

# ***O MAL-ESTAR QUE SINTO: A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO EM CAMADAS POPULARES***

Resultado de investigación finalizada

GT 26- Sociología Del cuerpo y de las emociones

João Matheus Acosta Dallmann

## **RESUMO**

Este estudo tem como objetivo analisar os sentidos atribuídos à medicalização do sofrimento psíquico em beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), buscando compreender a relação com o seu cotidiano, bem como a, possível, transformação de problemas sociais em diagnósticos psiquiátricos. 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. 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 destacaram-se 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;

## **Introdução**

O objeto desta pesquisa, elaborada de um ponto de vista interdisciplinar no âmbito das ciências humanas, é analisar o 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 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).

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 poderemos 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 ao posto 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), “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 químico-biológico dá lugar à narrativa do paciente corroborada pela difícil delimitação entre “normal” e “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.

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 “pensar, 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 recursos básicos, aliados às doenças físicas.

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

- O que relatam<sup>1</sup> 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 ficaria silenciado 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 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 da qual 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, p.178).

---

<sup>1</sup>Busca-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.

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, ou seja, 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.

### **1. 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, 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.

O Programa Bolsa Família<sup>2</sup> é um programa de transferência condicionada de renda, 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 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 programas de transferência de renda condicionada 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 im-

<sup>2</sup>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.

plementado 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).

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 dessa estrutura de programa foi articular-se em três proposições de combate à pobreza e superação da fome:

1ª) alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; 2ª) 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; 3ª) 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.

São aceitas no Programa Bolsa Família as famílias com renda mensal de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais). 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.

## 2. Condicionalidades

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 (SENNÁ, 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 né, mas tu pega a parte do meio-ambiente né: Oh tu vais receber esse benefício..mas tu vais ajudar na parte do lixo a parte do meio-ambiente, poluição, tudo né...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 participam 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 né 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: Eu faço esse tipo de abordagem com as mães que participavam né, aí em contrapartida um grupo de pessoas se reuniam assim e diziam: Tu vais receber, mas tu vais participar de um dia de trabalho na comunidade, na escola, na creche, no posto, né...fazer alguma coisa. E aí muita gente começou a correr. Isso era lá em Curitiba, que era meio que um social né, pra trazer as pessoas pra estudar né, tu vais ter que estudar à noite pra 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. Umias foram correndo daquilo ali né, as pessoas gostam muito de receber, mas eles não querem dar nada em troca, nem o seu tempo né pra 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 pra ver as pessoas que não estavam recebendo, porque não renovaram, etc.

Andréia: Então assim 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 dali, 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 pra pesar a cada dois meses, tem que tá em dia com a saúde né, mas eu acho pouco, acho que tem que ter alguma coisa a mais. E eu acredito que essas mães que recebem deveriam tá mais atenta na escola também né.

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 tá 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 pra passagem de ônibus, o ônibus tá 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 e de cada situação.

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.

### **3. Condicionalidade como problema**

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.

Este primeiro bloco de entrevistas faz aproximações entre a norma institucional do Programa Bolsa Família - que não determina as visitas constantes aos postos de saúde 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 unidade básica de saúde, 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.

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 eu tô tomando, tenho muito respeito por eles lá no posto. Vou seguir certinho, diz que falta pouco já tô 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.

#### **Prosa de posto I**

Em uma saída de campo realizada no mês de abril duas beneficiárias conversam entre si em

frente à UBS do Bairro Tapera:

Se eu disser que tenho insônia e que sou ansioso o médico vai me dar um remédio? 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. Tô só com o Bolsa Família né, e também tem a pensão do meu (filho) mais novo. O meu marido tá trabalhando em obra né, é pouco.

Pergunta: Tu tens depressão?

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

Pergunta: Onde tu moras?

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

Matheus: Tchau, obrigado.

## **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. Segunda 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 relatava Valéria.

Pergunta: O que tu não relataste ao médico?

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 viviam 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 trata-lo como uma verdadeira mãe hoje ele esta 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 largassem eles não seriam as pessoas que hoje são ele trabalha na parte da noite chega pela manhã e dorme ate 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 esta 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 pra 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 medico, 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.

### **Considerações finais**

Esses relatos e anotações de campo nos mostram a complexa relação entre condicionalidade, gestão municipal 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 unidades de saúde, os beneficiários, podemos 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. Podemos 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 remontaria um cenário de dois séculos atrás. Para Monnerat (2007) somente com a elaboração do que se chamou *WelfareState* 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.

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.

## Referências

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

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.

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

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

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

FINKLER, K. (1989). The universality of nerves. In: DAVIS, D.; LOW, S. (orgs).

Gender, health and illness: the case of nerves. Nova York: HemispherePublishing

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

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

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

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.

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.

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.

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

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.