a Tapera. A explosão populacional do Bairro Tapera pode ser descrita em diferentes etapas, que se correlacionam com a própria dinâmica do município de Florianópolis e da região sul da Ilha.

O Fluxo da população que veio das cidades do litoral catarinense e da região serrana, como Enseada do Brito, Palhoça, Garopaba, Lages, Fraiburgo entre outras, trouxe pessoas que pretendiam trabalhar na lavoura e, não encontrando emprego nesse setor, dedicando-se a outras áreas, como o comércio e o funcionalismo público. Muito desses vieram

ocupar áreas que eram utilizadas para criação de gado, plantação, as chamadas áreas comunais⁵ que, com a decadência da pequena produção açoriana não tinham o mesmo vigor de antes, tais ocupações contribuíram para a expansão da cidade de Florianópolis. Na área da Tapera tal processo não foi diferente. Segundo Klock Filho, (2003, p34), “[...] a região foi ocupada por famílias que se dirigiram para Florianópolis, onde está localizado o Campo da Ressacada, área comunal que abrange os bairros de Carianos (Aeroporto), Tapera da Base (Rua do Juca e Pedregal) e Ribeirão da Ilha (Alto do Ribeirão)”.

Assim, o bairro Tapera vem sofrendo um aumento sensível do número de moradores. Esse crescimento não é acompanhado de investimentos em infraestrutura⁶ suficiente para gerar qualidade de vida à população. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em 2010 a população residente na Tapera era de 11.279 habitantes (contabilizando os dois locais: Tapera e Pedregal, pois usufruem dos mesmos recursos disponíveis no local).

No bairro Tapera existem graves problemas de infraestrutura, derivados de um crescimento urbano que não foi acompanhado de ações concretas para inserir a população num estágio de boa qualidade de vida, trazendo para seus moradores (de baixa renda em sua maioria, como podemos perceber pelos dados expostos), padrões que não refletem o que o que se “vende” sobre Florianópolis.

Os moradores contribuem para o aumento dos problemas

⁵“ A Ilha de Santa Catarina foi talvez a área do Estado onde as terras de uso comum ocorreram com maior frequência. Toda a localidade possuía alguma área comunal que podia utilizar, ... a existência de terras comunais por toda a Ilha e que as mesmas foram usadas não apenas como pastagens para o gado, mas também para o abastecimento de lenha, madeira, fonte d' água, agricultura, coleta de frutos e plantas medicinais, etc.... Esses diferentes tipos de utilização podiam ser realizados numa mesma área. Havia porém, áreas que só se prestavam a um ou dois determinados usos, pois isto dependia das características físico – espaciais.... Discutir-se- à apenas alguns casos de campos ou áreas que foram comunalmente utilizadas pelo pequeno produtor açoriano, senão todas, embora tinham sido várias os casos que ocorreram em toda a ilha” - CAMPOS, Nazareno José de , TERRAS COMUNAIS E PEQUENA PRODUÇÃO NA ILHA DE SANTA CATARINA, p.105-106

⁶ Infraestrutura pode ser entendida como uma série de equipamentos e serviços necessários ao desenvolvimento das funções de um local, visando promover condições adequadas de moradia, trabalho, saúde, educação, lazer e segurança.

socioambientais devido a desinformação ou falta de controle público que os auxiliem para amenizar os assentamentos precários, muitas famílias não tem condições para adquirir um terreno, acabam por se instalar em áreas de manguezais como é a situação de boa parte da comunidade do Pedregal.

No âmbito da assistência social, identificou-se que as associações religiosas realizam atividades comunitárias e de auxílio aos habitantes, como distribuição de alimentos, roupas etc.

Ao analisar o comércio local pode-se classificá-lo de pequeno porte em relação à população do bairro, este é composto de: bares, farmácias, minimercados, uma agropecuária, uma papelaria, pequenas lojas de vestuário, uma academia de ginástica e uma *lan house*, casa de materiais de construção, no entanto é importante registrar a ausência de estabelecimento bancário ou casa lotérica. Tendo assim a população que se deslocar em busca dos serviços que faltam.

Nas observações de campo pode-se ver pelas ruas um grande número de crianças, idosos e mulheres. No período de pré-campo, em razão da pesquisa anterior, via-se que muitas ruas estavam em situação muito precária, sem calçamento, alagadas, quase intransitáveis. Hoje o que se vê é uma relativa melhoria nas ruas principais. Muitos moradores relatam que as mudanças ocorreram no período anterior ao do pleito eleitoral do ano de 2012. Ainda assim, nos locais de mangue, vê-se muita precariedade e diferenciação com relação aos outros sítios do Bairro. De acordo com os moradores a violência agrava-se diariamente, o principal fator seria o tráfico de drogas e o aliciamento de jovens para este.

3.2 Perfil dos Beneficiários do Programa Bolsa Família do Bairro Tapera

A pesquisa no bairro Tapera teve o apoio de 13 participantes, sendo 11 do sexo feminino e dois do sexo masculino. Destes 13 entrevistados cinco estão na faixa etária de 15 a 40 anos, dois estão na faixa etária de 40 a 50 anos, seis tem idade igual ou maior de 50 anos. Sobre religião: seis são evangélicos, um católico, três espíritas, um umbandista e um não informou a religião a qual pertence. Em relação ao estado civil, nove participantes são casados, um entrevistado separado, um participante viúvo e um entrevistado solteiro. Com relação a cor, nove entrevistados são brancos, dois negros e dois pardos.

Dentre os treze entrevistados, oito são responsáveis legais pelo benefício do PBF e cinco participantes não são responsáveis, mas estes são membros de famílias beneficiárias do PBF. Entre as famílias entrevistadas quatro famílias tem um beneficiário indireto, três famílias têm em cada uma delas três beneficiários indiretos e uma família tem dois beneficiários indiretos.

Referente às regiões de procedências dos entrevistados, seis nasceram em Florianópolis vindos de outros bairros da cidade, três são de cidades do estado de Santa Catarina, três são migrantes do estado do Rio Grande do Sul e um é natural do Paraná. O tempo de moradia de três participantes no bairro é superior a três anos; dez entrevistados residem no bairro há mais dez anos; três moram no bairro há mais de vinte anos, dois tem mais de trinta anos de moradia na Tapera e um entrevistado não informou o tempo de residência. Entre os entrevistados, 11 apresentaram uma composição familiar de um a cinco filhos, outros dois registraram uma composição de seis a dez filhos e um não tem filhos.

Sobre o grau de instrução dos entrevistados, verificou-se que dos 13 participantes, dois estudaram até a 4ª série do ensino fundamental, seis concluíram a 8ª série do ensino fundamental, um é analfabeto, um concluiu o magistério e dois não informaram o grau de escolaridade. Constatou-se que uma participante estava inserida no mercado informal de trabalho, três trabalham com carteira assinada, dois trabalhadores estão em pericia médica, sete estão aposentados e um é estudante.

3.3 Outros entrevistados

Foi entrevistado um médico clínico geral de uma Unidade Básica de Saúde, cujo nome não será identificado neste trabalho. Além do médico foram entrevistadas duas agentes comunitárias de saúde, foram elas que em um primeiro momento fizeram o papel importante de informantes, seus nomes também não serão identificados. Tanto a entrevista com o clínico quanto com as agentes foram realizadas nas dependências de suas Unidades Básicas de Saúde.

3.4 Considerações sobre as entrevistas

Todos os/as entrevistados/as possuem diagnóstico médico de

depressão, sendo um deles com transtorno bipolar.

Todos os entrevistados terão seus nomes trocados por codinomes escolhidos por eles mesmos durante as entrevistas.

Para além das entrevistas irão compor este trabalho os diários de campo e as anotações mais breves sobre o que se viu e ouviu nas casas, postos, ruas e conversas com crianças nas comunidades.

Essa pesquisa não é uma pesquisa de gênero, nem por isso, se desenvolve sem olhar para uma questão importante no âmbito do Programa Bolsa Família. Tal questão, a titularidade do benefício, majoritariamente feminina, emerge porque, como escrevem Suárez e Libardoni:

O cumprimento das condicionalidades envolve principalmente as mulheres que recebem o benefício, em virtude da figura do marido ou companheiro estar ausente em muitos deles. Além disso, a presença do cônjuge, na maioria dos grupos domésticos, não influi muito quanto ao cumprimento das condicionalidades porque a postura da mãe pesa mais do que a do pai na tomada de decisões referentes à educação, saúde e tudo que tenha a ver com os filhos. Sozinhas ou acompanhadas, a feminilidade das mulheres entrevistadas se firma na maternagem, entendida como o desempenho do papel de cuidar de crianças, seja na qualidade de mãe, seja na de mãe substituta. (SUÁREZ e LIBARDONI, 2007, p.124).

Pode-se afirmar que, assim como na pesquisa dos autores acima citados, no campo desta investigação encontra-se uma configuração semelhante. De forma geral são as mulheres as administradoras das casas, ficando sob a responsabilidade delas o cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

3.5 Camadas populares

Por que atribuir a esta população a categoria de “camada popular”? Responder essa indagação gera uma série de dificuldades que supõem os limites das categorias analíticas e as possibilidades da teoria na relação com o mundo cotidiano. As camadas sociais são a expressão da cultura e especificidades do local que habitam. Ao não atribuir aos beneficiários o conceito de classe social, entende-se que, deixa-se em

aberto às possibilidades, sempre constantes, na análise de populações muito específicas. O termo “camada popular”, aqui empregado, foi emprestado de E. P. Thompson (1987), e, sugere que as políticas governamentais de transferência condicionada de renda, não atendem à classe trabalhadora⁷ e sim, atendem, a outras camadas das classes subalternas. Por exemplo, no caso brasileiro, deve-se levar em conta que a formação da classe trabalhadora possui singularidades se comparada à inglesa⁸, o que nos pede cuidado na formulação desta categoria; se é que até mesmo podemos falar, nesse caso, em uma categoria propriamente dita.

Para Thompson, a experiência emerge como categoria central. É pela experiência que o indivíduo desenvolve, atribui e corporifica valores. Esses valores nem sempre são uma imposição, pode-se analisá-los do ponto de vista de que são criações, subjetivações, ressignificações. Tendo em vista tais ressalvas, é importante pensar que não é homogênea a relação no interior das classes, desse modo, é por essa razão que se utiliza o termo camada popular. No interior da classe trabalhadora urbana brasileira existe outra camada social com determinadas características e registros de experiência. Sem nos aprofundarmos no tema, deve-se lembrar de que Thompson chama a atenção para que compreendamos incoerências e limites no interior das camadas estudadas. De forma geral, mais precisamente no núcleo do pensamento de Thompson, o autor postula que é a partir de uma compreensão dialética da relação entre o ser social – posição que está no âmbito da produção capitalista, mais, determinantes que condicionam – e a consciência social, que por sua vez, é a compreensão cultural dos sujeitos, o exercício de suas vontades. Desse modo, pode-se afirmar que a forma relacional das camadas populares, e, também das outras camadas e classes é “[...] a maneira pela qual essas experiências (de relações produtivas) são manipuladas em termos culturais, incorporadas em tradições, sistema de valores, ideias [...]” (THOMPSON, 1987, p. 08). Sendo a classe um “fenômeno histórico, que unifica uma série de acontecimentos díspares e aparentemente desconectados, tanto na

⁷ No sentido prático do termo. Pessoas assistidas pelo Bolsa Família, via de regra, não poderiam trabalhar, portanto, não geram riqueza nem mais-valia.

⁸ THOMPSON, E.P. *A formação da classe operária inglesa*. 3 volumes. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

matéria-prima da experiência como na consciência. Não vejo a classe como uma 'estrutura', nem mesmo como uma categoria” (THOMPSON, 1987, p. 09).

Inspirado na contribuição de Thompson utilizou-se o termo “camadas populares”, para, considerando as peculiaridades da realidade brasileira, ponderando ainda que o conceito de "camadas populares" açambarca gente de camadas subalternas, com emprego ou não, que articula uma identidade a partir de experiências aparentemente diferentes (mas comuns), por meio de uma formação cultural própria; subalterna, mas de forma alguma inferior.

Capítulo 4 - Método

Por meio de entrevistas livres e semiestruturadas com homens e mulheres beneficiárias, como mencionado anteriormente, *observamos e ouvimos* 13 pessoas, uma amostra reduzida se comparada ao número de participantes de outros instrumentos de pesquisa. Contudo, estas entrevistas nos ofereceram muitos elementos para refletir sobre as formas como se configuram as relações destes sujeitos com os medicamentos, quais elementos foram importantes para se sentirem “doentes”, o que relataram aos médicos, como são suas relações com as Unidades Básicas de Saúde, etc. A escolha por entrevistas livres e depois, no segundo momento, semiestruturadas, foi em decorrência da escolha por uma pesquisa de “feições” etnográficas.

A aproximação ao campo e aos entrevistados foi possível com a ajuda de três informantes, foram elas: duas agentes comunitárias de saúde e uma senhora idosa que às tardes gostava de ficar à janela “vendo o movimento”. Todos os sujeitos, que tiveram suas entrevistas gravadas, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e puderam, após as transcrições de áudio, ler suas entrevistas e autorizar, novamente, a utilização das mesmas.

Uma ferramenta importante para este trabalho foi a observação participante. Para Roberto Cardoso de Oliveira (2000), há um engano ao tratar a observação participante de maneira secundária, de modo que seja uma mera criadora de hipóteses. Podemos dizer que esse instrumento de pesquisa é algo que gera verdadeira interação. Nessa pesquisa de campo, ocorreu que quando se voltava para fazer a revisão das entrevistas gravadas, muitas pessoas diziam coisas antes não ditas. E, em alguns casos, o simples ato de passar um dia com a família nos possibilitava uma melhor compreensão, pois se tratam de pessoas como nós, estudantes, trabalhadores, donas de casa e que se relacionam com muitas situações que constituem experiências em comum. Não se podem negar diferentes pontos de partida dessas relações, mas, é nesta interação que as singularidades são visualizadas e despertam a intenção deste trabalho.

O número total de pessoas não foi uma definição estatística, foi-se definindo à medida que os relatos tornavam-se mais parecidos, embora, nenhum relato tenha sido igual. O período de entrevistas foi de 2010 a 2012 (pré-campo feito em pesquisa anterior) e janeiro a maio de 2013.

Acreditamos que pelos vários discursos dos participantes nas entrevistas foi possível verificar que na vida cotidiana dos beneficiários as Unidades de Saúde têm um papel importante. É por meio delas que o Estado consegue organizar, de maneira estatística, o controle sobre as condicionalidades dos usuários do Programa Bolsa Família. Outras instituições fazem conjuntamente este papel, a escola tem o controle da frequência dos filhos de beneficiários, os Centros de Referência e Assistência Social (CRAS) fazem o recadastro e o Cadastro Único⁹, no entanto, é na Unidade Básica de Saúde que os beneficiários devem se apresentar periodicamente. Na área da saúde, a família deve manter em dia o calendário de vacinação, fazendo o acompanhamento do desenvolvimento das crianças até aos sete anos de idade, das gestantes no pré-natal e das nutrizes. Acrescenta-se a essas condicionalidades a pesagem e os exames periódicos.

Antes de apresentarmos os resultados das observações e experiências de campo, bem como de trechos literais das entrevistas gravadas, com o intuito de melhor contextualizar o leitor em relação à temática central do estudo, parece-nos oportuno, se não necessário, apreender da literatura sobre o PBF os principais aspectos referentes às condicionalidades.

⁹ O Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) é regulamentado pelo Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, e funciona como um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda. É utilizado, obrigatoriamente, para a seleção de beneficiários e para integração de programas sociais do governo federal. Em junho de 2011 estavam cadastradas no município de Florianópolis 15.221 famílias. Destas, 11.872 famílias com renda *per capita* mensal de até 1/2 salário mínimo e 9.544 mil famílias cadastradas com renda *per capita* mensal de até R\$ 140,00.

Capítulo 5 - Programa Bolsa Família: uma perspectiva crítica sobre as condicionalidades

O longo e obscuro período neoliberal *atrapado* por consecutivas crises nos anos 1970 e 1980 só fez agudizar os problemas relativos à fome e desocupação, isto é, o projeto político, econômico e social mostrou suas nefastas debilidades em especial na América Latina. No período subsequente, anos 1990, com o fim das ditaduras cívil-militares em nosso continente, inicia um momento de ajustes históricos. Neste marco surgem os programas de transferência de renda com ou sem condicionalidades.

Neste capítulo iremos expor a estrutura do Programa Bolsa Família com ênfase nas condicionalidades, bem como na relação dos beneficiários com as condicionantes relativas à saúde.

5.1 Programa Bolsa Família no Brasil

O Programa Bolsa Família¹⁰ é um Programa De Transferência Condicionada De Renda (PTCR), criado pela Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Esta política de governo tem por finalidade a reformatação dos procedimentos de gestão e execução de ações de transferência de renda do Governo Federal, principalmente as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação (Bolsa Escola), criado pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001, do Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA), criado pela Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, do Programa Nacional de renda mínima vinculado à Saúde (Bolsa Alimentação), instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 06 de

¹⁰ Em janeiro de 2004 houve a extinção do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome no Brasil (MESA) e a criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Nessa ocasião, o Programa Bolsa Família, criado através da Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003, se converteu, em 9 de janeiro de 2004, na Lei nº 10.836, sendo o Programa Fome Zero, lançado no dia 30 de janeiro de 2003, a partir daquele momento, incorporado ao novo Ministério. Com isso, surge o processo de integração dos Programas de Transferência de Renda, visando superar as limitações que os Programas apresentavam isoladamente.

setembro de 2001, do Programa Auxílio-Gás, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002, e do Cadastramento Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001, revogado pelo Decreto nº 6.135, de 2007.

Portanto, os programas sociais que inicialmente foram unificados e que constituíram o núcleo original do PBF foram: Bolsa escola, Bolsa Alimentação, Vale gás e Cartão alimentação. A situação dos PTCR em 2003 era bastante complexa, o êxito destes programas estava em xeque. Cada programa federal tinha sua agência executora e a ligação entre elas era quase inexistente. “Os sistemas de informação desses programas eram separados e não se comunicavam, de modo que uma família poderia receber todos os quatro, enquanto outra, vivendo em condições iguais, poderia não receber transferência alguma.” (SOARES, SÁTYRO, 2009, p. 10). O valor recebido pelos beneficiários, bem como os critérios de adesão aos programas era destoante entre si, de maneira que não havia um parâmetro nacional nivelador. Outra problemática era que nenhum programa era implementado a nível nacional, portanto misturava-se a outros programas estaduais e municipais. Resultava que não existia com isso uma coordenação eficiente. “O que existia não se assemelhava, mesmo remotamente, com um sistema de proteção social. Era um emaranhado de iniciativas isoladas, com objetivos diferentes, porém sobrepostos, e para públicos diferentes, mas também sobrepostos.” (SOARES, SÁTYRO, 2009, p. 9).

Não atendiam o Brasil por inteiro, apesar disso todos reconheciam a pobreza como um risco social a ser “combatido”¹¹, sendo esse seu “alvo”. Em outubro de 2003, o Governo Federal criou o Programa Bolsa Família, com objetivo de unificar os quatro programas. Para realizar a unificação, o Bolsa Família se beneficiou da existência do Cadastro Único, que estava num processo de aperfeiçoamento e se expandindo desde sua criação, em 2001, com o objetivo de integrar as informações sobre os beneficiários dos programas federais. Com isso criou-se o Programa Bolsa Família em resposta a uma demanda organizacional.

A complexidade da unificação destes programas sociais, com nenhuma ou pouca articulação entre si, expressa-se no dilema que envolve os sujeitos incumbidos da formulação e gestão das políticas

¹¹ Em geral os termos utilizados para os programas contra a pobreza tendem a imprimir um caráter militar de combate à situação dos indivíduos, esses considerados como o “alvo” das políticas sociais.

públicas. Estabelecer conceitos universais – tais como pobreza, qualidade de vida e desenvolvimento social – extremamente relacionados aos sujeitos usuários dos programas sociais, torna-se o dilema de tais gestores, pois o desempenho dessas políticas deve considerar e articular a diversidade de projetos de vida e o caráter intersubjetivo das relações e tradição cultural dos diferentes grupos beneficiários. Como aponta Gonçalves (2008, p. 19), há “mediações socioculturais e relações de poder local que devem ser analisadas quando propomos projetos, programas que visam promover a mudança social.”

O Programa Bolsa Família tem como finalidade beneficiar famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 70,00 a R\$ 140,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70,00).

O objetivo da estrutura desse programa foi articular três proposições de combate à pobreza e superação da fome:

1^a) alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; 2^a) reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação, por meio de cumprimento das condicionalidades, o que propõe o rompimento com o ciclo da pobreza entre gerações; 3^a) coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza.

Alguns exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de educação de jovens e adultos, de registro civil e demais documentos, etc.

A inclusão da família no Programa é feita exclusivamente por meio de um sistema informatizado conhecido como Cadastro Único (CadÚnico). As famílias inseridas no Cadastro Único em cada município são priorizadas segundo o critério da renda per capita. Os benefícios são concedidos de acordo com as possibilidades orçamentárias de expansão do programa.

Os valores pagos pelo Programa Bolsa Família variam de R\$ 33,00 (trinte e três reais) a R\$ 200,00 (duzentos reais), de acordo com a renda mensal por pessoa da família e com o número de crianças e adolescentes de até 15 anos e de jovens de 16 e 17 anos.

5.2 Condicionalidades

Em setembro do ano 2000, na cidade de Nova York durante a Cúpula do Milênio, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou um documento que consiste num conjunto de metas pactuadas pelos governos dos 191 países-membros. Denominado “**8 Jeitos de Mudar o Mundo**”, o propósito do documento é “contribuir para um mundo mais justo, solidário e sustentável”. Os objetivos consideram a saúde, educação e a fome os problemas cruciais na busca deste mundo sustentável. São eles:

1. Reduzir pela metade o número de pessoas que vivem na miséria e passam fome.
2. Garantir a educação básica de qualidade para todos.
3. Fomentar a igualdade entre os sexos e mais autonomia para as mulheres.
4. Reduzir a mortalidade infantil.
5. Melhorar a saúde materna.
6. Combater epidemias e doenças.
7. Garantir a sustentabilidade ambiental.
8. Estabelecer parcerias mundiais para o desenvolvimento.

Nesse contexto é que surgem as primeiras ações de transferência de renda com contrapartida dos beneficiários. Podemos afirmar que as condicionalidades do Programa Bolsa Família encontraram aí os seus fundamentos.

As condicionalidades são as obrigações nas áreas da educação, da saúde e assistência social atribuídos às famílias e que precisam ser cumpridos para que elas continuem a receber o benefício do Programa Bolsa Família.

As condicionalidades do Programa Bolsa Família são:

a) Educação: frequência escolar mínima de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos e mínima de 75% para adolescentes entre 16 e 17 anos.

b) Saúde: acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de 07 anos; e pré-natal das gestantes e acompanhamento das nutrizes na faixa etária de 14 a 44 anos.

c) Assistência Social: frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços socioeducativos para crianças e adolescentes de até

15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil.

O Programa Bolsa Família garante a titularidade do recebimento do benefício prioritariamente às mulheres (mulher mãe, cuidadora) mediante o cumprimento da obrigatoriedade de frequência escolar, do acompanhamento médico no crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 07 anos, acompanhamento no pré-natal, da saúde do bebê, da saúde das mulheres com idade entre 16 e 44 anos e de vacinação materna e infantil.

Da mesma forma,

[...] a perspectiva de punir as famílias que não cumprem as condicionalidades parece incompatível com os objetivos de promoção social do Programa, assim, não se pode deixar de considerar as condições que as famílias dispõem para atender as requisições impostas, tendo em vista as dificuldades cotidianas de sobrevivência a que a maioria está exposta (SENNA, 2007, p. 93).

De acordo com o guia para acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, cada município é responsável por: monitorar o cumprimento dos compromissos pelas famílias beneficiárias, como determina a legislação do Programa Bolsa Família; responsabilizar o poder público pela garantia de acesso aos serviços e pela busca ativa das famílias excluídas e vulneráveis; identificar, nos casos de não cumprimento dos compromissos, as famílias em situação de maior vulnerabilidade e orientar ações do poder público para o acompanhamento dessas famílias.

Todo beneficiário recebe a chamada *Agenda da Família* que consiste em um material de controle do cumprimento das condicionalidades. Na *Agenda* podemos encontrar uma série de recomendações aos beneficiários.

As condicionalidades do Programa são compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público para que os beneficiários utilizem os serviços de educação, saúde e assistência social, **principalmente**, as crianças, os adolescentes e as mulheres grávidas.

Compromissos com a saúde: Os pais ou responsáveis pelas crianças menores de sete anos

devem levar as crianças para tomar as vacinas recomendadas, pesar, medir e fazer exames frequentemente. As gestantes e mães que amamentam devem participar do pré-natal e ir às consultas na unidade de saúde, continuar o acompanhamento da saúde da mãe e do bebê após o parto e participar das atividades educativas promovidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento e alimentação saudável. (MDS, s/d, p. 18-19)

Até aqui se podem apreender os aspectos institucionais do Programa, aquilo que está escrito. No entanto, a pesquisa busca analisar aquilo que se vivencia na prática dos beneficiários e daqueles que elaboram discursos diferentes do protocolo institucional. Não é possível falar em obrigatoriedade de comparecimento às unidades básicas de saúde com frequência mensal, todavia, se nos atermos aos relatos dos beneficiários e algumas falas dos agentes comunitários de saúde, encontraremos uma prática implícita de discurso da obrigatoriedade.

De acordo com as agentes entrevistadas as condicionalidades são “rasas”, as pessoas deveriam ter outras contrapartidas. Pode-se, no discurso das agentes, verificar que, não obstante existam condicionalidades (elas chamam de contrapartidas) devem, ainda, existir obrigações no que diz respeito à meio-ambiente, participação política. Nas palavras delas:

Agente Guiomar: É preciso reeducar as famílias sabe...em geral. Isso é uma coisa boa, mas tu pega a parte do meio-ambiente: Oh tu vais receber esse benefício..mas tu vais ajudar na parte do lixo a parte do meio-ambiente, poluição, tudo...tinha que ser obrigatório. Por exemplo, tinha há alguns anos o programa “A hora do comer”, todos os meses as famílias para receberem essa bolsa, essa cesta básica, elas participavam de uma reunião educativa. Ai eu digo, é legal ter PBF, ter esses programas sociais, mas tem que ter uma contrapartida. Porque não é só receber sem tu dares uma coisa em troca. É isso que ajuda o país a crescer, de alguma forma a gente quer um país melhor. Por isso o compromisso na comunidade.

Quando indagada sobre a forma de controle que adotam, Guiomar mais eloquente relata as estratégias utilizadas pelas agentes. Aponta, inclusive, experiências vividas em outra cidade. Andréia conta como as

mães gestantes foram as primeiras beneficiadas com o Programa.

Guiomar: A gente quando visita a pessoa, é que nem água. A visita abrange tudo da vida da pessoa. [...] Eu faço esse tipo de abordagem com as mães que participavam, aí em contrapartida um grupo de pessoas se reuniam e diziam: Tu vais receber, mas tu vais participar de um dia de trabalho na comunidade, na escola, na creche, no posto fazer alguma coisa. E aí muita gente começou a correr. Isso era lá em Curitiba, que era meio que um social, para trazer as pessoas para estudar, tu vais ter que estudar à noite para ajudar o teu filho na escola. Como que uma mãe vai ajudar o filho na escola se nem ela sabe? Então eles montaram isso, para educar os pais. Umas foram correndo daquilo ali, as pessoas gostam muito de receber, mas eles não querem dar nada em troca, nem o seu tempo para aprender.

Pergunta: Vocês como profissionais qual é a intervenção, no sentido do bom andamento do PBF? Que tipo de intervenção vocês duas fazem?

Guiomar: Por exemplo assim: Tinha uma época que nós pegamos uma lista de chamada para ver as pessoas que não estavam recebendo, porque não renovaram, etc.

Andréia: Então a gente orienta as pessoas, principalmente aquelas que mais necessitam.

Guiomar: Mas tem muitos que acabam desistindo porque tem que correr atrás.

Pergunta: Mas vocês divulgam o programa?

Guiomar: Sim nas escolas, no conselho, no posto, aonde nós vamos, porque saúde e educação tem que estar juntas.

Guiomar: Teve uma época que nós cadastramos muitas pessoas no posto, ajudamos lá na escola também.

Andréia: Tinha uma época que era um “cadastrozinho” azul, muitos dos que estão aí nós que fizemos. Em 2000 tinha aquele cadastro das gestantes, através dele, deste cadastro azul, é que juntava aqueles outros como, vale gás, leite e etc. Aí eles pegaram deste cadastro as pessoas que foram as primeiras do PBF.

Sobre o “ir e vir”:

Andréia: Assim oh... Elas recebem (benefício) em contrapartida tem que se comprometer em trazer a criança para pesar a cada dois meses, tem que estar em dia com a saúde, mas eu acho pouco, acho que tem que ter alguma coisa a mais. E eu acredito que essas mães que

recebem deveriam estar mais atentas na escola também.

Nas palavras da beneficiária Palmira, a atitude tomada pelos gestores do PBF, de controlar mediante a presença periódica da beneficiária, dos filhos e dos dependentes na UBS, é onerosa para o seu orçamento. No entanto, ela e seus familiares, devem comparecer, caso descumpriam correm o risco de perder o direito ao benefício.

Palmira: Não, só tem que estar com a criança no colégio, vacina em dia, a família toda tem que se pesar, tal dia é pesagem aí até eu tenho que ir pesar de dois em dois meses. Aí tem que ir todo o ano renovar o cadastro. A gente vai de palhaço, não tem?! A gente é pobre, não tem dinheiro para passagem de ônibus, o ônibus está caro.

Entre o Estado brasileiro e as pessoas assistidas socialmente pelo Programa Bolsa Família identificou-se que é na relação e na intermediação de profissionais da área de assistência social, saúde e educação que se dá o contato mais direto com as pessoas selecionadas pelo Programa. Essa relação, mediada, se dá por profissionais que operam/gerenciam regimentos específicos e controlam as obrigações da “contrapartida” legal (condicionalidades), desse modo, o Estado assiste a pobreza, mas a assistência aos pobres se concentra na atividade concreta dos indivíduos, com olhos de águia, e de cada situação.

Desse modo o Estado dá assistência social, via políticas públicas, mas, escreve Simmel “L’assistance aux pauvres (...) se concentre dans son activité concrète sur l’individu et sa situation” (SIMMEL: 2008,p.48). Simmel mostra que:

Quand ce changement, par lequel l’assistance aux pauvres devient une obligation abstrait de l’État, apparut en 1834 en Angleterre, et au milieu du XIX siècle en Allemagne (...) L’État garde l’obligation de participer à l’assistance dans la municipalité, mais considère celle-ci comme son délégué; l’organisation locale ne devant qu’un simple intermédiaire technique et cela, dans le but d’atteindre le meilleur résultat possible; la municipalité n’est plus le point de départ, mais plutôt un point de transmission dans le processus de l’assistance (2008,p.67-68).¹²

¹² "Quando esta mudança, que assistência aos pobres torna-se obrigação abstrata do Estado, surgiu em 1834 na Inglaterra, e na Alemanha de meados do século XIX (...) O Estado mantém a obrigação de participar na Assistência

A partir das falas pode-se auferir que o constante ir e vir às UBS está enviesado pelas diferentes representações feitas pelas agentes comunitárias de saúde. Elas possuem diferentes modos de ver e pontos de partida para pensar a política social (institucional) e a assistência. Nesse sentido, as condicionalidades tornam-se um problema sociológico passível de algumas considerações que serão tratada no capítulo que segue.

dos municípios, mas considera-se como seu delegado, organização desviante local através de uma técnica simples e que, a fim de alcançar o melhor resultado possível, o município não é o ponto de partida , mas sim um ponto no processo de transmissão assistência ". Tradução livre do autor.

Capítulo 6 - Condicionalidade como problema (in)visível

No capítulo anterior expomos o caráter institucional das condicionalidades do Programa Bolsa Família. As falas das agentes comunitárias de saúde mostram que a condicionalidade é o ponto de partida de um “ir e vir” incessante dos beneficiários às UBS. No presente capítulo pretende-se, através dos relatos de campo e entrevistas, entender essa complicada dinâmica do “ir e vir” às UBS e questionar essa prática de cuidado e controle dos riscos. Interessa-nos entender de que modo os profissionais de saúde na UBS lidam com o relato dos sofrimentos apresentados por seus pacientes. Especificamente nos interessa saber (traduzir) se esses relatos são ouvidos e devidamente contextualizados pelos profissionais, (levando em consideração as difíceis situações sociais vivenciadas) ou, se são reduzidos a um conjunto de sinais e sintomas a partir dos quais (e de acordo a sua frequência de aparição) se chegará a estabelecer um diagnóstico de depressão ou ansiedade. Por fim, interessa aqui saber se a obrigatoriedade de ir e vir ao posto de saúde, que ocorre como consequência da condicionalidade estabelecida para receber o benefício, pode estar contribuindo a aumentar desnecessariamente o número de diagnóstico psiquiátricos, o que se conhece no campo da medicina como “falso positivo” e, conseqüentemente, prescrevendo medicação psicotrópica sem necessidade.

Cardoso de Oliveira (2000), afirma que o saber ouvir faz com que o pesquisador e o sujeito pesquisado, entrem em um diálogo de mão dupla, estabeleçam uma relação dialógica. O pesquisador deve reconhecer a relação intersubjetiva, estar atento aos ruídos dessa aproximação. Nesse sentido a entrevista “é um ouvir todo especial” (OLIVEIRA, 2000, p.22), nela haverá certamente um choque de mundos distintos, ou até mesmo muito próximos. Entendendo essa relação de aproximação e estranhamento, podemos conhecer as possibilidades e limites dos relatos que serão expostos.

Este primeiro bloco de entrevistas faz aproximações entre a norma institucional do Programa Bolsa Família - que não determina as visitas constantes às UBS por parte dos beneficiários, salvo nos casos já expressos - com os modos de fazer dos beneficiários e dos “fiscalizadores” da saúde, tais como, agentes comunitários e assistentes sociais, que, por outro lado, têm um discurso de “obrigatoriedade”, como visto no capítulo anterior, do comparecimento às unidades de

saúde e que é incorporado por alguns beneficiários entrevistados.

Oscar

O primeiro relato é de Oscar, morador do bairro Tapera, ele é o único homem beneficiário entrevistado. Oscar é titular do cartão, pois sua filha tem problemas físicos e não pode ir com a regularidade necessária à UBS, sendo assim ele é o responsável pela titularidade e pelo cuidado dos quatro netos.

Pergunta: Como é a sua relação com os serviços de saúde daqui do bairro?

Oscar: Ah eu acho ótimo, a gente tem boas comunicações, na área do Bolsa Família eu me comunico com a assistente social. Olha isso eu tenho uma avaliação, eu não tenho nada do que me queixar. Os médico, as enfermeiras, tenho boa comunicação. Eu noto que eles têm assim um cuidado extra com a minha saúde porque eu tenho diabetes, estenose severa no coração...que mais que eu tenho? (risos) pressão alta. A cardiologista que me cuida é fora do sério, ela se preocupa tanto comigo como se fosse minha mãe ou uma irmã. Eles são muito interessados sempre pedem exames, ai ela coloca urgente ai sempre vem mais rápido. Elas atende bem, inclusive quando a gente precisa aqui eles vem em casa, dentista, quando a mãe dela (aponta para sua neta, a mãe de Carol é cadeirante) precisa eles vem. Só o médico não pode pois é muito ocupado. E eu vou lá uma vez a cada dois dias, medir glicose, pressão, levar as crianças. Tem que estar sempre em dia né?!

O caso de Oscar mostra como sua relação é estreita com o serviço de saúde em decorrência das doenças que ele relata. Atualmente Oscar cuida da filha com esclerose múltipla, duas netas moças e dois netos. Uma lacuna da entrevista foi não havermos perguntado a idade (aparentemente 65 anos). Ao relatar como descobriu que “tinha” depressão, ele diz que toma remédio, mas que a cura vem de outros lugares, ele é adventista.

Oscar: Numa consulta eu me queixei que estava sempre cansado e que estava muito desanimado sabe? Ai o médico disse que podia ser depressão. Eu não sei, sou agarrado em deus sabe? Mas estou tomando os remédios, tenho muito respeito por eles lá no posto. Vou seguir certinho, diz que falta pouco, já estou uns quatro anos tomando.

Oscar, com todos os problemas de saúde, cuida da filha e dos quatro netos em idade escolar. Administra, com recursos escassos, de sua aposentadoria por invalidez, uma família com seis pessoas.

Dora

Dora 47 anos, dois filhos com 10 e 13 anos, ambos recebem Bolsa Família. Mora no bairro Tapera há 15 anos, isto é, desde que veio do oeste catarinense. Dora é casada e vive em uma casa humilde na parte periférica do bairro, cerca do manguezal, denominado Pedregal. Nesta parte do bairro a inundação é muito comum, por isso sua casa de madeira tem na fundação pedras que a elevam do chão. As questões respondidas por Dora são com relação ao benefício e sobre suas condições de saúde.

Pergunta: A senhora falou que o agente de saúde avisou que tu ias receber o Bolsa Família? Como é a relação com o centro de saúde, com o centro comunitário, o posto de saúde?

Dora: Sim, ela que passou aqui e me disse que estava tudo certo. A gente sempre vai no postinho, centro comunitário a gente nunca vai.

Pergunta: E no postinho vocês vão por causa de problemas de saúde?

D: sim e também precisa cumprir certinho né? Vacina, cuidado com a saúde. As vezes é difícil porque precisa fazer os exames mas não tem médico ai a gente tem que correr lá no centro.

Pergunta: Você tem algum problema de saúde?

Dora: Sim, tenho câncer de pele. Mas com tudo isso foi me dando uma certa depressão. Eu estou tratando.

Pergunta: Como tu descobriu que era depressão?

Dora: Foi o doutor, eu falei que não podia dormir direito, eu andava meio ansiosa sabe? Até parecia coisa de idade, estou chegando naquela idade (risos). Ai ele falou

- Olha se tu tens um tempo podes fazer uma terapia no grupo aqui do posto.

Eu tenho dois filhos, marido, meus trabalhos, a casa, ainda tenho esses problemas de saúde, não vai ter como ir no posto mais uma vez fazer reunião de grupo. A vida está corrida né? Então ele me deu um remédio.

Pergunta: Qual remédio?

Dora: Quer ver?

Pergunta: Sim. Faz tempo já?

Dora: É esse olha (o remédio está fora da caixa). Bah! Acho que há um ano. Eu tomo meio sabe? E só quando eu não estou bem naquela semana, aí eu tomo. Tem remédio para tudo... (risos)

Na entrevista de Dora não fica claro o que é a condicionalidade e o que é decorrente de outros tipos de cuidado que a levam ao posto de saúde. No entanto, podemos perceber a forma que toma o diagnóstico recebido pela entrevistada. Uma série de problemas cotidianos vividos por ela o marido e seus filhos e que em algum momento geraram o desconforto da insônia.

Com relação ao anúncio do recebimento, na fala de Dora, podemos ver que isso se deu via uma agente comunitária de saúde.

Prosa de posto I

Em uma das saídas de campo acompanhamos uma conversa de uma agente comunitária de saúde com uma beneficiária, segue a anotação feita da conversa:

16, né? Aí o Seu Oscar vai acompanhar o cadastro e vai ficar em contato com a gente monitorando, se e quando ela estiver vai dar bem certinho. Vai dar para fazer a atualização um pouquinho antes, para família não perder o Bolsa Jovem¹³. Daí ela vai receber 33 reais se não subir o valor do benefício e 22 reais pelos meninos que vieram lá do interior, lá de Não-me-Toque. Mas assim, a gente gostaria de saber da senhora um pouquinho quanto tempo a senhora mora aqui?

Para as agentes o código que os beneficiários entendem é o “monitorando”. De fato é este o trabalho que fazem nas comunidades.

Vale lembrar da fala de Palmira:

Palmira: Não, só tem que estar com a criança no colégio, vacina em dia, a família toda tem que se pesar, tal dia é pesagem aí até eu tenho que ir pesar de dois em dois meses. Aí tem que ir todo o ano renovar o cadastro. A gente vai de palhaço, não tem?! A gente é pobre, não tem dinheiro para passagem de ônibus, o ônibus tá caro. Aí agora que tá aqui pertinho, a gente fazia lá na Mauro Ramos. Tinha que ligar marcar o dia, horário para poder ir lá, ainda tinha que pagar ônibus. Agora posso ir ali mais vezes.

¹³ Após os 16 anos de idade o jovem beneficiário do PBF passa a receber uma bolsa auxílio chamada Bolsa Jovem. As condicionalidades são as mesmas, visitação periódica à UBS, frequência escolar de um 85% e não trabalhar.

Prosa de posto II

Em uma saída de campo realizada no mês de abril duas beneficiárias conversam entre si em frente à UBS do Bairro Tapera:

1- Se eu disser que tenho insônia e que sou ansiosa o médico vai me dar um remédio?

2- É bem provável que ele te dê remédio, e se ele falar que não precisa diz que você quer tomar, pois já tentou de tudo e esses sintomas estão atrapalhando sua vida, que você não consegue trabalhar direito. Com certeza ele vai te dar.

Ao escutar essa conversa, uma das beneficiárias, aceita dar um relato rápido e diz:

Carol: Quando eu trabalhava no Big eu estava esgotada e resolvi ir ao posto dizer que estava com depressão. Eu queria um atestado, mas o médico me deu duas caixas de remédio tarja preta. Ele disse que o problema estava em mim e que os remédios seriam uma forma de superar e poder continuar trabalhando.

Pergunta: E agora tu estás trabalhando?

Carol: Não. Estou só com o Bolsa Família, e também tem a pensão do meu (filho) mais novo. O meu marido está trabalhando em obra, ganha pouco.

Pergunta: Tu tens depressão?

Carol: Olha se eu disser que sou uma pessoa triste sempre, eu estou mentindo. Mas é assim, eu as vezes não saio da cama sabe? Tem dias que eu quero só dormir. O Sandro (companheiro) estava preso, aí saiu faz dois mês. Agora é que a gente está podendo reconstruir a vida.

Pergunta: Onde tu moras?

Carol: Moro aqui no Pedregal (Tapera). Sou eu agora, tchau.

Matheus: Tchau, obrigado.

Embora esses relatos, mesmo que elaborados por duas beneficiárias do PBF, não tenham sido formulados em decorrência de uma ida periódica à UBS por razão das condicionalidades, eles possibilitam a compreensão do problema. Os relatos são ouvidos e devidamente contextualizados pelos profissionais? Não são os relatos reduzidos a um conjunto de sinais e sintomas? Que se pode concluir quando os beneficiários tem “obrigação” de “confessar” suas mazelas em Unidades Básicas de Saúde?

Por outro lado, tem-se uma beneficiária que recomenda à outra a melhor forma de receber um diagnóstico médico de depressão. O que corrobora a tese da “banalização” do diagnóstico.

Valéria

A última entrevista feita para esta pesquisa foi realizada com Valéria, beneficiária há cinco anos, ela recebeu o diagnóstico médico de depressão há dois anos. Segundo Valéria seu relato ao médico foi simples:

Eu disse: O mal-estar que eu sinto todos os dias dá sono, dá dor de cabeça, dá irritação, eu sempre me ataco dos nervos. Não posso escutar um barulho já acho que é tiro.

Tem-se claro que a fala de Valéria é uma elaboração daquilo que ela disse ao médico no posto de saúde. No entanto, Valéria ao contar sua vida mobiliza algumas razões que podem ter sido reduzidas no momento do diagnóstico. Essas razões colocam dúvidas sobre a atenção dada pelo profissional ao que relatará Valéria.

Pergunta: O que tu não relataste ao médico?

Valéria: Minha história de vida claro!

Pergunta: Que história?

Valéria: Minha vida não tem sentido, sofro desde nova aos oito anos de idade fui abusada sexualmente por um vizinho, minha família só vivia brigando, meu irmão e minha mãe me espancavam quando pequena. Ela trabalhava na feira vendendo salgados. Quando eu estava ficando mocinha fui obrigada a trabalhar com ela. Com 18 anos me casei e meu filho ficou comigo então eu já quis tratá-lo como uma verdadeira mãe hoje ele está com 15 anos um rapaz maravilhoso, logo tive mais dois filhos também uma benção. Antes de chegar ao final. Meu marido largou o emprego, para me destruir passamos fome e foi um inferno minha vida tive que trabalhar de domingo a domingo. Por 15 anos ele me atormentou não me deixou refazer minha vida, mas o que eu mais queria era ficar com meus filhos, pois sei que se eu os largasse eles não seriam as pessoas que hoje são. Ele trabalha na parte da noite chega pela manhã e dorme até ao meio dia almoça e vem para o computador ele é meio frio mais um bom rapaz. Hoje me sinto muito só, não tenho amigos pois fui traída por muitos e quanto a relacionamentos não dei muita sorte só decepções então não quero mais me relacionar com ninguém. É muita coisa que passei se eu contar tudo tu não sai daqui.

Conta sobre a relação com o medicamento:

Com o remédio eu não tomo banho só quando está muito calor e mesmo assim tem dias que não tomo. Sou usuária de Rivotril se me faltar tenho abstinência. Eu fumo, não bebo e nem uso droga, agora me apeguei a Deus, mas não consigo tirar esta tristeza de meu coração. Já tentei suicídio por três vezes para acabar logo com esta angustia e solidão. Eu me odeio me sinto horrorosa hoje estou com 33 anos, mas sei que não sou feia só me sinto ridícula. Quero fazer algo por mim, mas não consigo. Nem mesmo ir ao médico, às vezes vou só para pegar a receita.

A falta de perspectivas de mudanças e de melhora do *mal-estar* diário gera a necessidade de se eliminar, em caráter imediato, pelo menos os sintomas físicos que aparecem, mesmo que os usuários fiquem “dopados” e, em alguns casos, incapacitados para desenvolver as atividades corriqueiras. Desse modo, o medicamento ajuda apenas a mascarar os problemas relacionados às condições de vida, às dificuldades (com razão) em lidar com os problemas do cotidiano, e transforma a necessidade de uma mudança estrutural da sociedade em um sintoma passível de alívio. O caso de Valéria mostra como usuários do PBF utilizam termos como: “mal-estar”, “nervos”, “depressão”, etc. Com isso fazem referência à mais de um diagnóstico de problemas psíquicos.

Esses relatos e anotações de campo nos mostram a complexa relação entre condicionalidade, gestão do Programa e beneficiários. No capítulo anterior expusemos as condicionalidades que estão em vigor, e que, no entanto, outras condicionantes, mais ligadas às dinâmicas diárias de administração e também de caráter sociocultural, aparecem nos discursos dos beneficiários. O fato é que se pode verificar que, ao estar vinculado ao Programa Bolsa Família o sujeito beneficiário deve cumprir com as condicionalidades oficiais e as extraoficiais. São as condicionalidades extraoficiais que desenham as possibilidades da hipótese deste trabalho. Ao frequentarem constantemente as UBS, os beneficiários, pode-se estender aos seus familiares, relatam em suas consultas problemas do cotidiano das comunidades periféricas de Florianópolis. Ao fazerem estes relatos, alguns deles, pode-se afirmar que é o caso dos entrevistados para essa pesquisa, recebem o diagnóstico médico de depressão, sendo assim, recebem algum tipo de medicamento para tal. Pode-se dizer que se estendem aos familiares, porque, sempre que vai ao posto de saúde o beneficiário vai em razão de

seus problemas ou dos problemas de outrem, seu familiar ou seus tutelados que se utilizam do benefício e que estão devidamente cadastrados no PBF, em geral as crianças que são acompanhadas por seus responsáveis.

Os beneficiários em sua maioria são mulheres, visto que é a prioridade do Programa. Elas sobrecarregam-se com os afazeres da casa, dos filhos, do trabalho, das exigências conjugais, etc. Além de tais afazeres, compõe esse quadro as condicionalidades que identificam as mulheres enquanto “mãe”, “cuidadora”, “mãe substituta”, e, quase nunca o pai.

Apresenta-se aqui uma possibilidade de olhar crítico às condicionalidades oficiais e extraoficiais do Programa. As condicionalidades são importantes, mas até que ponto elas não se sobrepõe as identidades sociais desses sujeitos? Diferentes autores no Brasil se posicionam contra a existência de condicionalidades em programas sociais destinados à pobreza: Silva (2005) e Monnerat et al (2007). São teóricos que propõem ações educativas e ações sociais como estratégias que podem ser desenvolvidas pelos municípios, para facilitarem o acesso das famílias pobres aos serviços sociais básicos.

A existência de condicionalidade remonta um cenário de dois séculos atrás. Para Monnerat (2007) somente com a elaboração do que se chamou *Welfare State* é que se deixou de culpabilizar o indivíduo por sua condição de pobre. Modificou-se a concepção de que a pobreza é responsabilidade individual, entendendo o Estado enquanto instância responsável pelo seu enfrentamento. Esse rompimento, com a lógica do trabalho forçado em troca de um benefício, permitiu o desenvolvimento de debates sobre a contrapartida em programas sociais com transferência de renda.

De forma mais incisiva, Silva (2005) propõe que não deveria haver condicionais. As condicionalidades ferem o princípio de não condicionalidade do acesso ao trabalho e aos programas sociais que todo cidadão deveria ter. Para a autora as condicionalidades deveriam ser do Estado, este deve prover meios de superação do ciclo geracional de pobreza.

Para além das condicionalidades podemos dizer que atualmente, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser tratado como uma patologia cuja terapêutica dá-se através da administração de psicofármacos. Esta tendência tem-se ampliado de tal modo que, como afirma Joel Birman (2000), pode-se dizer que está ocorrendo uma

generalizada “medicalização do social”. Ora, se o Estado (burguês), via políticas sociais, não pode dirimir as desigualdades sociais que causam inexorável sofrimento às camadas sociais mais atingidas por elas, ao contrário, a opção psicofarmacológica consegue “estancar” os *mal-estares* de Valéria, Oscar, Dora, Carol e todos os outros sujeitos que condicionalmente estão vinculados a uma política de governo.

Capítulo 7 - Dinâmica social

Este capítulo aborda questões relacionadas à estrutura social do município de Florianópolis (cenário do capítulo 3), as relações de violência cotidiana enfrentadas por moradores da região pesquisada, em especial por beneficiários entrevistados do Bairro Tapera. Nesta parte do trabalho os entrevistados expõem as condições de vida em sua localidade (dinâmica social). Grande parte das falas deste capítulo foi produzida por beneficiários do programa Bolsa Família que já possuem/possuíram diagnóstico médico de depressão e/ou já utilizaram psicofármacos providos de UBS.

Expressa tal especificidade institucional desta parcela da população atendida pelo PBF, hoje cerca de 14 milhões de pessoas, é possível encontrar nas questões cotidianas os motivos que levam esses indivíduos a identificarem seus sofrimentos ao diagnóstico médico de depressão?

São dois eixos norteadores, pobreza institucional¹⁴ e o diagnóstico médico de depressão. As mazelas sociais vividas por estes sujeitos contribuem para uma vida cheia de desafios em meio a um mundo desigual. A depressão “aparece” como um “sintoma” clínico do desajuste social, ou seja, são condições de vida que, em muitos casos, levam aos sintomas de depressão e que, no entanto são tratados na expressão física e não social do problema. Uma maneira de amenizar sintomas e não dar respostas às causas, um obscurecimento do que existe para além do diagnóstico. Obviamente tomamos o cuidado para não desconsiderar a medicalização em seu todo, porém são condições socioeconômicas que, em alguns casos, levam ao mal-estar, e, que no momento do diagnóstico desaparecem.

É no intuito de desvendar a trama associada a este objeto, que o pesquisador textualiza, vivencia, tem um *tête-à-tête* com o indivíduo, procura essa agulha no palheiro, essa “dimensão da realidade social multifacetada.” (FONSECA, 1999, p.64). Esta dimensão não pode ser apreendida pelo agente do diagnóstico, no caso das UBS o Clínico Geral

¹⁴ O termo “pobreza institucional” serve para levar-se em conta que a população atendida pelo Programa Bolsa Família é caracterizada como pobre e extremamente pobre pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Como a caracterização vem de uma instituição do Estado, o termo em questão, serve para ilustrar a relação pobreza/Estado.

ou Médico do Programa Saúde da Família (PSF) e de maneira ampla o DSM-IV. Nem um nem outro têm como avaliar as causas dos sofrimentos psíquicos se não desvelam o véu de Ísis que encobre a realidade de cada indivíduo (paciente) que busca auxílio nos consultórios públicos.

7.1 Sobre violência de Estado e violência doméstica

Joel, Patrícia e Palmira

Pessoas vivendo em situação de pobreza e extrema pobreza são diagnosticadas com depressão e medicamentalizadas¹⁵, quando voltam à suas casas se deparam com um cotidiano nada acolhedor. No Bairro Tapera, encontra-se um panorama das condições a que estão envolvidas as camadas populares marginalizadas socialmente e geograficamente. O relato de uma mãe e um jovem revela um cotidiano difícil entre o medo e o esforço de viver.

Joel: É a autoridade hoje em dia né? (polícia) Ao invés de trazer proteção, traz muita morte. Não dá confiança, o que eles fazem aqui dentro (no bairro), olha é...a gente tem que ficar 24 horas com o portão cadeado e a porta fechada. Eles entram na casa. Agora que eu pus isso aqui! (pôs alguma coisa como fechadura) Eles entram mesmo assim.

Patrícia: Aquela casa ali, eles chegaram e tiraram toda a roupa da lavadora e atearam fogo. Quebraram a casa, destruíram e nós aqui olhando.

Joel: Tem problemas com drogas “Tá ligado”, mas isso não é motivo para quebrar a casa de quem trabalha.

Várias vozes jovens: pessoas que não são do meio, que não estão envolvidas com o tráfico. Ai deixam os meninos nus. A gente tem medo de voltar à noite para casa.

Patrícia: Todo mundo é vagabundo para eles, sem vergonha. Essa ali olha (aponta alguém), ela e os filho dela, entraram e destruíram toda a casa, quebraram tudo, atearam fogo. Entraram às 4 horas da manhã e tocaram fogo. [...] tem uma família, ali!, que cinco pessoas foram mortas pelo tráfico.

Como vemos Patrícia e Joel habitam uma das localidades mais

¹⁵ O uso de medicamentos em situações que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existiam medicamentos para elas.

violentas da capital catarinense. No entanto, seus relatos, não fazem coro ao discurso dos meios de comunicação que, em geral, criminalizam a pobreza e as populações das regiões periféricas. A violência que relatam é a violência de Estado cometida pelos militares em incursões truculentas, fato quase diário. Comentam ainda que a violência ocorre junto ao preconceito com moradores da periferia.

Joel: Um dia pararam um amigo meu, ele tem várias tatuagens, um monte, braço, mão é todo tapado. E a polícia o parou e colocou a arma na cabeça dele e disse gritando, dá a droga, a droga! Ai ele disse, não cara, não. Foi quando a polícia abriu o carro dele e só tinha livro sabe? Era professor.

Renata

No Bairro Tapera temos relatos de violência de Estado contra todos, inclusive mulheres.

Renata: Eu que sou mulher já apanhei de polícia masculina, lembra aquele dia tia? Cheguei aqui só com um tamanco, o outro eles deram fim! Arma na minha cabeça e tudo.

Uma das beneficiárias relata a preocupação que tem com seus filhos, mesmo crianças, eles sofrem com a violência cotidiana.

Palmira: Não ficou sabendo que os policiais mataram o menino lá? É parente do meu neto.

Renata: Foi nesse dia que eles me bateram.

Palmira: Eles pegaram meus quatro filhos, quase mataram, fui na corregedoria denunciei e eles tem que ficar 400 metros longe dos meus filhos. Confundiram, mas quebraram eles.

Renata: Eles ameaçam sempre.

Palmira: Confundiram com uma briga no baile.

Renata: Confundiram. Eles queriam uma desculpa para bater.

Palmira: Ela viu eles batendo nele. Ai pegou um tamanco e deu no policial, mas eles ao invés de levarem ela e fazer Boletim de Ocorrências. Não. Eles pegaram ele e “quebraram a pau”. Eu tenho medo, eles entram na casa de todo mundo.

Com relação à violência de gênero algumas beneficiárias relatam que sofrem ou que sofreram muito com seus cônjuges e que em decorrência disso tiveram depressões profundas. Muitas delas não quiseram falar do assunto com a presença do gravador, outras que já haviam se divorciado sentiram-se mais livres para falar no assunto.

Rafaela

Rafaela tem 45 anos e há um ano está separada do marido, ela

conta o quanto foi difícil está fase de dissolução do casamento.

Rafaela: Morava na mesma casa dormindo em cama separada e é uma história bem complicada assim porque ele tem problema com alcoolismo. E ele não queria sair da casa porque ele dizia que a casa era dele. Aí eu procurei a Justiça uma vez e comecei a me incomodar com a mãe dele. A mãe dele disse que a casa era dele, então eu não podia botar o filho dela para rua. No fim ele ficou lá, eu vim para cá e ele ficou lá com a casa. Não ajuda os filhos dele em nada por causa desse problema que ele tem com a bebida. Ele tá sem trabalhar.

Pergunta: No que ele trabalhava?

Rafaela: Ele era motorista. Trabalhava em madeireira. Já foi motorista de ônibus.

Pergunta: Ele começou com problema de alcoolismo quando?

Rafaela: Já desde muito cedo, muito cedo. Assim que casamos ele já gostava de beber um pouco. Nada de muito exagerado. Dali para frente só piorando, piorando, piorando. Todo vida problema por causa de álcool. Toda a vida desempregado. Toda a vida (suspira fundo) ficava um tempo num serviço, daqui a pouco já perdia, ficava um ano, três, desempregado até arrumar outra coisa. Toda a vida.

Ele não é presente na vida dos filhos, não procura. Não procura saber como estão, sabe? Ele ajuda uma vez ou outra. Não é uma pessoa que procura telefonar.

É difícil se relacionar com uma pessoa que tem vício, que bebe. Ele bebia muito, ele bebia o dia todo. Da hora que ele acordava a hora que ia dormir à noite. A pessoa jogada às traças por causa da bebida. Já se internou. Enquanto eu estava junto com ele eu fiz o que pude. A gente já internou uma vez, internou duas vezes. Uma pessoa violenta. Quando bebia chamava muito nome, batia, quebrava todas as coisas. Os filhos têm trauma sabe? A mais velha nem liga para ele. Não procura, não quer nem saber dele. Porque ela assistiu tudo...

As situações de violência ocorrem por muitos fatores, expô-los todos aqui seria tétrico. Não é a intenção pintar um quadro dramático da vida dessas populações, até porque sabemos que violência doméstica e alcoolismo não são problemas com raiz nas camadas mais empobrecidas da população. Escolhemos estes relatos para mostrar que o diagnóstico pode mascarar ou silenciar os conflitos sociais que provocam sofrimento, assim sendo, o diagnóstico, em geral, não leva em consideração os sofrimentos sociais. Será que estes jovens e estas mães ao relatarem que têm medo de ir ao trabalho e de morrer na volta para

casa, não conseguem dormir à noite, têm problemas para se alimentar, pois não há o suficiente para todos, podem ser diagnosticados em termos médico-psíquicos?

7.2 Sobre condições de trabalho

Palmira e Bia

Alguns relatos sobre a labuta, mulheres que tem jornada dupla em casa e fora de casa. O que mostra exemplarmente a sobrecarga das mulheres é o relato de Palmira, ela recebe o benefício em favor de seus netos.

Pergunta: E a senhora é a responsável pelo Bolsa Família dos filhos e netos?

Palmira: Tá no meu nome.

Pergunta: A senhora trabalha, já trabalhou está fazendo o quê? Como sustenta a casa?

Palmira: Eu ganho 570 reais por mês.

Pergunta: É do governo?

Palmira: Eu trabalho na rua, na prefeitura, terceirizada. Eu cato, eu pinto, varro, carrego carrinho de areia. O que está na nossa carteira é “gari”, mas nós não somos gari, nós somos “serviços gerais”, braçal. Tudo!

Palmira: É bem aquilo ali mesmo. Calça alaranjada, camiseta branca, sapatão, boné. Tem mais mulher hoje em dia nisso, os homens não querem trabalhar.

Pergunta: Mulher trabalha mais ainda, porque além de trabalhar na rua tem que chegar em casa e trabalhar. No Bolsa Família, as titulares são as mulheres. O que a senhora acha disso?

Palmira: Tem que ser as mulheres mesmo, porque os homens não estão nem ai para nós. Os homens só querem coisinhas fáceis para trabalhar, não querem nem saber, só vida boa! Festa, balada, não é?! Tá aqui olha, quanto eu recebi este mês!

Palmira: Nós agradecemos a Deus. Que muitos têm condições e não trabalham, eu trabalho, tenho meu salarinho. Mais um tempo eu posso me aposentar.

Aparentemente Palmira tem um aspecto de idade mais avançada, no entanto não parece cansada. Em sua casa moram sete pessoas e

somente ela trabalha. As mulheres do Bairro Tapera, de forma quase geral, são, também, catadoras de berbigão¹⁶. Esse molusco é muito consumido na região do litoral catarinense, serve como complemento de renda. Elas dizem ser catadoras, na prática o que observamos é que limpam o berbigão coletado pelos homens.

Bia é uma jovem de 16 anos, ela trabalha com a mãe nos afazeres de casa e na coleta de berbigão. A mãe de Bia é beneficiária do PBF, no entanto estava buscando trabalho com carteira assinada para melhorar a renda da família. Conseguiu o trabalho, mas como não havia uma vaga na creche para a filha mais nova, teve de abandonar a oportunidade de sair do PBF.

Bia: O bebê é bem agitado. E aí a mãe não conseguiu creche, fica difícil.

Bia: E com essa saída dela do serviço, estamos bastante prejudicados, porque é um salário que não é mais garantido no começo do mês. Aí ela...

Pergunta: Era carteira assinada?

Bia: Era. E agora ela está se matando na maré para pegar berbigão. Aí quando conseguir creche, ela volta a trabalhar.

Pergunta: E aqui em casa tu ajudas mais com o bebê mesmo, com as coisas de casa?

Bia: É o serviço de casa é obrigação. E a minha irmãzinha também eu cuido. Eu gosto de ficar com ela. Ela é espoleta, claro, mas é bom assim.

Pergunta: Ela é bem divertida. E aí o berbigão tu não ajudas?

Bia: Ajudo quando posso. Quando a minha irmã mais velha está. Nós duas descascamos e olhamos a bebê. Aí é mais fácil. Quando a minha irmã mais velha está aqui, ela obedece bastante a minha irmã mais velha. A gente ela já não dá mais muito ouvido, mas a minha irmã mais velha ela obedece.

Cabe dizer que muitos jovens que vivenciam essas situações desejam uma mobilidade social que os levem para bem longe da realidade enfrentada pelos pais. Bia quer um emprego e uma vida muito distinta do que a mãe pode dar-lhes. Como escreve Rosso e Dallmann (2011), essas populações “possuem táticas de sobrevivência na

¹⁶É um molusco bivalve marinho da família dos venerídeos, comestível e de ampla ocorrência no litoral brasileiro, onde vive enterrado no lodo.

pobreza”, vão muito além dos programas sociais e extrapolam os limites dos hábitos. Não distante dos sonhos moram as frustrações da diferenciação de classe e do preconceito com moradores das periferias. Ainda assim Bia diz:

Bia: A minha mãe. Foi uma mãe e um pai, sabe? Porque nem quando ele (seu pai) morava com a gente ele era um pai presente. Ela é a minha mãe e meu pai. Uma supermãe, para tudo.

Pergunta: E que tu aprendeste com essa experiência assim da tua mãe, e que tu queres mudar na tua vida?

Bia: Eu não quero isso para mim. O que ela teve para ela eu não quero para mim. Não quero casar cedo. Não quero ter filho cedo.

Neida, mãe de Bia, explica como fez durante o período em que não conseguia receber o PBF.

Eu estava passando um momento difícil, o pai dela é viciado em droga, aí eu passei um momento difícil, eu fui pedir o bolsa família. Passaram anos, desde o jardim, que ela foi para o jardim que eu botei, aí não vinha, não vinha, não vinha, eu me “arreneguei” e não fui mais lá. Me incomodei, eu, não vou gastar dinheiro em ônibus, chegar lá e nunca tem. Quando foi um dia, eu até estava descascando berbigão, aí chegou o correio com o cartãozinho da bolsa escola (PBF) e eu tinha o direito de receber, fui e recebi, recebi uns quatro cinco meses assim 82 reais, 84, 82, depois passaram para 22, agora eu estou recebendo 22. Agora minha filha foi à cidade para ver se ela recebia 22 reais.

7.3 Das três questões

A inversão do diagnóstico/causa não é exclusividade de assistidos por programas sociais e moradores de regiões periféricas. Para além dos problemas sociais que estruturam as ações desses sujeitos, é preciso lançar luz sobre o problema da medicalização como um “problema sociológico”, afim de que possamos melhor compreender a auto-identificação e a identificação de camadas populares com o diagnóstico médico de depressão.

É necessário retomar três questões consideráveis para análise: a) O que relatam¹⁷ os beneficiários aos médicos? Que motivos levaram ao

¹⁷Busca-se explorar aspectos mobilizados pelos beneficiários no momento da consulta, isto é, a questão formulada aos entrevistados é mais um relato do relato do que uma cópia fiel da consulta médica.

diagnóstico? b) Como é a relação dos beneficiários com os antidepressivos? c) Qual a especificidade da medicalização do sofrimento em camadas populares?

Ora bem, como se pode concluir a partir das entrevistas, os beneficiários relatam os sintomas silenciando possíveis causas. No entanto, deve o pesquisador indagar-se sobre quais as possibilidades de relatos mais elaborados por parte desses sujeitos. Em que condições concretas trabalham os profissionais de saúde? No caso do bairro pesquisado, aparentemente a estrutura física e o número de profissionais é bom, mas como relatam alguns entrevistados, os médicos fazem consulta “relâmpago”.

Para responder quais motivos levam ao diagnóstico, tomar-se-á emprestado o trabalho de Daniela Ferrazza realizado na Universidade Estadual Paulista no ano de 2009, *A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde*.

Ferrazza (2009, p. 93) conclui que os sintomas que mais aparecem nesses registros são: ansiedade (69%), angústia (63%), nervosismo (62%) e irritabilidade (55%), o que significa que mais de metade dos usuários apresenta algum desses sintomas. Tal estudo foi realizado com uma amostra de 430 prontuários da população adulta de usuários de uma Unidade básica de Saúde no município de Assis, estado de São Paulo.

É possível fazer a correlação deste estudo quantitativo com este trabalho de pesquisa com beneficiários do PBF. Se voltarmos às entrevistas ter-se-á o aporte necessário para afirmar os motivos que levam mulheres e homens do PBF a cada vez mais (é difícil precisar se antes essa relação existia) receberem um diagnóstico médico de depressão.

Para a questão (b), sobre como são as relações com os antidepressivos, é conveniente resgatar algumas considerações de Illich. O autor escreve que no processo de colonização das culturas tradicionais, a civilização moderna transforma radicalmente a experiência da dor, “retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico” (1975, p.127).

Clarice

Vejamos um exemplo de campo: Clarice, 50 anos, três filhos, aposentada por invalidez, mãe-de-santo na religião de Umbanda, ela relata que, mesmo com sua fé nos Orixás, nunca deixou de usar os

medicamentos antidepressivos, “deixo na mão do burro da terra¹⁸ os problemas do corpo”, no entanto, a relação de Clarice com os medicamentos não é de animosidade, após cinco anos sem poder trabalhar, ela relata a presença dos antidepressivos em seu cotidiano:

Ah, porque tem dia que eu não aguento mais, porque é assim, o remédio Depakene¹⁹ é um remédio que tem que dar sono. Eu tomo também Fluoxetina, aí minhas filhas que fazem as coisas. Eu só saio com as minhas filhas. Eu só saio com elas. (Clarice)

Ora, Clarice relaciona a depressão com um acidente de trabalho, ela afirma que depois do acidente teve uma longa sensação de inutilidade. A princípio os medicamentos resolveriam o problema, mas com o passar do tempo eles se tronaram o problema, relata Clarice. Um caso comum de iatrogenia, só que social. Uma cultura medicalizante, enviesada nas políticas sociais, “estimula a capacidade individual para continuar a viver com a presença ou ameaça da dor” (ILLICH, 1975, p.128). Não é estranho que os sujeitos dessa pesquisa corroborem as teses como a de Aguiar, que dizem: “As pessoas estão cada vez mais recorrendo aos medicamentos para suportar as pressões e os sofrimentos gerados pela vida contemporânea” (2004, p.137), as condições de sociabilidade, como bem se mostram na pesquisa, não são condições que permitem o alcance dos sonhos vendidos como possíveis. Finkler escreve que “significa a corporalização da adversidade generalizada e recriada no mundo interno do corpo” (1989, p. 82), é dizer, no corpo os sujeitos vão confinando as mazelas sociais. Por conseguinte, o sofrimento manifesta-se por meio de variados sintomas físicos e psíquicos, podendo ser experimentados tanto como causa quanto como consequência desse sofrimento. Boltanski (1989), Rozemberg (1994) e Minayo (1998) apontam justamente que os problemas gerados pelo desemprego e as precárias condições de vida decorrentes, bem como a falta de perspectivas e a insalubridade no trabalho podem ser considerados fatores que favorecem o desencadear desse tipo de sofrimento.

Como anteriormente abordado podemos falar em uma especificidade dessas populações. A condicionalidade é uma obrigação,

¹⁸ Burro da terra é a expressão utilizada na Umbanda para designar a profissão médica em geral.

¹⁹ Depakene e Fluoxetina, antidepressivos ofertados com prescrição médica.

fiscalizada com muito ou pouco rigor, mas existe, mas existe visível ou invisível. Se por algum motivo encontrarem-se doentes, os beneficiários, não terão outra escolha senão a de serem tratados nas UBS. São pessoas que vivem em situação de miséria, extrema pobreza ou pobreza. Nesse sentido, essas populações são consideradas de risco e passíveis de controle social através de medidas de curto, médio e longo prazo.

7.4 O risco

Para acabar com a miséria é que o governo²⁰ adota medidas de prevenção em casos de risco e cria políticas sociais no âmbito das transferências condicionadas de renda. Essa Ação Social reorientada para a prevenção dos riscos tenta antecipar as *anomias* e combatê-las de forma determinante, ou seja, nos leva a pensar que, antes que sintomas mais graves “apareçam” a medicamentação surge como uma forma rápida e eficaz de controle.

Robert Castel (1987) irá chamar esse fenômeno de “A gestão previsível” (p. 100), para o autor, nos idos dos anos 80, inicia-se a ascensão de “novas estratégias de intervenção que se anunciam sempre sob o estandarte do bem-estar e do interesse das pessoas, mas se consomem através da desestabilização do indivíduo e da desarticulação de sua história, pessoal ou social” (1987, p. 100). A lógica do cuidado dá lugar ao saber médico-psicológico, este, por sua vez, irá tornar-se um instrumento de gestão diferencial das populações. Aliado a informatização da administração, o novo gestor social, reorienta sua ação “ao redor da prevenção sistemática dos riscos” (1987, p.101). Tal reorganização resulta em um novo domínio sobre as práticas mais básicas na ponta deste sistema, isto é, o Estado tem o controle da gestão, mas, quem realiza na prática os mecanismos de controle, são os agentes mais próximos às populações.

Recordemos da criação do Programa Bolsa Família no Brasil. Ele foi uma reorganização das políticas de combate à fome, pobreza, extrema pobreza e desigualdades sociais. Sua ação se dá através da transferência condicionada de renda para indivíduos devidamente registrados no Cadastro Único. Como exposto anteriormente, o CadÚnico é um recurso tecnológico de organização das populações em risco. Como afirma Castel²¹, “o risco é definido pela presença de um ou

²⁰ O PBF é uma política de governo, sendo assim, não é permanente.

²¹ Castel refere-se ao sistema de Gestão Automatizada em Medicina Infantil (G.A.M.In), no entanto podemos estender à discussão em questão.

de uma associação de critérios, uns de ordem médica, outros de ordem social” (1987, p.114). No CadÚnico estão contidas as informações de vulnerabilidade socioeconômica das populações pobres, sendo assim, uma ferramenta de gestão que classifica e equaliza os diferentes riscos em uma mesma população. Uma forma racionalizada de direcionar ações.

Voltemos às condicionalidades. Tal dispositivo visa à equalização de sujeitos pré-estabelecidos e que devem responder de forma uníssona à “forma” nacional de combate ao ciclo geracional de pobreza. Assim acontece com o medicamento utilizado por uma beneficiária do PBF diagnosticada com depressão, em resposta a uma condicionalidade ela deverá iniciar um tratamento – pois o acesso á saúde é um princípio (obrigação) no combate à pobreza – no entanto, a prescrição dos psicofármacos não considera a singularidade dos casos, senão que também os equaliza. Ele, o diagnóstico, desprende esse perfil individual de uma rede de sociabilidades. No final está tudo bem, a beneficiária cumpriu as condicionalidades e o Estado cumpriu o seu papel.

Os beneficiários estão cumprindo os seus papéis, estão acessando os serviços de saúde e educação. Nenhum dos entrevistados se mostrou contrário ao cumprimento das condições de acesso ao Programa em Florianópolis, salvo aqueles que precisavam se deslocar até as Unidades Básicas de Saúde. Se pode dizer que isso se deve a dois fatores: a crença nos serviços de saúde, onde fica claro que a autoridade médica é o fator mais importante; crença na importância da escola como um degrau para a mobilidade social. No entanto, mesmo que queiram manter seus filhos e netos na escola e em visitas periódicas aos médicos, esta trajetória pode ser interrompida, pois foge do controle dessas populações a vulnerabilidade a que estão submetidas.

As condicionalidades, da maneira como se desenharam no Programa Bolsa Família e os esforços empreendidos pelo município e agentes gestores para que sejam cumpridas, revelam a distância visível entre a concepção técnica, por vezes preconceituosa do que é ser pobre nas comunidades periféricas, e a realidade vivenciada pelas famílias. Incentivar, melhor dizendo induzir, as famílias pobres a utilizar os serviços de saúde e educação via recebimento de um benefício monetário é, sem dúvida, desconhecer a realidade social dessas populações. É ignorar experiências dolorosas de muitos homens e mulheres que não acessaram os serviços sociais, que por razões diversas não foram escolarizados. Não se encontrou dados que provem que as

famílias buscam mais o acesso das UBS ou das escolas em decorrência da concessão do Bolsa Família, ou seja, não buscam estes serviços somente porque estão recebendo o benefício, no entanto, se apresentam nesses locais de forma obrigatória. Fica comprovado que o acesso aos referidos serviços faz parte da cultura destas famílias.

Capítulo 8 - Medicalização do sofrimento

O último capítulo deste trabalho trata do conceito de medicalização, descreve como se constituíram historicamente as definições de melancolia, mal-estar e depressão. Ao final expõe considerações acerca do biopoder.

8.1. Medicalização do sofrimento

A edificação das explicações biológicas para comportamentos considerados como socialmente inaceitáveis, tais como a violência, a melancolia, a tristeza e até mesmo a “pobreza” das raças, foi uma característica marcante de grande parcela dos discursos de Higiene e da Medicina Legal nos fins do século XIX e princípios do século XX. A neurociência, a genética e a sociobiologia, retomam nos anos 1980, os estudos em relação às “condutas indesejáveis”. A partir daí serão criadas e atualizadas estratégias de controle dessas populações. Tem-se um fenômeno chamado por Michel Foucault de “medicalização indefinida”.

Diz-se, frequentemente, que no século XX a medicina começou a funcionar fora de seu campo tradicional, definido pela demanda do doente, seu sofrimento, seus sintomas, seu mal-estar, o que promove a intervenção médica e circunscreve seu campo de atividade, definido por um domínio de objetos denominados *doenças* e que dá um estatuto médico à demanda. É assim que se define o domínio próprio da medicina. (2010, p.180)

Dito isto, a medicalização é o fenômeno que caracteriza a intervenção médica nas relações cotidianas, mobiliza discursos médicos para a explicação de fatores corriqueiros.

Conhecemos a eficácia social que possui este tipo de explicação: aquilo que tem uma origem orgânica identificável poderá ser resolvido com uma terapêutica (farmacológica ou cirúrgica, de acordo com as épocas) apropriada. Um fármaco capaz de atuar diretamente contra o déficit de serotonina fará com que pessoas diagnosticadas com depressão modifiquem sua conduta e permaneçam mais felizes e satisfeitas pelo período de tempo que dura sua ação, desconsiderando a multiplicidade de fa-

tores pedagógicos, sociais, familiares que podem afetar esse indivíduo num determinado momento. (CAPONI; BRZOZOWSKI, 2010, p. 52-53)

A análise da emergência desses discursos torna possível o entendimento teórico dos problemas apresentados neste trabalho: os diagnósticos de depressão.

8.2. Melancolia, Mal-estar e Depressão

Para analisar as dinâmicas sociais que levam homens e mulheres, beneficiários do Bolsa Família, às Unidades Básicas de Saúde em busca²² de soluções para seus sofrimentos, nos parece necessário um entendimento sobre como surge uma definição tão complexa como a da palavra depressão e a repercussão prática, o diagnóstico. No intuito de realizar apontamentos sobre a psicogênese da depressão, desenvolveremos alguns aportes pertinentes para o entendimento da construção do conceito no contemporâneo e sua correlação com o mundo social.

O conceito de depressão não consta como algo claro, dado, nem para os profissionais da psicologia nem para os psiquiatras. Os manuais internacionais não definem claramente a psicogênese do fenômeno. Com isso, há uma vasta gama de sintomas dos quais a depressão aparece como causa, tais como pensamentos suicidas, tristeza, falta de vontade de viver, insônia, abatimento, etc. No que tange ao tema deste trabalho, afirma-se que frequentemente estes sintomas estão associados a alguma conduta desajustada socialmente. Atualmente, alguns estudiosos (Aguiar; Amarante; Pignarre; Caponi; Kehl; Pessotti) da área tem se dedicado ao tema em função da sua complexidade e da recorrência desses diagnósticos, ou autodiagnóstico também promovidos por autotestes das empresas farmacêuticas.

Para a aproximação do fenômeno contemporâneo da depressão, retomar-se-ão algumas considerações desde a antiguidade, no sentido de melhor compreender a trajetória dos conceitos. De acordo com a teoria de Hipócrates (460-370 a.C.), da Escola de Cós, a saúde era a expressão

²² A procura pelo alívio dos sintomas que caracterizam a depressão, tal como expressa no CID e no DSM, é uma via de mão dupla. Muito embora os beneficiários cumpram uma condicionalidade, eles também buscam a cura para os seus sofrimentos cotidianos.

de que o indivíduo tinha alcançado a harmonia entre suas instâncias internas e o meio-ambiente em que se situava. Manter-se saudável era conhecer a si mesmo e entender como funcionava seu equilíbrio interno e externo. As pessoas eram caracterizadas por quatro humores: a bÍlis negra, a amarela, o sangue e a pituíta (HIPOCRATES, 2010). Do desajuste dessas quatro substâncias se originavam as doenças, entre elas a melancolia. A alteração da quantidade da bÍlis negra gerava no indivíduo humor melancólico cujos sintomas eram o medo e a tristeza. Podemos dizer que a saúde das pessoas resultaria da relação dela consigo e com os outros, bem como com o meio em que vive.

Aristóteles (384-322 a.C.), por sua vez, escreve em seu tratado “O Homem gênio e a melancolia” que as pessoas ligadas às artes em geral possuiriam propensão à melancolia. No entanto, todos seriam passíveis de sentimentos de medo, tristeza e angústia, mesmo que não saibamos o motivo exato, nem fossemos artistas. Essa *psicopatologia social* em Aristóteles é resultante, também, da bÍlis negra – encontrada em todos os indivíduos – que engendra reações biológicas e sociais. É a bÍlis que define as alterações de humor e não o caráter dos indivíduos. Para Aristóteles (1998, p.105), “todos os melancólicos são, portanto seres de exceção, e isso não por doença, mas por natureza”.

Isaias Pessotti (1994) explica que nos séculos que se seguiram, adentrando a Idade Média e a Renascença, as teorias patológica e romântica tiveram supremacia. A teoria de Hipócrates fora desconsiderada somente no classicismo, quando as substâncias deixam de ser a causa da melancolia, mas sim as características qualitativas das pessoas.

Hipócrates passará a entender a loucura²³ como desarranjo da natureza orgânica, corporal, do homem. E os processos de perda da razão ou do controle emocional passam a constituir efeitos de tal desarranjo. São entendidos como resultantes de processos e condições orgânicas, cujo dinamismo é descrito até em pormenores. Um dinamismo fundado numa anatomo-fisiologia ingênua e, em grande parte, hipotética (PESSOTTI, 1994, p.47).

Foi em meados da segunda metade do século XVIII, que o médico francês Philippe Pinel (1745-1826) desenvolveu uma explicação médica do fenômeno. A análise de Pinel considerava o estudo dos

²³Na literatura melancolia e loucura são de difícil distinção.

sintomas. Pinel pensava que a loucura poderia ser tratada com o isolamento do paciente, e, que submetido a outros valores morais poderia ser curado. De acordo com Amarante (1996, p.50) “Pinel dá início ao primeiro asilo destinado exclusivamente aos alienados, o que se estende posteriormente a *Salpêtrière*²⁴, e isso possibilita a observação sistemática da loucura pelo saber médico; nasce a clínica psiquiátrica”. Isso pode explicar como nascem alguns estigmas acerca do paciente diagnosticado com depressão, doenças mentais ou quaisquer outros sofrimentos psíquicos. O sujeito era colocado à parte da sociedade, como é o caso de *Salpêtrière*. Hipoteticamente, pode se considerar, que o medo em estar associado a esses diagnósticos leva pessoas à busca de tratamento rápido mediante o uso de antidepressivos.

Os séculos XVII e XIX foram o período de construção e afirmação de uma era da ciência. Surge, nesse longo período, a necessidade de conhecer as funções do cérebro e sua composição e quais os imperativos para o conjunto de métodos, sociais e biológicos, no controle das mentes em descontrole. Andrew Solomon (2002) descreve em seu *best-seller* “O demônio do meio-dia”, que no início do século XX, começo da era moderna, despontam com Sigmund Freud (1856-1939) e Karl Abraham (1877-1925) as “ideias psicanalíticas da mente e do eu” (SOLOMON, 2002, p. 264), essas ideias transcorreriam o tempo, até os dias atuais, e, foram utilizadas para descrever a depressão e sua gênese. Surgem, também, as ideias de Emil Kraepelin (1856-1926), o alemão propõe uma moderna análise da biologia da doença mental, vê a doença como uma aflição que pode ser separada de uma mente normal ou ser superimposta a ela. Marco Teixeira (2007) escreve que existe uma passagem da melancolia para a o transtorno maníaco-depressivo. Foi Kraepelin, quem começou a separar os termos para melhor observar os sintomas. “O famoso psiquiatra acreditava que toda doença tinha uma base bioquímica. Sua nosologia pretendia separar as doenças mentais adquiridas das hereditárias. Kraepelin continuou a usar o termo 'melancolia' e seus subtipos, utilizando o termo 'depressão' para descrever afetos” (TEIXERA, 2007, p. 40).

Caponi (2012) escreve que surge nesse período uma medicina do não patológico. Essa medicina não terá a pretensão da cura somente, mas irá ocupar-se da prevenção das condutas indesejáveis, como

²⁴ Hospital da Salpêtrière ou Pitié-Salpêtrière (em francês *Hôpital de la Salpêtrière*) é um hospital de Paris.

descrito no início deste capítulo. A sexualidade e a reprodução tornar-se-ão alvos estratégicos para a gestão dos riscos. A psiquiatria surgirá, então, como uma instituidora e defensora da ordem social. “A psiquiatria se institui [...] reclamando para si um poder ainda maior que o dos juristas e higienistas, pois demanda a gestão da anormalidade” (CAPONI, 2012, p. 26).

A psiquiatria foi pedra fundamental para a psicanálise, foi nesse lugar comum que surgiu a investigação psicanalítica. O primeiro objeto foi a melancolia, sendo ela um quadro psíquico frequente. Muito ligada às condições civilizatórias, a melancolia foi um espectro por longos anos. Muitos de nossos antepassados sofreram desse “mal”. Foi o alemão Karl Abraham quem, em 1911²⁵, iniciou dois trabalhos fundamentais para esse assunto. Abraham (1945) declara inicialmente, que, a ansiedade e a depressão são correspondentes do mesmo modo que medo e sofrimento. Desta forma, temos medo e angústia de um mau futuro e sofremos por um mal que já ocorreu. Assim ansiedade e melancolia passam a ser convidadas, inexoráveis, de nossa mesa.

Seis anos após a primeira publicação de Abraham, Sigmund Freud publica o ensaio “Luto e melancolia” (1917). Este texto conta com a colaboração de Abraham, grande amigo de Freud. Alguns teóricos escrevem que esse trabalho de Freud é o que melhor fundamenta a compreensão sobre a depressão. No entanto, Maria Rita Kehl adverte que Freud se utilizou do termo melancolia, categoria comum na medicina psiquiátrica do início do séc. XX, mas nunca fez uso da palavra depressão, tal como utilizamos. Com isso, algumas confusões ocorrem, pois as características depressivas do melancólico podem ser semelhantes às do depressivo, mas essas duas estruturas psíquicas não são as mesmas. A autora escreve que as noções de depressão e estados depressivos não foram ainda hoje resgatados completamente da psiquiatria para a clínica psicanalítica, por isso, diz Kehl (2009, p.40):

o termo “melancolia” aportou em terras freudianas, depois de percorrer a cultura ocidental desde Aristóteles, carregado de signos de sensibilidade, originalidade, nobreza de espírito e outras qualidades que caracterizam o gênio criador. Tais qualidades da alma humana não se

²⁵ Ver Abraham, K. Bases para la exploración y el tratamiento psicoanalítico de las psicosis manícodepresivas y estados análogos. Rev. De Psicoanálisis, 1945, II, p.314.

encontram entre as observações de Freud a respeito dos sintomas melancólicos.

Para Freud a melancolia é um estado depressivo, mental, o luto “é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal, etc” (FREUD, 2006, p. 103). O quadro melancólico, que com ressalvas chamaremos de depressão, “caracteriza-se psicicamente por um estado de ânimo profundamente doloroso, por uma suspensão do interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição geral das capacidades de realizar tarefas e pela depreciação do sentimento-de-Si” (FREUD, 2006, p. 103-104). Em “O mal-estar na civilização” (2010) Freud aponta que o relacionamento entre as pessoas é a maior causa das dores e sofrimentos. Para o autor a forma como lidamos com os impulsos é sempre social. O mal-estar na civilização é, por conseguinte, o mal-estar dos laços sociais, estes expressos nos atos de governar e ser governado, na educação, nas repressões, etc.

A formação do sujeito da psicanálise ocorre em meio às contradições e impasses provocados pela instituição da sociedade capitalista. Sendo assim, é possível compreender como ocorre esse distanciamento das categorias sociais que estavam presentes na visão medieval sobre os melancólicos. Estes não aparecem mais na visão moderna enquanto um contexto histórico que confere ao sujeito uma dimensão privada, agora o melancólico (depressivo) adquire uma individualidade.

Por fim, o mal-estar, esse constrangimento frente ao mundo contemporâneo, caracterizado pelas diferenciações sociais produtoras de terríveis desigualdades, é obscurecido pela forma mercadoria que assumem as relações. Temos de lembrar que a indústria farmacêutica é um produto do capitalismo.

Entender os sentidos que a história da psiquiatria e da psicanálise representam para a atualidade, e, até mesmo para a possível banalização do uso de antidepressivos, é fundamental para chegarmos as proposições deste trabalho. As frases que podem sintetizar esse caminho são de Freud, que faz menção ao surgimento dos quadros depressivos como patologia, pois, acredita que são as “circunstâncias da vida que as desencadeiam” (2006, p. 103) e mais recentemente uma frase de Sandra Caponi, que desvela o caráter filosófico e sociológico deste estudo, “nossa sociedade parece ter definido um modo privilegiado e socialmente aceito de sofrer, um modo medicalizado de administrar

nossos fracassos e angústias” (2009, p. 336).

O único médico entrevistado para esta pesquisa exemplifica em algumas palavras o pensamento hegemônico hoje existente. Indagamos-lhe da seguinte forma:

*Será que não há uma **maximização nos diagnósticos de depressão?** Na escola a criança tem problema de aprendizagem ela está com dificuldade de acompanhar uma coisa, a família brigou e se separou, ou os pais estão com problemas financeiros, como é comum aqui no bairro, e aí ele vai receber um medicamento. O senhor acha que existe exagero nas prescrições ou isso é a opinião de um leigo que acha que existe uma superexposição dos medicamentos no dia a dia?*

Resposta: *Se todos esses dados que nós detectamos forem levados para o campo médico talvez isso resulte numa medicalização excessiva, mas veja bem eu reconheço que existe a depressão, mas quanto dessa depressão é médico, quanto dessa depressão é problema de saúde senso stricto, quanto dessa depressão é uma reação a essas circunstâncias ou coisas assim. O outro componente da tua pergunta tem a ver com os medicamentos, eles associam o reconhecimento médico de um quadro com o fato de que existem medicamento para o tratamento daquilo, sem dúvida os médico tendem a forçar um pouco o diagnóstico quando eles têm um instrumento terapêutico, quer dizer que na medida em que a gente tem o que fazer com alguém é mais fácil que a gente possa se arriscar a formular um diagnóstico para aquilo, e pode ser um problema dermatológico, pode ser um problema psiquiátrico, pode ser um problema cardíaco, pode ser o que for. Então de fato talvez a gente de posse de tantos instrumentos terapêuticos, psicológicos, medicamentosos e outros, talvez a gente tenda a formular o diagnóstico, a hipótese diagnóstica com mais tranquilidade do que antigamente, mas eu não creio que a gente tá de verdade forçando demais esse diagnóstico, desde que a gente não medicalize tudo, no sentido de considerar tudo doença. Eu acho que o reconhecimento dos sintomas, o reconhecimento do sofrimento, do reconhecimento das síndromes e depois a busca da compreensão desses fenômenos eu acho que é um avanço muito grande e eu não me sinto muito preocupado da gente estar fazendo isso, além do que, não mais do que 30% das pessoas que recebem esse diagnóstico recebem um tratamento adequado.*

Não se trata de afirmar que a depressão é uma invenção histórica, sabemos, é uma patologia e pode ser tratada, porém, o que está em jogo é um mercado farmacológico competitivo e desregulado. Esse

mercado pode ser considerado um *campo* específico, pois abrange um número considerável de outros mercados e instituições de sustentação. A partir daí entenderemos como se constroem os discursos e as formas de medicalização do sofrimento psíquico - no caso deste trabalho a assimilação por camadas populares - um discurso que sustenta uma psiquiatria biológica e que continua hegemônico na sociedade.

Estamos vivendo um novo tempo de hegemonia do organicismo, após uma fase de interesse em processos subjetivos? Uma nova revanche de Hipócrates, após uma fugaz soberania de Platão? Na verdade a questão secular é: quanto o comportamento humano é produto das estruturas orgânicas e quanto resulta das experiências singulares de cada homem? Ou, noutros termos, quanto é a história pessoal que determina o comportamento normal ou patológico de cada homem, a despeito das estruturas orgânicas que herdou? Ou, ainda, quanto a própria fisiologia cerebral pode alterar-se como efeito da experiência? (PESSOTTI, 2006, p. 123)

8.3 Considerações acerca do Biopoder

O Estado, na filosofia política clássica de Hobbes (2008), era constituído a partir do pacto entre os cidadãos. Tais componentes do Estado pactuavam em prol do ordenamento mais racional da sociedade, isto é, liberdade irrestrita para que o Estado (soberano) não tivesse qualquer condicionamento ético, religioso, social, etc. Sendo assim, o Estado, detentor de todo o poder, deve garantir direitos básicos e a paz no território. Podemos traduzir que garantir a paz é afirmar uma ordem e, conforme mostra-nos a história, garantir os direitos básicos era garantir o direito de morte e poder sobre a vida.

Michel Foucault (1999) nos escritos da “História da Sexualidade”, mais precisamente em “A Vontade do Saber”, afirma que em caso de ameaça ao poder soberano este dispunha da população para sua defesa, era lícito expor a vida dos seus súditos nos casos de guerra. Valido para os casos de ameaça interna e externa. Conforme Paul Rabinow e Nikolas Rose:

Essa era a forma jurídica do poder soberano: o direito de um governante de confiscar as coisas, o

tempo, os corpos, e em última instância a vida dos sujeitos. Era o modelo de poder que era codificado e generalizado na filosofia política clássica – um modelo que permaneceu essencialmente inalterado quando a “cabeça do rei” foi deslocada do soberano para o Estado. (2006, p.27)

À medida que as guerras tornavam-se cada vez mais sangrentas, exigiam um nível maior de sacrifício das populações. Foucault argumentava que desde a era clássica já se tinha desenhado mecanismos para gerar, incitar, reforçar, controlar, monitorar, aperfeiçoar e organizar as forças sob a vida. De maneira geral, podemos dizer que o conceito de biopoder abarca um campo amplo de tentativas de intervir e racionalizar a vida humana. Intervenção que se dá nas “características vitais dos seres humanos, seres viventes que nascem, crescem, habitam um corpo que pode ser treinado e aumentado, e por fim adoecem e morrem. E as características vitais das coletividades ou populações compostas de tais seres viventes (RABINOW; ROSE, 2006, p. 28)”. Tais intervenções chamar-se-iam “biopolítica das populações”.

No intuito de exercitar certa clarificação do conceito de biopolítica (ou biopoder), Rose e Rabinow, sintetizam as condições de possibilidade para uma análise baseada neste conceito. Com base em seus trabalhos anterior, os dois autores sugerem que a conceitualização do biopoder na atualidade deve possuir os seguintes elementos:

(1) Um ou mais discursos de verdade sobre o caráter ‘vital’ dos seres humanos, e um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade. Estes discursos de verdade não podem ser ‘biológicos’ no sentido contemporâneo da disciplina; por exemplo, eles podem hibridizar os estilos biológico e demográfico ou mesmo sociológico de pensamento, como nas relações contemporâneas de genômica e risco, unificadas na nova linguagem de suscetibilidade;

(2) Estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, inicialmente endereçadas a populações que poderiam ou não ser territorializadas em termos de nação, sociedade ou comunidades pré-dadas, mas que também poderiam ser especificadas em termos de

coletividades biossociais emergentes, algumas vezes especificadas em termos de categorias de raça, etnicidade, gênero ou religião, como nas formas recentemente surgidas de cidadania genética ou biológica;

(3) Modos de subjetivação, através dos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a discursos de verdade, por meio de práticas do self, em nome de sua própria vida ou saúde, de sua família ou de alguma outra coletividade, ou inclusive em nome da vida ou saúde da população como um todo – Rabinow tem examinado a formação de novas coletividades em termos de ‘biossocialidade’, e Rose tem examinado a formação de tipos de sujeito em termos de ‘individualidade somática’. (2006, p.29)

Para Caponi, novos discursos e saberes que se estruturaram ao redor do eixo normal-patológico, impõem o desafio de “pensar as estratégias biopolíticas hoje existentes” (2012, p.103). A preocupação constante por antecipar os riscos grassa nos discursos médicos e psiquiátricos se instalando assim no campo das ciências da vida. Isso tudo no sentido de “evitar a dor e garantir a meta impossível de uma vida sem sofrimentos” (2012, p.103). Com isso a pergunta lançada por Caponi nos parece pertinente para fechar/abrir este trabalho: “Seria possível pensar a atual expansão de diagnósticos psiquiátricos referidos a comportamentos cotidianos, como sendo uma estratégia biopolítica hoje hegemônica e quase universalmente aceita?” (2012, p. 103).

De maneira breve, a transformação das sociedades, a consequente complexificação derivada da industrialização e da passagem das monarquias para os estados-nação, foi, grosso modo, o imperativo da reorganização social. Aconteceu em maior ou menor grau nas sociedades, no entanto teve como escopo comum a passagem da estratégia individualizante do homem, enquanto possuidor de um corpo, para a estratégia de poder massificadora, caracterizada pela biologia, pelo homem enquanto espécie.

A nova tecnologia que será posta em prática se refere à multiplicidade de homens, não enquanto corpos individuais, mas na medida em que eles constituem uma massa global afetada por esses processos de conjunto que são próprios da vida,

como os processos de nascimento, morte, reprodução, doenças, etc. (FOUCAULT *apud* CAPONI, 2012, P.106).

Esta nova tecnologia demandará a instituição da estatística enquanto ferramenta de controle e registro das populações. Um grande conjunto de dados sobre nascimentos, mortes, reprodução, fecundidade, passam a ser armazenados em âmbitos local, regional e global. A organização destes dados teve por motivo a comparação entre localidades e o estabelecimento de estratégias de intervenção sócio-políticas.

A biopolítica se constitui como uma tecnologia científica – política que se exerce sobre as populações entendidas como uma multiplicidade biológica, que se refere especificamente aos processos vitais, e que tem como preocupação imediata antecipar riscos. Assim, esse conjunto de fenômenos que se apresentam como aleatórios e imprevisíveis, quando se analisam como fatos que afetam a um determinado indivíduo, aparecem como constantes que é possível antecipar, quando são observados em perspectiva populacional. Os estudos estatísticos permitirão estudar esses fenômenos em séries de curta ou longa duração e desse modo antecipar os riscos ou perigos ao qual essa população estaria submetida. Essas previsões e estimativas estatísticas referidas a fatos sociais (populacionais) e não a indivíduos, permitem criar mecanismos reguladores destinados a manter um estado de equilíbrio ou atingir a média estatística desejada (baixar a mortalidade, alongar a vida, estimular a natalidade) (CAPONI, 2012, p. 107).

Decorre disso o objetivo principal da biopolítica, o de instalar para cada possível risco, mecanismos de segurança semelhantes aos mecanismos disciplinares. Pode-se afirmar como no caso do Programa Bolsa Família, que a condicionalidade segue a lógica biopolítica. Ao condicionar o recebimento de um auxílio financeiro a utilização do serviço de saúde, a política social encontra a manifestação da biopolítica na prevenção do risco de doenças em camadas populares. Os sujeitos “recebem” saúde na forma medicamento. Ao passo que são esquecidos pela proteção estatal, eles também esquecem a desproteção. Um programa dito emancipador, “empoderador”, que, mesmo sem a

intensão, medicaliza/medicamentaliza os indivíduos.

Capítulo 9 - Notas conclusivas

Não basta à produção capitalista a quantidade de força de trabalho disponível, fornecida pelo incremento natural da população. Para funcionar à sua vontade, precisa ela de um exército industrial de reserva que não dependa deste limite natural. (MARX, 2009, p. 738)

Em muitas sociedades, a pobreza foi, e, é considerada o produto da falha moral dos indivíduos pobres. No Brasil tinha-se a ideia que a população mulata e negra era insolente, incompetente, vulgar, preguiçosa, etc. Em suma, ainda hoje, as populações pobres são tomadas por consumidoras imprudentes, más administradoras da própria pobreza. Sendo assim, não deveriam ter acesso ao dinheiro, ficando esse restrito às elites. Rego e Pinzani (2013) traduzem a socióloga Viviane Zelizer que escreve sobre a recusa das camadas burguesas de conceder ajuda monetária aos pobres. Resalta a ideologia da caridade beneficente como um dos construtos sociais mais importantes em oposição à concessão de benefícios monetários. No entanto, citam Rego e Pinzani, “no início do século XX [...] ocorre uma guinada paradoxal: os organizadores das fundações de caridade começam a falar da necessidade de levar dinheiro às casas dos pobres, afirmando que era melhor assim do que deixa-los sem um centavo” (ZELIZER *apud* REGO & PINZANI, 2013, p. 225).

No Brasil, os debates mais calorosos sobre o Programa Bolsa Família retomam os antigos preconceitos, são a repetição histórica os estereótipos atribuídos às camadas populares. Concluiu-se, no final desta pesquisa, que os beneficiários utilizavam os serviços de saúde e escola. Não foi efeito das condicionalidades que estes passaram a estudar mais ou buscar mais auxílio médico. Contudo, se considerarmos as condicionalidades do Bolsa Família como condições para o fenômeno da medicalização do sofrimento nas camadas populares, temos um paradoxo. Como uma política social que reivindica a emancipação para seus beneficiários ao contrário disso os homogeneiza de sul a norte?

Na visão de Clifford Geertz (1989), sistemas culturais desdobram visões de mundo diversas que fornecem mais do que uma posologia a um mal-estar, mas englobam todo um olhar sobre si e sobre o ambiente social que envolve os sujeitos. O individualismo, no sentido de Dumont,

destaca o sujeito de seu todo social e o engloba numa série de saberes nosológicos que lhe auferem um diagnóstico. Émile Durkheim (2007) escreveu que cada sociedade estabelece suas definições sobre o normal e o patológico e também estabelece formas diferentes de tratar, reagir e solucionar as questões relativas a doença e saúde. “Vulgarmente o sofrimento é visto como o indicador da doença, e é certo que, em geral, existe entre esses dois fatos uma relação, mas que carece de constância e de precisão” (DURKHEIM, 2007, p. 52)

Nesse sentido, além das múltiplas variações históricas dos conceitos dentro de uma sociedade, devemos considerar também as respectivas variações culturais como partes que compõem o processo de construção da definição de doença. O antropólogo Laplantine (1991) assevera mais claramente que “[...] o fundamento do conhecimento médico se consistiu historicamente em uma lenta *desimplicação do mal*, oriunda de uma concepção sacra ou filosófica do homem, e da *doença*, por fim encarada em sua positividade naturalista.” (LAPLANTINE, 1991, p. 215). Dito isto, consideramos que “a descontextualização cultural da doença” através de uma desconexão entre o doente e a sociedade é uma prática, talvez possamos afirmar, recorrente na medicina contemporânea.

No entanto, nem para o céu nem para o inferno, o diagnóstico que oculta problemas sociais é transpassado por uma rede de interesses. Por um lado não existe culpa, seja dos médicos, pacientes, etc. O que se viu e ouviu nas entrevistas foi uma diversidade de discursos. Desde o clínico-geral que acredita no medicamento como a melhor maneira de “curar” a depressão, até a beneficiária do Bolsa Família que compartilha a *Fluoxetina* com suas amigas que se auto diagnosticaram com depressão. De fato têm-se as condições necessárias para o estabelecimento de uma análise baseada no biopoder.

Por fim, retomamos a frase de Marx, o discurso da assistência condicionada que provoca, mesmo sem querer, a medicalização do sofrimento nas camadas populares, serve para manter um *status quo*, que, sem dúvida, assenta ainda mais uma pedra sobre as diferenciações sociais. O estatuto neoliberal, ao conceder auxílio monetário, responsabiliza o indivíduo pobre por sua saúde, educação e a própria “emancipação”. Define-se por um caráter puramente atenuante para a política da assistência em relação às camadas populares. Assim, Georg Simmel critica:

O fim da assistência é precisamente mitigar certas manifestações extremas de diferenciação social, a

fim de que a estrutura possa continuar a se fundar sobre essa diferenciação. Se a assistência se fundasse sobre os interesses do pobre, em princípio, não haveria nenhum limite possível quanto à transmissão, o que conduziria à igualdade de todos. Mas, uma vez que o objetivo é o todo social – os círculos políticos, familiares ou sociologicamente determinados –, não há qualquer razão para ajudar ao pobre senão a manutenção do *status quo* social (2008, p. 49).

Referências

AGUIAR, A. A. D. *A Psiquiatria no Divã: Entre as ciências e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2004.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4.ed. Artimed: Porto Alegre, 2002.

ARISTÓTELES. *O Homem de gênio e a melancolia: o problema XXX*. 1.ed. . Rio de Janeiro: Lacerda, 1998.

BIRMAN, J. *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 2a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal. 1989.

BOURDIEU, P. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes. 1997.

BARONI, D. P. M., VARGAS, R. F. S. E CAPONI, S. N. *Diagnóstico como nome próprio*. In: Psicologia & Sociedade; 22 (1): 70-77, 2010

BECK, Ulrich. *Liberdade ou capitalismo*. São Paulo: Unesp, 2003.

BUENO, W. D. C. *A Comunicação da Saúde na Web: Os Compromissos de uma Autêntica Ação Educativa*. In: A. Santos (Ed.). Caderno Mídia e Saúde Pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006. A Comunicação da Saúde na Web: Os Compromissos de uma Autêntica Ação Educativa

CAPONI, S. *Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.29, p.327-38, abr./jun. 2009.

_____; BRZOZOWSKI, F. *Ética e medicalização*. Florianópolis: EdUFSC, 2010.

CASTELLS, Manuel. *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Vol. 1, La sociedad red. Madrid: Taurus, 1998.

DUMONT, L. “Do indivíduo-fora-do-mundo ao indivíduo-no-mundo”. In: *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco. 1985.

DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FINKLER, K. *The universality of nerves*. In: DAVIS, D.; LOW, S. (orgs). Gender, health and illness: the case of nerves. Nova York: Hemisphere Publishing, 1989.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*. 3 volumes. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. *Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina*. In: Revista Verver: PUC/SP. No. 18, 164-194, 2010.

FRANÇA, S. A. M. *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*. 1994. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FREUD, S. *Luto e Melancolia*. In: _____. “Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente”. v.II. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 97 – 122.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989

GOMES, A.; ROZEMBERG, B. *Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo/RJ*. Psicologia: Ciência e profissão. 20(4): 16-29, 2000.

GONÇALVES, Alicia Ferreira. *Políticas públicas, etnografia e a construção dos Indicadores socioculturais*. AVAL Revista Avaliação de Políticas Públicas, ano I, vol.1, n.1, jan-jun, 1998.

HIPOCRATES. *Aforismos*. 1. ed. Unifesp: São Paulo, 2010.

ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

KELLY, K. *Out of Control: The Rise of Neo-Biological Civilization*. Menlo Park CA: Addison-Wesley, 1995.

KLOCK FILHO, Luiz Paulo. *Tapera da Base: Crescimento Urbano e Movimento Sociais 1982 – 2003*, 76 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Estado de Santa Catarina, 2003.

KRAEPELIN, E. *Introdução a psiquiatria clínica – primeira lição: Melancolia*. In Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. N.21, 2001, p.170-76.

LAGO, M; DALLMANN, J. *A importância da etnografia nas pesquisas interdisciplinares: uma abordagem para o estudo do Programa Bolsa Família em Florianópolis, SC*. In: Cad. De Pesq. Interdisciplinares em Ciências Humanas., Florianópolis, v.13, n.103, p.60-78, ago/dez 2012

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. Trad. Walter Lelis Siqueira. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1991.

LAVINAS, L. *Transferência de renda: o “quase tudo” do*

sistema de proteção social brasileiro.

006.Disponível em:<<http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A157pdf>>. Acesso em: 25 jan 2007.

MARX, K. ***O Capital: Crítica da economia política.*** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, dois volumes.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. ***Programa Bolsa Família – Agenda da família.*** S/d

MINAYO, M.C.S. ***O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.***

São Paulo: Hucitec, 1998.

MONNERAT, G. L. et al. ***Do direito incondicional á condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família.*** Revista Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.6, nov./dez., 2007.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. ***O trabalho do Antropólogo.*** Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora da UNESP, 2000.

OMS. ***La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento.*** Ginebra: OMS, 2012, acesso em: 09 de dezembro de 2012.

PESSOTTI, I. ***A loucura e as épocas.*** São Paulo: Ed. 34, 1994.

_____. ***Sobre a teoria da loucura no século XX. Temas psicol.*** [online]. 2006, vol.14, n.2, pp. 113-123. ISSN 1413-389X.

PIGNARRE, P. ***O que é o medicamento?.*** São Paulo: Ed. 34. 1999.

PSICOSITE. ***Antidepressivos.*** Texto disponível em:

<http://www.psicosite.com.br/far/antidepressivos.php>. Acesso: dez. 2012.

RABINOW, Paul. *Antropologia da razão*. RJ: Relume-Dumará, 1999.

_____; ROSE. *O Conceito De Biopoder Hoje*. In: POLÍTICA & TRABALHO Revista de Ciências Sociais. no. 24 Abril de 2006 - p. 27-57 ISSN 0104-8015

REGO, Walquiria.; PINZANI, Alessandro. **Vozes do Bolsa Família**. 1. Ed. São Paulo: Editora Unesp, 2013. 241 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE HABITAÇÃO E SANEAMENTO AMBIENTAL. *Habitação de Interesse Social*. Florianópolis, setembro. de 2011b. Disponível em http://www.pmf.sc.gov.br/habitacao/habitacao/habitacao_caracterizacao.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2011.

SENNA, Monica C. et al. *Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira?* Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 86-94, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a10.pdf> > Acesso em: 2 jul. de 2013.

SILVA, M. O. da S. *Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e*

metodológicos. In: SILVA. M. O. da S. (Org.). Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SIMMEL, Georg. (3º ed.) *Les pauvres*. France:Quadrige/PUF, 2008

SOARES, Sergei; SÁTYRO, Natália. *O Programa Bolsa Família: Desenho institucional, impactos e possibilidades futuras*. Texto para discussão nº 1424. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada: Brasília, 2009.

SOLOMON, A. ***O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão***. Rio de Janeiro:

Objetiva, 2002.

SOUSA, W. ***Epidemia do desencanto***. Texto disponível [http://revistacult.uol.com.br/home /category/edicoes/140/](http://revistacult.uol.com.br/home/category/edicoes/140/). Acesso: dez. 2012.

SUÁREZ, M.; LIBARDONI, M. ***O Impacto do Programa Bolsa Família: Mudanças e Continuidades na Condição Social das Mulheres***. In VAITSMAN, Jeni (Org.); PAES-SOUSA, Rômulo (Org.). Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados: bolsa família e assistência social. Brasília, DF: MDS; SAGI, 2007. v. 2. 412 p. pp. 119-160.

TEIXEIRA, M. A. R. ***A concepção freudiana de melancolia: elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos***. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências

THOMPSON, E.P. ***A formação da classe operária inglesa***. 3 volumes. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

ZIMMERMAN, Clóvis Roberto. ***O Programa Bolsa Família sob a ótica dos direitos humanos***. In: SEMINÁRIO SOBRE PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA, 2006, São Luís. Anais... São Luís: EDUFMA, 2006. p.129-138.