



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DISCIPLINA: MONOGRAFIA EM PSICOLOGIA

**SAÚDE MENTAL E (EX)-MORADORES DE RUA: UM ESTUDO A
PARTIR DO VALOR PESSOAL E DO PODER PESSOAL**

CARLOS EDUARDO ESMERALDO FILHO

FORTALEZA -CE
JUNHO DE 2006

CARLOS EDUARDO ESMERALDO FILHO

SAÚDE MENTAL E (EX)-MORADORES DE RUA: UM ESTUDO A PARTIR DO VALOR PESSOAL E DO PODER PESSOAL

Monografia submetida ao Departamento de Psicologia Universidade Federal do Ceará, como requisito para a conclusão da Disciplina “Monografia em Psicologia”.

Orientadora:

Profa. Dra. Verônica Moraes Ximenes - professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará e doutora em Psicologia pela Universidade de Barcelona. (vemorais@yahoo.com.br). Departamento de Psicologia. Av. Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60020-180, Fortaleza-CE

Banca de defesa:

- Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis – professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará e doutor em Psicologia Social pela Universidade de Barcelona. Departamento de Psicologia. Av. Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60020-180, Fortaleza-CE
- Ms Lídia Dias Costa – médica, Coordenadora de Saúde Mental da Prefeitura de Fortaleza e mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Rua do Rosário, 238, Centro, 3º Andar, Fortaleza - CE

FORTALEZA -CE
JUNHO DE 2006

RESUMO

Este trabalho surgiu a partir de dois interesses: primeiramente, em realizar um estudo de saúde mental a partir da psicologia; e, em segundo lugar, um trabalho que envolvesse questões sociais. Considerou-se, então, a problemática da população em situação de rua como sendo de muita relevância. Daí, definiu-se, como objetivo geral, compreender como as condições de vida dos moradores de rua interferem na sua saúde mental, a partir das categorias psicológicas valor pessoal e poder pessoal. Como objetivos específicos, buscou-se conhecer as condições de vida dos moradores de rua e os aspectos de vulnerabilidade psicossocial a que eles estão submetidos; verificar as implicações da vulnerabilidade psicossocial decorrente das condições de vida na rua no valor pessoal e poder pessoal dos moradores de rua; e analisar a saúde mental a partir das categorias valor e o poder pessoal nos moradores de rua, utilizando-se o referencial teórico da Psicologia Comunitária e da Psicologia Fenomenológico-Existencial. Optou-se pela pesquisa qualitativa com inserção etnográfica, incluindo observação participante, o que foi feito em um abrigo religioso para ex-moradores de rua, utilizando-se entrevistas individuais com dois abrigados e uma sessão de grupo focal, além de uma participação semanal num grupo vivencial comunitário já existente na instituição. A partir daí, pôde-se fazer as discussões e interpretações dos dados através do método da análise de conteúdo, tendo sido considerados, nas articulações teóricas, conceitos como os de valor pessoal, poder pessoal, fatalismo, consciência, individualismo, ideologia de submissão e resignação e caráter oprimido. Constatou-se um alto grau de desorganização social e de vulnerabilidade psicossocial na população de rua, tendo como conseqüência um enfraquecimento do valor e do poder pessoal, contribuindo, dessa forma, para a precariedade da saúde mental dessa população. Por fim, destacou-se a importância de se considerar o fortalecimento do valor e do poder pessoal nas políticas públicas em geral, e nos serviços de saúde mental, em particular, ressaltando-se ainda a importante contribuição da Psicologia Comunitária neste sentido.

PALAVRAS-CHAVE: Moradores de rua, valor pessoal, poder pessoal.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	5
2 - OBJETIVOS	8
3 - UMA CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA	9
3.1 - Exclusão, desigualdade social e urbanização no Brasil	10
3.2 - O processo de urbanização em Fortaleza – crescimento demográfico e aumento da pobreza	15
3.3 – Vivendo nas ruas: extremo da vulnerabilidade psicossocial	18
4 - VALOR PESSOAL E PODER PESSOAL: DEFINIÇÃO E APROFUNDAMENTO TEÓRICO	24
4.1 – Valor pessoal e poder pessoal: definição na Psicologia Comunitária	25
4.2 – Carl Rogers e o poder pessoal	28
4.3 – A noção de possibilidade na Psicologia Fenomenológico-Existencial: elemento do poder pessoal	33
4.4 – Valor pessoal e poder pessoal: uma contextualização histórico-social	38
5 - A SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: UMA CONCEPÇÃO A PARTIR DO VALOR E DO PODER PESSOAL	49
5.1 – Saúde Mental: aspectos históricos	49
5.2 – A Saúde Mental Comunitária	53
5.3 – Valor pessoal e poder pessoal: elementos da nova concepção de saúde mental	57
6 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	62
6.1 – Pesquisa Qualitativa	62
6.2 – Coleta e análise dos dados	64
6.3 – Caracterização do local da pesquisa	68
7 – DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS	70
7.1 - O modo de vida dos (ex)-moradores de rua e os aspectos de vulnerabilidade psicossocial a que eles estão submetidos;	70
7.2 – O enfraquecimento do valor e do poder pessoal em (ex)-moradores de rua em consequência da vulnerabilidade psicossocial decorrente da situação de rua;	76
7.3 – As condições de saúde mental dos (ex)-moradores de rua a partir das categorias valor e o poder pessoal	84
8 – CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

1 – INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A problemática dos moradores de rua está bem presente na vida de todos; basta andar nas ruas, numa calçada, e qualquer um pode de repente tropeçar numa pessoa dormindo, abandonada, caída. A situação de rua corresponde a uma condição extrema de miséria, em que o indivíduo é negado em seus direitos fundamentais, negado até como um ser humano, vivendo muitas vezes como um bicho.

O poder público e a sociedade civil não podem se omitir frente a essa realidade. E estudos científicos podem contribuir para uma melhor compreensão dessa questão. É mais do que urgente que se realizem estudos, ações e políticas que se complementem de forma a mudar essa triste e complexa realidade.

Este trabalho surgiu, em primeiro lugar, a partir de um interesse em conhecer a realidade social do povo brasileiro, mais especificamente dos miseráveis de Fortaleza, representados aqui especificamente pelas pessoas que vivem ou que viveram nas ruas, que em muitos casos estão completamente abandonados pela família, pelo poder público, pela sociedade em geral.

Em segundo lugar, havia também o interesse em desenvolver um estudo sobre saúde mental que envolvesse categorias conceituais da psicologia, de forma a aprofundar uma concepção de saúde mental que não se restringisse ao modelo biomédico ou apenas à definição da doença mental e do sofrimento psíquico. Não que não seja importante considerar esse sofrimento, ou até criar formas de superação, mas é importante que se aprofundem conceitos positivos de saúde mental, que contribuam para o desenvolvimento de metodologias de prevenção e de promoção da saúde.

Um estudo de saúde mental com moradores de rua revelou-se apropriado a este interesse, tendo em vista que essa população, devido ao grau das situações de miséria a que está submetida, apresenta uma saúde altamente precária, possuindo escassos recursos para superar as condições de vulnerabilidade que caracterizam as suas vidas.

A partir desses interesses foi-se delineando a temática saúde mental e (ex)-moradores de rua. Verificou-se também que é imprescindível que se considerem o valor pessoal e o poder pessoal como importantes fatores que caracterizam a saúde, em geral, e também a saúde mental, em particular.

Não podemos deixar de levar em conta também, num estudo sobre saúde mental a partir do valor e do poder pessoal, a importância dos referenciais teóricos da Psicologia Comunitária e da Psicologia fenomenológico-existencial, esta representada especialmente pela teoria e método desenvolvido por Carl Rogers. São duas perspectivas que acreditam nos potenciais humanos.

Assim, o estudo foi organizado em três elementos principais: a análise das condições em que se encontram os moradores de rua, o aprofundamento teórico do valor e do poder pessoal – categorias trazidas por Góis (1993), com base em Carl Rogers, para a Psicologia Comunitária – e a compreensão da saúde mental empreendida a partir dessas categorias.

Existem algumas classificações de moradores de rua. Lovisi (2000), por exemplo, que realiza um estudo sobre a incidência de transtornos mentais em albergues do Rio de Janeiro, estabelece a seguinte classificação de moradores de rua: há os que não possuem residência, os que moram em albergues e os que vivem cronicamente nas ruas.

Devido a uma maior facilidade de acesso, optou-se por estudar moradores de um abrigo religioso, a Fraternidade Aliança Toca de Assis, uma instituição religiosa da ordem franciscana que abriga pessoas em situação de rua, buscando esses indivíduos diretamente nas ruas e oferecendo dormida, banho, alimentação e cuidados em geral. Em Fortaleza, são três casas, das quais uma foi escolhida como campo dessa pesquisa.

Os abrigados são, em sua maioria, ex-moradores de rua. Prefere-se chamar (ex)-moradores de rua, porque é muito difícil atribuir em definitivo a denominação “ex-morador de rua” a essas pessoas, tendo em vista que muitos deles acabam retornando para as ruas depois de passar algum tempo acolhido; outros, apesar de morar no abrigo, identificam-se como morador ou sofredor de rua.

Surgiu, então, a necessidade de fazer uma contextualização da situação de exclusão e abandono em que vivem essas pessoas, bem como de realizar um aprofundamento teórico dos conceitos de valor pessoal, poder pessoal e da concepção de saúde mental comunitária. Isso será feito, respectivamente, nas três primeiras partes deste trabalho.

O trabalho está, assim, dividido em duas partes: a primeira consiste nesse aprofundamento teórico, onde será feita um estudo historicamente contextualizado sobre a situação de rua e também serão feitas referências a Carl Rogers, Cezar Góis, Paulo Freire e Martin-Baró; a segunda diz respeito à pesquisa de campo propriamente dita,

com a explicação da metodologia utilizada e a discussão dos dados e resultados. Por fim, serão feitas as considerações finais.

2 - OBJETIVOS

Definiu-se então como objetivo geral deste trabalho compreender como as condições de vida dos moradores de rua interferem na sua saúde mental, a partir das categorias psicológicas valor pessoal e poder pessoal.

Como objetivos específicos, pretendeu-se:

a) conhecer as condições de vida dos moradores de rua e os aspectos de vulnerabilidade psicossocial a que eles estão submetidos;

b) verificar as implicações da vulnerabilidade psicossocial decorrente das condições de vida na rua no valor pessoal e poder pessoal dos moradores de rua;

c) analisar a saúde mental a partir das categorias valor pessoal e poder pessoal nos moradores de rua, utilizando-se o referencial teórico da Psicologia Comunitária e da Psicologia Fenomenológico-Existencial

3 - UMA CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

É muito comum nas cidades brasileiras, principalmente em grandes metrópoles, nos depararmos com pessoas morando na rua, dormindo em bancos, calçadas, procurando abrigo em viadutos, marquises em ruas comerciais, praças. Muitas vezes são considerados vagabundos, vadios, bêbados, ladrões, preguiçosos, mendigos. Algumas pessoas reagem com medo, asco, aversão, pena, raiva, hostilidade, por considerarem-nos

Esses sentimentos são confirmados por um estudo realizado por Mattos *et al* (2004, p.51) sobre as representações sociais acerca das pessoas em situação de rua. Este estudo, a partir de depoimentos de moradores de rua, concluiu que tais indivíduos são geralmente percebidas como vagabundos, loucos, sujos, perigosos e “coitadinhos”. Essas tipificações “suscita nos cidadãos domiciliados ações que trafegam no extremo da total indiferença chegando até à repulsa e à violência física”.

É muito importante que a temática, tão presente aos olhos de todos, seja contextualizada dentro da realidade de desigualdade e exclusão social que caracteriza a história e mais do que nunca a atualidade sócio-econômica da América Latina e do Brasil.

Assim, nesta primeira parte, pretende-se situar a problemática dos moradores de rua dentro do contexto de pobreza e desigualdade social da América Latina e do Brasil, procurando-se na medida do possível analisar historicamente essa questão e abordando-se temas como crescimento econômico, urbanização e políticas públicas voltadas às pessoas em situação de rua.

Primeiramente, será feita uma breve análise do processo de exclusão, desigualdade social e a urbanização no Brasil, elementos que se consideram importantes no estudo dos fatores que contribuem – ou contribuíram - para o aumento do número de moradores de ruas nas grandes metrópoles do Brasil.

Em seguida, pretende-se fazer uma breve contextualização do processo histórico da urbanização em Fortaleza, seu crescimento desordenado e a intensificação da pobreza e da desorganização social.

Finalmente, baseada em alguns estudos sobre moradores de rua, a discussão sobre essa problemática será empreendida e aprofundada, ressaltando-se os aspectos de

vulnerabilidade psicossocial a que estão submetidas estas pessoas em situação de rua, tanto antes como - e principalmente - após a ida para as ruas.

3.1 - Exclusão, desigualdade social e urbanização no Brasil

O Brasil possui um histórico de dependência econômica e submissão aos interesses internacionais, caracterizadas pela invasão e colonização do europeu, o qual buscou nas terras brasileiras o lucro acima de tudo.

Uma alta concentração de renda, desigualdade e exclusão social sempre estiveram presentes no desenvolvimento sócio-econômico do Brasil e, ultimamente, a globalização e a implantação de políticas neoliberais em toda a América Latina vêm aprofundando e intensificando cada vez mais esses problemas. Com a globalização, aumentaram as disparidades e desigualdades econômicas e sociais entre as regiões do mundo, bem como as desigualdades internas nos chamados países em desenvolvimento.

E como podemos compreender a exclusão social em tempos de globalização e implementação de políticas neoliberais, especialmente entre os países da América Latina? É de fundamental importância discutir sobre o que aqui se refere como sendo exclusão social.

Em primeiro lugar, acredito que se deva falar em um **processo** de exclusão social, e não simplesmente uma exclusão social. Definir a exclusão social como um processo impede que caiamos na crença de um fenômeno fixo, imutável, natural, universal e descontextualizado. É exatamente essa a direção a que segue Boneti (1998, p.41), ao refletir sobre as concepções de exclusão social que se foram desenvolvendo nas teorias sociológicas. Para ela, não se pode falar em exclusão social sem considerar mudanças sociais: “Em qualquer circunstância, o processo de exclusão se dá a partir de um contexto de mudança na estrutura social, quer seja produtiva ou cultural”.

Ela afirma que historicamente se abordaram dois aspectos da exclusão social: o primeiro tem origens nas relações produtivas, enquanto o outro aspecto diz respeito às questões socioculturais e de cidadania. Nesse sentido, algumas concepções sobre exclusão social acreditam que não se podem deixar de lado motivações socioculturais e históricas.

Assim, as definições e conceitos sobre exclusão social abordam tanto a esfera produtiva, como as relações e vínculos sociais básicos. Segundo Escorel (1995, p.6), excluir não significa apenas segregar, marginalizar, mas também desconsiderar a

existência humana. Significa “(...) criar e perpetuar condições que tornem permanente o ato de morrer”. De acordo com essa concepção, deve-se considerar tanto o contexto social, como o político, o cultural e o humano. Social no que diz respeito à fragilidade ou até ausência de vínculos sociais e interpessoais que constituem a pessoa. O contexto político significa a ausência de participação nas decisões políticas e o exercício dos direitos garantidos constitucionalmente. Com relação ao aspecto cultural, há uma estigmatização e categorização do ser humano. Já o contexto humano refere-se ao desrespeito ao indivíduo, que muitas vezes não possui condições de satisfazer suas necessidades mais básicas.

Considerando todos esses aspectos abordados, não se pode então pensar em um processo de exclusão social que seja universal e descontextualizado. O termo exclusão social muitas vezes leva a pensar numa completa exclusão do indivíduo, como se este não fizesse parte da sociedade. Não é bem assim, não se pode excluir uma pessoa da sociedade. Pensando nos interesses da elite dominante em manter o *status quo*, pode-se dizer que todos têm a sua função social, mesmo que seja um louco ou um morador de rua. Pode-se, certamente, excluí-lo de um amplo convívio social, através de hospitais psiquiátricos ou de prisões, por exemplo. Pode-se também excluí-los das relações produtivas, do mercado formal de trabalho, bem como dos serviços sociais como saúde, educação e assistência. Mas não se pode excluí-lo da sociedade.

Exclusão social seria, então, um processo que faz parte dos mecanismos utilizados pela classe dominante de uma sociedade historicamente constituída, com o intuito de manter a dominação, o regime sócio-político, o *status quo*. Através desse processo, os chamados excluídos permanecem destituídos do acesso a determinados bens, serviços, direitos fundamentais e garantias que a própria sociedade garante através de leis e constituições.

Assim, torna-se importante considerar todos esses aspectos numa discussão sobre o processo de exclusão social: tanto as relações de produção, como também a esfera sociocultural e de cidadania, e também tanto numa dimensão micro como macrossocial. Deve-se, portanto, contextualizar o processo de exclusão social em relação à realidade latino-americana, considerando-se as políticas neoliberais, que aprofundam a dependência econômica dos países dessa região, bem como as desigualdades sociais; considerando, também, a pobreza urbana e a precariedade das metrópoles nessa região e, mais especificamente, no Brasil.

Conforme análise de Adorno et al (2004), a pobreza e exclusão social, nas últimas décadas, apresentam novas características.

(...) as políticas de corte neoliberal implementadas nos últimos anos, ao impactarem fortemente a economia do país, geraram um novo contingente de excluídos, mas de perfil diferente do tradicional. Se antes a população excluída geralmente tinha baixa escolaridade, vinha de famílias numerosas, era migrante e tinha ocupação mal remunerada, hoje, na nova exclusão, as pessoas não são analfabetas, têm uma escolaridade, mesmo elementar ou média, vêm de famílias pequenas, são cidadãos urbanos, mas estão em situação de desemprego ou de precarização. Em outras palavras sem vencer a antiga forma de exclusão social, agregou-se, devido à quase ausência de crescimento nos últimos anos, uma nova leva de pessoas sem acesso aos direitos sociais básicos, principalmente a uma ocupação digna e à segurança (p.9).

Podemos avaliar, então, que o processo de pobreza e exclusão social atinge uma maior parcela da população, tanto quantitativa como qualitativamente. Entretanto, deve-se fazer uma ressalva com relação ao que este autor comenta a respeito da ausência de crescimento econômico. A política econômica brasileira desde a década de 90 acarretou, embora muito pequeno, um certo crescimento econômico, que, no entanto, veio acompanhado de um aumento na concentração de renda e pouca atenção às questões sociais. Segundo Nepomuceno (2003), houve no Brasil, desde a época colonial, uma supervalorização do fator econômico, em detrimento das esferas sociais.

Isso faz sentido, quando analisamos o crescimento econômico do Brasil desde 1990. Segundo CEPAL (2005)¹, o Brasil teve uma taxa de crescimento positiva tanto na década de 90, quanto nos cinco primeiros anos da década atual. A taxa anual de variação do PIB per capita (em dólar) foi de 0,2 nos anos 90 e de 1,1 entre 2000 e 2004. Apesar disso, o desemprego aumentou de uma média de 5,6% na década de 90, para uma média de 9,8% entre 2000 e 2004. Ou seja, apesar de um certo crescimento econômico, embora pequeno, o desemprego aumentou desproporcionalmente. Nota-se então que o crescimento econômico é necessário, mas não suficiente para diminuir a pobreza.

A pobreza e a desigualdade social possuem múltiplas dimensões, e são necessários estudos transdisciplinares para dar conta dessa questão. Entretanto, considero de muita importância, nesse estudo, abordar um pouco a relação entre a

¹ Panorama social de América Latina – documento preparado anualmente pela *División de Desarrollo Social y la División de Estadística y Proyecciones Económicas* da CEPAL (Comisión Económica para América Latina)

urbanização e pobreza, face à estreita conexão que existe entre a pobreza urbana e a situação dos moradores de rua.

É notório o aumento da pobreza no meio urbano. Conforme salienta Ziccardi (2003), ao abordar a questão da pobreza urbana na América Latina, “a diferencia de épocas anteriores las que la pobreza se localizaba predominantemente en el campo, en las últimas décadas ha crecido notablemente en el medio urbano” (p.152). Isso ocorre porque a população urbana vem apresentando um maior crescimento demográfico, e o sistema produtivo tem se mostrado incapaz de gerar emprego e renda que absorva esse crescimento, ocasionando, assim, um alto índice de desemprego e/ou um aumento do emprego informal.

En América Latina, entre 1980 e 1990, el numero de pobres que viven en áreas urbanas, es más del doble(...)esta urbanización de la pobreza es una de las características más importantes de este fenómeno em América Latina em los utimos decênios(Ziccardi, 2003, p.154)

O Brasil não está fora dessa realidade urbana. Para Maricato (2003, p.175), o processo de urbanização e industrialização brasileira, que teve início a partir dos anos 30, manteve as mesmas relações arcaicas baseadas na estrutura fundiária. “É importante destacar essa característica no processo social brasileiro: industrialização sem reforma agrária, diferentemente do que ocorreu na Europa e nos Estados Unidos”.

Darcy Ribeiro faz uma análise da urbanização brasileira, associando-a, não somente aos problemas agrários, como também à industrialização no século XX. Para ele, o Brasil teve seu primeiro surto de industrialização provocado pela crise de desemprego europeia do final do século XIX, que acarretou a imigração de cerca de 7 milhões de europeus para o Brasil. Faz, também, uma associação com a abolição da escravatura, que provocou um aumento do número de habitantes especialmente na Bahia e no Rio, originando os núcleos africanos, que se transformaram nas favelas de hoje (Ribeiro, 1995).

A população urbana no Brasil, que era de 21,8 milhões em 1920, aumentou enormemente, chegando a 80,5 milhões em 1980. Relacionando com a questão da industrialização, Ribeiro (1995, p.198) afirma:

A industrialização e a urbanização são processos complementares que costumam marchar associados um ao outro. A industrialização oferecendo empregos urbanos à população rural; esta entrando em êxodo na busca dessas oportunidades de vida. Mas não é bem assim.

Geralmente, fatores externos afetam os dois processos, impedindo que se lhes dê uma interpretação linear.

A expulsão da população do campo, no Brasil, provocada principalmente pela questão dos latifúndios e monopólio das terras, bem como a monocultura, foi um importante fator que provocou o aumento da população urbana no país. Entretanto, o que aconteceu foi que a industrialização não foi suficiente para atender o crescente contingente populacional e de mão-de-obra nas cidades brasileiras, as quais não estiveram preparadas para esse grande contingente. “Sua consequência foi a miserabilização da população urbana e uma pressão enorme na competição por empregos” (Ribeiro, 1995, p.198).

Essa urbanização, considerada como caótica por Darcy Ribeiro (1995), embora tenha sido mais forte em São Paulo, ocorreu em todas as grandes cidades do Brasil, que ficaram inchadas, sem infra-estrutura urbana e econômica que acompanhasse esse crescimento demográfico.

Assim, pensando a partir de Darcy Ribeiro, constatamos uma cada vez mais crescente desorganização social e urbana, traduzida através da miséria totalmente exposta e visível. Um desemprego cada vez maior soma-se a uma desesperança coletiva. Miseráveis criam estratégias de sobrevivência e muitos encontram saída na informalidade.

Assim, as grandes cidades brasileiras, atualmente, caracterizam-se em geral pela proliferação de favelas, desemprego, subemprego, poluição do ar, das águas, do som, violência urbana, enchentes, segregação social, irregularidades na ocupação do solo urbano, ineficiência e/ou insuficiência no atendimento de saúde e educação, falta de habitação adequada, pessoas vivendo às margens de rios e canais, ou a completa falta de moradia (crianças, adolescentes, adultos, idosos, e até famílias inteiras vivendo nas ruas).

Esses grandes problemas nacionais, dos quais as cidades são palcos, segundo Silva(2004), surgiram a partir de uma passagem de um país agrícola para um país industrializado, mas permanecendo subdesenvolvido, aprofundando-se assim as desigualdades. E todo esse processo de urbanização do Brasil ocorreu através de rápidas transformações e de mudanças bruscas no espaço das grandes cidades, para onde as migrações foram sempre acentuadas. E é nas cidades onde a miséria e a desorganização social são bem mais visíveis.

3.2 - O processo de urbanização em Fortaleza – crescimento demográfico e aumento da pobreza

É importante contextualizar a realidade de Fortaleza, cidade onde foi realizado o presente estudo, nesse processo que atinge todo o Brasil. A capital cearense apresentou um rápido crescimento urbano, tanto que em um século, a população aumentou de pouco menos de 41 mil habitantes no final do século XIX para mais de 2 milhões na virada do século XX (Silva, 2004). Além disso, ressalta-se também que a cidade não possui uma capacidade industrial suficiente para absorver esse grande contingente populacional. Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (PNAD), o setor econômico que mais absorveu mão de obra em 2001 foi o de serviços (26,1%) e em seguida o de comércio (20,5%).

Essa problemática não é recente. Fortaleza, como se pode perceber, caracterizada por uma forte instabilidade econômica, assim como outras cidades brasileiras, não foi capaz de absorver a mão-de-obra oriunda do campo. Assim como hoje, já na década de 1950, era alto o índice de desemprego e de subemprego. Essa foi a conclusão a que chegou Jucá (2000), que fez um estudo do perfil urbano de Fortaleza entre os anos 1945 e 1960. Segundo esse estudo, no centro de Fortaleza, era quase impossível o tráfego humano, diante da grande quantidade de vendedores ambulantes nas praças e calçadas do centro da cidade. Havia perseguições a esses trabalhadores informais, que eram considerados incômodos à tranquilidade do comércio formal: “Nesse período, mesmo os que tentavam escapar da fome, por meio do subemprego de vendedor ambulante, eram perseguidos como estorvos ao desenvolvimento comercial” (Jucá, 2000, p.63). Além disso, os ambulantes incomodavam a elite dominante, devido ao prejuízo que eles causavam ao embelezamento da cidade.

Atualmente, diante do aumento da economia informal e da quantidade de desempregados e subempregados, a prefeitura foi obrigada a conceder licença e regulamentar a atividade, limitando o número de vendedores ambulantes no centro da cidade.

Pensando a partir desses fatos históricos, pode-se perceber o quanto foi precário, indiferente, e às vezes até cruel, o tratamento dado à pobreza pela classe dominante. Rejeitava-se a pobreza, porque ela incomodava, prejudicando a estética urbana da cidade e comprometendo a ordem. Em muitas ocasiões, a elite lançava mão do tratamento coercitivo para tentar dar uma “ordem” à cidade.

Esse tratamento também foi dispensado aos mendigos de Fortaleza, entre décadas de 1940 e 1950. Na verdade, os mendigos, como se chamavam os pedintes que viviam na rua, eram tratados mais como caso de polícia do que como uma questão econômico-social. Havia uma associação entre medidas assistenciais e medidas de caráter policial, mas apenas os portadores de deficiência ou que as pessoas que tinham algum problema de saúde ou algum impedimento físico eram considerados verdadeiros mendigos. Os que possuíam “saúde” e “força física” eram chamados de falsos mendigos. Estes, então, teriam que ser retirados da rua pela polícia, pois eram considerados malandros e preguiçosos, que não trabalhavam porque não queriam:

O asco ou o pavor á miséria sempre apareceu naqueles mais bem situados no meio social. Por isso, além das vias tradicionais como campanhas assistenciais, uma reação mais rude despontou nas capitais em crescimento, que consistia em perseguir e tentar excluir os mendigos dos pontos centrais das cidades, tratando-os como indesejáveis, que perturbavam o desenrolar das atividades normais. (Jucá, 2000, p. 164).

Verifica-se então o descaso histórico com o qual o poder público tem tratado os miseráveis. As desigualdades sociais e a manutenção da miséria, por um lado, sempre interessaram à elite dominante, que se esforça por manter e conservar a situação atual; mas, por outro lado, a pobreza exposta incomoda por comprometer a beleza da cidade, ou por muitas vezes causar medo às pessoas, devido ao aumento da criminalidade.

Assim, na primeira metade do século XX, em Fortaleza, foi atribuída à Secretaria de Polícia do Ceará à tarefa de solucionar o problema da mendicância, tendo sido este órgão, inclusive, o responsável pela inauguração do Albergue Noturno Menezes de Pimentel, em 1945, com capacidade para abrigar noventa pessoas. Os abrigos, segundo Jucá (2000, p.164) foram criados com o intuito de “(...) libertarem as ruas de Fortaleza desse espetáculo tristonho da mendicância”.

Omitiam-se os fatores principais no que dizem respeito à pobreza e à mendicância na cidade: as desigualdades sociais, a concentração de renda, o despreparo da cidade para receber a mão-de-obra oriunda do campo, a falta de uma política de geração de emprego, o latifúndio e os demais problemas da questão agrária, dentre outros. Soma-se a esses problemas as deficiências nos serviços de infra-estrutura, como transportes, saneamento, saúde, educação, alimentação, habitação, etc.

Nos últimos anos, com as políticas neoliberais e excludentes - em tempos de globalização - adotadas pelos governos da América Latina, esses problemas vêm se

intensificando cada vez mais. Não é o objetivo aqui fazer um estudo exaustivo dessas condições, mas pelo menos compreender o contexto sócio-histórico e econômico no qual estão inseridas as pessoas em situação de rua.

E esse contexto inclui a questão urbana de Fortaleza. Com relação a essa questão, Silva (2004) argumenta que os fatores que mais contribuíram para o crescimento demográfico da cidade foram a sua condição de capital administrativa, a construção da Estrada de Ferro de Baturité (no auge da produção e exportação de algodão do Estado), o melhoramento do porto e a ampliação da malha rodoviária. Tudo isso, juntamente com as constantes secas no sertão cearense, provocou uma “macrocefalia urbana”, tornando mais visível a pobreza e as contradições sociais.

Essa grande concentração urbana que caracteriza Fortaleza ocorreu em detrimento do crescimento (muito lento) das cidades do interior – as principais atividades do Estado, bem como cerca de um terço da população cearense, estão concentradas na capital. A industrialização concentrou-se quase que inteiramente na Região Metropolitana de Fortaleza, de modo que só de alguns anos para cá, Sobral e o pólo Crato - Juazeiro do Norte - Barbalha tiveram um pequeno processo de industrialização.

A maior cidade do interior, e segunda maior do Estado, ou seja, Juazeiro do Norte, possui apenas cerca de 230 mil habitantes, frente aos mais de 2 milhões de habitantes de Fortaleza (IBGE²).

No contexto nordestino, é o Ceará o Estado que apresenta o um maior desnível no seu sistema urbano, no que se relaciona à hierarquia. Isso quer dizer que é o Estado que apresenta maior diferença em termos demográficos entre a sua maior cidade e a segunda mais importante. Nos demais Estados, nota-se um certo equilíbrio(...). O poder concentrador de Fortaleza revela a fragilidade do sistema urbano, que não consegue reter a população do interior. Apesar de ser tão importante no cenário urbano brasileiro pelo seu contingente populacional, a cidade não possui uma urbanização a altura do seu tamanho demográfico (Silva, 2004, p.234).

Dessa forma, as grandes questões sociais urbanas estão bem presentes na realidade de Fortaleza. O aumento crescente da violência urbana e criminalidade aprofunda consideravelmente a segregação social e espacial na cidade. O crescimento da cidade empurra cada vez mais a população pobre para a periferia, muitas vezes para as chamadas áreas de riscos. O número de favelas na cidade cresceu de 235, em 1985, para 355, em 2001 (Silva, 2004). No começo da primeira década deste século, viviam

² IBGE – Estimativa populacional por município 2005

nas favelas de Fortaleza mais de 540 mil pessoas. A cidade amarga ainda um crescente índice de desemprego; apenas cerca de 756 mil pessoas – dos mais de 2 milhões – fazem parte da população economicamente ativa (Linhares, 2006).

A capital do sol (a Fortaleza dos turistas), a capital da moda (a Fortaleza das indústrias têxteis e de uma nova burguesia industrial) e a capital da miséria (a Fortaleza de dois milhões de habitantes dos quais somente 756 mil compõem a chamada população economicamente ativa) se justapõem e compõem hoje uma cidade que é, a um só tempo, palco de cenas de miséria/opulência, tristeza/alegria e segregação social (Linhares, 2006, p.1).

No extremo dessa miséria de que fala Paulo Linhares, a mais nítida expressão de vulnerabilidade social, estão as pessoas sem lar, sem moradia, vivendo ao leu, pelas ruas de Fortaleza. Quase não há estudos estatísticos sobre pessoas vivendo nas ruas. Entretanto, segundo pesquisa do Instituto Municipal de Pesquisa, Administração e Recursos Humanos (Gaspar, 2005), registraram-se 2040 pessoas vivendo nas ruas, no ano 2000.

E não se pode ficar cego a essa realidade miserável. Também não podemos ficar omissos e passivos, assistindo de camarote cenas lamentáveis de pessoas sujas, deitadas no chão, passando fome, às vezes catando e comendo lixo para sobreviver. É importante que o Poder Público e a sociedade civil não fiquem omissos diante desse quadro. Esse estudo é uma tentativa, então, de exercer um compromisso social da psicologia, preocupando-se em contribuir para uma transformação social dessa realidade desumana e excludente.

3.3 – Vivendo nas ruas: extremo da vulnerabilidade psicossocial

Inseridos nesse contexto de exclusão, miséria e abandono, estão os moradores de rua, ou, como muitos preferem chamar, as pessoas em situação de rua, que vivem em condições extremas de exclusão social, ocupando praças públicas, calçadas, terminais de ônibus, viadutos, ou qualquer espaço público que sirvam ou não de abrigo. As situações de abandono que eles enfrentam representam nitidamente uma alta vulnerabilidade psicossocial.

São várias as denominações que se usam para as pessoas que vivem nas ruas, tanto utilizadas pela própria população de rua, com as quais se identificam, como

por pesquisadores e agentes do poder público (Adorno e Waranda, 2004). Muitos termos se referem a uma determinada função que o indivíduo ocupa na rua: “catadores”, por exemplo, referem-se à população catadora de lixo. Pode ser um termo estigmatizado, também, como “bêbados” ou “alcoólatras”. É comum, também, o uso do termo “maloqueiro” (que se referem a “maloca”, local precário que a pessoa ou grupos usam para dormir ou para guardar documentos e pertences), “albergados”, “trecheiro” (termo originário de “trecho”, ou seja, pessoas que procuram, sem sucesso, oportunidades de trabalho e de vida em outra cidade).

Uma denominação muito utilizada pela própria população de rua é “sofredor de rua”, que especifica o sofrimento pelo qual essa população passa nas ruas. É um termo que possui também uma conotação religiosa (Adorno e Waranda, 2004). “Mendigo” é um termo que foi muito utilizado, mas que hoje deu lugar a outras denominações, como “moradores de rua”, “situação de rua” ou “população de rua”, que são termos mais utilizados em estudos sobre essa população.

Independente da denominação que se usa para definir a população de rua, é muito clara a imensa situação de vulnerabilidade a que eles estão expostos. Uma relação entre pobreza e vulnerabilidade social está sistematizada no “Panorama Social de América Latina”, CEPAL (2002), que destaca um aumento da vulnerabilidade social nos últimos anos, os quais se caracterizaram pela precariedade e mudanças do mercado de trabalho, no acesso aos serviços sociais, nas formas de organização política e sindical, no funcionamento da micro e pequena empresa, bem como em decorrência de políticas de ajustes pelos governos da América Latina. Pode-se acrescentar também a globalização e a implantação de modelos neoliberais de economia, como já foi discutido anteriormente.

Isso significa que uma maior quantidade de grupos, famílias e pessoas estão ficando cada vez mais expostos a maiores riscos e inseguranças, devendo-se destacar em específico as áreas urbanas, que concentram a maior parte da população da América Latina, e é onde se expressam de forma nítida as contradições sociais que caracterizam esse aumento da vulnerabilidade.

A vulnerabilidade social é definida (CEPAL, 2002), então, como um fenômeno multidimensional caracterizado por sentimentos de insegurança, risco e desproteção, estando associado com a inexistência de recursos por parte de pessoas, famílias e grupos, e a capacidade de usá-los de forma a lidar com as transformações a nível econômico, social, político e cultural.

Destacou-se, então, para a vulnerabilidade social, quatro dimensões fundamentais que a caracterizam, ou seja, são os principais recursos necessários para uma superação de uma condição de vulnerabilidade: o trabalho, o capital humano (condições de saúde e educação), os recursos produtivos e as relações sociais. No que diz respeito a trabalho, capital humano e recursos produtivos, refere-se ao alto índice de desemprego nos países da América Latina, bem como à precariedade e em geral das relações de trabalho, dos meios de produção e da educação pública. Essas relações são ainda marcadas pela desigualdade e por uma fragilidade cada vez maior.

O que se chama de capital humano diz respeito ao desenvolvimento pessoal, social, cultural e profissional, que pode ser fortalecido, especialmente, mas não somente, através de serviços de saúde e educação públicos, os quais devem possuir boa qualidade e infra-estrutura.

Já as relações sociais, nas quais se incluem também as relações familiares, constituem outra importante dimensão que pode atenuar ou agravar a vulnerabilidade, dependendo da existência suficiente de redes de apoio social e familiar. Vínculos sociais mais fortes, a existência de apoio social formal (originado de políticas públicas, por exemplo) ou informal (mantido pela própria comunidade), a manutenção de um vínculo comunitário são fatores que podem amenizar a vulnerabilidade a que está exposta a população de baixa renda.

O que caracteriza a vulnerabilidade seria então a falta de recursos econômicos, materiais e sociais que possam ser traduzidos em estratégias de sobrevivência. Quanto maior a precariedade desses recursos, maior a desorganização social. Maior também a insegurança psicológica e, em conseqüência, a probabilidade e o risco de se produzirem transtornos mentais, podendo-se, a partir dessas considerações, fazer uma ampliação desse conceito, caracterizando uma vulnerabilidade **psicossocial**, estando presente tanto uma dimensão social, como também uma dimensão psíquica.

Essas dimensões da vulnerabilidade social são bem presentes e facilmente identificáveis em moradores de rua. O apoio familiar é freqüentemente inexistente, considerando-se, inclusive, que a maioria deles ou tem uma família negativamente estruturada para o desenvolvimento pessoal, que não os apóiam nem oferecem abrigo, ou simplesmente não possuem família.

Com relação à dimensão referente ao capital humano (ou desenvolvimento pessoal), pode-se perceber claramente que este é mais um fator de grande vulnerabilidade nos moradores de rua, já que a grande maioria não trabalha, vivendo de

mendicância, ou é subempregado, fazendo biscates, catando lixo, etc. O acesso à saúde é precário e muitos deles não tiveram oportunidade de aprofundar os estudos.

Assim, evidencia-se o alto grau de vulnerabilidade social dos moradores de rua, no âmbito de todas as dimensões levantada pelo CEPAL (2002), isto é, a carência de relações familiares, o desemprego, a dificuldade ou até impossibilidade de, sozinho, sem subsídios públicos, criar meios produtivos (ainda que na informalidade) e a ausência de relações e vínculos sociais significativos.

Somam-se a esses fatores vários outros. Lovisi (2000), num estudo sobre a prevalência de transtornos mentais em moradores de albergues do Rio de Janeiro, adota a classificação de moradores de rua que considera os seguintes subgrupos: há os que não possuem moradia, os que vivem em albergues e os que moram cronicamente nas ruas. Para este autor, todas essas categorias possuem em comum três características: a extrema pobreza, a falta de moradia e o isolamento social.

A pobreza se expressa principalmente através da falta de emprego, da ausência de recursos materiais, da falta de um mínimo de dignidade que um ser humano deve ter, que poderia se exprimir pelo menos através do direito à moradia. Não possuir moradia dificulta, e até impede, o estabelecimento de vínculos sociais e contribui para uma fragilização de vínculos familiares. O resultado é o isolamento social, acrescentando-se a isso uma estigmatização que sofre a pessoa em situação de rua, que por se traduzir numa realidade visível nas ruas, acabam provocando nas pessoas medo, asco, aversão, raiva, pena. Em geral, as relações interpessoais que essas pessoas estabelecem resumem-se a pedidos de esmolas e assistencialismos.

Na rua, estão sempre submetidos a toda espécie de abandono e deterioração pessoal, como por exemplo, a violência, o frio, a fome, abandono, o estigma, o cansaço, a ausência de esperança, o constante risco de doença, a solidão, a insegurança, entre outros. O apoio social é restrito a apenas a alguns atos pontuais de solidariedade; não há vizinhanças, em muitos casos, na rua, é cada um por si.

A própria condição de morar na rua, não possuir uma casa, não ter um abrigo que proteja da chuva, do frio e do calor, por si só, já chama a atenção para a crítica situação em que vive essa parcela da população. É nesse contexto que Lovisi (2000) ressalta a complexidade dessa questão e a dificuldade de se compreender todo o processo e as variáveis envolvidas na condição de morador de rua, destacando ainda que esse problema deveria ser uma das prioridades no planejamento e implementação de políticas de saúde pública.

São, portanto, fatores de alta vulnerabilidade social, ressaltando-se que os moradores de rua estão no extremo da pobreza e da miséria. Atentando-se para a amplitude do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera saúde como um “*estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades o dolências*”, bem como um “*recurso para la vida diária*”, incluindo aí “*recursos sociales y personales además de las capacidades físicas*”. (Vidal, 1996, p.94 e 95), verifica-se não somente a forte exposição a riscos de doenças física e mental, como um impedimento a um bem estar social imposto pelo próprio modo de vida desse segmento da população.

Em muitos casos, a vulnerabilidade dessa população já existe mesmo antes de eles irem viver nas ruas (Adorno e Waranda, 2004). Trata-se então de uma questão complexa, e que deve ser compreendida em sua totalidade. A fragilidade das relações familiares, o uso abusivo de álcool e drogas, o desemprego, a miséria, a ausência de vínculos sociais e comunitários significativos, a dificuldade de acesso a políticas sociais: todos esses fatores, dentre outros, muitas vezes já estão presentes antes da ida para as ruas, e são fatores que contribuem para o estabelecimento dessa situação de rua.

Alcântara (2004, p.37), ao se referir a uma pesquisa da Comissão Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), mostra que são vários os motivos que podem levar pessoas a viverem nas ruas:

Uns são migrantes que, em busca de emprego, defrontaram-se com a miséria, a fome e a falta de trabalho nas grandes cidades. Outros foram gradualmente expulsos de moradias cada vez mais precárias pelo alto custo de aluguéis. Há os que são doentes mentais e perderam suas referências. Há crianças e adolescentes fugindo da violência doméstica. Há os que se acostumaram com a liberdade de rua depois de passar por instituições que lhes proporcionaram experiências traumáticas. Há trabalhadores desempregados, inclusive jovens, há pouco tempo nessa condição. Há catadores de papel e papelão e os que fazem algum “bico”. Vivem no anonimato, não têm endereço, não sabem o que é o futuro. Seu horizonte é a sobrevivência do hoje. Por não serem considerados “produtivos”, são “dispensáveis” pela sociedade. Não fazem parte do mundo organizado do trabalho, onde se podem conseguir melhoras pela negociação e persuasão estratégica; não têm poder de barganha, sofrem, portanto, um processo de impossibilidade de comunicação com o mundo dos incluídos.

Dessa forma, não se pode deixar de lado a complexidade da questão, a multiplicidade de fatores que contribuem para o aumento do número de moradores de rua e o contexto social, econômico, político, histórico e familiar que envolve a problemática. Adorno e Waranda (2004) compreendem essa complexidade, ao abordar o

conjunto de fatores que contribuem e que se inter-relacionam no processo de ida para a rua, bem como nas práticas assistenciais.

Diante do alto número de moradores de rua em Fortaleza, como foi visto, torna-se imprescindível e urgente a criação de políticas públicas que se dirijam especificamente a essa população, sejam crianças, adolescentes, adultos e idosos. O que se percebe é que, tanto em estudos científicos, como em programas de governo, é dada muito mais atenção a crianças e adolescentes em situação de rua. Essa parcela da população, obviamente, precisa de atenção urgente. Entretanto, não se pode abandonar a população de rua adulta, afinal, eles são seres humanos que muitas vezes estão completamente ao léu. São seres humanos também que poderiam estar cuidando de seus filhos crianças e adolescentes.

Em Fortaleza, a prefeitura também vem dando mais atenção a crianças e adolescentes, tanto que os abrigos existentes atendem mais efetivamente a essa população³. Na saúde mental, está prevista a implementação de albergues terapêuticos, que são casas de passagem, com o objetivo específico de desintoxicação de pessoas com problemas de abuso de álcool e drogas. Percebe-se então a carência na qual vivem os moradores de rua adultos, abandonados à própria sorte, de forma que se torna urgente a implementação de políticas públicas que abranjam toda a população de rua, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

³ Conforme informações concedidas pela Coordenadoria de Saúde Mental de Fortaleza, em maio de 2006.

4 - VALOR PESSOAL E PODER PESSOAL: DEFINIÇÃO E APROFUNDAMENTO TEÓRICO

Esta parte do trabalho trata de um aprofundamento dos conceitos de valor pessoal e poder pessoal, definidos por Góis (1993) como importantes categorias da Psicologia Comunitária, as quais surgiram com base nos conceitos discutidos por Carl Rogers, no desenvolvimento da sua Abordagem Centrada na Pessoa.

Pretende-se, aqui, então, discutir sobre essas categorias no âmbito da Psicologia Comunitária (Góis, 1993), de modo a aprofundar essas questões, relacionando com outras categorias, e acrescentando ainda possíveis correlações entre essas categorias e algumas particularidades relativas à Psicologia Fenomenológico-Existencial, representadas especialmente pela Gestalt Terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa.

O que seria, então, valor pessoal? Poder pessoal? Que relações esses conceitos podem ter com outras categorias e conceitos da psicologia social, como, por exemplo, consciência (Paulo Freire), caráter oprimido, ideologia de submissão e resignação (Góis, 1993); fatalismo, individualismo, passividade (Martin-Baró, 1998). Como essas categorias podem ser compreendidas no âmbito da Psicologia Fenomenológico-Existencial? E como esse referencial pode ajudar na compreensão e aprofundamento desses conceitos? Como a realidade social de miséria, exclusão e vulnerabilidade psicossocial afeta o valor e o poder pessoal nas pessoas?

São basicamente essas e outras questões que se pretende desenvolver nesta parte, bem como ao longo da análise e discussão dos dados, fazendo as devidas contextualizações para a nossa realidade social caracterizada pela miséria e alta desorganização social, bem como para as particularidades dos moradores de rua e da Toca de Assis.

Acredito que dessa forma, podem-se fazer ricas discussões sobre importantes fatores que se relacionam com a saúde mental de uma forma geral, e com as condições de saúde mental, e de saúde em geral, sob as quais vivem as pessoas em situação de rua, estejam elas morando literalmente na rua ou em algum abrigo público ou religioso.

4.1 – Valor pessoal e poder pessoal: definição na Psicologia Comunitária

A Psicologia Comunitária é uma sub-área pertencente à área da psicologia social que tem suas origens relacionadas ao movimento de Saúde Mental Comunitária, o qual, por sua vez, surgiu na década de 60, nos EUA e na Europa, como um rompimento e superação ao antigo modelo biomédico da saúde mental. Assim, segundo Mendieta (1996, p.27), “la Psicología Comunitaria y el Movimiento de Salud Mental Comunitária comparten su desarrollo histórico”. Compreende-se então que o termo Psicologia Comunitária surge no EUA e na Europa vinculado a uma nova concepção de saúde mental.

Já na América Latina (Góis, 2005), a Psicologia Comunitária surgiu a partir da influência da Psicologia Social Crítica, que, rompendo com a Psicologia Social tradicional oriunda principalmente dos EUA, procurou desenvolver estudos contextualizados e comprometidos com a transformação da realidade social dos povos da América Latina. Este autor destaca ainda a influência da Teologia da Libertação, da Educação Popular, do desenvolvimento de concepções teóricas e estudos de comunidades, dos movimentos sociais e também o movimento de saúde mental comunitária, os quais são consideradas vertentes que influenciaram no desenvolvimento da Psicologia Comunitária latino-americana.

A Psicologia Comunitária, no contexto latino-americano, em geral, e brasileiro, em particular, é conceituada como uma área de Psicologia Social que atua na comunidade de forma a facilitar o desenvolvimento do sujeito histórico, social e comunitário (Góis, 2003 e 2005; Campos, 1996), basicamente através do aprofundamento de uma consciência crítica (Góis, 2005; Quintal de Freitas, 1996), da construção e fortalecimento de uma identidade social (Quintal de Freitas, 1996), da compreensão da atividade comunitária consciente (Góis, 2005) e do desenvolvimento de um sentimento de comunidade (Góis, 2005).

É interessante destacar e também compreender, então, que a Psicologia Comunitária acredita no potencial da comunidade e dos seus moradores, de modo que o psicólogo seria um facilitador de um processo de desenvolvimento de potenciais comunitários, e não um salvador que solucionaria todos os problemas da comunidade. O potencial e as capacidades para o desenvolvimento comunitário e dos sujeitos comunitários estariam na própria comunidade.

É essa também a perspectiva de Maritza Montero. Para ela, a Psicologia Social Comunitária trabalha sobre as capacidades, as forças muitas vezes não reconhecidas como tais, as potencialidades e a criatividade dos seres humanos (Montero, 2003).

E é a partir dessa visão positiva de comunidade e de sujeito que Góis (1993, p.73) destaca o Valor Pessoal e o Poder Pessoal como categorias da Psicologia Comunitária, definindo o valor pessoal como sendo a capacidade de o indivíduo acreditar e gostar de si mesmo, sentir-se vivo, conseguir “conviver e realizar trabalho” Já o poder pessoal seria a crença na capacidade de manter e cultivar adequadamente relações interpessoais, de buscar o crescimento de si e do outro e a possibilidade de agir de forma a transformar a realidade social.

Dizem respeito, portanto, a uma valorização de si mesmo, uma crença na capacidade de auto-realização e de atualização de potencialidades individuais, numa possibilidade de autonomia, e na visão da realidade como sendo mutável e flexível.

É através dessas categorias que se torna possível o desenvolvimento de uma organização comunitária e um processo reivindicatório transformadores da realidade social. A consequência seria a transformação da difícil realidade em que vive o oprimido, bem como a transformação de si mesmo.

De acordo com essa perspectiva, considera-se que a realidade excludente e sem esperanças em que vive a população miserável, juntamente com uma fé religiosa alienada, afetam os valores humanos de solidariedade, liberdade e justiça social, de forma que o valor pessoal e o poder pessoal não se expressam de forma satisfatória nessas pessoas.

O valor e o poder pessoal são escassos nas relações psicossociais e na crença de um futuro melhor. A sensação é de que o oprimido está esperando ou já se desiluiu há muito tempo. (...) De um modo geral, a vida dos moradores revela acentuada desorganização e desagregação individual e social. Por outro lado, no meio dessa situação, também encontramos pessoas que ainda estão vivas e brilhantes, fazendo esforços para a vida coletiva se modificar (Góis, 1993, p.75).

O autor mostra aqui uma crença num certo potencial de comunidade, que, apesar da alta desorganização individual e social, ainda assim apresenta, através de alguns moradores mais participativos, uma força de liderança e organização comunitária. E é a partir dessas lideranças que grupos comunitários podem ser formados

no sentido de promover lutas reivindicatórias por justiça social e por melhores condições de vida. São essas lideranças que podem mobilizar um grande número de pessoas a acreditar na possibilidade de mudança individual e social, mesmo que seja difícil e que se tenha consciência dos enormes obstáculos a serem superados.

Góis (1993, p. 75), comentando essas dificuldades, observa que “é comum o fracasso aparente, a frustração e a desistência. Mas, aquelas pessoas e grupos que resistem a tudo isso podem frutificar em verdadeiras comunidades.” E, por fim, ele ressalta a importância de se dar atenção ao valor pessoal e poder pessoal dentro de uma comunidade:

Uma direção de Associação Comunitária que não for sensível ao valor e ao poder pessoal dos moradores, acreditando apenas no paternalismo, na força ideológica ou na força das massas, contribuirá para a eliminação ou enrijecimento do organismo popular (Góis, 1993, p.75).

Dessa forma, ficam claros alguns aspectos importantes nesse conceito de valor pessoal e poder pessoal. São, como se pode concluir, categorias inerentes ao ser humano, mas que devido à forte opressão, desorganização social, miséria em que vive grande parte da população mundial, em geral, e brasileira, em particular, ficam sem brilho nas pessoas miseráveis, os quais, muitas vezes, não acreditam que a difícil realidade a que estão submetidos pode ser transformada. Ou seja, a realidade é muitas vezes considerada imutável para essas pessoas, e nada que elas façam poderá mudá-la, restando apenas aceitar o cruel destino que Deus quis para elas.

Além disso, em todo esse contexto, está implícita uma grande desvalorização de si enquanto pessoa, e uma enorme fragilização das relações interpessoais, dificultando, assim, ainda mais, a possibilidade de desenvolverem-se lideranças e de se organizarem grupos.

Apesar disso tudo, ainda é possível encontrar, nesse contexto, pessoas que apresentem uma relativa valorização de si mesmo, que acreditem no seu valor pessoal, podendo, assim, criar fortes vínculos sociais dentro de uma comunidade; e que possam também desenvolver um forte poder pessoal, de forma a afetar um grande número de pessoas, sendo possível a promoção de redes comunitárias e de grupos locais que iniciem uma caminhada rumo a uma transformação das condições atuais e um rompimento com antigas crenças alienadas e fatalistas de que o mundo está dado e nada pode ser feito.

4.2 – Carl Rogers e o poder pessoal

A teorização de Carl Rogers não é especificamente em Psicologia Social. Aborda, na verdade, de forma mais consistente, a metodologia da psicoterapia individual, modelo de criação e facilitação de grupos, a educação, assim como, de uma forma mais geral, efeitos da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) nos indivíduos.

Embora em alguns de seus últimos textos, Rogers (1983; 1989) tenha argumentado sobre as implicações políticas da ACP – quando, por sinal, apresentou de forma mais sistemática a questão do poder pessoal – acredito que a sua obra carece de críticas sociais mais consistentes, especialmente no que diz respeito aos problemas característicos do terceiro mundo, e mais particularmente, da América Latina. É uma teoria muito rica, mas é importante que se façam as devidas contextualizações para a realidade do Brasil. E é exatamente isso que se pretende fazer nesta parte, bem como ao longo de todo o trabalho.

A tendência à realização (ou à atualização) de que fala Góis (2003), ao definir o valor e o poder pessoal, refere-se exatamente à concepção de Rogers sobre a visão de homem, sobre a possibilidade de o organismo humano ser basicamente digno de confiança. Em sua obra, “Sobre o poder pessoal”, retomando o tema em “Um jeito de Ser”, Rogers discorre sobre as implicações políticas da abordagem centrada na pessoa, aprofundando a idéia de que toda pessoa possui uma tendência à atualização, traduzida também como tendência à realização, que seria um “fluxo subjacente de crescimento para uma realização construtiva de suas possibilidades intrínsecas. Há no homem uma tendência natural para o desenvolvimento completo” (Rogers, 1989, p.17). Ele busca fazer acreditar que essa tendência existe em todo organismo.

Essa tendência é, para Rogers (1989), inerente ao ser humano e não pode ser destruída senão com a morte, a não ser que se destrua totalmente o organismo como um todo. Pode, no máximo, ser impedida, mas nunca destruída. E o que seria essa realização? Seria a realização das potencialidades que o ser humano possui, a integração plena dos recursos que lhe são característicos. Seria uma “(...)tendência para se tornar toda a complexidade de que o organismo é capaz” (Rogers, 1983, p.50). Rogers chama de pessoa completa aquela que teve condições e oportunidades para exercer o seu potencial de crescimento pessoal e de realização.

Os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autocompreensão e para modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo. Esses recursos podem ser ativados se houver um clima, passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras. (Rogers, 1983, p.38).

Nesse trecho, Rogers fala da criação de um clima que possibilite a realização dessa tendência. Esse clima somente se torna possível a partir das atitudes facilitadoras do terapeuta, tema desenvolvido em toda a sua obra. Seriam três as condições facilitadoras: a consideração positiva incondicional – que não é tão incondicional (Rogers, 1989) -, a genuinidade do terapeuta e a compreensão empática.

A consideração positiva incondicional implica numa aceitação do outro. Quando o terapeuta aceita sentimentos considerados ruins (raiva, medo, rancor, etc.) do cliente, este acaba por também aceitar esses sentimentos. Ou seja, quando o cliente é aceito exatamente como ele é pelo terapeuta, ele terá condições de aceitar a si mesmo: “à medida que a cliente observa o terapeuta apreciando e valorizando mesmo os aspectos ocultos e desagradáveis que foram expressos, ela vivencia apreço e afeição por si mesma” (Rogers, 1989, p.20).

A autenticidade, genuinidade ou congruência seria a capacidade de o terapeuta ser ele mesmo na relação com o cliente, ser transparente e expressar abertamente seus sentimentos e atitudes na relação ao invés de apresentar uma fachada profissional rígida e distante. “É somente ao apresentar a realidade genuína que está em mim, que a outra pessoa pode procurar a realidade em si com êxito” (Rogers, 1997, p. 38). O que ele busca dizer é que a autenticidade do terapeuta provoca a mesma atitude genuína no cliente.

A compreensão empática significa ter sensibilidade em relação aos sentimentos e à comunicação que o cliente estabelece. É captar de forma precisa os significados pessoais do cliente. Isso somente é possível quando realmente se ouve a outra pessoa.

É somente na medida que compreendo os sentimentos e pensamentos que parecem tão terríveis para você (...), é somente quando os vejo como você os vê (...) que você se sente realmente livre para explorar todos os cantos recônditos e fendas assustadoras de sua experiência interior e freqüentemente enterrada” (Rogers, 1997, p.39).

E qual a relação entre esses elementos facilitadores de um crescimento pessoal e o valor pessoal, por exemplo? Esses são os elementos potencializadores do valor pessoal. Rogers não usa expressamente o termo “valor pessoal”, mas este pode ser

conceituado exatamente como sendo essa capacidade de aceitar a si mesmo. É o apreço e a aceitação de si. Envolve a compreensão e o reconhecimento em si mesmo de sentimentos - sejam bons ou ruins - pensamentos, qualidades, bem como limitações e dificuldades. Implica também saber lidar com esses sentimentos, saber explorar e desenvolver as qualidades pessoais, e enfrentar as limitações e dificuldades.

Outros aspectos que caracterizam o valor pessoal são a abertura à experiência, a confiança no próprio organismo, o foco interno de avaliação e a compreensão de si como um processo (Rogers, 1997). Essas são as características, definidas por Rogers, para a pessoa que aflora e que se desenvolve a partir das condições facilitadoras definidas na metodologia da Abordagem Centrada na Pessoa. Acredito que essas características complementam o conceito de valor pessoal.

A abertura à experiência significa que a pessoa está mais apta a assimilar e viver novas experiências sem pré-concepções, distorções ou rigidez, apresentando maior flexibilidade e percebendo corretamente as experiências. A confiança no próprio organismo significa que a pessoa acredita em seu organismo e tem mais capacidade de encontrar as soluções dentro de si mesmo. O foco interno de avaliação quer dizer que o indivíduo não depende tanto dos outros para avaliar a si mesmo e suas experiências pessoais. Não precisa que os outros o aprove ou desaprove, pois o foco de avaliação está dentro de si mesmo. Com relação à vida como um processo, a pessoa passa a perceber que sua vida “(...)é um processo fluido, não uma entidade fixa e estática; um rio corrente de mudanças, não um bloco de material sólido; uma constelação de potencialidades continuamente mutáveis, não uma quantidade fixa de traços” (Rogers, 1997, p. 139).

Valor pessoal e poder pessoal estão intimamente inter-relacionados. Um dá condições para que o outro esteja presente na pessoa. O valor pessoal é uma condição indispensável para que o indivíduo exerça plenamente o seu poder pessoal. Este se caracteriza especialmente pela atualização da capacidade ou tendência realizadora.

O poder pessoal a que se refere Rogers (1989), conceito utilizado e aprofundado nesse trabalho, não significa ter controle e autoridade sobre outras pessoas, ter poder de decisão sobre os outros, anulando-os. Significa ter poder de decisão a respeito da própria vida, e pôr em ação desejos, sonhos, satisfação de necessidades, realização de potencialidades, etc.

Para Rogers, o método terapêutico, bem como o modelo de grupos (grupos de encontros) baseados na Abordagem Centrada na Pessoa, caracterizam-se

eminentemente pelo fato de o terapeuta ou facilitador abdicar do seu poder, dividindo-o com o cliente ou com os participantes do grupo. O facilitador não é um orientador que decidirá pelo cliente. Pelo contrário, ele apenas auxilia a pessoa no desenvolvimento de seus potenciais de crescimento, de modo que o poder de decisão é deslocado para o próprio cliente. O facilitador não exerce um poder ou controle sobre o cliente; é nas mãos deste onde está localizado o poder. Cada indivíduo, mesmo que não acredite nisso, tem poder sobre sua própria vida (Rogers, 1989).

O modelo de grupo da ACP é, para Rogers, uma forma muito rica de potencialização dos indivíduos. Cada indivíduo, no grupo, experimenta e evidencia ao mesmo tempo a individuação e a diversidade; há uma comunhão inerente ao processo grupal; o centro de avaliação passa a ser o próprio indivíduo, e não uma autoridade ou uma ideologia; o poder é compartilhado e dividido entre todos os membros do grupo, ou seja, todos são responsáveis pelo processo do grupo. Assim, esse modelo de grupo, ao seguir essa linha não hierárquica, faz com que as pessoas experimentem e aprendam a identificar e intensificar o poder pessoal.

Pode-se perceber também que a intensificação do poder pessoal ocorre também através das condições facilitadoras de crescimento já abordadas anteriormente: “Quando as pessoas são abordadas dessa forma, quando são aceitas como são, revelam-se muito criativas e plenas de recursos para examinar e transformar suas próprias vidas” (Rogers, 1983, p.50). Têm-se aqui duas importantes características do poder pessoal: a capacidade de utilizar recursos existentes e desenvolver novos recursos; e a criatividade, que será abordada de forma mais aprofundada adiante.

A relação entre o valor e o poder pessoal, tal qual foi falada anteriormente, pode ser melhor compreendida nas seguintes palavras:

Sob o ponto de vista político, ao ouvir os sentimentos internos, a cliente reduz o poder que os outros tiveram de inculcar-lhes culpas, medos e inibições e está lentamente estendendo a compreensão e o controle sobre si mesma. À medida que a cliente está se aceitando mais, a possibilidade de estar no comando do ‘eu’ torna-se cada vez maior. A cliente domina a si mesma em um grau que nunca havia ocorrido antes. O senso de poder está crescendo. À medida que a cliente se torna mais autoconsciente, mais autoaceitadora, menos defensiva e mais aberta, encontra finalmente alguma liberdade para crescer nas direções que são naturais ao organismo humano. A vida agora está em suas mãos, para que elas, como ser único, a viva (Rogers, 1989, p. 20).

Aqui, podemos distinguir alguns aspectos do valor de outros do poder pessoal. A capacidade de ouvir sentimentos internos e de não se influenciar facilmente com os julgamentos dos outros, bem como a aceitação de si são expressões do valor pessoal, as quais contribuem para que a pessoa assuma o comando de si mesmo e possa tomar decisões de forma autônoma, característica do poder pessoal. A autoconsciência e a autoaceitação, a capacidade de ser menos defensivo (pertencentes ao valor pessoal), torna possível o desenvolvimento da capacidade de transformar o ambiente, expressão do poder pessoal.

O valor e o poder pessoal estão sempre juntos. São intensificados a partir do crescimento e desenvolvimento pessoal e social. Pessoal, na medida em que o indivíduo confia no seu próprio organismo, e possui aceitação, apreço e valorização por si mesmo. Social, na medida em que a “pessoa completa”⁴ possui uma grande capacidade de estabelecer relações interpessoais saudáveis. São hábeis no estabelecimento de laços íntimos e duradouros, e funcionam de modo integrado. Estão atentos e aberto tanto aos dados da experiência interior quanto aos dados da experiência do mundo externo. (Rogers, 1989). Sabe assim identificar e criar oportunidades de transformação da realidade em que vive, testando hipóteses de ação, sabendo assimilar algumas e rejeitar outras. Essa pessoa busca cada vez mais ampliar esse poder. Não um poder autoritário e de controle sobre os outros; mas, sim, um poder de modificar a sua vida e a realidade que está ao seu redor. São solidários, e não individualistas; interessam-se por pessoas, e não por objetos. Têm um enorme desejo e satisfação em ajudar os outros e a sociedade. Possui uma relação com a natureza que se caracteriza pela troca e pelo equilíbrio sustentável, e não pelo domínio irrefreável. Para essas pessoas, nada é impossível, tudo pode ser pelo menos tentado. (Rogers, 1989).

É importante destacar que os conceitos de Rogers a respeito do Valor pessoal e poder pessoal, como estão sendo compreendidos neste estudo, servem como um ponto de partida para uma discussão mais aprofundada sobre o que sejam essas categorias, no contexto da Psicologia Social e da realidade social brasileira. Assim, torna-se importante considerar construções teóricas em Psicologia Social, de forma a aprofundar

⁴ Rogers, em sua obra “Sobre o poder pessoal”, chama pessoa completa ou pessoa emergente o indivíduo considerado psicologicamente maduro, que exerce adequadamente o seu poder pessoal, que sabe agir de acordo com os princípios da abordagem da pessoa, acredita e exerce plenamente suas potencialidades e atua de forma integrada com a natureza e com as outras pessoas. A avaliação que ele faz revela que cada vez mais pessoas procuram viver dessa forma, buscando mudar o mundo, quebrar paradigmas, se organizar em grupos de forma a enfrentar autoridades e modificar o *status quo*.

este tema, levando em conta categorias conceituais contextualizadas na nossa realidade histórico-social.

4.3 – A noção de possibilidade na Psicologia Fenomenológico-Existencial: elemento do poder pessoal

Antes de discutir a relação entre o Valor Pessoal e o Poder Pessoal e outras categorias da Psicologia Comunitária, buscar-se-á desenvolver um pouco mais as concepções da psicologia humanista, ou como alguns preferem chamar, a Psicologia Fenomenológico-Existencial.

Acredito ser de muito valor a contribuição da perspectiva fenomenológico-existencial⁵ para uma visão positiva de homem, para a crença em suas potencialidades inerentes, em seus potenciais de crescimento, de criação e de transformação de si e do mundo.

Essas abordagens de psicologia, que surgiram e se desenvolveram como métodos de psicoterapia, enfatizam esses aspectos positivos do ser humano, o qual em inúmeras ocasiões encontra-se preso a um caráter pobre de comportamento e de ação sobre o mundo, encontra-se cristalizado e paralisado frente a uma realidade que é vista como dada, estabelecida, imutável.

A Gestalt Terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa são abordagens fenomenológico-existenciais, por terem, como principais influências filosóficas, a fenomenologia e o movimento existencialista. Isso implica dizer que essas abordagens priorizam a vivência pré-reflexiva, a abordagem da existência a partir da experiência concreta e imediata. Significa compreender que se centrar sobre esse vivido fenomenológico-existencial é muito mais rico e eficiente do que priorizar a teorização e a reflexão sobre o cliente, ou do que incentivar que o cliente reflita sobre si mesmo.

Por ser fenomenológico-existencial e por priorizar o vivido imediato e pré-teórico, a abordagem gestáltica possui um caráter e um método especialmente experimental. Laura Perls (apud Zinker, 2001, p.51) afirma que “os conceitos básicos da Gestalt Terapia são filosóficos e estéticos ao invés de técnicos. A Gestalt-Terapia é uma abordagem existencial-fenomenológica e, como tal, é experiencial e experimental (...)”. Para Fonseca (2005), esse “experimental” da gestalt origina-se principalmente das

⁵ Neste trabalho, compreende-se psicologia fenomenológico-existencial como sendo as concepções da Abordagem Centrada na Pessoa e da Gestalt Terapia

influências da filosofia de vida de Nietzsche e da tradição fenomenológica de Brentano (um dos mestres de Husserl e dos psicólogos da gestalt). Fonseca considera a experimentação fenomenológico-existencial tão marcante na gestalt-terapia que uma distorção dessa característica seria para ele “uma irreparável degeneração de seu núcleo conceitual e prático” (p.37).

Pode-se compreender que o sentido experimental a que se referem Laura Perls e Fonseca deve ser apropriado pelo psicólogo, de forma que o cliente seja considerado em sua totalidade enquanto pessoa e respeitado enquanto diferença, privilegiando-se sempre a experiência imediata da relação terapêutica. Esse sentido experimental reflete a crença nas potencialidades do ser humano, na medida em que se busca facilitar a expressividade e a criatividade a ele inerentes.

Assim, enquanto na abordagem rogeriana enfatizam-se a compreensão empática, a genuinidade do terapeuta e a aceitação incondicional do outro como condições facilitadoras do crescimento humano, na Gestalterapia prioriza-se uma disposição experimental do psicólogo, frente à existência concreta do outro. Compreendem-se alguns aspectos em comuns em ambos os métodos, como, por exemplo, a priorização da experiência pré-reflexiva ao invés da teoria (embora esta não seja deixada de lado), e também a crença nas potencialidades humanas.

Uma outra questão muito interessante valorizada pela Psicologia Fenomenológico-Existencial é a noção de possibilidade, que vem da filosofia de Heidegger, para quem importa muito mais a possibilidade do que a realidade em si (Fonseca, 2006). A possibilidade é o vir a ser, o devir, o que ainda está por vir. Pode ser atualizada, mas também pode ser evitada ou impedida. Assim, não se pode prescindir da possibilidade, pois ela é inerente ao ser humano. Ela existe enquanto há vida, embora ela nem sempre seja atualizada (ou realizada).

A realidade é o que já existe, o que já está dado, estabelecido, acontecido; antes de se realizar, a realidade era ainda uma possibilidade. “A potente possibilidade não é da ordem do real, não tem estatuto de realidade, realizada” (Fonseca, 2006, p. 39).

Essa concepção Heideggeriana, que chegou a Perls e Rogers indiretamente através das psicologias fenomenológico-existenciais de Biswanger e de M. Boss (Fonseca, 2006), influenciou profundamente as abordagens fenomenológico-existenciais de psicologia. Assim, o ser humano é visto como um ser de possibilidades, de modo que, em psicoterapia, ou em qualquer outra área da atuação da psicologia, com suas devidas contextualizações, o papel do psicólogo seria, de uma forma geral, criar

condições para que o cliente possa atualizar suas possibilidades; ou seja, que ele saia do estabelecido, da realidade das condições dadas e estabelecidas. De acordo com a abordagem rogeriana, isso seria possível através das condições facilitadoras, já comentadas anteriormente; enquanto que na Gestalt Terapia, essas condições seriam possibilitadas por uma postura experimental do psicólogo.

Fonseca (2000, p.20) defende a atitude do psicólogo fenomenológico-existencial da seguinte forma:

(...) as atitudes que derivam da fenomenologia e do existencialismo, longamente praticadas por certas tradições das culturas humanas, quando aplicadas pelo profissional de saúde mental (digamos), no âmbito de sua relação com pessoas em dificuldades, em crise, desorganizadas, em sofrimento agudo ou crônico, carentes de crescimento, estes valores e estas atitudes, quando praticadas no contexto da relação com estas pessoas, os clientes, facilitam e potencializam a mobilização de seus próprios recursos, no sentido da elaboração e superação das dificuldades de sua atualidade existencial, e propiciam a potencialização dos processos de crescimento e de desenvolvimento como recursos de sua realização humana, e de enfrentamento, superação e resolução de suas dificuldades.

A tendência à atualização de que fala Rogers pode ser entendida como uma possibilidade. É exatamente por isso que Rogers enfatizou que uma tendência não pode ser destruída a não ser que se destrua inteiramente o organismo. Da mesma forma, não se pode destruir a possibilidade. Ela somente acaba com a morte.

Pode-se então compreender o Valor e o Poder pessoal como sendo possibilidade. Não seria algo que necessariamente exista como uma realidade já estabelecida, mas estaria no nível da possibilidade, e pode ser atualizada através de uma ação. Como foi discutido anteriormente, o poder pessoal se expressa através de uma ação. Uma ação necessariamente criativa, que visa à transformação de si e do mundo.

Essa noção de criatividade e ação criativa como sendo uma possibilidade pertencente ao homem foi muito bem discutida por Joseph Zinker, gestalterapeuta norte-americano, que integra as gerações recentes de gestaterapeutas, contribuindo para o desenvolvimento de novas concepções dentro da abordagem.

Ele aprofunda a idéia de que a terapia deve ser um processo criativo, e a função do terapeuta criativo seria criar condições e situações para que o cliente desenvolva a sua criatividade, a partir da qual se torna possível o crescimento pessoal?

La creatividad es la celebración de nuestra propia grandeza, el sentimiento de que podemos hacer que cualquier cosa se vuelva posible (...) La creatividad no es solo el concepto, sino el acto mismo;

la realización de lo que es urgente, de lo que necesita ser afirmado. No es solo expresión del espectro total de la experiencia y sentimiento de unicidad de cada persona, sino también un acto social, un compartir con nuestros semejantes esa celebración, esa afirmación de vivir una vida plena. (...) La creatividad es la ruptura de límites, la afirmación de la vida más allá de la vida. (Zinker, 1979, p.11)

Podemos perceber nessa citação a importância que Zinker atribui à criatividade, a qual é vista como sendo uma possibilidade básica do ser humano, um sentimento que pode ser apropriado pelo indivíduo. Dois aspectos relevantes devem ser destacados a partir dessa concepção: primeiro, a noção de criatividade como sendo não necessariamente um conceito, mas uma ação (“e lacto mismo”); e também a ideia de que a ação criativa é uma ruptura de limites.

Esses aspectos são de muita importância para a noção de potencialidade humana, e especialmente para um desenvolvimento dos conceitos de Valor pessoal e poder pessoal que estamos buscando aprofundar. Podemos compreender então o Poder Pessoal como sendo expresso através de uma ação criativa; uma criatividade; uma possibilidade que pode ser atualizada e se tornar real, mas que também pode ser enfraquecida. Através do reconhecimento dessa possibilidade de criação, de ação criativa, pode-se facilitar a atualização dessa possibilidade. Assim, a criatividade é também um aspecto do Poder Pessoal, e o reconhecimento dessa criatividade em si mesmo é um fator intrínseco ao Valor Pessoal.

Uma importante influência no desenvolvimento das abordagens fenomenológico-existenciais foi a da filosofia dialógica de Buber, especialmente no que diz respeito às noções de diálogo, relacionamento, relação eu-tu e relação eu-isso. O diálogo, em Buber, não é meramente uma conversa. Significa um “fluxo através” na relação, ou seja, um “entre”, um âmbito no qual não se diferencia, e nem existe, sujeito e objeto. É um sentido, uma vivência, compartilhada.

Diferenciam-se dois modos de vida: o Eu-Tu, que é relação; e o Eu-Isso, que é relacionamento, havendo separação sujeito objeto. Assim, o Eu-Tu é da ordem da imediatez, reciprocidade e presença, e é também do dialógico: é a abertura para o dialógico, a entrega à existência concreta que permite a emergência do Eu-Tu. Não há sujeito, nem objeto, apenas compartilhamento. O Eu-Isso é o mundo das coisas, da esfera da utilidade, da experiência, do passado, do cotidiano: “(...) na medida em que o homem se satisfaz com as coisas que experimenta e utiliza, ele vive no passado e seu instante é privado de presença” (Buber, 2004, p.60).

Ambos esses modos de vida são importantes para a humanidade. O Eu-Tu tem a ver com a espontaneidade, com a criação artística, a presença, onde os seres entram em relação como totalidade. O Eu-Isso é importante para a organização, planejamento, o desenvolvimento da ciência, política, ou seja, é indispensável à vida humana. No entanto, para Buber não se pode evitar a relação Eu –Tu; este emerge do Eu-Isso e vice-versa: “(...)são processos que se entrelaçam mutuamente numa profunda dualidade” (Buber, 2004, p.63).

A vida seria então uma eterna alternância, ou entrelaçamento, como prefere Buber, entre a dialogicidade do Eu-tu e a experiência das coisas do Eu-Isso:

O face-a-face se realiza através do encontro; ele penetra no mundo das coisas para continuar atuando indefinidamente, para tornar-se incessantemente um Isso, mas também para tornar-se novamente um Tu irradiando felicidade e calor (Buber, 2004, p. 61)

As abordagens fenomenológico-existenciais, como método, por serem dialógicas, privilegiam a relação Eu-Tu, em que o terapeuta e o cliente interagem em sua totalidade. O cliente não é apenas um conjunto de sintomas, e também não é um objeto passível da atuação e da descrição do terapeuta. A relação caracteriza-se pela reciprocidade, pela imediatez e concretude da existência.

Podemos entender como essa concepção ajuda-nos a compreender melhor a noção de Poder Pessoal a partir de Fonseca (1998), que fala de uma dialógica da esperança. Para Buber, viver eternamente no mundo do Isso é viver no mundo das coisas, da realidade dada e inalterável, o que ele chama de fatalidade, de decurso inalterado das coisas (ou dogma do curso inelutável das coisas). Sobre o mundo do Isso como único e eterno modo de vida, Buber afirma “Nele o homem, contentando-se com um mundo de objetos, que não lhe podem mais tornar-se presença, sucumbe. Então, a causalidade fugaz, intensifica-se até tornar-se uma fatalidade opressora e esmagadora” (Buber, 2004, p. 86).

Embora a relação Eu-Tu, ou seja, o dialógico seja inevitável, como foi discutido acima, muitas vezes a abertura para esse dialógico fica enfraquecida. Daí, Fonseca (1998), quando fala de dialógica da esperança, afirma que essa abertura para o dialógico - que se manifesta como uma vontade e disposição, como uma entrega à concretude da existência - permite a mobilização de potenciais de criação e de superação humana e, conseqüentemente, a transformação de si e das condições dadas. Mesmo, e em particular, nos quadros mais difíceis e desesperançados. Entretanto:

Nem sempre, todavia, podemos manter a abertura, a tolerância, o trato com esses momentos dialógicos, para com a experiência do dialógico. O mundo do Isso tende a crescer em nossa vida, da mesma forma que tende a crescer na vida social e na vida da humanidade (...) Algo do potencial e da saúde humanos está profundamente embotado e comprometido quando desaparece essa vontade, esta força da esperança, em particular nos momentos mais difíceis e desesperadores (Fonseca, 1998, p.5)

Tanto o Valor quanto o Poder Pessoal podem ser compreendidos também a partir dessa perspectiva dialógica: uma potencialização desses elementos pode ser plenamente possível a partir de uma abertura ao dialógico, manifestando-se através da superação das condições dadas, da superação do dogma do curso inalterado das coisas. Para Buber (2004, p. 89), “A única coisa que pode vir a ser fatal ao homem é crer na fatalidade (...)”. Assim, a abertura ao dialógico permite a superação dessa crença; daí, pode-se afirmar que se passa a acreditar na capacidade de transformação de si e do mundo e das condições dadas. Em outras palavras, passa-se a acreditar no Valor e no Poder Pessoal.

São basicamente esses aspectos que se consideram importantes para um melhor entendimento dos conceitos Valor pessoal e poder pessoal. Ou seja, compreender o Valor e o Poder pessoal como possibilidade, que seria inerente ao ser humano, embora muitas vezes possa estar enfraquecida; considerar a ação criativa como sendo uma expressão dessas categorias; e também considerar a abertura ao dialógico como uma força potenciadora desses elementos.

4.4 –Valor pessoal e poder pessoal: uma contextualização histórico-social

Será que somente a teoria proposta por Rogers é suficiente para chegar a uma definição de Valor pessoal e poder pessoal dentro de uma perspectiva social-comunitária de psicologia? Ou melhor, será que essas categorias, como foram aqui discutidas e abordadas a partir da perspectiva rogeriana, são adequadas para este trabalho, que procura fazer um estudo de saúde mental com pessoas completamente miseráveis e abandonadas como são os moradores de rua?

Devem-se tomar alguns cuidados para não cairmos num excesso de romantismos, ao importar da teoria de Rogers uma visão descontextualizada da natureza humana, sem fazer uma análise crítica, ou sem considerar o contexto histórico-cultural brasileiro. Freire (1981, p.19) já mostra uma preocupação com meras importações de

modelos teóricos e políticos: “É ingenuidade pensar que a simples importação de soluções salvará o povo”. Portanto, é indispensável que se façam algumas devidas contextualizações dos conceitos de Valor pessoal e poder pessoal dentro da realidade sócio-histórica e cultural latino-americana.

Algumas críticas negativas foram dedicadas à teoria rogeriana no que diz respeito ao seu conceito de homem. Moreira (2001) discute sobre os limites da Abordagem Centrada na Pessoa, enfocando a ingenuidade da visão positiva da natureza humana. Segundo ela, Rogers possui uma forte influência da biologia, abordando o ser humano apenas no seu aspecto positivo, ignorando tendências negativas ou destrutivas do homem, deixando, assim, de levar em consideração a importância do conflito como fator de crescimento humano.

Outra limitação da obra de Rogers diz respeito a uma carência de uma teoria e de uma crítica social consistente em sua obra. Rogers desenvolveu toda a sua teoria dentro da realidade histórico-social norte-americana, que é bem diferente da realidade da América Latina. E o conceito de homem rogeriano não leva em conta o aspecto social da constituição humana: “Rogers no tome en cuenta esta realidad objetiva de inequidade social, hablando de un hombre subjetivo, que no se inserta en esta realidad concreta objetiva”. (Moreira, 2001, p.57).

Assim, de acordo com essa autora, a teoria de Rogers trata de um indivíduo planetário (desconsiderando-se as diferenças sócio-culturais na constituição dos indivíduos), ou seja, o indivíduo será o mesmo independente de que cultura ele pertença. Isto é, uma teoria baseada num conceito de pessoa que leva em conta apenas a dimensão individual.

Rogers (1989) escreveu “Sobre o poder pessoal” como uma forma de responder às críticas de que sua abordagem é alienante e adaptativa. Disse que a Abordagem Centrada na Pessoa tinha uma conotação política em virtude do crescimento pessoal que ela proporciona, e o conseqüente aumento do senso de poder pessoal, reduzindo a autoridade e o controle externo sobre o indivíduo. Ainda assim, todavia, a obra de Rogers carece de uma crítica social mais consistente, bem como uma concepção que leve em conta a dimensão sócio-cultural da pessoa.

O sociólogo francês Lucien Goldmann desenvolveu a idéia de transindividualidade como sendo constituinte da pessoa (Fonseca, 2005; Moreira, 2001). Juntamente com a dimensão individual, a pessoa seria constituída por uma dimensão

transindividual, que é histórica e coletiva. Assim, o sujeito transindividual seria um sujeito sócio-histórico, coletivo, socialmente e culturalmente constituído.

Segundo Fonseca⁶ e Moreira (2001), a noção de pessoa em Carl Rogers constitui-se apenas pela dimensão meramente individual, desconsiderando-se a dimensão transindividual, ou seja, uma dimensão social, coletiva, histórica e cultural que constitui a pessoa.

Não se pretende, aqui, desconsiderar a teoria e o método desenvolvido por Rogers, que foi e continua sendo muito importante para a psicologia e psicoterapia, e é fundamental para o presente estudo. Também não se pode deixar de valorizar o seu conceito de pessoa, que preza pela riqueza do contato e das relações interpessoais, tão importantes para a construção de bases para a transformação de si e do mundo.

Não acho, portanto, que a teoria de Rogers seja conservadora, alienante e adaptativa como acredita Moreira (2001), tendo em vista, inclusive, que a noção de Poder Pessoal revela uma maior autonomia pessoal e uma diminuição de controle por parte das outras pessoas. Entretanto, é indispensável que se busque fazer uma contextualização dos conceitos Valor pessoal e poder pessoal dentro da realidade social brasileira, caracterizada pela acentuada desigualdade, bem como uma dependência e submissão histórica, tanto da população de baixa renda em relação à classe dominante local, quando do Brasil em relação aos países ricos.

Para tentar aprofundar esses conceitos, considerando a dimensão histórico-social acima discutida, faremos uso da Psicologia da Libertação de Martín-Baró, que define o caráter do povo latino-americano, caracterizado, dentre outros fatores, pela crença num fatalismo; das categorias definidas por Cezar Góis na Psicologia Comunitária, em especial o Caráter Oprimido e a Ideologia de Submissão e Resignação; e ainda a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, que aborda a questão da conscientização.

Levar em consideração a pessoa e, ao mesmo tempo, transcender a dimensão de sua individualidade restrita, exige que, de fato, entendamos o como o sistema social a que ela se vincula particulariza-se na sua constituição, tanto genética como atual, desde os níveis mais macro-sociais, até as suas diferenciações culturais mais particulares (Fonseca, 2005, p. 56)

⁶ Palestra proferida pelo psicólogo Afonso Fonseca em um dos módulos de um curso de formação em Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico-Existencial, maio de 2006

Estudar a constituição do sujeito a partir do sistema social, cultural e histórico no qual ele está inserido faz parte dos estudos de Martin-Baró(1998). Para ele, não se pode deixar de considerar os determinantes psicossociais concretos – econômico, culturais, históricos, etc. – num estudo da estrutura do caráter, por exemplo, bem como no sistema teórico que define essa estrutura. O caráter não seria uma entidade abstrata nem absoluta, tendo em vista que o caráter individual encontra-se inserido dentro de uma macro-estrutura, mais ampla, histórica e social: “El carácter, como estructura individual, remete pues, a una estructura mayor meta-individual”. (Martin-Baró, 1998, p.49). Nesse caso, haveria uma estreita relação entre a estrutura do caráter e sistema sócio-político, de forma que o primeiro seria uma subestrutura dentro de uma macro estrutura sócio-política.

Essa concepção considera de muita importância o papel da ideologia, que é definida não apenas como um conjunto de valores e princípios que orientam a visão de mundo e a consciência que temos do mundo, mas também um sistema de valorações através do qual os homens estabelecem sua relação com os outros e com o mundo. O regime político seria uma expressão da ideologia. A respeito da internalização da ideologia pelos indivíduos, Martin-Baró (1998, p. 59) ressalta que “(...)toda ideologia de tiende hacerse totalitaria, a penetrar cada vez más em la intimidad de los grupos y de los individuos, llegando hasta a determinar su pensamiento, sus necesidades y sus aspiraciones”. Seria, então, essas internalizações de necessidades ideológicas que possibilitariam a sobrevivência de um sistema sócio-político.

Enquanto a nível social, a ideologia constitui a estrutura de um regime sócio-político, a nível individual, a ideologia constitui o caráter de cada pessoa. (Martin-Baró, 1998). Considera-se então que o fundamento da personalidade individual, que, nesse sentido, seria uma subestrutura psíquica da estrutura sócio-política.

Martin-Baró, contextualizando essas questões na realidade da América Latina, considera três instituições que servem para manter a ideologia de um sistema sócio-político: a família, a escola e a moral, as quais contribuem para a constituição da estrutura psíquica dos indivíduos.

A família latino-americana teria ainda um tradicional corte patriarcal, caracterizada por um pai machista, autoritário e psicologicamente ausente, e uma mãe efetiva e afetivamente presente. O resultado é um ambiente familiar marcado pela instabilidade, abandono e, conseqüentemente, imaturidade emocional e insegurança psíquica. Dessa forma, a família causaria uma dependência emocional.

A escola caracteriza-se pela competitividade e verticalidade autoritária, que impõe no aluno, respectivamente, um forte individualismo e uma passividade. Já a moral, que se caracteriza pelo autoritarismo e individualismo, estabeleceria um padrão de farisaísmo, o que seria caracterizado pela falsidade e hipocrisia, através dos quais se procura levar vantagem sobre os outros.

El fariseísmo lleva a una actitud de escepticismo com respecto a la realidad presente, a um pesimismo com respecto al futuro y, por conseguinte, a uma resignación justificatoria de cualquier situación social: si todos mienten, si todo es falsedad y doblez, nada cabe esperar de nadie y, por tanto, lo más coherente es tratar de sacar el mayor jugo posible – mucho o poço – a la situación actual. (Martin-Baró, 1998, , p.68)

Assim, enquanto a família produz **dependência emocional**; a escola causa **individualismo** e **passividade**; e a moral provoca o que Martin-Baró chama de **farisaísmo**. Esses elementos seriam partes da estrutura do caráter dos povos latino-americanos, correspondentes psíquicos da estrutura ideológica que mantém o regime-político dos países da América Latina. Esse texto de Martin-Baró foi escrito na década de 80, época em que os países latino-americanos caracterizavam-se ainda pela ditadura política. Atualmente, estes países estão em constituição da democracia, caracterizando-se em parte pela implantação de políticas neoliberais e, mais recentemente, pelo estabelecimento de governos ditos de esquerda.

A dependência emocional faz com que a pessoa busque a satisfação de suas necessidades fora de si mesmo, facilitando assim a possibilidade de ser manipulado pelo outro. O individualismo, no qual funciona a lei do mais forte, no qual “(...)triunfar es derrotar a los otros” (Martin-Baró, 1998, p. 69), enfraquece as relações interpessoais e dificulta a organização e integração popular e comunitária. Já a passividade contribui para uma crença de que nada se pode fazer para realizar alguma mudança, a não ser esperar que os governos resolvam.

Outro elemento importante para este trabalho é o conceito de fatalismo, desenvolvido por Martin-Baró nos seus estudos sobre os povos latino-americanos. Fatalismo é definido então como uma compreensão da existência humana na qual a realidade é vista como dada e imutável toda a vida da pessoa está pré-destinada cabendo a ela apenas aceitar o seu destino e se submeter a ele.

O fatalismo se manifesta através de uma relação de sentido que as pessoas estabelecem consigo mesma e com os fatos de sua existência: “(...)y que se traducirá em

comportamientos de conformismo y resignación ante cualquier circunstância, incluso las más negativas”.(Martin-Baró, 1998, p. 77).

Em geral, o fatalismo manifesta-se de idéias de que os principais aspectos da vida da pessoa estão escritos no momento do nascimento; de que nada se pode fazer para mudar esse destino; e de que esse destino foi definido por Deus, que é o único ser que sabe o que é melhor para o indivíduo. À pessoa resta apenas aceitar esse destino, tendendo a um conformismo, passividade e submissão diante da imutabilidade das circunstâncias de sua vida. O fatalismo leva às pessoas a acreditar que a vida é só sofrimento e que por isso não vale a pena, não faz sentido experimentar alegrias ou tristezas, mas apenas aceitar e se submeter à triste realidade que lhe foi destinada. Outra consequência seria a incapacidade de compreender o passado histórico, o qual só serviria para confirmar o triste destino, e de planejar o futuro, pois este já está dado e nada pode ser feito para mudá-lo.

Martin-Baró apresentou estudos de campo sobre o fatalismo e chegou a conclusão de que o fatalismo estaria vinculado a condições, não somente econômicas, mas também sociais, políticas e culturais de um determinado sistema social. Apesar da insuficiência de estudos empíricos⁷, chegou-se a uma tentativa de conclusões que levam a pensar que diversos setores da população da América Latina apresentam uma atitude fatalista frente à existência, com algumas variações em função das circunstâncias históricas e sociais. Além disso, há um estereótipo a respeito dos povos latino-americanos, os quais têm uma imagem de preguiçosos, irresponsáveis, religiosos e acomodados. Essa é também a imagem que a classe dominante latino-americana possui a respeito da população de baixa renda. Afirma-se ainda que a atitude fatalista tem sido observada especialmente em populações de baixas classes sócio-econômicas.

Com relação a constituição psíquica dos indivíduos a partir do regime sócio-político, bem como dos determinantes histórico-culturais, Góis (1993) define os conceitos de Ideologia de Submissão e Resignação e também o Caráter Oprimido, como sendo elementos psíquicos presentes nas populações de baixa renda, ou seja, na classe oprimida.

A ideologia de submissão e resignação seria caracterizada por um sistema de valores e idéias interiorizados pelo oprimido, que contribuem para manter a situação de opressão. Tem íntima relação com a cultura da pobreza (Martin-Baró, 1998), que seria

⁷ Deve-se destacar que o artigo sobre fatalismo foi publicado, pela primeira vez, por Martin-Baró, no ano de 1987

um estilo de vida adaptativo e reativo que caracteriza as pessoas pobres, frente à posição marginalizada que elas ocupam no interior da sociedade capitalista, individualista e globalizada. A cultura da pobreza trata-se de um mecanismo de adaptação a essas condições miseráveis e excludentes, sendo um traço marcante do caráter dos povos latino-americanos.

A ideologia de submissão e resignação, presente nos modos de vida e na estrutura psíquica das populações miseráveis (Góis, 1993), se expressa em vários aspectos da vida dessas pessoas: na escola, nas condições de moradia e de alimentação, na religião, na atitude fatalista, nas relações familiares, na submissão frente ao patrão, na interiorização cultural, social e econômica, na postura submissa frente às pessoas de nível econômico superior, no desemprego, etc.

O conceito de caráter oprimido diz respeito a um caráter alienado da classe oprimida, diferentemente das classes média e alta, não tem condições para buscar um desenvolvimento pessoal, tendo em vista que sua preocupação está no nível da sobrevivência. Os miseráveis e marginalizados estão voltados para buscar satisfazer suas necessidades mais básicas de alimentação, moradia e saúde, que lhes são violentamente negadas: “(...) a questão da sobrevivência é central e todo o seu mundo psicológico se estrutura e se orienta por isso, sob muitos aspectos na forma de caráter oprimido”.(Góis, 1993, p. 72).

O caráter oprimido seria caracterizado, portanto, por um enfraquecimento dos potenciais humanos, como consequência das condições psicológicas, econômicas e sociais a que estão submetidos os pobres e miseráveis. É um mecanismo de defesa frente às mais adversas condições de vida, de forma a suportar essas condições e criar estratégias de sobrevivência. Entretanto, é um recurso que está meramente no nível da sobrevivência: “Resistindo através desse caráter o pobre não consegue se desvencilhar da opressão e mais a reforça, pois o caráter oprimido não é uma solução viável de luta e de crescimento pessoal e social, mas sim um reflexo da opressão” (Góis, 1993, 73).

Uma outra categoria conceitual que se considera importante analisar diz respeito à consciência, que foi desenvolvida por Paulo Freire em toda a sua obra e aprofundada por Góis (1993 e 2005), que a adotou como conceito básico da Psicologia Comunitária. É definida como uma “(...) propriedade do psiquismo formada sob determinadas condições da atividade prática e do próprio psiquismo, a partir das ações instrumentais e comunicativas” (Góis, 1993), permitindo uma apreensão e um conhecimento crítico acerca da realidade.

Segundo Freire (1983b), a consciência está profundamente relacionada à transformação social. É através de um aprofundamento da consciência que se torna possível uma ação transformadora da realidade. A consciência e a conscientização são conceitos centrais na Pedagogia da Libertação de Paulo Freire, o qual vê a educação como um “(...) ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade” (Freire, 1979).

A consciência é consciência de algo, para o qual se dirige o seu intento. A consciência de si dos seres humanos implica na consciência das coisas, da realidade concreta em que se encontram como seres históricos, a qual eles aprendem através de suas habilidades cognoscitivas. O conhecimento da realidade é indispensável ao desenvolvimento da consciência de si e este ao aumento daquele conhecimento. (Paulo Freire apud Góis, 2005, p.104)

Podemos ver que Paulo Freire estabelece uma relação dialética entre a consciência de si e do mundo, de forma que cada uma contribui para o aprofundamento da outra. O conhecimento implica numa atitude ativa do sujeito perante o mundo, de forma que a ação e a consciência - ou como assinala Góis (2005), a atividade e a consciência – formam uma relação dialética. “Na medida em que os homens tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nessa medida sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia estas temáticas da realidade” (Freire, 1979, p.18). E Paulo Freire acredita na capacidade que a consciência humana tem de captar e de transformar o mundo. Acredita na capacidade de o ser humano desenvolver uma consciência crítica e transformadora.

Para Freire (1981), a consciência apresenta três níveis: o primeiro é o da consciência submissa, alienada, semitransitiva, mágica, ingênua, superficial e descompromissada, podendo cair no fanatismo, caracterizada também por uma crença na imutabilidade da realidade; o segundo estágio é o da consciência transitiva ingênua, que se caracteriza pela simplificação da realidade, a pessoa apresenta um maior compromisso com a realidade, mas carece de uma maior reflexão crítica sobre a mesma, caindo num mero ativismo; o último estágio é o da consciência transitiva crítica, na qual o indivíduo demonstra um maior compromisso e interesse pela vida social e política, acreditando que a realidade pode ser mudada, possuindo uma capacidade de reflexão crítica e aprofundada na análise de suas questões e, conseqüentemente, acredita na sua capacidade de agir para transformar.

Podemos analisar as conexões que existem entre todos esses conceitos – o caráter do latino-americano, marcado pela dependência emocional, individualismo, farisaísmo e passividade, a noção de fatalismo, a ideologia de submissão e resignação, o caráter oprimido e a consciência – e os conceitos de valor pessoal e poder pessoal. É importante que se façam essas considerações, de forma a definir esses conceitos a partir de uma noção de pessoa que inclua não só a dimensão individual, como também dimensão histórica, social, cultural e econômica, que é uma dimensão coletiva (transindividual). Acredita-se que isso seja possível a partir da análise dessas outras categorias mencionadas, tendo em vista que todas elas foram desenvolvidas a partir de estudos contextualizados dentro da realidade latino-americana (Martin-Baró) e também especificamente brasileira (Góis e Paulo Freire).

Os elementos do caráter dos povos latino-americanos, definidos por Martin-Baró como sendo a dependência emocional, o individualismo, a passividade e o farisaísmo contribuem para uma manipulação do indivíduo, impedindo-o de realizar ações transformadoras. Pode-se dizer que esses elementos enfraquecem o Valor Pessoal, na medida em que enfraquece a auto-confiança e a autonomia; inibem também o Poder Pessoal, na medida em que impedem ou dificultam a ação, impede que a pessoa acredite na sua capacidade de agir. A passividade é totalmente contrária a uma expressão adequada do poder pessoal, o qual se caracteriza pela ação, pela capacidade de agir.

Como foi visto, um forte valor pessoal implica, não só a capacidade de auto-valorização e de auto-aceitação, mas também a capacidade de aceitação do outro, e conseqüentemente, de estabelecer relacionamentos interpessoais saudáveis. O individualismo do caráter latino-americano, conforme Martin-Baró, dificulta a organização social, bem, num clima de competição que caracteriza esse elemento, fragiliza os relacionamentos interpessoais.

Moreira (2002), ao analisar o individualismo como um sintoma social da psicopatologia, afirma que o incentivo ao consumo na sociedade capitalista aparece como uma forma de suprir um vazio ou uma falta causada pelo individualismo. Essa falta traduz-se pela baixa auto-estima; a solução passa a ser o consumismo, como uma tentativa de ser valorizado pelo o que se tem, pelo que se pode comprar.

A dependência emocional também pode se expressar como uma incapacidade em se perceber como uma pessoa autônoma e auto-responsável. Juntamente com a passividade, impede que a pessoa tenha iniciativas e busque realizar ações que possam transformar a sua própria vida.

A atitude fatalista dos povos latino-americanos, profundamente estudado por Martin- Baró, como foi visto, que leva a uma desesperança em relação à transformação da realidade, ou do destino, se expressa através de uma descrença em si mesmo, em decorrência da qual fica comprometido o valor pessoal desses povos. Também fica difícil a manifestação do poder pessoal, tendo em vista que, se a realidade é vista como imutável e destinada, então nada se pode fazer para mudá-la, nenhuma ação humana pode levar à transformação. Nas palavras de Martin-Baró (1998, p.84), o fatalismo “(...)tiende a bloquear todo esfuerzo por el progreso y el cambio, personal y social” Traduz-se como uma “(...)imposibilidad de alterar el rumbo de la própria existência o de controlar las circunstancias que determinan la vida real de cada cual”. Pode-se dizer, portanto, que a tendência é impossibilidade de qualquer ação a partir do bloqueio do poder pessoal.

Também se pode dizer o mesmo com relação ao caráter oprimido e a ideologia de submissão e resignação. A cultura da pobreza, que caracteriza esses conceitos, se manifesta através do sentimento de inferioridade em relação às classes econômicas superiores. Esse sentimento acaba se tornando característico das relações interpessoais, estando também intimamente relacionado com um baixo valor pessoal, bem como um enfraquecido poder pessoal. Vejamos o que afirma Góis (1993, p.66), em relação aos relativos à ideologia de submissão e resignação:

Todos esses fatores formam no cotidiano a rede de submissão e resignação, presente numa ideologia tecida ao longo do tempo para manter o oprimido afastado da vida, **impedindo-o de acreditar no seu potencial de realização humana e a agir com consciência, autonomia e intimidade.** (grifo nosso)

Pode-se ressaltar também que uma expressão relativamente completa do valor e do poder pessoal torna-se possível através do que Paulo Freire chama de conscientização; não seria uma mera tomada de consciência, mas um aprofundamento crítico que leva necessariamente à uma ação transformadora. É seguro afirmar, então, que um fortalecimento do valor e do poder pessoal está intimamente relacionado a um aprofundamento da consciência crítica.

Esses elementos nos levam a crer que a pobreza compromete consideravelmente a expressão do valor e do poder pessoal. A pobreza, a cultura da pobreza, o caráter marcado pela dependência emocional, passividade, individualismo e farisaísmo, a atitude fatalista, o caráter oprimido, a ideologia de submissão e resignação,

a consciência ingênua, a situação de rua, são elementos que contribuem para o enfraquecimento do valor e do poder pessoal, e, conseqüentemente, um empobrecimento da vida comunitária, servindo para manter a relação de dominação.

Essas considerações acerca da relação entre as categorias aqui utilizadas ajudam-nos a perceber somente é possível definir o valor e o poder pessoal em Psicologia Social, desde que se inclua na noção de pessoa tanto a dimensão individual como também a dimensão histórico-social, coletiva e cultural, a dimensão transindividual.

Deve-se acrescentar ao conceito de valor pessoal a capacidade de se reconhecer como sujeito histórico-social, e se valorizar enquanto tal; à definição de poder pessoal, não se pode deixar de lado uma característica fundamental: a consciência crítica e, conseqüentemente, a capacidade de agir para transformar a realidade de si mesmo e a realidade social. Ou seja, a consciência crítica potencializa o poder e o valor pessoal, facilitando essa transformação, que, é claro, somente é possível através da organização em grupos, do fortalecimento comunitário, de modo que o poder pessoal se expressa também como uma capacidade de estabelecer relações sociais significativas.

5 - A SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: UMA CONCEPÇÃO A PARTIR DO VALOR E DO PODER PESSOAL

Antes de começar discutir sobre a saúde mental comunitária propriamente dita, é interessante fazer um breve relato histórico sobre as concepções de “doença” e de saúde mental, tendo em vista que ambos são construções histórico-sociais, como também o são as práticas, concepções e políticas acerca dessas questões.

Não se pretende fazer aqui um estudo exaustivo sobre a história da loucura nem da saúde mental, mas apenas pontuar brevemente alguns comentários para que possamos nos situar dentro da concepção atual de saúde mental, e, em seguida, procurar discutir sobre a saúde mental comunitária a partir dos conceitos de valor pessoal e poder pessoal.

5.1 – Saúde Mental: aspectos históricos

Para discutir historicamente a Saúde Mental, faz-se necessário que antes seja abordada uma pré-história desta temática, que passa inicialmente por uma história da loucura, e de como ela foi concebida historicamente, e que práticas e saberes foram sendo construídos, tendo em vista que a expressão “Saúde Mental” somente começou a ser oficialmente adotada a partir da década de 1960. A intenção foi, segundo Luz (1994), ressaltar uma tendência a providenciar intervenções da ordem mais preventiva do que curativa.

Na idade média, predominava o paradigma religioso na concepção de loucura. O louco era visto como sendo possuído pelo demônio. Restava, então, proceder-se ao exorcismo ou até condenar o “possuído” à fogueira. Para Foucault (1991) essa questão da possessão tem relação mais com a história das idéias religiosas do que com a história da loucura.

Foi no século XV que se teve notícia dos primeiros estabelecimentos reservados aos loucos, inicialmente na Espanha e na Itália (FOUCAULT, 1991). Entretanto, nesta época, a loucura era ainda circulava livremente, ocupando os cenários do cotidiano. No fim deste século, começou a imperar, juntamente com o medo da morte, o medo da loucura, a qual passou a ser tema de espetáculos teatrais, festas populares e da literatura.

Seria então apenas a partir de meados do século XVII que se verifica uma “(...) brusca mudança: o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão” (FOUCAULT, 1991, p.78). Daí, em toda a Europa, são criados estabelecimentos para internação de loucos, mas não somente para estes, mas para todos as pessoas consideradas diferentes: pobres inválidos, mendigos, portadores de doenças venéreas, qualquer espécie de libertinos, eclesiásticos infratores, enfim, “(...) todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de alteração” (FOUCAULT, 1991, p.78). Todos estes infelizes eram então excluídos e ficavam juntos num mesmo espaço. Foucault chama de exclusão pelo fato de que essas pessoas não eram internadas com o intuito de receberem tratamento médico, mas apenas para não fazerem parte da sociedade.

Seguindo o pensamento foucaultiano, devem-se analisar essas questões considerando-se o momento político e social que vivia o mundo ocidental. Com o processo de constituição e desenvolvimento da burguesia, a ociosidade passou a ser considerada um grande pecado. Os ociosos, os que eram vistos como incapazes, os inválidos, em fim, os que não poderiam contribuir para a produção econômica, eram internados, num esforço para reestruturar o espaço social. Em decorrência dessa ações, a loucura, diferentemente dos séculos anteriores, passou a ser silenciada, e excluída dos espaços sociais visíveis.

A partir do século XVIII, a loucura volta a aparecer nos cenários cotidianos. Para evitar que os loucos, considerados perigosos, ficassem livres, estabeleceram-se sanções penais às famílias que os deixassem soltos nas ruas. Com o intuito de resolver essas questões, os estabelecimentos de internação passaram a ser destinados apenas aos loucos. No final do século, surgem os primeiros psiquiatras (Pinel, Luke e outros pioneiros), e então o internamento passa a ser uma medida de cunho médico.

Assim, nos fins do século XVIII e durante o século XIX, a loucura passou a ser objeto da psiquiatria e vigorava a concepção moral no tratamento. A loucura era considerada contagiosa e um mal de cunho moral, tinha a ver com as paixões e os comportamentos, e o tratamento era o controle moral e social, fazendo-se uso de métodos punitivos e de privações.

Desenvolveu-se uma anatomia patológica e, conseqüentemente, uma lógica organicista da loucura. Começaram as buscas e implementações de tratamentos físicos e medicamentosos, proliferaram os hospícios, manicômios, mais tarde as colônias

agrícolas, como uma forma de reação às críticas à violência dos manicômios. Os loucos passaram a ser considerados pacientes da medicina.

No Brasil, somente com a chegada da família real foi que o Estado passou a criar intervenções relativas à loucura (AMARANTE, 1994). E é em 1830 que o louco passa a ser vistos como doentes mentais, sendo, a partir de então, submetidos a tratamentos específicos em espaços próprios. Antes disso, os loucos ocupavam as ruas, prisões, asilos de mendigos, os porões da Santa Casa da Misericórdia. Em 1852, é criado o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, tendo permanecido vinculado à Santa Casa até a proclamação da República.

Várias técnicas de tratamento foram se desenvolvendo, especialmente a partir dos anos 1930: eletroconvulsoterapia, lobotomia, choque insulínico, choque cardiazólico (AMARANTE, 1994). A violência dos hospitais psiquiátricos vai ficando cada vez mais frequentes e se tornando objetos de diversas críticas.

As diversas críticas ao modelo hospitalar vigente deram origem a alguns movimentos dentro da psiquiatria. Conforme salienta Jorge (1997), os principais movimentos são: a comunidade terapêutica, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática.

A comunidade terapêuticas surgiram nos fins da década de 50 do século passado a partir de trabalhos desenvolvidos em hospitais psiquiátricos. Procurava-se transformar as relações institucionais nos hospitais psiquiátricos, promovendo uma maior democracia e participação dos pacientes no processo terapêutico. Pretendia-se assim fazer uma reforma institucional nos hospitais, trazendo a idéia do poder terapêutico dos grupos, tendo em vista que se concebia a identidade, bem como a doença, como sendo socialmente construída.

A psicoterapia institucional, ou análise institucional, surgida em fins do da década de 1940, com inspiração marxista e freudiana, propunha a transformação e a supervisão da instituição, a qual era vista como sendo doentia, merecendo assim, antes mesmo dos indivíduos, o foco de tratamento.

A psiquiatria de setor, com auge também na segunda metade da década de 1940, trouxe para a psiquiatria as concepções de atendimento em domicílio, territorialização do atendimento, mesma equipe acompanhando os pacientes e integralidade no atendimento.

A antipsiquiatria, representada especialmente por Laing e Cooper, propunha uma completa mudança nos métodos da psiquiatria e teorias da psicopatologia.

Afirmava que a loucura não era uma doença, mas era um jeito de ser, um comportamento diferente do que se define como sendo normal. Tem base no existencialismo de Sartre, adotando a idéia de liberdade com responsabilidade.

A psiquiatria democrática foi o movimento liderado por Franco Basaglia, na Itália, tendo utilizado elementos de outros movimentos anteriores e também da filosofia marxista, tendo em vista que busca compreender e considerar a economia política em suas ações.

Basaglia realizou suas ações em Trieste, na Itália cuja experiência, consistiu, resumidamente falando, na extinção gradual do hospital psiquiátrico, através de ações transdisciplinares, territoriais, construindo-se serviços comunitários de saúde mental e possibilitando a reintegração dos internados à vida social. Alguns fatores importantes são: a inserção na vida grupal, através da quebra dos limites do muro da instituição; a criação da figura do hóspede (que morava em apartamentos no hospital, mas não era mais um internado); o resgate da cidadania através da reconstrução material e da subjetividade do “doente”, pensões, auxílios financeiros, criação de cooperativas para a inclusão produtiva, moradias, etc.; potenciação das capacidades humanas, através de um conjunto de ações de prevenção e promoção à saúde; criação dos centros de saúde mental, territorializados.

Todos esses movimentos contribuíram, cada um a sua maneira e intensidade, para o desenvolvimento de uma concepção de saúde mental, que não se restringe ao âmbito biomédico, mas que se caracteriza pelo aspecto histórico e social. A doença mental é vista através de uma concepção psicossocial. Basaglia ressaltava que não se podia fazer uma reforma institucional, ou uma desinstitucionalização, se não se considerassem os fatores sociais, políticos e econômicos que estão relacionados com a produção de doença mental. Basaglia considerava a doença, antes de tudo, um fato marcadamente social. Portanto, deveriam ser adotadas medidas sócio-políticas que promovessem a reinserção do “doente” institucionalizado na vida social fora do manicômio. Essas ações tiveram importante influência no movimento anti-manicomial brasileiro – Basaglia, inclusive, visitou o Brasil no final de década de 1970.

Daí todos esses movimentos influenciaram e contribuíram para o surgimento de novas políticas e estudos referentes à saúde mental. Começou a se fazer presente em todo o mundo a chamada Reforma Psiquiátrica, com o objetivo final de acabar com o internamento psiquiátrico e criar serviços comunitários que possibilitassem a substituição do atendimento hospitalar para um atendimento na comunidade: daí a

criação de serviços substitutivos na rede saúde mental, tais como Centros de Saúde Mental comunitária, Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, a inclusão do atendimento em saúde mental na atenção básica, dentre outros.

5.2 – A Saúde Mental Comunitária

Pretende-se discutir aqui uma nova concepção de saúde mental, que passa pelo desenvolvimento histórico da Saúde Mental Comunitária que, conforme observa Mendieta (1996), tem origem na década de 60, nos Estados Unidos da América, quando se formou a Comissão Conjunta sobre Saúde e Enfermidade Mental. Surgiu como uma alternativa à concepção segregadora e hospitalocêntrica de saúde mental, recomendando ações no sentido de dispor serviços de saúde mental diretamente na comunidade, incentivando-se a participação desta e da família no processo de reabilitação do indivíduo portador de transtorno mental. Daí, elaborou-se legislação que serviu como base para a implementação dos Centros de Saúde Mental.

Tendo em vista que o transtorno mental passou a ser visto a partir de sua origem social, e não meramente biológica, o movimento de Saúde Mental Comunitária tinha como princípio básico a compreensão de que a saúde mental é responsabilidade de toda a comunidade, que passa a ter importante função na promoção da saúde e na prevenção de transtornos mentais (Góis, 2005).

Para Vidal (1996), os principais fatores que contribuíram para o nascimento histórico da Saúde Mental Comunitária, que, como já foi dito anteriormente, tem a sua origem histórica compartilhada com a Psicologia Comunitária, foram: **a reação ao hospital psiquiátrico**, que representava um modelo violento, humilhante e excludente; **o desencanto com a psicoterapia**, em especial das formas prolongadas de psicoterapia individual; **a reação ao modelo biomédico** vigente na compreensão de saúde e transtorno mental; **a desproporção entre a oferta e a demanda nos serviços de saúde mental**, na medida em que os modelos tradicionais de tratamento, hospitalocêntricos e individuais, não davam conta da demanda existente; **a responsabilidade social do psicólogo** em relação com a saúde mental e os problemas psicossociais, a partir das evidências da estreita relação entre baixa classe social e transtornos mentais; **o**

ambiente e os movimentos sociais dos anos 60, levando-se em conta a necessidade de transformação das estruturas sociais.

Surge, assim, uma nova concepção de saúde mental, que se caracteriza pelo reconhecimento das bases sociais dos transtornos mentais, pela responsabilidade de toda a comunidade nas questões de saúde, pela necessidade de prevenção, da criação de ambientes saudáveis, a cooperação interdisciplinar, o estabelecimento de programas educativos, o desenvolvimento de novas formas de intervenção indiretas, etc. (Mendieta, 1996).

A respeito da origem social dos transtornos mentais, Álvaro et al (1992) fizeram um estudo no qual ressaltaram uma maior prevalência de transtornos mentais em classes sociais mais baixas, fato que segundo eles, pode ser explicada pela sua maior exposição a acontecimentos sociais e vitais estressantes. Chegaram à conclusão, portanto, que há uma maior incidência de transtornos leves (e um menor bem estar psicológico) em pessoas de classe social mais baixa. Segundo eles, esse fato está relacionado a uma percepção, por parte dessas pessoas, de um menor grau de controle sobre o meio, assim como a menores níveis de auto-estima.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) já sinaliza para a estreita conexão entre saúde mental e pobreza: “(...) os pobres e os carentes acusam uma prevalência maior de transtornos, inclusive o abuso de substâncias” (OMS, 2001). Destaca, assim, a importância do fator social no desenvolvimento de transtornos mentais, devendo-se levar em consideração as particularidades de cada setor da sociedade.

A atenção em saúde mental na comunidade, saindo-se da instituição hospitalar, torna-se prioridade fundamental neste novo modelo. As intervenções devem ser localizadas nas comunidades, próximo às residências dos usuários. Entretanto, essa atenção não se resume ao tratamento; pelo contrário, prioriza ações de prevenção e de promoção da saúde, além de considerar o papel ativo da comunidade no estabelecimento de sua saúde.

Saraceno (1999, p.153), afirma que a “(...)dimensão biopsicossocial impele a uma abordagem muito mais complexa e orientada à comunidade, seja enquanto concerne ao tratamento da doença mental ou da promoção da saúde mental”, demonstrando a priorização de ações comunitárias no modelo psicossocial de saúde mental.

Tanto a prevenção, como a promoção da saúde, constituem dois dos principais aspectos da Saúde Mental Comunitária, sendo, para González et al (1993), uma referência obrigatória para quem trabalha com atenção primária. Segundo esses autores, o termo prevenção durante muito tempo fez parte da medicina, tendo complementado a prática de assistência individual. Originou-se no contexto da Revolução Industrial, na precariedade das condições de trabalho dos operários e na aparição de doenças contagiosas, de forma que se procurou implementar ações no sentido de controlar as causas das doenças.

Na saúde mental, as ações preventivas envolveriam (González et al, 1993): (i) a realização de estudos epidemiológicos para o conhecimento dos fatores de risco sociais; (ii) a modificação dos fatores sócio-ambientais que impedem um saudável desenvolvimento psicossocial dos indivíduos; (iii) incrementar recursos e habilidades pessoais nos indivíduos; (iv) e ajudar os indivíduos a superarem os momentos de crises.

Mendieta (1996) aborda três tipos de prevenção: a primária, que tem a ver com a diminuição da proporção de novos casos de transtornos mentais, reduzindo-se os riscos de toda a comunidade; a secundária, que consiste em programas de redução do grau de incapacidade oriundo de um transtorno mental; e a terciária, que tem como objetivo diminuir o grau de perturbação mental da comunidade, através de intervenções que reduzam a duração e a intensidade da doença.

O termo promoção tem a ver com mudanças nas formas e condições de vida, como estratégia de promover a saúde e o bem-estar social. Seria, então, “(...)uma estratégia mediadora entre la gente y sus ambientes, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social, de manera que se cree um futuro mejor” (González et al, 1993, p.60). Implica necessariamente a comunidade, ao invés de focar somente os indivíduos. Implica também promover habilidades pessoais de modo a influir nos fatores que contribuem para a saúde e o bem estar, bem como para o desenvolvimento de estratégias de superação (González et al, 1993).

Entende-se então que o reconhecimento da importância do caráter preventivo e de promoção das ações constitui um avanço no campo da saúde mental, tendo em vista que se preocupa não só com o mero aparecimento ou eliminação de transtornos mentais, mas também com a manutenção da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das comunidades, sendo imprescindível, nesse caso, a participação comunitária ativa.

Assim, temos visto que a saúde mental comunitária constitui uma alternativa ao modelo biomédico tradicional, o qual enfocava o tratamento institucional e

terapêutico, ações clínicas, a psicoterapia prolongada, a atuação apenas de profissionais da saúde mental (principalmente o médico) e a causa individual da doença mental.

Em contrapartida, o modelo da saúde mental comunitária enfoca a prática na comunidade, em serviços de prevenção e de promoção, estratégias dirigidas a uma grande quantidade de pessoas, a psicoterapia breve e intervenções em crise (Mendieta, 1996), a atuação de trabalhadores não necessariamente da saúde mental (educadores, estudantes, artistas, etc), as causas sociais dos transtornos mentais.

González et al (1993) justifica a mudança de um modelo biomédico para um modelo psicossocial, atestando que as análises históricas demonstram que melhoras nos níveis de saúde de uma população podem ser explicadas mais pela transformação das condições sociais e ambientais do que pelas mudanças proporcionadas pelos avanços técnicos da medicina científica.

A partir de então, todo esse movimento alternativo em saúde mental contribui para o desenvolvimento de uma nova concepção de saúde. Uma concepção que não se resume a uma definição de saúde como mera ausência de doença. Percebe-se uma evolução positiva no conceito de saúde mental, que passa a considerar, em síntese, todos esses aspectos relativos ao desenvolvimento histórico da Saúde Mental Comunitária, ou seja, as bases sociais do transtorno mental, a responsabilidade da comunidade nas questões referentes à saúde, a priorização da prevenção e promoção em saúde, a interdisciplinaridade, o desenvolvimento de novas formas de intervenção, a criação de redes sociais de apoio, etc. O foco na prevenção e promoção em saúde mental comunitária não significa que não haja tratamento, mas que este não é prioridade, embora muitas vezes também seja necessário.

Alguns autores defendem que a Saúde Mental Comunitária carece de um aprofundamento teórico. A única questão teórica desse movimento diz respeito a etiologia dos transtornos mentais, que situa as causas ambientais e sociais, e não somente as variáveis intra-psíquicas (Mendieta, 1996). Pensamento semelhante apresenta Saraceno (1996), ao abordar o tema da reabilitação psicossocial, a qual, para ele, também não possui um referencial teórico. González et al (1993) também acredita que haja o que ele chama de uma persistência da estrutura conceitual oriunda do modelo biomédico.

Como conseqüência, as políticas e as concepções de intervenção em saúde mental vêm mudando, sem, no entanto, um maior aprofundamento teórico, permanecendo, assim, antigas teorias, de modo que é comum encontrar ainda hoje

formas tradicionais de atenção em saúde mental, preso ainda ao modelo biomédico e clínico. Esse fato aumenta a responsabilidade dos profissionais, não importa qual seja a formação, em desenvolver estudos no campo da saúde mental, com o intuito de contribuir para uma construção teórica mais consistente com esse modelo psicossocial.

5.3 – Valor pessoal e poder pessoal: elementos da nova concepção de saúde mental

Muitos profissionais e teóricos, quando falam em saúde mental, referem-se quase que exclusivamente à psiquiatria: manuais de saúde mental, livros com temas relativos a essas questões, artigos científicos, abordam tópicos como diagnóstico, etiologia dos transtornos mentais, métodos de tratamentos, dentre outros. Como se saúde mental e psiquiatria fossem meros sinônimos. Isso mostra o que foi discutido anteriormente acerca da persistência das teorias referentes ao modelo tradicional. Às vezes até profissionais não médicos se limitam a utilizar a construção teórica e classificatória da psiquiatria tradicional.

Procuo aqui sair desse paradigma e discutir um conceito mais amplo de saúde mental, que não aborde necessariamente a doença e a psiquiatria. Inclusive, seria bem mais interessante que se chamasse Reforma da Saúde Mental ao invés de Reforma Psiquiátrica, como se costuma chamar, tendo em vista que a própria reforma tem como princípio básico o trabalho interdisciplinar, por considerar que apenas um recorte teórico, apenas uma formação (como por exemplo, a psiquiatria), não são suficientes para darem conta da complexidade dessas questões.

Qual seria, então, a relação entre as categorias psicológicas valor pessoal e poder pessoal com a saúde mental? Como esses conceitos podem contribuir para a construção teórica da concepção psicossocial em saúde mental? Antes de propriamente responder essas perguntas, seria interessante discutir alguns conceitos de saúde mental, dentro da perspectiva comunitária que acabou de ser apresentada.

É importante destacar que quando aqui se fala numa nova concepção de saúde mental, refere-se ao conceito de saúde mental positivo, que, em contraposição ao modelo biomédico, considera não somente as dimensões individuais da saúde, mas também sociais, culturais e históricas.

Com a concepção de saúde mental comunitária, a definição de saúde mental se amplia:

(...) aspectos como la educación, el desempleo, los problemas sociales y económicos forman parte de ella, cada uno de estos elementos afectan de forma distinta al bienestar y la calidad de vida. De esta forma, la salud mental queda definida como el conjunto de conductas y recursos que deben estar disponibles a un sujeto y que le permiten contar con las alternativas necesarias para enfrentarse con los múltiples problemas de la vida. Los factores económicos, educativos y otros factores psicológicos” (Mendieta, 1996, p.33).

Essa definição abrange uma amplitude de aspectos que estão relacionados à saúde mental, a qual é vista como um conjunto de recursos para os sujeitos, que os permitem enfrentar as adversidades da vida.

A Organização Mundial de Saúde, em sua carta de fundação, em 1946 (Vidal, 1996), define saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de enfermidades ou doenças. Algumas críticas são feitas a esse conceito, como, por exemplo, por ser uma definição estática e se basear num aspecto meramente subjetivo – o bem-estar, deixando de fora fatores mais objetivos, como o contexto social, psicológico e físico (Vidal, 1996).

Já no relatório de saúde mental, a OMS (2001) leva em consideração, além do bem-estar subjetivo, outros aspectos na definição de saúde mental, tais como: a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência inter-geracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa, reconhecendo a dificuldade em estabelecer uma definição de saúde mental dentro de uma perspectiva transcultural.

Ao discutir sobre o conceito biopsicossocial de saúde, Gonzáles et al (1993, p. 43) consideram alguns aspectos como sendo significativos, tais como:

- A saúde deve ser compreendida não como uma mera ausência de doença, mas, de uma forma positiva, com um processo através do qual “(...) el hombre desarrolla al máximo **sus capacidades actuales y potenciales**, tendiendo a la plenitud de su **autorrealización como entidad personal y como entidad social**” (grifo nosso);
- O conceito de saúde não é estático e fixo. É, na verdade, um processo dinâmico, já que é histórico, social e cultural;
- A saúde é um direito da pessoa como indivíduo e como membro da comunidade, de forma que a responsabilidade pessoal deve ser proporcionada pela sociedade. “En consecuencia, hay que promover igualmente em el individuo la **auto-responsabilidad** para defender,

mantener y mejorar su salud, fomentando la mayor autonomia posible respecto del sistema sanitario” (grifo nosso);

- A promoção da saúde é uma tarefa interdisciplinar;
- A saúde é um problema social e político, de forma que se deve buscar **uma participação ativa e solidária na comunidade** no controle e na gestão do sistema sanitário. A política de saúde mental deve proporcionar então a participação comunitária.

Vidal (1996) fala de alguns critérios que abrangem o conceito de saúde mental. O critério externo, social e funcional, por exemplo, corresponde ao comportamento social do indivíduo, a sua capacidade de funcionamento, de assumir responsabilidades sociais. Refere-se também ao sistema social no qual o indivíduo está imerso. Já o critério pessoal e subjetivo diz respeito aos sentimentos pessoais de bem-estar ou de mal-estar (sofrimento), incluindo também a auto-valorização, auto-percepção e a auto-estima da pessoa.

Moreira (2002) considera a baixa auto-estima como um dos determinantes das patologias mentais na atualidade, as quais se expressam como uma privação ou falta de poder, bem como um sensação de fracasso característico da contemporaneidade.

Essas concepções de saúde mental, que são semelhantes, chamam a atenção no que diz respeito a alguns aspectos. A saúde é definida, por exemplo, como sendo a disponibilidade de recursos que possibilitem o enfrentamento e a superação frente às adversidades da vida. Seriam recursos psicológicos, sociais, econômicos, educativos, dentre outros.

Outros aspectos referem-se à autonomia e à auto-realização de potenciais intelectuais e emocionais da pessoa; o desenvolvimento de capacidades atuais e potenciais; a auto-realização como entidade pessoal e social; a auto-responsabilidade para melhorar e manter a saúde; a participação ativa e solidária da comunidade e dos seus indivíduos; a auto-valorização, auto-percepção e auto-estima; privação de poder; e também a capacidade de funcionamento e de assumir responsabilidades sociais.

Pode-se perceber que todos esses aspectos representam características do valor e do poder pessoal, que têm sido definidos neste trabalho, respectivamente, como: a capacidade de auto-aceitação, o apreço por si mesmo, a capacidade valorizar a si mesmo, de identificar suas qualidades e saber desenvolvê-las, de reconhecer limites pessoais e sociais e acreditar na possibilidade de ultrapassá-los (valor pessoal); o

reconhecimento de si mesmo como um sujeito histórico-social, e conseqüentemente, um sujeito ativo, a capacidade de agir para modificar a sua realidade pessoal e social, a capacidade estabelecer relações inter-pessoais de modo a se organizar em grupos e a contribuir para criar ações de transformação social, etc (poder pessoal).

Assim, torna-se conveniente e seguro afirmar que o valor e o poder pessoal são elementos intrínsecos ao conceito de saúde mental, dentro da concepção psicossocial. Logicamente que não são os únicos elementos, mas considerando que a noção de pessoa que aqui estou adotando inclui não somente a dimensão individual, mas também o aspecto histórico-social; considerando também que o fortalecimento do valor e do poder pessoal tem como conseqüência o desenvolvimento pessoal (que inclui também o desenvolvimento do sujeito histórico-social); considerando também que este é uma importante base para o desenvolvimento comunitário, que, por sua vez, é um aspecto prioritário no âmbito da Saúde Mental Comunitária; então pode-se afirmar com segurança que o valor e o poder pessoal são elementos fundamentais tanto na definição de saúde mental como também no desenvolvimento da saúde mental comunitária.

Não concordo com Mendieta (1996), quando este fala que a saúde mental comunitária visa à adaptação à norma social, diferentemente da Psicologia Comunitária, que tem como objetivo a transformação do sistema social. É verdade que algumas concepções de saúde mental comunitária realmente vão nesta direção, como, por exemplo, a de Vidal (1996, p.93), para quem uma perspectiva ecológica de saúde seria mais adequada às disciplinas comunitárias. De acordo com essa perspectiva, “(...) la salud resultaria de los ajustes e interacciones mútuos del individuo y el contexto de sistemas sociales em que está imerso”.

Gonzalez et al (1993) também apresentam uma definição que pode levar a esse entendimento, na medida em que atribui a um estado adequado de saúde um equilíbrio e adaptação de todas as possibilidades do organismo humano frente à complexidade do ambiente social.

Paradoxalmente, todos esses autores atribuem à comunidade e aos indivíduos, uma postura ativa, e não meramente receptiva, no desenvolvimento da saúde mental. Então, é plenamente possível acreditar que também faz parte das ações de prevenção e de promoção em saúde o desenvolvimento do sujeito comunitário, isto é, do sujeito histórico-social, que pode se organizar e contribuir para uma transformação social. A consideração da comunidade como sendo ativa na promoção da saúde comunitária e dos indivíduos pode significar também um esforço da comunidade no

sentido de construir bases para uma transformação social, que, por consequência, também poderiam servir como bases para a promoção de saúde.

Dessa forma, acreditamos estar contribuindo para um desenvolvimento de uma concepção de saúde mental que não fica presa ao modelo tradicional biomédico e clínico. Os conceitos de Valor pessoal e poder pessoal contribuem imensamente para se pensar na facilitação da participação ativa da comunidade e dos indivíduos, não só no que diz respeito à melhora de sua saúde e da saúde da comunidade, mas também no que diz respeito à emergência de uma possibilidade de transformação social.

6 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Durante toda o período de pesquisa, foi feita uma revisão bibliográfica de estudos realizados com moradores de rua no Brasil, os modelos psicossociais de saúde mental comunitária, bem como os referenciais teóricos da Psicologia Comunitária e da psicologia fenomenológico existenciais no que dizem respeito às categorias valor pessoal e poder pessoal. Procurou-se também a Prefeitura Municipal de Fortaleza, a fim de investigar as políticas públicas ou projetos destinados a moradores de rua.

Utilizou-se neste estudo a pesquisa qualitativa com inserção etnográfica e a observação participante, tendo como instrumentos de coleta de dados duas entrevistas individuais, uma sessão de grupo focal e relatos de observação participante (especialmente num grupo vivencial com frequência semanal).

A seguir, será descrito todo o processo no que diz respeito à metodologia utilizada.

6.1 – Pesquisa Qualitativa

Optou-se pelo uso da pesquisa do tipo qualitativa com inserção etnográfica em uma das casas da Toca de Assis em Fortaleza, instituição religiosa que abriga ex-moradores de rua, de forma a criar um clima de convivência com os moradores.

A pesquisa qualitativa, conforme salienta Minayo (1994), estuda um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com valores, crenças, atitudes e motivações: A autora afirma: “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”(p. 22).

Para Triviños (1987), a pesquisa qualitativa apareceu na Antropologia, a partir da percepção dos pesquisadores de que várias informações a respeito da vida dos povos não são passíveis de quantificação, e a interpretação precisaria se amplificar muito mais do que simplesmente se restringir aos dados objetivos e estatísticos. Na verdade, o modelo de pesquisa qualitativa que se desenvolveu na Antropologia originou a pesquisa etnográfica, que, segundo Triviños (1987), é uma forma específica da pesquisa qualitativa.

Percebe-se então que a pesquisa do tipo qualitativa é bem mais adequada ao estudo em questão, visto que o objeto da pesquisa, isto é, a saúde mental em ex-moradores de rua a partir do valor e do poder pessoal, não se restringe à quantificação, de maneira que se torna bem mais adequada uma análise qualitativa.

A pesquisa etnográfica baseia-se na etnografia, que, como já foi dito, é um método de pesquisa utilizado pela antropologia para pesquisar a cultura e as sociedades, e que se caracteriza pela utilização da observação participante, pela utilização de entrevistas e análise de documentos (André, 2000). Outra característica importante das técnicas etnográficas refere-se à preocupação com os significados, como as pessoas vêem o mundo e a si mesmas, suas experiências e a realidade em que vive (André, 2000).

Triviños (1987, p 121), a respeito da etnografia, concorda com a idéia acima, afirmando que:

A etnografia baseia suas conclusões nas descrições do real cultural que lhe interessa para tirar delas os significados que têm para as pessoas que pertencem a essa realidade. Isto obriga os sujeitos e o investigador a uma participação ativa onde se compartilham modos culturais.

Estudos do tipo etnográfico implicam uma inserção do pesquisador no ambiente natural do objeto em estudo, havendo uma interação constante entre o pesquisador e o pesquisado e envolvendo um trabalho de campo, no qual se dá mais ênfase ao processo, ou seja, no que está ocorrendo no momento do estudo, do que propriamente nos resultados finais. (André, 2000).

(...) a pesquisa etnográfica busca a formulação de hipóteses, conceitos, abstrações, teorias e não a sua testagem. Para isso, faz uso de um plano de trabalho aberto e flexível, em que os focos de investigação vão sendo constantemente revistos, as técnicas de coleta, reavaliada, os instrumentos, reformulados, e os fundamentos teóricos, repensados. O que esse tipo de pesquisa visa é a descoberta de novos conceitos, novas relações, novas formas de entendimento da realidade (André, 2000, p.30)

Assim, optou-se pelo enfoque qualitativo com inserção etnográfica para que fosse possível, através da pesquisa de campo, da participação ativa em eventos da comunidade (Toca de Assis) e da interação com os moradores, uma melhor compreensão da realidade em que vivem essas pessoas, dos significados que elas dão à sua vida passada e atual, as suas expectativas de futuro, à forma com que elas se

relacionam umas com as outras, a maneira como elas compreendem o mundo, suas histórias da vida.

Deve ser ressaltado também que foram estudadas pessoas que viveram ou vivem nas ruas, que passaram por um período de forte insegurança e fragilidade de relações interpessoais, e ainda passam, não sendo tão fácil, portanto, criar uma relação de confiança com eles. A inserção etnográfica, nesse caso, revelou-se adequada a este estudo, pois uma participação ativa e semanal dentro do local de pesquisa ajudou a construir um vínculo seguro e uma relação de confiança com os sujeitos pesquisados, possibilitando, assim, uma melhor segurança no processo de coleta de dados.

A interação do pesquisador com os sujeitos pesquisados ocorreu desde a primeira visita à casa, através da participação em grupos semanais, conforme será detalhado mais adiante. Acredito que essa interação facilitou tanto a escolha dos sujeitos a serem entrevistados individualmente, quanto à espontaneidade desses sujeitos nos momentos em que se procedeu à coleta de dados.

6.2 – Coleta e análise dos dados

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: duas entrevistas individuais semi-estruturadas, uma sessão de grupo focal e os relatos de observação participante (especialmente oriundos dos grupos vivenciais). As entrevistas (individuais e o grupo focal) foram transcritas para facilitar a análise dos dados.

Segundo Triviños (1987), os instrumentos mais decisivos para pesquisar processos e conteúdos num estudo com enfoque qualitativo são a entrevista semi-estruturada, a entrevista aberta ou livre, o método clínico e o método de análise de conteúdos.

Nesta pesquisa, fez-se uso, além da observação participante, de entrevistas semi-estruturadas e um grupo focal. A escolha dos indivíduos para as entrevistas atendeu aos seguintes critérios: tempo em que viveu na rua, condições de saúde que permitisse prestar informações seguras sobre sua história e um certo nível de relação de confiança existente entre o pesquisador e o sujeito investigado.

Para Triviños (1987, p. 146), a entrevista semi-estruturada, “(...) ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas

possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Acredita-se, então, que esse tipo de entrevista, neste trabalho, revelou-se fundamental para a coleta dos dados, permitindo uma maior flexibilidade nas perguntas que foram feitas, de modo que, a partir das respostas, foram surgindo outras perguntas, abordando-se de uma maneira mais ampla as questões definidas no roteiro. Este incluía perguntas que buscavam investigar as condições de vulnerabilidade psicossocial que vivem e que viveram os sujeitos pesquisados, as implicações no valor pessoal e poder pessoal e na suas condições de saúde.

Os dois moradores escolhidos aceitaram de prontidão participar das entrevistas. Ambas as entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados. Apesar de alguns ruídos próximo ao local da entrevista, que foi feita numa sala com janelas abertas, devido ao calor, foi possível compreender praticamente todas as respostas, com algumas poucas exceções.

Os dois entrevistados foram chamados de Baltazar⁸ (ou sujeito 1) e Paulo (ou sujeito 2). Ambos moraram durante vários anos na rua. O Sr. Baltazar, hoje com 36⁹ anos de idade, desde ainda criança, com cerca de dez anos de idade, saiu da casa da tia, com quem morava, e foi viver nas ruas. Nunca teve relações familiares significativas e nem uma profissão definida, trabalhava pastorando carros, e em raras ocasiões, acompanhava pescadores mar adentro.

O Sr. Paulo tem hoje 68 anos de idade e tem uma história um pouco diferente da do Sr. Baltazar, tendo em vista que ele viveu com a família de origem até os 25 anos de idade, casou, constituiu família, trabalhou como pedreiro em construções civis, inclusive em outros estados, e depois que se separou, foi parar nas ruas, alternando entre viver na rua e alguns empregos instáveis, até que, depois de cinco anos morando nas ruas, foi acolhido pela Toca de Assis.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que consiste em selecionar um conjunto de pessoas com características comuns para discutir um determinado tema, a partir das experiências pessoais de cada um (Gatti, 2005). Diferentemente da entrevista individual, o grupo focal permite a troca e uma maior diversidade de idéias, conceitos e opiniões, criando um ambiente de interação entre os participantes e permitindo uma maior riqueza e detalhamento dos dados.

⁸ Todos os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios

⁹ Em maio de 2006, período em que foram feitas as entrevistas

Optou-se por utilizar, no grupo focal, a metodologia desenvolvida por Paulo Freire chamada círculo de cultura, que, através do uso de palavras geradoras (Góis, 1993), promove a reflexão, a interação e a participação das pessoas em grupo, fazendo circular a palavra. Foram escolhidas palavras geradoras relacionadas ao tema desta pesquisa, tais como: preconceito, vida, infância, saúde, sobrevivência, comunidade, futuro, mudanças, medo, convivência, valor, dificuldades, rua, amizade, superação, trabalho, alegria, ajuda, toca, família. Cada participante escolheu uma ou duas palavras e, a partir daí, era convidado a falar que significado tal palavra tinha na sua vida.

Assim como as entrevistas, o grupo focal também foi gravado e transcrito, mas muita coisa, talvez a maior parte da gravação, se perdeu devido a ruídos no local. O gravador foi colocado no centro do grupo, entretanto tratava-se de um espaço aberto (onde funciona o refeitório da casa). Havia ruídos da vizinhança e da própria casa, pessoas conversando próximo ao local, em alguns momentos o barulho do telefone tocando, além de uma reforma no banheiro, que contribuíram para a dificuldade em ouvir as falas. De um lado, vizinho ao local, ficava a cozinha, onde se encontravam pessoas conversando; de outro lado, ficava a lavanderia, onde se ouvia o barulho da máquina de lavar roupas. Entretanto, algumas respostas, especialmente as dos participantes que falavam num tom mais alto, foram transcritas e aproveitadas. Outras, de pessoas que falavam muito baixo, foram totalmente perdidas. O final da gravação foi todo perdido devido a problemas na fita. Entretanto, alguns dados importantes foram obtidos no grupo.

Foram estudados cerca de vinte moradores de rua a partir da metodologia da observação participante, das entrevistas individuais e dos grupos vivenciais. Os participantes estão na faixa de 30 a 60 anos de idade, aproximadamente. Além dos dois sujeitos entrevistados, participaram também da pesquisa, os moradores que freqüentavam os grupos vivenciais.

A participação semanal nesses grupos vivenciais, que foram fundamentais na convivência com os moradores, começou em setembro de 2005 e perdurou durante toda a pesquisa, até o período final da coleta de dados, em junho de 2006. Trata-se de um grupo aberto facilitado por duas psicólogas. Alcântara (2004) criou a denominação “Grupo Vivencial Comunitário”, tendo em vista que a metodologia lança mão dos referenciais da Psicologia Comunitária em intersecção com a psicologia fenomenológico-existencial.

Os encontros têm duração de duas horas e ocorrem uma vez por semana, envolvendo a participação de cerca de vinte homens adultos e idosos. Enfoca-se nesse trabalho o fortalecimento da identidade pessoal, do sentimento de pertença, da identidade grupal e do aprofundamento de uma consciência crítica (Alcântara, 2004). Participam do grupo, semanalmente, cerca de 15 pessoas, variando para mais ou para menos, tendo em vista que o grupo é aberto, não sendo obrigatória a participação de todos os moradores. Foram feitos relatos escritos ao final de cada sessão grupal, com o intuito de registrar as informações obtidas no grupo.

A escolha pelos moradores da casa religiosa ocorreu devido à maior facilidade de acesso a essa população, em relação aos que moram efetivamente na rua, que possuem grande mobilidade, nem sempre possuindo locais fixos onde possam ser encontrados, sendo difícil, então, uma pesquisa de campo mais demorada e detalhada. Apesar dos moradores efetivos de rua estejam expostos a um maior grau de vulnerabilidade, necessitando urgentemente de políticas sociais e de saúde, fica bem mais acessível estudar moradores de abrigo, de modo a permitir um contato e uma convivência mais prolongada, vivenciando de forma conjunta as questões existenciais e psicossociais desses indivíduos.

Na análise e interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdos, que, segundo Minayo (1994), permite encontrar respostas para questões formuladas, confirmar ou não hipóteses lançadas antes da investigação, ou ainda possibilitar uma descoberta do que está por trás do conteúdo manifesto, indo além das aparências.

Inicialmente, definiram-se três categorias: valor pessoal, poder pessoal e vulnerabilidade psicossocial. Após o início da análise dos dados, surgiram outras categorias de análise: a saúde, individualismo, passividade, fatalismo e apoio social, a partir das quais foi feita a interpretação dos dados. As respostas obtidas nas entrevistas e no grupo focal foram colocadas dentro dessas categorias, bem como os relatos de observação.

Foram utilizados na análise e discussão dos dados, os referenciais teóricos desenvolvidos ao longo do trabalho, que inclui as concepções de valor pessoal e de poder pessoal e, de uma forma mais ampla, a Psicologia Comunitária (incluindo-se o movimento da saúde mental comunitária) e as Psicologias Fenomenológico-Existenciais, mais especificamente a Abordagem Centrada na Pessoa e a Gestalt Terapia.

Nos anexos 1, 2, 3 e 4, seguem, respectivamente, as cópias do roteiro de entrevista individual, do roteiro de grupo focal (questões que foram abordadas no círculo de cultura), do modelo de termo de consentimento utilizado e do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, aprovando o projeto de pesquisa.

6.3 – Caracterização do local da pesquisa

A Fraternidade de Aliança Toca da Assis é uma entidade composta por religiosos de ordem franciscana, do sexo masculino e feminino, dividindo-se em noventa e uma casas (Alcântara, 2004) em todo o Brasil, sendo três delas em Fortaleza. Surgiu no ano de 1994, em Campinas, a partir de trabalhos em pastorais de rua. O carisma da instituição revela-se nessas pastorais, nas quais as pessoas em situação de rua são abordados diretamente na rua, recebendo comida, roupas, e, quando possível, são convidados a ir morar na casa.

Religiosos da ordem franciscana, inclusive os aprendizes, administram as casas e cuidam dos abrigados, dando remédio, banho, levando aos estabelecimentos de saúde, quando necessário, enfim, proporcionando toda espécie de apoio que esteja ao alcance deles. A instituição funciona a base de doações, e a quantidade de religiosos e de abrigados varia dependendo da casa.

Em Fortaleza, por exemplo, são três casas. Dessas, são duas casas que abrigam moradores do sexo masculino e uma do sexo feminino. Para esta pesquisa, foi escolhida uma das casas masculinas, localizada na Av. João Pessoa, onde vivem cerca de cinquenta acolhidos, e seis religiosos¹⁰, devido a um melhor acesso e disponibilidade da casa, tendo em vista que nela atualmente já ocorre um grupo vivencial uma vez por semana.

A instituição possui algumas regras, como o voto de pobreza, castidade e obediência. A rotatividade entre os religiosos também é muito comum, na medida em que se prega o não apego a lugares, pessoas ou coisas, de forma que cada religioso passa cerca de um ano em cada casa (Alcântara, 2004), geralmente numa cidade distante da sua terra de origem.

¹⁰ Em junho de 2006 eram cerca de seis religiosos, mas essa quantidade varia, tendo em vista a grande rotatividade existente entre os religiosos

A casa onde foi feito este estudo possui não somente ex-moradores de rua, mas também pessoas que vieram de hospital geral ou hospital psiquiátrico. Muitas vezes, os hospitais, devido à inexistência de abrigo público para moradores de rua adultos, procuram a Toca de Assis para encaminhar pessoas que não possuem casa nem família. Alguns acolhidos possuem família, mas por diversos motivos, acabam ficando abrigados.

7 – DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS

7.1 - O modo de vida dos (ex)-moradores de rua e os aspectos de vulnerabilidade psicossocial a que eles estão submetidos;

Já foi falado um pouco, no capítulo 1, sobre a realidade da vida das pessoas em situação de rua, de uma forma bem geral. Aqui, buscamos discutir o modo de vida de moradores de rua, especificamente a partir dos dados obtidos junto aos (ex)-moradores de rua acolhidos na Toca de Assis, através das duas entrevistas individuais, do grupo focal e da observação participante. Serão ressaltadas, então, as situações de exclusão social e paralelamente, ou conseqüentemente, a vulnerabilidade psicossocial a que estes moradores estão e estiveram submetidos ao longo de sua vida.

Como foi visto, a pobreza, a exclusão social e a vulnerabilidade psicossocial estão intimamente relacionados. A exclusão social foi concebida aqui como um processo que abrange não somente a esfera produtiva e econômica, mas também relacionada às dimensões social, política, cultural e humana (Escorel, 1995).

Verificou-se que na população estudada a exclusão social a que ela está submetida se expressa através de todas essas dimensões. A esfera econômica desse processo de exclusão social se apresenta pela situação de desemprego e de subemprego que caracteriza essa população:

Aí eu pastorava carro na Unifor, na Universidade do Edson Queiroz (...). Fiquei pastorando carro e pescava no mar, quando dava pra me ir pro mar eu ia.(Sr. Baltazar)

(...) porque naquele tempo também existia muito emprego, pra quem queria trabalhar, hoje é uma coisa que não existe mais. Emprego hoje é pra quem tem boa profissão, um curso, se não tiver um curso bom (Sr. Paulo)

No que diz respeito à dimensão social, revela-se uma fragilidade de vínculos familiares, sociais, e nas relações interpessoais em geral. O Sr. Paulo, por exemplo, relata que após a separação conjugal, perdeu contato com todos os filhos. Afirma ainda que faz dez anos que não tem contato com nenhum familiar, apesar de já ter até colocado inclusive anúncio em programas de televisão:

Depois da separação você sabe que todo filho é mais pro lado da mãe do que do pai, né, aí os filhos acompanharam a mãe, (...) aí eram dez, ai se separaram, debandaram tudo pro meio do mundo(...)aí eu tenho mais de 10 anos que não tenho contato nem com os filhos e nem tenho com os irmãos (...) nunca apareceu um parente(...). (Sr. Paulo)

Eram dez filhos, mataram dois, ficou oito, esses oito tá com 10 anos que eu num tenho nem contato com eles(Sr. Paulo)

Ele conta que sua vida nas ruas começou quando se separou da esposa e do resto da família. Depois disso, passou a alternar entre morar na rua e dormir em alguns empregos precários que conseguiu, como jardineiro ou ajudante em um restaurante. Nesse período, foram cinco anos vivendo nas ruas de Fortaleza, estando acolhido na Toca de Assis também há cerca de cinco anos.

Outro morador entrevistado, o Sr. Baltazar, nunca teve vínculos familiares significativos, tendo sido abandonado pelo pai ainda quando era criança, depois que sua mãe faleceu:

Minha mãe chegou a falecer, eu tinha três anos de idade, ai meu pai, quando ela morreu, meu pai foi embora, arranjou outra mulher, minhas duas irmãs mais velhas procuraram o destino dela, se casaram, aí eu fiquei na casa da minha tia, a partir dos 3 anos de idade(...) (Sr. Baltazar)

(...)só que eu fiquei um tempo mais também a minha avó, num sabe.Quando eu tinha meus 3 anos de idade, aí mais ou menos com 4 anos a 5 anos eu fiquei um tempo com minha avó (...)Quando foi com uns 8 anos mais ou menos 7 a 8 anos, 9 anos por ai foi que eu retornei para casa dessa minha tia de novo, aí foi que eu saí porque ela me judiava muito (Sr. Baltazar)

Percebe-se então a fragilidade das relações familiares e dos vínculos sociais durante toda a vida do Sr. Baltazar, que começou a morar nas ruas ainda quando criança, com cerca de dez anos de idade. O vínculo social que possuía resumia-se a companheiros de farra, no bairro onde morou, e, em algumas ocasiões, as pessoas desse bairro o prestavam algum apoio, como, por exemplo, dar um prato de comida ou arranjar uma forma de abrigo do frio e da chuva, mesmo que bem precária:

(...)aí quando era sábado e domingo eu descia pra favela, brincar com meus amigos, comia nas casas de meus colegas, ia pro rio, ia pra praia(...) (Sr. Baltazar)

(...) la mesmo no bairro, todo mundo sabe minha vida (...) todo mundo sabe minha vida lá, ficava dormindo nas calçadas, quando chovia, a negada pegava um casco desses de geladeira, aí eu entrava pra

debaixo, a negada me tampava com casco de geladeira por cima pra quando chover, vir respingo e não me molhar (Sr. Baltazar)

Com relação à dimensão política, que se refere à participação nas decisões políticas que influenciam a vida do povo, verifica-se que na rua, esse elemento é praticamente inexistente, a começar pela freqüente perda (ou roubo) de documentos por parte das pessoas em situação de rua:

(...) eu fiquei na luta, tentando conseguir meu registro, porque eu nunca tirei meus documentos, né, e sou uma pessoa que sou de maior e eu necessito desses meus documentos, né, porque eu fiquei na rua mesmo(...) (Sr. Baltazar)

(...) quando tava na rua perdi certidão de casamento civil, perdi identidade, perdi título de eleitor, perdi profissional(...) (Sr. Paulo)

A ausência de documento expressa uma total e extrema precariedade no exercício da cidadania. Eles se queixam de não poderem ir à procura de um emprego ou até da dificuldade de serem atendidos numa instituição de saúde, que exige a documentação para poder fazer o cadastro do usuário:

(...) aí eu procurava os hospital eu mesmo e chegava sem documentos, o pessoal pedia minha identidade, eu num tinha, assim mesmo eles tinham misericórdia, ai muitas vezes até fui internado(...) (Sr. Baltazar)

A grande maioria dos moradores de rua que são acolhidos na Toca de Assis chegam sem nenhum documento, correndo o risco inclusive de morrer como um indigente. Em maio de 2006, por exemplo, chegou àquela casa um homem de meia idade, em situação de rua, completamente alcoolizado. Depois de uma forte crise de abstinência, chegou a falecer após três dias acolhido. O seu corpo, após duas semanas, ainda se encontrava no Instituto Médico Legal de Fortaleza, pois, apesar de se ter recebido a informação de que ele possui família na cidade, devido à falta de documento, não se sabe o seu nome completo, de modo que ele está correndo o risco de ser enterrado como um indigente.

Com relação ao aspecto cultural do processo de exclusão social, percebe-se que os moradores da Toca de Assis sofreram e ainda sofrem atualmente uma forte estigmatização e categorização, sendo vistos muitas vezes como vagabundos e bêbados:

(...)eu chegava pra pegar uma comida, ai diziam “os vagabundos tudo pedindo comida aqui, vão, vão arrumar um emprego, arrumar alguma coisa (Grupo focal).

É porque, você não é bem isso, num é uma pessoa aparência, fisicamente, é porque eu acho que o preconceito (...) porque a pessoa num julga a pessoa pelo seu interior, ele julga pela aparência. Você não sabe o que é que o cara pode ser capaz(...)olha eu já estive em vários cantos e as pessoas me condenam, assim, botam cara feia, num conhecem meu interior, aí através da convivência, é que você vai ver que ele não é o que você imaginou (...) (Grupo Focal)

O preconceito é uma realidade muito presente na vida dos moradores do abrigo. Quando na rua, eles relatam que eram vistos como vagabundos, sujos, ladrões ou bêbados. Através da observação participante, observou-se que o estigma muitas vezes permanece mesmo após a saída das ruas e o acolhimento na Toca de Assis. Um dos participantes do Grupo Vivencial relatou que às vezes se sente a menor pessoa do mundo, quando vai alguém visitar o abrigo e olha para eles com desdém, com um ar de superioridade.

Analisando o processo de exclusão social nos (ex)-moradores de rua dentro do contexto humano, percebe-se uma impossibilidade de satisfazer adequadamente as necessidades mais básicas:

as dificuldades que eu sentia na rua era sofrimento de banho, de roupa, às vez andava muito sujo, chegava na casa pra pedir...(Sr. Paulo)

Esse mesmo morador, ao ser perguntado se dava para se alimentar na rua, respondeu:

Dava, tinha vezes que num dava, comia resto(...) (Sr. Paulo)

O outro entrevistado, ao relatar que deixou de trabalhar como "pastorador" de carros por causa de um problema de saúde, explica que dependia de esmolas e da caridade das pessoas para poder comer:

Comia daqui comia dacolá, passei três anos desse jeito, sem poder mesmo assim andar que nem eu ando agora sem precisar de pau, aí pedindo esmola, pedia minhas esmolas, nos sinais, nas casas, o pessoal dava feijão, arroz, os açougues arrumava umas gorduras, umas ossadas, ganhava uns trocados(...) (Sr. Baltazar)

Percebemos, assim, nessas pessoas, quando em situação de rua, uma dificuldade e uma imprevisibilidade no que diz respeito às necessidades mais básicas do ser humano, como comer, dormir, ter um lugar para se abrigar, um banheiro para tomar

banho. Eles se viam assim impossibilitados de satisfazer convenientemente tanto necessidades fisiológicas, como as psicológicas e sociais.

A partir desses elementos que caracterizam o processo de exclusão social a que são submetidas essas pessoas, pode-se falar também num alto grau de vulnerabilidade psicossocial. Como foi visto anteriormente, a partir de CEPAL (2002), há uma forte conexão entre a pobreza e a vulnerabilidade social, a qual é definida como:

(...)um fenômeno social multidimensional que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que los sustenta, provocado por la implantación de una nueva modalidad de desarrollo que introduce cambios de gran envergadura que afectan a la mayoría de la población (p.5).

Dizemos então que a vulnerabilidade psicossocial é caracterizada por sentimentos de insegurança, desproteção e exposição a riscos. Esses elementos são facilmente encontrados no modo de vida dos moradores de rua. O sentimento de insegurança apresenta-se não só no que diz respeito à precariedade na alimentação – a pessoa vai dormir à noite, se conseguir dormir, sem ter certeza se terá direito a comer no dia seguinte; esse sentimento se expressa também pela violência nas ruas. Além de ir dormir sem saber se ia comer, o morador de rua também dorme sem saber se vai amanhecer vivo:

Eu cansei de dormir na rua sem saber se amanhecia vivo. E naquele tempo num tinha a violência que tem hoje não. Hoje em dia tem violência. Naquele tempo a droga, nem se falava (...) Só o que eu tenho pra dizer é o seguinte, hoje em dia, hoje quem vive na rua sofre muito mais do que antes. Hoje tem muita violência. (Sr. Paulo)

(...)só que na rua a gente tem muitas dificuldades, por causa que a gente não tem um canto certo pra dormir, num tem um canto certo pra tomar banho, num tem um canto certo pra pegar uma alimentação, a gente come aqui come acolá(...). (Sr. Baltazar)

Numa das sessões do grupo vivencial, chegou uma pessoa que participava pela primeira vez; acabara de ser acolhido. Estava com um enorme curativo que vendava seu olho direito. Disse que estava dormindo no calçadão da Beira-Mar, e de repente levou uma pedrada no rosto, que quase o cegou. Nesse dia, algumas pessoas se mobilizaram com a história do colega, e acabaram contando que também sofriam esse tipo de violência na rua. Alguns contaram que tinham que dormir em grupo, porque enquanto uns dormiam, outros ficavam vigiando para não ter perigo de serem atacados

ou roubados. Falaram também da história de um morador de rua que recentemente foi queimado vivo enquanto dormia.

A insegurança e desproteção que caracteriza a vulnerabilidade psicossocial nessas pessoas se expressam na desesperança, na incerteza do futuro, de não saber se vão conseguir dormir à noite, se vão acordar vivo ou se vão passar fome, pela violência a que estão expostos na rua, pela impossibilidade de uma vida privada, onde possam estabelecer redes de relações familiares, e também ela enfraquecimento de uma vida pública, em que se poderiam possuir vínculos sociais e comunitários significativos.

Escorel (1995, p.3), ao abordar o processo de exclusão social ao extremo, compreende que excluir significa “(...) criar e perpetuar condições que tornem permanente o ato de morrer”. Parece ser uma afirmação muito forte, mas quando analisamos as condições de vida de pessoas que moram na rua, observamos que essa constatação não é exagerada. Muitos dos abrigados que possuem uma história na rua afirmam que não tinham muita esperança de vida:

(...)as dificuldades eu achava que era uma coisa tão difícil tava esperando era morrer qualquer dia...(Sr. Paulo)

Rapaz, o que eu esperava mesmo quando eu vivia na rua era morrer a qualquer hora. Eu num esperava nada. A rua num tem o que dar (...)
(Sr. Paulo)

Observa-se nessas falas um extremo de vulnerabilidade psicossocial que não se restringe apenas a sentimentos de insegurança, riscos ou desproteção. Esses sentimentos são fortemente presentes, obviamente, mas a vulnerabilidade vai mais além: em última instância constata-se uma completa desesperança frente ao futuro à própria vida.

Retomando as dimensões em que se expressa a vulnerabilidade social definidas por CEPAL (2002), ou seja, os fatores que agravam ou atenuam a vulnerabilidade, tais como: o trabalho, o capital humano (desenvolvimento humano e profissional) e as relações sociais, verificou-se na população estudada que todas essas dimensões se apresentam de forma precária.

Temos visto que o desemprego, ou o subemprego, faz parte da vida dessas pessoas. Através da inserção na Toca de Assis, observou-se que a maioria dos acolhidos não possuem emprego, vivendo atualmente da caridade e do carisma religioso. Quando

na rua, muitos dependiam de esmolas para sobreviver, outros trabalhavam arduamente catando lixo ou pastorando e lavando carros.

Quando se fala em capital humano, fica bem claro que esse é um fator praticamente inexistente em pessoas que vivem nas ruas. Se eles não têm acesso adequado à satisfação das necessidades mais básicas do ser humano, como a alimentação e a moradia, muito menos acesso à educação, à qualificação profissional, à saúde – como foi dito anteriormente, às vezes não tinham direito nem a atendimento hospitalar devido à ausência de documentos.

No que diz respeito às relações sociais, às redes de apoio familiar e social que podem atenuar as condições de vulnerabilidade, pode-se afirmar que existe uma fragilidade de vínculos sociais e familiares. Um dos entrevistados, como foi visto, nunca teve vínculos familiares significativos; o outro foi morar nas ruas depois de uma separação conjugal e familiar e hoje lamenta ter perdido o contato com a família há dez anos.

Esses fatores de vulnerabilidade estão também presentes antes da ida para as ruas, embora em menor grau do que após a situação de rua. Alguns dos moradores da Toca de Assis foram morar nas ruas devido ao desemprego e à falta de oportunidade de trabalho; outros, em decorrência de problemas familiares; alguns devido a problemas com uso de álcool; enfim, são vários os motivos que os levaram a ir morar nas ruas, mas o que se pode destacar é a presença anterior de um processo de vulnerabilidade, o qual se agravou consideravelmente após a ida para a rua.

7.2 – O enfraquecimento do valor e do poder pessoal em (ex)-moradores de rua em consequência da vulnerabilidade psicossocial decorrente da situação de rua;

Nesta parte, buscaremos analisar os elementos do valor pessoal e poder pessoal nos sujeitos pesquisados, ou seja, os (ex)-moradores de rua. É importante aqui estabelecer dois direcionamentos: em primeiro lugar, a análise será feita considerando a situação atual desses sujeitos, que se encontram há alguns anos acolhidos pelo carisma religioso, bem como a situação anterior ao acolhimento, a partir dos relatos feitos por eles sobre a época em que viviam na rua; outro aspecto importante diz respeito à consideração dos elementos caracterizados como sendo de muita importância para a

análise do valor e do poder pessoal, tais como o fatalismo, individualismo, passividade, consciência, caráter oprimido, ideologia de submissão e resignação, dentre outros.

Em certos trechos das entrevistas, bem como em relatos de observação participantes, verificamos algumas evidências que nos levam a realmente pensar num enfraquecimento do valor e do poder pessoal em pessoas em situação de rua como decorrência da pobreza e em última instância do alto grau de vulnerabilidade psicossocial a que essas pessoas estão expostas, como se pôde observar no item anterior.

Através da observação participante, nos grupos vivenciais, surgiram alguns temas que mostram uma desvalorização de si mesmo, por parte dos moradores da Toca de Assis. Numa das sessões grupais, por exemplo, abordou-se o tema do trabalho, em que se ressaltou a importância do trabalho na vida da pessoa, e um dos participantes comentou que “alguém sem trabalho não tem nada, **não é nada** e não consegue viver”. É importante lembrar que a maior parte dos acolhidos no abrigo não possuem nenhum trabalho ou fonte de renda.

Através das breves histórias de vidas contadas por alguns, nesses encontros grupais, percebe-se o quanto eles se sentem inúteis, sem nenhum valor. Não têm trabalho, não têm dinheiro, não têm o que oferecer à família. Alguns deles possuem familiares em Fortaleza, mas preferem morar na Toca de Assis porque não têm como sustentar a família e não querem se tornar um fardo para ela. Outros relatam que foram morar na rua depois que ficaram desempregados; como não tinham o que oferecer às esposas e aos filhos, preferiram ir para as ruas.

Observou-se também que eles parecem se sentir valorizados ao falar do seu antigo ofício, da profissão que possuíam e que um dia perderam. Falam o quanto as pessoas o valorizavam no seu trabalho. Percebem-se como alguém que um dia já foi valorizado pelas outras pessoas.

Após irem morar nas ruas, e até mesmo após o acolhimento na Toca de Assis, é comum ouvir relato do estigma que eles sofrem, como se pode ver nos seguintes trechos do grupo focal:

(...)olha eu já estive em vários cantos e as pessoas me condenam, assim, botam cara feia, num conhecem meu interior(...)

(...) se você é pobre, você não vale nada, você não tem nada, não vale nada(...)

Ainda há pouco eu sofri uma discriminação, eu tava andando pela rua, aí encontrei uns conhecidos antigos, e quando cheguei aí falaram: “Aí, ta liso porque quer, porque bebeu muita cachaça”

Freire (1983a) aponta como característica do oprimido a autodesvalia, que resultaria de um mecanismo de introjeção da imagem que dele tem a classe opressora:

De tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes, que não sabem de nada, que não podem saber, que são enfermos, indolentes, que não produzem virtude de tudo isto, terminam por se convencer de sua “incapacidade”. Falam de si como os que não sabem e de “doutor” como o que sabe e a quem devem escutar. (Freire, 1983, p. 54)

A partir da observação participante, bem como das entrevistas, percebe-se, além do estigma sofrido, uma certa autodesvalorização. Muitos agradecem imensamente às psicólogas que facilitam o grupo vivencial pela oportunidade que eles têm de ser ouvidos, mas esquecem que eles mesmos podem ouvir um ao outro. Um dos participantes já chegou a afirmar expressamente que se sente inferior às pessoas que possuem nível superior e que possuem uma melhor situação econômica, aos que são formados, que têm formação universitária, e por isso sabem mais e sua palavra deve ser mais respeitada.

Essa crença caracteriza uma ideologia de submissão e resignação, tendo em vista que decorrem de valores presentes e introjetados na estrutura psíquica dessas pessoas. Góis (1993) afirma que a ideologia de submissão e resignação está presente quando o indivíduo se submete a uma interiorização cultural, social e econômica, aceitando facilmente o seu lugar.

O Sr. Baltazar afirma em uma das respostas:

(...) estudei no mobral lá mesmo, colocaram eu, estudei no mobral, mas isso na rua né, não tinha assim pessoa tomar de conta de mim, nunca aprendi nem a fazer o meu nome, **acho que eu nasci pra ser assim mesmo**, né, **num tinha aquele dom de aprender a ler a escrever** né, mas fui a luta mas não tive condições(...)meus colegas de infância tudo aprenderam a ler, e hoje em dia eles estão bem casados, tem os bens deles, eles até hoje em dia eles me ignoram, eles ignoram assim porque eles são as pessoas que eram meus colegas de infância, bem dizer, irmão, que nos fomos tudo criados bem dizer juntos, hoje em dia eles me ignoram, “égua, irmão, tu num foi à luta que nem nós, nós hoje em dia nos tem nossa mulher tem nossa casa e tu vive ainda na mesma barca ainda morando na rua sempre (...) (Sr. Baltazar)

Nesse trecho podemos analisar alguns elementos do valor e do poder pessoal. Em primeiro lugar, verificamos uma atitude fatalista frente à uma suposta falta de dom em aprender a ler e a escrever, como se o seu destino fosse ser analfabeto, e nada pudesse ser feito para mudá-lo. Se o dom não lhe foi dado, então resta se

conformar com este fato. Martin-Baró (1998, p. 78), ao abordar a questão do fatalismo latino-americano, ressalta que “Ante la ineluctabilidad de las circunstancias em que uno se encuentra y de los acontecimientos que a uno se le ocurren, no queda más alternativa que la de conformarse”.

Pode-se afirmar aqui que, a partir do momento em que a ação fica prejudicada, há um comprometimento do poder pessoal. Uma atitude fatalista, como já foi discutido antes, provoca um bloqueio da ação; se não se acredita numa transformação, numa mudança, então não se configura uma ação, e, assim, não se pode expressar o poder pessoal.

Esse mesmo acolhido, ao ser perguntado como ele compreendia a imagem que os colegas tinham dele, no que diz respeito a estar “na mesma barca ainda morando na rua sempre”, respondeu:

Quando eles falam essas coisas assim aí eu fico assim me recordando, meu Deus acho que isso aconteceu comigo de ser assim por causa que não tive uma sorte uma sabedoria de conviver que nem meus colega conveve (Sr. Baltazar)

Além de algumas características de uma atitude fatalista, observa-se também uma consciência ingênua, que também contribui para alimentar o fatalismo. A situação de miséria e rua em que vive é ocasionada pela falta de sorte. Ele explica não ter tido a sorte que os outros tiveram, ignorando as causas sócio-políticas de sua condição. Então, pensando a partir dessa lógica alienada, pode-se afirmar: se ele não teve a sorte de ter a sabedoria, então nenhuma ação pode mudar essa realidade, pois não depende da ação, e sim da sorte. Paulo Freire (1983a) indica a atitude fatalista do oprimido como uma forte implicação de uma consciência ingênua:

Até o momento em que os oprimidos não tomem consciência das razões de seu estado de opressão “aceitam” fatalistamente a sua exploração. Mais ainda, provavelmente assumam posições passivas, alheadas, com relação à necessidade de sua própria luta pela conquista da liberdade e de sua afirmação no mundo. Nisto reside sua “convivência” com o regime opressor. (Freire, 1983a, p. 55).

Já o Sr. Paulo demonstra aspectos de uma consciência ingênua quando explica a sua situação, frente às desigualdades que existem, pela presença e cuidado da família, ignorando os aspectos sócio-históricos que caracterizam as desigualdades sociais e que o empurram para a miséria:

Ah porque a pessoa que tem família tem quem cuide da gente, tem pessoa que num tem, é diferente. (Sr. Paulo)

Em seguida perguntou-se porque muitas pessoas, mesmo possuindo família, também passam por muito sofrimento, e porque alguns têm melhores condições de vida, enquanto que outros vivem na pobreza, às vezes chegando até a ir morar na rua; ao que ele respondeu:

É sofrer, tem família que também num liga (...) porque as vezes acontece o seguinte, se eu sou abandonado de rua, aí eu não tenho família, eu não tenho a quem procurar, se eu vou procurar uma pessoa é um desconhecido, se ele diz uma coisa comigo, aí eu não posso dizer nada com ele, mas aí se eu tenho família, aí eu vivo mais a família, aí eu num vou viver na rua, pra que eu vou viver na rua? Eu tenho família, eu podendo oferecer o cuidado da minha família, tendo meus pais, se eu for casado, tem os filhos tem a mulher, e eu cuidar da minha família, aí já é outro começo, não é o começo de eu jogado, abandonado de pai, e como eu, abandonado de família, separado de família e dos filhos, e vivo na rua, aí eu tenho mais de 10 anos que não tenho contato nem com os filhos e nem tenho com os irmãos (...) nunca apareceu um parente(...) (Sr. Paulo)

Ele dá importância à família como um meio de evitar o abandono. É verdade que não se pode deixar de considerar essa importância, mas também é verdade que a situação em que vivem a população de baixa renda, os miseráveis, os moradores de rua, é a mais forte expressão das desigualdades e das contradições sociais e históricas que caracterizam a grande maioria da população brasileira. Um aprofundamento da consciência crítica, como quer Freire (1979), exige que se conheçam bem esses aspectos sócio-históricos, bem como a estrutura social e política que mantêm a dominação. Requer também o reconhecimento de si mesmo como um sujeito sócio-histórico, ativo, e que pode contribuir para uma transformação social.

Além da consciência ingênua, verifica-se também um certo individualismo. O Sr. Baltazar explica a sua situação não somente pelo fato de não ter tido sorte, mas também deixa transparecer implicitamente uma crença de que sua condição é unicamente responsabilidade sua, tendo em vista que **ele** não teve sorte, ele não teve o dom de aprender, enquanto os seus amigos tiveram.

Segundo Martin-Baró (1998, p.68), o individualismo “(...) enclava o individuo en la parte y lugar de la estructura que, según la dinámica ideológica, le corresponde (classe social, etc) e “en ultima instancia (...) fuerza al individuo a asumir el papel o rol que la estructura social le asigna”

Podemos salientar então que a consciência ingênua, o fatalismo, o individualismo, a passividade, o valor pessoal são elementos estão inter-relacionados e interdependentes. Um contribui para a manutenção do outro, e todos convergem para o impedimento de uma manifestação do poder pessoal.

Daí pode-se afirmar que, em última instância, a pobreza, e, mais intensamente, a situação de vida na rua, o alto grau de vulnerabilidade psicossocial, promovem um enfraquecimento do valor e do poder pessoal. Nepomuceno (2003, p.41), ao abordar a situação de subdesenvolvimento no nordeste brasileiro, bem como as implicações ao desenvolvimento pessoal e social, afirma:

(...) podemos pensar que ambientes extremamente opressores, como a realidade nordestina o é para a maioria de sua população, promovem uma freqüente inibição ao desenvolvimento do valor pessoal e do poder pessoal da população, o que vem expressar-se pelos “apáticos” contatos sociais, pela baixa auto-estima ou despotencialização dos moradores, pelo individualismo e pelo fatalismo.

Essa inibição do valor e do poder pessoal é muito comum nos ex-moradores de rua aqui referidos, principalmente, mas não somente, no período em que eles passaram na rua, se manifestando através da autodesvalorização, da passividade, da consciência ingênua, do sentimento de inferioridade. Essas características presentes nessas pessoas algumas vezes chegam ao extremo, traduzindo-se numa completa desesperança em relação à sua própria vida e ao seu futuro:

Rapaz, o que eu esperava mesmo quando eu vivia na rua era morrer a qualquer hora. Eu num esperava nada. A rua num tem o que dar(...)
(Sr. Paulo)

Rapaz, eu quando entrei na Toca, que entrei muito doido, **eu num acreditava mais nem que ficava bom** (Sr. Paulo)

Há também uma evidente descrença em relação ao poder público e aos nossos governantes. Numa das sessões de grupo vivencial, utilizou-se uma notícia de jornal como tema gerador. A reportagem falava da situação de abandono em que vivem os moradores de rua de Fortaleza (Gaspar, 2005), ressaltando a inexistência de políticas públicas que atendam a essa população. Eles se identificaram muito com a temática, lembrando das dificuldades que passaram na rua, do sofrimento, da alimentação insuficiente, da violência; até que se tocou na questão das políticas públicas e nos governos. Praticamente todos os que falaram nesse dia mostraram uma total descrença em relação aos governantes. Achar que nada pode mudar essa realidade, ou seja, a falta de vontade política do governo. E então perguntamos: e nós, o que podemos fazer para

mudar isso? Eles responderam que nada. E nenhum deles pareceu acreditar que eles poderiam ter uma posição mais ativa diante da realidade opressora em que vivem.

Podemos ver que, em muitas ocasiões, devido às condições em que sobrevivem, os moradores de rua são levados a desacreditar completamente em si mesmos bem como em qualquer possibilidade de mudança em suas vidas. Na rua, eles acabam procurando criar estratégias de sobrevivência, confirmando a idéia de Góis (1993, p. 72), que, ao falar sobre o caráter oprimido, afirma que, enquanto na classe dominante, a sobrevivência não é um fator preponderante, podendo-se buscar um desenvolvimento pessoal, nos oprimidos, “a questão da sobrevivência é central e todo o seu mundo psicológico se estrutura e se orienta para isso (...)”:

A classe oprimida está mergulhada profundamente na sobrevivência. Enquanto a estrutura psíquica da classe dirigente se forma e se desenvolve fora da sobrevivência sócio-econômica, na classe oprimida ela está diretamente submetida a essas condições. (Góis, 1993, p.71).

Em algumas respostas das entrevistas, percebe-se um movimento semelhante ao que fala Góis (1993), no qual as ações são orientadas a garantir a satisfação, ainda que de forma insuficiente e deficiente, das necessidades mais básicas do ser humano, como a alimentação e a moradia:

eu fazia o meu movimento pra mim ganhar o meu trocado (Sr. Baltazar)

(...) sendo que na rua a gente mente, sabe como é que é? (...)eu andava mais a Eliane, com uma mochila aqui nas costas, um balde (...)aí o que é que eu fazia? Chegava numa residência, batia a campainha, aí saía a pessoa, e eu “bom dia, Sra., desculpa ta lhe incomodando, é que eu to passando necessidade, eu moro na rua, ta vendo aquela senhora acolá; aí ela olhava né? taí ela com dois filhos, nós moramos na rua, eu num quero dinheiro não, quero que a senhora me dê um alimento, to precisando de um pouco de feijão, de arroz, se a senhora puder me ajudar (...) ela dizia espere só um minutinho, aí voltava com 1kg de arroz, de feijão, um pacote de farinha, um pacote de macarrão.” Muitas vezes eu conseguia 20 reais de uma vez, 10. (...) as vezes a gente conseguia roupa, aí chegava nas favelas aí vendia (Grupo focal)

Ás vezes a gente num quer fazer uma coisa e é obrigado a fazer pra poder sobreviver (Grupo focal)

As estratégias de sobrevivência revelam uma dose de criatividade por parte desses moradores de rua, que em algumas ocasiões criam histórias para poder conseguir se alimentar, em outras, estabelecem relações de apoio com outros moradores ou com

peessoas de melhor condição econômica. A criatividade - a ação criativa - foi considerada como um importante elemento do poder pessoal. Entretanto, diz respeito a uma ação social, que visa à transformação de si mesmo e à transformação social, que vai em direção à superação das condições dadas, da coisificação da vida.

La creatividad es la celebración de nuestra propia grandeza, el sentimiento de que podemos hacer que cualquier cosa se vuelva posible (...) La creatividad no es solo el concepto, sino el acto mismo; la realización de lo que es urgente, de lo que necesita ser afirmado. No es solo expresión del espectro total de la experiencia y sentimiento de unicidad de cada persona, sino también un acto social, un compartir con nuestros semejantes esa celebración, esa afirmación de vivir una vida plena. (...) La creatividad es la ruptura de límites, la afirmación de la vida más allá de la vida. (Zinker, 1979, p.11)

E o que se observa em relação à população de rua, como se pode perceber nos trechos de entrevistas acima transcritos, bem como quando se discutiu a exclusão social e a vulnerabilidade dessa população, é uma criatividade que visa à sobrevivência, à satisfação das necessidades mais básicas, mantendo-se inalterada a mesma situação de vulnerabilidade, e ficando prejudicada uma ação criativa transformadora.

Argumenta-se então que há um enfraquecimento do valor e do poder pessoal dos moradores de rua. Entretanto, isso não significa que esses elementos estejam completamente ausentes nessas pessoas. A situação de extremo grau de vulnerabilidade contribui para uma inibição do valor e do poder pessoal, mas estes estão presentes nessas pessoas, ainda que apenas como uma possibilidade, que pode continuar sendo enfraquecida, mas que pode também ser atualizada.

Góis (1993, p.75), mostrando uma visão positiva de comunidade, afirma:

De um modo geral, a vida dos moradores revela uma acentuada desorganização e desagregação individual e social. Por outro lado, no meio dessa situação, também encontramos pessoas que ainda estão vivas e brilhantes, fazendo esforços para a vida coletiva se modificar.

É possível encontrar pessoas, dentre a os moradores da Toca de Assis, que demonstram elementos característicos do valor pessoal, da mesma forma que a criatividade. Por exemplo, alguns abrigados afirmam que, quando na rua, conseguiam estabelecer relações de amizade como forma de criar uma rede de proteção.

aí tinha muito conhecimento la com o pessoal, o pessoal tudo me dava valor, graças a deus nunca andei pegando o que era alheio lá, né, ai o pessoal tinha muito carinho por mim, carisma, toda vida (Sr. Baltazar)

Aqui? Tinha muito conhecimento, andava na rua, porque tinha aquelas pessoas que já conheciam a gente, tinham aquelas pessoas mais conhecidas, as vezes davam um prato de comida, as pessoas das casas (...) (Sr. Paulo)

Aqui, eu vivia na rua, aqui, mas eu já conhecia muita gente, porque aqui tinha muita gente, em Crateús eu era conhecido, em Novo Oriente, tinha conhecidos. Chegava nessas casas aqui por Messejana, aqui na Aerolândia, chegava aqui nessa João Pessoa aqui, você via muita gente que as vezes já conhecia a gente da rua, até as pessoas que já conheciam a gente às vezes chamavam pra dar um apoio. (Sr. Paulo)

(...) na rua a gente encontra muita gente boa, encontra gente ruim, mas encontra muita gente boa também., porque só depende de cada um, se você quiser fazer uma boa amizade na rua, você tem a boa amizade(...) então depende de cada um, se você procurar uma coisa boa, mesmo que você esteja na rua, tem coisas boas, pessoas que procuram lhe ajudar, conversar, fazer algo de bom, num levam você para o buraco(...)tem uns que procuram mesmo levar você pro buraco(...) na rua você sofre (Grupo focal)

Verifica-se então uma certa capacidade para estabelecer relações sociais com o objetivo de manter uma rede de apoio. É uma estratégia de sobrevivência utilizada por eles, mas que, também, não é suficiente para alterar de maneira significativa as condições sócio-econômicas em que vivem, embora sirvam para permitir a sobrevivência e garantir relações de apoio.

7.3 – As condições de saúde mental dos (ex)-moradores de rua a partir das categorias valor e o poder pessoal

Nesta parte, será feita uma análise das condições atuais de saúde na população estudada, hoje abrigada na Toca de Assis. Da mesma forma que no item anterior, serão feitas referências a respeito do atual estado de saúde dessas pessoas, bem como das suas condições de saúde correspondentes ao período em que eles ainda viviam na rua. É importante que a análise gire em torno da saúde destas pessoas como um todo, e não apenas a saúde mental, tendo em vista que não se pode separar saúde física e saúde mental, a não ser conceitualmente. Ao fim deste item, será retomada a discussão já feita anteriormente a respeito da concepção de saúde mental a partir do valor e do poder pessoal.

É muito fácil perceber o quão precária é a saúde dos (ex)-moradores de rua aqui estudados. Basta um primeiro contato para perceber o quanto as suas condições de vida na rua os maltrataram e prejudicaram a sua saúde. Na primeira visita que fiz, ao participar do grupo vivencial, logo observei os rostos envelhecidos de forma desproporcional em relação à real idade.

O abuso de álcool e drogas, deficiência física, transtornos mentais graves, assim como outras variadas formas de debilitação física e mental são muito comuns nos moradores da Toca de Assis. Muitos deles chegam muito mal na casa, e são cuidados pelos religiosos para aos poucos irem se recuperando.

O Sr. Paulo define o seu estado de saúde no dia em que foi acolhido no abrigo:

(...) no tempo em que eu fui acolhido, eu num esperava mais nem viver, porque não adianta contar meu sofrimento (...) quando eu cheguei na Toca, vinha tão fraco, já tão vencido, já vinha tão doido que eu num sabia o que fazer. À meia noite eu queria sair pra quebrar os copos, mas doido, pirado, é o sofrimento de rua(...) (Sr. Paulo)

Já Sr. Baltazar conta que suas dificuldades na vida aumentaram quando ele sofreu um corte de vidro na perna. Um problema que, se adequadamente tratado, poderia ser resolvido num tempo relativamente curto, transformou-se em três anos sem poder andar, agravando-se ainda mais a sua situação de miséria:

(...)levei esse corte de vidro aqui na minha perna, fui pro hospital (...)Esse corte eu levei de vidro numa briga que eu tive mais um cara (...)ele foi tacar a faca em mim, eu pulei, quando pulei caí com o pé em cima de um litro que eu tinha tomado dele (...)eu tinha caído assim e cortei meu pé, aí fui pro hospital, costuraram, mas não costuraram as veias por dentro, costuraram só o couro por fora então causou uma hemorragia, quebrou os pontos tudinho, como não tinha circulação com as veias, né, o sangue ficou empalmando, então minha perna infeccionou, veio do corte daqui, na banda do pé, aí veio subindo e ficando azul, né, deu infecção, isso foi de sexta pra sábado, (...) quarta feira minha perna tava toda azul, quando foi 6 horas da noite, me levaram pro Frotão, chegando la no Frotão, o médico desenrolou e disse que era caso de cirurgia, na época que eu levei esse corte eu tinha uns 25 a 27 anos por aí, o medico disse que era caso de cirurgia, botou na mesa de cirurgia, aí quando ele desenrolou, muito podre(...) aí (...) ele falou: (...) “você vai ter que assinar um termo pra amputar sua perna da canela pra baixo”. Eu falei “Doutor, vê o que o senhor pode fazer por mim, por causa que eu não tenho família e tudo, aí ”você tem fé em Deus”? Eu digo “e muito, fé em Deus e Nossa Senhora(...)”Aí ele, “pois vou ver o que eu posso fazer”...fez a cirurgia, descarnou minha perna todinha, deixou minha perna toda aberta, pra não rejeitar essa a carne daqui que foi tirada(...) (Sr. Baltazar)

Assim ele conta como quase perdeu uma das pernas e, em decorrência, passou três anos sem poder andar, sem poder trabalhar, tendo perdido, inclusive, sua única fonte de renda, ou seja, o local onde ele pastorava carros:

Eu não podia colocar o pé no chão. Por causa que num tinha como, quando eu queria colocar o pé no chão dava uma dormência um beliscão, não podia botar o pe no chão, ficava uns negócios assim beliscando no meu pé. Ai minha tia me humilhava muito dizia que eu num ia pastorar carro nesse meu ponto, inclusive eu perdi ele né, porque eu passei três anos sem andar né? (Sr. Baltazar)

Conta que por causa desse problema, passou um tempo morando com a tia, até que, por alegar uma falta de um apoio maior por parte da tia, resolveu voltar a morar nas ruas:

(...) dessa saída que eu dei da casa dela eu não voltei mais não, aí eu fiquei dormindo nas calçadas, lá mesmo no bairro (...) passei três anos desse jeito, sem poder mesmo assim andar que nem eu ando agora sem precisar de pau, aí pedindo esmola, pedia minhas esmolos, nos sinais, nas casas. (Sr. Baltazar)

Diante da falta de apoio familiar e social consistente nas ruas, apoio este que se restringe a conseguir comida, um local para dormir e uma mínima proteção contra a violência urbana, pode-se perceber que se torna ainda mais intenso o grau de vulnerabilidade nessa população. Aumenta a exposição a doenças e torna-se mais difícil, quando não impossível, uma recuperação adequada.

(...) necessidade que eu passava na rua era em termos de dormir, dormir, tomar meu banho, mudar de roupa, muitas vezes eu me achava doente na rua aí num tinha condições de eu ficar ali guardando aquela doença na rua, aí eu procurava os hospital eu mesmo e chegava sem documentos (...) (Sr. Baltazar)

Além da ausência de um apoio familiar e social, em decorrência da falta de uma moradia, de um abrigo, o único local onde eles poderiam se recuperar de alguma doença seria um hospital, que nem sempre possui leitos suficientes e adequados. Alguns hospitais de Fortaleza, inclusive hospitais psiquiátricos, frente à ausência de abrigos públicos, albergues, etc, costumam entrar em contato com a Toca de Assis com o intuito de encaminhar os pacientes de rua internados por um longo período.

A precariedade da saúde das pessoas em situação de rua é percebida em praticamente todos os relatos dos moradores da Toca de Assis. É importante destacar a dificuldade, ou até impossibilidade, desses indivíduos, sozinhos, superarem as condições adversas que deterioram cada vez mais a saúde.

A situação de exclusão e vulnerabilidade psicossocial, tal como foi apresentada no item 6.1, limitam consideravelmente poder pessoal dessas pessoas, e conseqüentemente o poder de se responsabilizar e de agir em benefício da própria saúde.

O acolhimento religioso não se restringe a apenas fornecer comida e local para dormir. Os religiosos estão inteiramente à disposição dos acolhidos, mantendo no local uma enfermaria para o tratamento dos que mais necessitam, assistindo-os no processo de recuperação e permitindo a visita médica periódica e o trabalho voluntário de um clínico geral e de um psiquiatra. A parceria com uma Organização Não-Governamental auxilia no contato com esses profissionais, possibilitando também um serviço de atendimento psicológico aos acolhidos.

A partir de histórias contadas, não só nas entrevistas, mas através da observação participante em geral, verifica-se que há uma recuperação efetiva em boa parte dos abrigados após algum tempo de acolhimento na casa. Pessoas que chegam completamente debilitado, em algumas ocasiões alcoolizadas, intoxicadas, transtornadas, com as mais variadas formas de deterioração, atualmente estão bem mais recuperadas, de forma que para algumas pessoas pode até ser difícil acreditar numa mudança como essa.

O Sr. Paulo, comentando as mudanças em sua saúde desde que foi abrigado pela Toca de Assis, afirma:

Rapaz, eu quando entrei na Toca, que entrei muito doido, eu num acreditava mais nem que ficava bom. Hoje a vista na situação que eu entrei, minha vida hoje, ta muito boa. (...) Hoje em dia to mais recuperado (Sr. Paulo)

Já foi discutido no item 4.2 acerca da maior prevalência de transtornos mentais em população de baixa renda. Há também estudos que mostram que a incidência de distúrbios mentais é ainda superior em pessoas em situação de rua. Lovisi (2000), por exemplo, realizou um estudo com moradores de albergues públicos do Rio de Janeiro e constatou que a incidência de transtornos mentais na população albergada é bem maior do que a da população em geral, especialmente distúrbios relacionados à dependência química.

Portanto, levando-se em consideração outros distúrbios como o alcoolismo, decididamente há um inegável excesso de distúrbio mental entre os residentes de albergues públicos estudados, chegando à taxa de 49,2% nos últimos 12 meses. (Lovisi, 2002, p. 163)

Heckert e Silva (2002) realizaram uma pesquisa em Juiz de Fora, MG, constatando a incidência de esquizofrenia entre a população de rua. O estudo indicou que os indivíduos diagnosticados como esquizofrênicos faziam parte de uma parcela da amostra que possuía maior tempo vivendo nas ruas (uma média de 8,6 anos). Além disso, essa parcela da população tinha um menor grau de instrução, um menor contato com a família de origem, atribuía mais importância à religião, quando comparada aos demais integrantes da amostra, e comparecia menos aos serviços comunitários de ajuda à população de rua. Os autores chegaram a uma conclusão parecida com a de Lovisi: “As pesquisas são unânimes em indicar que são freqüentes os diagnósticos de esquizofrenia entre a população de rua. A taxa que encontramos está bem acima da encontrada na população geral brasileira”. (Heckert e Silva, 2002, p.17).

Na Toca de Assis, apesar de não ser objetivo deste trabalho fazer um levantamento diagnóstico dos moradores (embora alguns dos moradores já tenham recebido diagnósticos psiquiátricos, submetendo-se inclusive a tratamento medicamentoso), é fácil perceber a forte incidência de transtornos mentais graves entre essas pessoas, em especial problemas relacionados à dependência química.

Mattos e Ferreira (2005, p.28) fizeram um estudo com o idoso em situação de rua e constataram a relação entre situação de rua e alcoolismo:

Entre diversos pesquisadores que se dedicam à análise das pessoas realizadas é consensual a associação álcool-população de rua. Além das variáveis ligadas à família e ao trabalho, o alcoolismo é um dos fatores principais de realização e da permanência dos indivíduos em situação de rua (...)

Lovisi (2000, p. 163) encontrou também uma alta incidência de transtornos relacionados a uso e abuso de álcool e drogas em albergues públicos do Rio de Janeiro:

O distúrbio mental encontrado com maior freqüência nessa população foi o alcoolismo, atingindo preferencialmente os homens. Esse distúrbio apresentava-se de uma forma grave, com alterações severas nas funções cognitivas dessas pessoas.

A inserção na Toca de Assis permitiu verificar o problema relacionado ao abuso de álcool entre a imensa maioria dos moradores acolhidos. Os problemas com álcool constituíam um tema freqüentemente abordado nos grupos vivenciais. Alguns

contam que deixaram de beber depois que foram morar na Toca de Assis, outros saem da casa para beber e depois retornam alguns dias depois, enquanto outros voltam a morar nas ruas porque não conseguem ficar sem beber.

(...) você sabe que quem vive de rua era bebendo, vivia com a bebida, não comia, porque quem bebe e não come não se alimenta. (Sr. Paulo)

(...) eu tive um problema de gastrite, e bebia muito, usava droga, aí ficava mais os meus colegas, usando droga, bebendo (...) (Sr. Baltazar)

(...)bebia cachaça, fumava droga, tomava ropinol (...) (Sr. Baltazar)

A bebida em alguns casos é anterior à situação de rua, sendo nesse caso um dos motivos que levam certas pessoas a irem morar nas ruas. Em outros casos, a pessoa começa a beber após a ida para as ruas, como uma forma de suportar as condições de vida nas ruas.

Ah, bebia demais, o que é isso? (...) Porque pra poder dormir, porque como era que você podia dormir, sem ser anestesiado? Eu cansei de dormir na rua sem saber se amanhecia vivo (Sr. Paulo)

A bebida, neste caso, era uma fuga dessa situação, um anestésico não só para suportar o sofrimento na rua, mas para conseguir sobreviver, conseguir dormir, conseguir andar pelas ruas. Num dos grupos vivenciais, chegou um homem que queria ficar morando na Toca de Assis, mas, não havendo vaga para ele, entrou para tomar um banho e descansar um pouco. Neste dia, ele participou do grupo e, explicando um pouco a sua situação de rua, mostrou os pés inchados de tanto caminhar e disse que era impossível agüentar essas caminhadas sem estar sob o efeito da bebida.

Martin-Baró (1998, p.69) aborda da seguinte forma o uso de mecanismos de fuga, como o uso de álcool:

“La patológica necesidad de escapismos a todos los niveles es sintoma indudable de una vida desgarrada em su esencia más profunda, de una existência desequilibrada que exige la compensación maníaca de la droga, la fiesta o el desquiciamiento eufórico”

Confirma-se, então, também através da inserção na Toca de Assis, a profunda relação que existe entre a população de rua e o alcoolismo. A precariedade da saúde como um todo, e da saúde mental especialmente, verifica-se a partir desses dados que mostram uma deterioração progressiva da vida dessas pessoas, destacando-se vários

fatores, como a ausência de uma rede de apoio, a deficiência na alimentação, a falta de higiene, a bebida, dentre outros.

A concepção de saúde mental adotada nesta pesquisa, conforme foi destacado no item 4.3, considera, como aspectos importantes, a participação ativa da comunidade e dos indivíduos na promoção de sua própria saúde. Ressaltou-se a disponibilidade de recursos – sejam eles psicológicos, sociais, econômicos ou educativos - como sendo fundamental para a saúde mental. Recursos que permitem enfrentar as condições adversas da vida e a superação dos sofrimentos que são inevitáveis.

Destacou-se, então, que o valor e o poder pessoal são importantes elementos da saúde mental. Consideram-se aspectos como a autovalorização, a auto-realização de potenciais intelectuais humanos e a auto-estima, os quais caracterizam o valor pessoal; e outros fatores como auto-responsabilização pela própria saúde, a participação ativa do sujeito e da comunidade e a capacidade de assumir responsabilidades sociais, os quais são intrínsecos ao poder pessoal, como sendo aspectos imprescindíveis para uma saúde mental adequada.

Na população estudada - e pode-se afirmar que o mesmo ocorre na população de rua em geral – são poucos os recursos disponíveis para o enfrentamento e superação das adversidades. Em primeiro lugar, o indivíduo não está vinculado a uma comunidade, de forma que o papel desta na promoção da saúde, aqui considerada indispensável, é totalmente inexistente. O apoio social e a possibilidade de ação e de reinvidicação, frente à situação sócio-econômica dessas pessoas, são elementos cada vez mais inibidos.

Assim, como consequência da inibição e enfraquecimento do valor pessoal e do poder pessoal nessa população, verifica-se um evidente prejuízo na saúde mental. Diante da situação de vulnerabilidade psicossocial a que os moradores de rua estão submetidos, é pequena a disponibilidade de recursos que possam contribuir para uma mudança e superação da situação atual, de forma que a bebida é um recurso utilizado para anestesiar a dor, para a qual não se vê outra maneira de superar.

O acolhimento na Toca de Assis tem sido potencializador, tendo em vista que é um ambiente de recuperação frente à tão precária situação a que chega a saúde dessas pessoas, que, aos poucos, vão começando a acreditar mais em si mesmo e em suas capacidades humanas. Esse movimento é mais rápido e forte em alguns abrigados. Um deles, por exemplo, com cerca de quarenta anos de idade, resolveu se matricular

numa turma de educação e alfabetização de jovens e adultos, enquanto outros ainda acreditam na idéia de que se não aprenderam quando jovem, depois de velho é que não aprendem mais.

Ficou bem claro a partir da observação participante e das entrevistas realizadas, que a recuperação da saúde dessas pessoas, apesar de não ser completa, devido às muitas seqüelas que a vida nas ruas deixam, ocorreu paralelamente a um desenvolvimento do valor e do poder pessoal. Não que estes se manifestem de maneira expressiva nessas pessoas, mas certamente há um movimento de potencialização após o albergamento.

8 – CONCLUSÕES

Buscou-se, neste estudo, primeiramente, contextualizar a problemática dos moradores de rua dentro de uma realidade histórico-social mais ampla, atentando-se para a multiplicidade de fatores que estão envolvidos nessa questão. Em seguida, tentei fazer um aprofundamento teórico a respeito dos conceitos de Valor Pessoal e Poder Pessoal, considerados como importantes aspectos da saúde mental.

As observações feitas a respeito da concretude da realidade dos ex-moradores de rua, atualmente abrigados na Toca de Assis, vieram enriquecer as discussões sobre a temática da saúde mental numa população em péssimas situações de existência, bem como as implicações dessas situações no valor e no poder pessoal e, conseqüentemente, e também paralelamente, nas condições de saúde.

Acredito que os objetivos que se propunham para essa pesquisa - os quais passam por uma busca de compreender a vulnerabilidade psicossocial a partir da situação de rua, e como estas condições de vida influenciam a saúde mental, que possui como elementos básicos o Valor Pessoal e o Poder Pessoal – foram devidamente contemplados, como buscarei sintetizar a seguir.

Foi possível conhecer de perto a vida dessas pessoas, que, se não estão atualmente em situação de rua, puderam relatar fatos sobre suas histórias de vida, inclusive da época em que viveram nas ruas, e também sobre a sua vida presente e suas expectativas de futuro.

Podem-se destacar alguns aspectos principais que caracterizam a vida dessas pessoas, em especial no que se refere à situação de rua a que elas se submeteram. Uma das questões percebidas é a exclusão do mercado de trabalho, que se expressa pelo desemprego ou subemprego. Verificou-se que a maioria das pessoas acolhidas na Toca de Assis tanto lamentam por não ter um emprego, como também por não ter a mínima esperança de se colocar no mercado de trabalho.

Outro fator diz respeito à fragilidade de vínculos familiares, sociais e interpessoais em geral, que muitas vezes restringem-se apenas ao apoio mútuo com outros moradores de rua, visando a uma tentativa de proteção um do outro, ou a trabalho de caridades por parte de algumas pessoas.

A estigmatização e o preconceito também são muito presentes na vida dos moradores de rua. Não existe, nesta população, nenhuma participação política, chegando-se ao extremo de se perder todos os documentos pessoais, dificultando mais

ainda o acesso a serviços básicos como o de saúde. Não se pode deixar de destacar também a impossibilidade, ou a dificuldade, em satisfazer adequadamente as necessidades mais básicas, como comer, dormir e tomar um banho. As ações realizadas por essas pessoas estão no nível da sobrevivência, ficando prejudicada a busca por um desenvolvimento humano ou crescimento pessoal.

Assim, não é difícil observar o alto grau de vulnerabilidade psicossocial a que estão expostas as pessoas em situação de rua, traduzida através dos sentimentos de insegurança, desproteção e a freqüente exposição a riscos, os quais, em muitos casos, levam a uma completa desesperança em relação à vida.

Constatou-se, como consequência dessa situação de vulnerabilidade, uma desvalorização de si mesmo por parte dessas pessoas, sentimentos de inferioridade, que caracterizam uma ideologia de submissão e resignação. Foram encontrados também aspectos que levam a uma atitude fatalista frente ao mundo, marcada por uma descrença na possibilidade de mudança da realidade. Pôde-se notar também uma compreensão restrita a respeito da situação social que marca a vida dessas pessoas, caracterizando o que Paulo Freire chama de consciência ingênua.

Assim, esses fatores levaram a crer num enfraquecimento ou até total inibição do valor e do poder pessoal, em decorrência da situação de miséria em que vive a população de rua, contribuindo, juntamente com todos as espécies de violência que ela sofre, para a precariedade da saúde.

Ou seja, a insuficiência de redes de apoio familiar e social nas ruas, bem como a limitação do valor e do poder pessoal dos moradores de rua, caracterizada também pela pouca disponibilidade de recursos que permitam superar as adversidades, têm como consequência uma passividade e a pouca responsabilização pela própria saúde. Fica complicado até falar em saúde mental comunitária, diante da pobreza de vínculos comunitários em moradores de rua.

Apesar de tudo isso, a transformação pela qual passaram muitos dos sujeitos da pesquisa após o acolhimento na Toca de Assis, leva a crer que o enfraquecimento do valor e do poder pessoal não é um processo irreversível. Esses elementos persistem mesmo que apenas enquanto possibilidade, enquanto potencial, que, dadas as condições adequadas, podem ir se desenvolvendo.

Pesquisas futuras podem discutir que condições são essas que favorecem o desenvolvimento do valor e do poder pessoal. Também, a partir do presente estudo,

podem-se desenvolver propostas de intervenção em saúde mental que tenham como foco o fortalecimento do valor e do poder pessoal como forma de promoção da saúde.

Em geral, foi muito enriquecedora a realização dessa pesquisa. A inserção na Toca de Assis durante vários meses permitiu compreender de perto as dificuldades pelas quais passam os moradores de rua em Fortaleza. Foi interessante ouvir opiniões e percepções contrárias sobre o tema, embasadas em exemplos de vida na rua, caracterizada com palavras como “guerra árdua” e “luta constante”. Foi possível perceber as dificuldades vivenciadas pelos moradores da Toca de Assis em seus próprios rostos, em seus corpos envelhecidos, e também nas suas falas.

Não se pode deixar de destacar também, em primeiro lugar, a importância de se implementarem políticas públicas direcionadas à população de rua como um todo – incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos. Políticas públicas que não se limitem a um caráter assistencialista de dar comida e abrigo, mas que considerem dimensões psicossociais, tais como o valor e o poder pessoal.

Em segundo lugar, deve-se levar em consideração a importante contribuição que pode dar a Psicologia Comunitária como parte da implantação de políticas públicas junto às pessoas em situação de rua. O trabalho com grupos, o enfoque em potencialidades comunitárias e pessoais - e não somente em problemas - enfim, toda a metodologia utilizada pela Psicologia Comunitária, que trabalha, dentre outros aspectos, a conscientização, a participação social e política, o fortalecimento da identidade, do sentimento de pertença, do valor e do poder pessoal: todos esses fatores são diferenciais num trabalho que se proponha a trabalhar a problemática da situação de rua. Essa metodologia seria imprescindível também num trabalho inclusive de prevenção, tendo em vista que todos esses aspectos que contribuem para desenvolver um tecido comunitário nos bairros podem também evitar a realização de indivíduos em condição de vulnerabilidade.

Com relação às políticas públicas, é interessante retornar a uma afirmação de Góis (2003, p.52):

“Uma direção de comunidade, de sindicato ou de partido, que não for sensível ao valor pessoal e ao poder pessoal de cada participante, acreditando apenas no paternalismo, na força ideológica ou na força das massas, contribuirá para a eliminação ou enrijecimento do organismo popular, perdendo o rumo da luta e dificultando a associação, a sindicalização e a participação política do oprimido. Dessa forma, o oprimido continua sendo massa de manobra, o seu valor pessoal ignorado e o seu poder pessoal não utilizado.”

Assim, pode-se dizer também que políticas públicas comprometidas com a superação das condições de miséria que vive grande parte da população brasileira deve ser sensível ao valor e o poder pessoal, como sendo importantes aspectos de superação das condições estabelecidas, da cultura de pobreza, do caráter oprimido e da ideologia de submissão e resignação.

A Psicologia Fenomenológico-Existencial também deve ser destacada como uma abordagem que acredita no desenvolvimento dos potenciais humanos e que, através de Rogers e também da Gestalt Terapia, possui um método extremamente rico – que inclui também o modelo de trabalho com grupos – que pode facilitar o desenvolvimento pessoal, de maneira que pode constituir também uma importante contribuição no trabalho com os moradores de rua.

A concepção de saúde mental discutida neste trabalho leva a crer na importância de considerar a potencialização do valor e o poder pessoal como estratégia básica nos serviços de saúde mental. A atenção psicossocial, que obviamente deve considerar outras dimensões, teria uma importante contribuição da psicologia, não somente através de um enfoque clínico, mas um enfoque social, preventivo e que promova desenvolvimento pessoal e comunitário.

Gostaria de fazer novamente uma alusão a Paulo Freire (1981, p.14), que afirma que o homem é um ser inacabado:

“Não haveria educação se o homem fosse um ser acabado (...) O homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade, é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer essa auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca”

Acreditando nessa idéia de homem inacabado, pode-se afirmar que o valor e o poder pessoal também são elementos inacabados, que, apesar das mais adversidades e precariedades de situações sociais, podem ser potencializados e permanecer em constante desenvolvimento, contribuindo assim para o desenvolvimento comunitário.

Não se pode ter também a ilusão de que o presente estudo está inacabado. É apenas uma perspectiva sobre o valor e o poder pessoal como sendo elementos da saúde mental. Daqui, várias outras questões podem surgir, assim como diversos aprofundamentos teóricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; WARANDA, Walter. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. In: **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, nº1, p. 56-69, jan-abr/2004.

ALCÂNTARA, Stefânia Carneiro. **O Grupo Vivencial Comunitário: uma possível articulação entre a psicologia social comunitária e a Psicologia Fenomenológico-Existencial**. 2004. 99p. Monografia (graduação em psicologia). Universidade de Fortaleza. Curso de Psicologia. Fortaleza.

ÁLVARO, J. L. TORREGROSA, J. R. e LUQUE, A. G. **“Influencias Sociales y Psicológicas em la salud mental”**. Madrid: siglo Veintuno de Espana Editores, 1992.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Asilos, alienados e alienistas**. Pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

ANDRÉ, Marli. **Etnografia da prática escolar**. 4ª Edição. Campinas: Papirus, 2000.

BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Centauro, 2004.

CAMPOS, Regina Helena de Freitas. **Introdução: A Psicologia Social Comunitária**. In: **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Pobreza y Vulnerabilidade Social In: **Panorama Social de América Latina 1999-2000**. Cap I, pp 49-57. 2000.

ESCOREL, Sarah. Exclusão social no Brasil contemporâneo, um fenômeno sócio-cultural totalitário? In: **Encontro Anual da ANPOCS XIX**, Caxambu, out. 1995.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Educação e mudança**. 12ª. Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983a.

_____. **Extensão ou comunicação?** 7ª. Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983b.

FONSECA, Afonso Henrique Lisboa da. **Dialógica da Esperança**. Dialogicidade, superação e a Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico-Existencial. Maceió. Pedang, 1998.

_____. **Interpretação fenomenológico existencial**. Sobre o Sentido do Interpretativo na Concepção e método da Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico-Existencial. Maceió, 2000. Texto disponível em www.geocities.com/eksistencia/interpretacao.html. Acesso em 16 de abril de 2006.

_____. **Gestalt Terapia Fenomenológico-Existencial**. Maceió, Pendang – Programa de Publicação do Laboratório Experimental de Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico-Existencial, 2005.

_____. **Sobre o seu paradigma fenomenológico-existencial em psicologia e psicoterapia**. Maceió. Pedang, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. 4ª. Edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

GASPAR, Thiago. Moradores de rua sofrem abandono. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 08 de agosto de 2005. Disponível em <<http://www.diariodonordeste.com.br/>>. Acesso em: 20 de outubro de 2005

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GÓIS, Cezar Wagner Lima **Noções de Psicologia Comunitária**. Fortaleza: Edições UFC, 1993.

_____. **Psicologia Comunitária no Ceará: uma caminhada**. Fortaleza: Instituto Paulo Freire, 2003.

_____. **Psicologia Comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza : Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005

GONZALEZ, Antonio Martín; FUERTES, Fernando Chacón e GARCIA. **Psicologia Comunitária**. 2ª Ed. Madrid: Visor, 1993.

HECKERT, Uriel; SILVA, Juliana de Moraes Ferreira. Psicoses esquizofrênicas em população de rua. In: **Revista de Psiquiatria Clínica**. 29(1); 14-19, 2002.

JORGE, Marco Aurélio Soares Jorge. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997. 111p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. **Verso e Reverso do Perfil Urbano de Fortaleza**. Fortaleza: Secretaria de Cultura e Desporto do Ceará, 2000.

LINHARES, Paulo. Uma história regional com olhar cosmopolita. **Jornal O Povo**, Fortaleza, 15 de abril de 2005. Disponível em <<http://www.noolhar.com/>>. Acesso em: 15 de abril de 2006.

LOVISI, Giovanni Marcos. **Avaliação de Distúrbios Mentais em Moradores de Albergues Públicos das Cidades do Rio de Janeiro e Niterói**. 2000. 187f. Tese (doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

LUZ, Madel Therezinha. **A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental**. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 85-95.

MARICATO, Ermínia. Dimensões da Tragédia Urbana. In: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Pobreza e Desigualdades Sociais**. Salvador: SEI, 2003.

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

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. **Quem vocês pensam que (elas) são?** – Representações sobre as pessoas em situação de rua. In: *Revista Psicologia e Sociedade*; 16(2); 47-58, maio/ago de 2004.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. O idoso em situação de rua: sífiso revisitado. In: **Revista Estudos de Psicologia Campinas**; 22(1)/23-32, jan/mar de 2005.

MENDIETA, María Isabel Hombrados. **Introducion a la Psicologia Comunitária**. Mágala: Ediciones Aljibe, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

MONTERO, Maritza. **Teoria y práctica de la Psicologia Comunitária**. La tensión entre comunidad e sociedad. Buenos Aires: Paidós, 2003.

MOREIRA, Virgínia. **Más Allá de la persona**. Hacia uma psicoterapia fenomenológica mundana. Santiago do Chile: Editorial Universidad de Santiago, 2001

MOREIRA, Virgínia e SLOAN, Tod. **Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica**. São Paulo: Escuta, 2002

NEPOMUCENO, Léo Barbosa. **Nordestinos e nordestinados: elementos para uma reflexão psicossocial sobre o subdesenvolvimento no Brasil**. Monografia (graduação). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE); OPAN (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Organização Mundial da Saúde, 2001.

QUINTAL DE FREITAS, Maria Helena. Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária: Práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In: Campos, Regina Helena de Freitas (Org.). **Psicologia Social Comunitária**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro**. A formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROGERS, Carl R. **Um jeito de ser**. São Paulo: EPU, 1983.

_____. **Sobre o poder pessoal**. 3ª. Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SARACENO, Benedito. **Reabilitação psicossocial: uma prática a espera de teoria**. In: Pitta, Ana (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. Editora Hucitec: São Paulo, 1996).

_____. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Te Corá editora / Instituto Franco Basaglia: Rio de Janeiro, 1999.

SILVA, José Borzacchiello da. A cidade contemporânea no Ceará. In: Souza, Simone de. (Org.). **Uma nova história do Ceará**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIDAL, Alípio Sanchez . **Psicología Comunitária. Bases conceptuales y métodos de intervención.** Barcelona: EUB, 1996.

ZICCARDI, Alicia. Lãs ciudades e la cuestion social. In: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Pobreza e Desigualdades Sociais.** Salvador: SEI, 2003.

ZINKER, Joseph. **El Proceso Creativo en la Terapia Guealtica.** Editorial Paidos, Buenos Aires, 1979

PRÊMIO SILVIA LANE

PARECER DA ORIENTADORA

Universidade: Federal do Ceará

Curso: Psicologia

Categoria: TCC (monografia)

Candidato: Carlos Eduardo Esmeraldo Filho

Monografia: SAÚDE MENTAL E (EX)-MORADORES DE RUA: UM ESTUDO A PARTIR DO VALOR PESSOAL E DO PODER PESSOAL

Orientadora: Profa. Dra. Verônica Morais Ximenes - professora adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará e doutora em Psicologia pela Universidade de Barcelona.

A monografia está muito bem elaborada e traz um tema muito relevante para a Psicologia, pois apresenta e discute a situação da saúde mental de (ex)-moradores de rua, mediante o referencial teórico da Psicologia Comunitária e da Saúde Mental Comunitária. As dificuldades de conseguir material bibliográfico que abordasse o tema e de ter acesso às pessoas pesquisadas contribuem para a relevância do trabalho.

A banca de defesa teceu vários comentários importantes sobre o trabalho, como: está ao nível de uma dissertação, fez uma discussão teórica aprofundada das categorias valor pessoal e poder pessoal, fez uma inserção etnográfica bem rigorosa e com isso atribuíram nota 10,0 (dez) ao trabalho.

Gostaria de ressaltar que este trabalho retrata um compromisso social com a construção de uma Psicologia que atenda aos interesses da grande maioria da população brasileira, nordestina e cearense que não tem acesso aos conhecimentos psicológicos produzidos nos cursos de graduação e que paga a nossa universidade pública. A busca por teóricos que trazem esse compromisso social também fez parte da construção deste trabalho.

Respalhada pelo empenho que acompanhei do discente e pelos comentários da banca de defesa recomendo fortemente este trabalho para concorrer ao Prêmio Silvia Lane e ressalto que estou muito feliz em poder prestar uma homenagem a esta grande lutadora e construtora da Psicologia Social no Brasil e na América Latina, que foi, é e será a Profa. Silvia Lane.

Atenciosamente,

Profa. Verônica Morais Ximenes

Professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará e Coordenadora do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM)