Guilherme Castro Boulos

Estudo sobre a variação de sintomas depressivos relacionada à

participação coletiva em ocupações de sem-teto em São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo para obtenção do

título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2016

Guilherme Castro Boulos

Estudo sobre a variação de sintomas depressivos relacionada à

participação coletiva em ocupações de sem-teto em São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo para obtenção do

título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Boulos, Guilherme Castro

Estudo sobre a variação de sintomas depressivos relacionada à participação coletiva em ocupações de sem-teto em São Paulo $\,/\,$ Guilherme Castro Boulos. -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Depressão 2.Movimentos sociais 3.Assentamentos urbanos 4.Questionários 5.Entrevista

USP/FM/DBD-423/16

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa não teria sido possível sem a contribuição de várias pessoas. Gostaria de agradecer a elas. Inicialmente ao Professor Francisco Lotufo Neto, que me orientou com compreensão e tolerância. Aos militantes do Movimento dos Trabalhadores Sem Teto, que ajudaram a criar as condições necessárias para a aplicação dos questionários e entrevistas. Aos moradores das ocupações que participaram da pesquisa e, em especial aos que se dispuseram a compartilhar sua história de vida e sentimentos através das entrevistas, todos mencionados ao longo do trabalho. À Professora Carmen Lucia de Albuquerque Santana, que ajudou com considerações e indicações fundamentais para o uso do método qualitativo. Agradeço ainda ao amigo Caio de Andrea Gomes, que contribuiu com seu tempo e generosidade no apoio à pesquisa. Ao meu pai, Marcos Boulos, por todo o apoio e à minha irmã, Renata Castro Boulos, pela contribuição na tradução do artigo ao inglês. Não teria levado a cabo este trabalho não fosse também a compreensão e o carinho de minha companheira Natalia Szermeta e de minhas filhas, Sofia e Laura. Não posso deixar de mencionar o apoio e orientação que tive de Eliza Fukushima e Isabel Ataide, na Secretaria de Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria da USP, e de Valéria de Vilhena Lombardi, da Biblioteca da Faculdade de Medicina da USP. Por fim, agradeço a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo financiamento desta pesquisa mediante a concessão de bolsa de estudos.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011. Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 1
1.1 Depressão e Fatores Sociais
1.1.1 A noção de "depressão" na história
1.1.2 A "epidemia depressiva" 9
2 JUSTIFICATIVA
3 OBJETIVOS
3.1 Objetivo geral
3.2 Objetivos específicos
4 METODOLOGIA DA PESQUISA22
4.1 Pesquisa quantitativa
4.1.1 Amostra
4.1.2 Instrumentos
4.1.3 Procedimentos e Análise Estatística
4.1.4 Dificuldades da Pesquisa
4.2 Pesquisa qualitativa
4.2.1 Amostra
4.2.2 Instrumentos
4.2.3 Procedimentos 33
4.2.4 Dificuldades da Pesquisa
5 RESULTADOS
5.1 Apresentação dos dados estatísticos
5.1.1 Variações gerais

ANEXOS	105
REFERÊNCIAS	98
7 CONCLUSÃO	96
6.2 Ocupação não rima com depressão: a "Família MTST"	83
6.1 Depressão, "humilhação social" e a "ralé brasileira"	77
6 DISCUSSÃO	76
5.2.3 Categorização dos Discursos	70
5.2.2 Análise das Entrevistas	58
5.2.2 Resumo do material das Entrevistas	44
5.2 Apresentação das Entrevistas individuais	43
5.1.2 Relação entre as variáveis	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Representatividade da Amostra	. 37
Tabela 2 -	Variações gerais entre M1 e M2	. 39
Tabela 3 -	Variação dos sintomas de depressão e ansiedade por categoria	. 40
Tabela 4 -	Relação entre Depressão e Conexão social e Religiosidade (M1)	. 42
Tabela 5 -	Relação entre Depressão e Conexão social e Religiosidade (M2)	. 42
Tabela 6 -	Tabela-síntese do Tema "Depressão"	. 71
Tabela 7 -	Tabela-síntese do Tema "Desencadeadores"	. 72
Tabela 8 -	Tabela-síntese do Tema "Experiência no Movimento"	. 74

LISTA DE SIGLAS

CDC Centers for Disease Control and Prevention

CID Classificação Internacional de Doenças

CJ Centro de Juventude

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHAD Escala Hospitalar de ansiedade e Depressão

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MTST Movimento dos Trabalhadores Sem Teto

OMS Organização Mundial da Saúde

SCL 90 Symptom Checklist 90

Boulos GC. Estudo sobre a variação de sintomas depressivos relacionada à participação coletiva em ocupações de sem-teto em São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

O Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST) é hoje o maior movimento popular urbano no Brasil. Este trabalho tem o objetivo de verificar a hipótese de redução sintomas depressivos após o envolvimento de pessoas em atividades coletivas nas ocupações de sem-teto. A escolha metodológica para atingir os objetivos foi a combinação de métodos quantitativos e qualitativos. A primeira coleta foi feita por meio de questionários com indivíduos que estavam se juntando a novas ocupações no final de 2014 e início de 2015. A segunda parte da pesquisa utilizou o método qualitativo. Neste caso, a coleta de dados foi feita através de entrevistas individuais. No total, havia 268 pessoas envolvidas na resposta ao questionário inicial. No segundo momento, 15 participantes que mostraram remissão significativa nos sintomas depressivos foram convidados para a entrevista individual. Foram analisados: depressão, ansiedade, solidão, relação social e religiosidade. Todas as variáveis consideradas, com exceção da religiosidade, apresentaram variações. Os resultados confirmaram as principais hipóteses estabelecidas nos objetivos deste trabalho: a relação entre o envolvimento nas ações coletivas das ocupações e a remissão dos sintomas depressivos e a relação entre depressão e isolamento social. As entrevistas nos mostram que a maioria dos participantes mencionou a recepção e apoio encontrado na ocupação como o aspecto mais importante na sua melhoria.

DESCRITORES: 1. Depressão 2. Movimentos sociais 3. Assentamentos urbanos 4. Questionários 5. Entrevista

Boulos GC. Relationship: depression and participation in a Social Movement [Dissertação]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

ABSTRACT

The Homeless Workers Movement (HWM or MTST, in Portuguese) is today the largest urban popular movement in Brazil. This paper has the objective to verify the hypothesis of depressive symptoms' reduction after people involvement in the collective actions in the MTST occupations. The methodological choice to reach the objectives was the combination of quantitative and qualitative methods. A first data collection was made through questionnaires with individuals who were joining new occupations in the end of 2014 and beginning of 2015. The second part of the research has used the qualitative method. In this case, the data collection was made through individual interviews. In total, there were 268 people involved in the response to the initial questionnaire. In the second moment, the 15 participants who showed a larger remission in the depressive symptoms were invited to the individual interview. We analyzed: depression, anxiety, loneliness, social relation and religiosity. All variables considered, besides religiousness, presented variations. The results confirmed the main hypotheses established in this work's objectives: the relation between engagement in MTST's occupations and remission of depressive symptoms and the relation between depression and social isolation. The interviews show us that most of the participants has mentioned the reception and support found in the occupation as the most important aspect in their improvement.

DESCRIPTORS: 1. Depression 2. Social movements 3. Urban settelments 4. Questionnaires 5. Interview

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST) é atualmente o maior movimento popular urbano do Brasil. Está organizado em onze estados da federação, reunindo mais de trinta mil famílias em suas ocupações e núcleos comunitários. Sua maior força está em São Paulo, onde concentra-se mais da metade deste contingente.

O movimento surgiu em 1997, com a proposta de organizar os trabalhadores semteto na luta pelo direito à moradia digna. Quando falamos de "sem-teto" frequentemente há uma associação *strictu sensu* com pessoas que estão em situação de rua. Esta associação é incorreta para definir o público que atua no MTST. Na realidade, trata-se majoritariamente de pessoas que viviam em barracos precários ou áreas de risco, em casa de parentes ou ainda prestes a sofrer despejo por não poderem arcar com os custos de um aluguel (Boulos, 2013).

Estas três situações, definidas pelo IBGE respectivamente como "habitações precárias", "coabitação" e "ônus excessivo com aluguel", são os grandes componentes do déficit habitacional brasileiro, que hoje corresponde a cerca de 5,8 milhões de famílias. São situações lamentavelmente comuns nas periferias urbanas. Na região metropolitana de São Paulo são 592 mil famílias sem-teto, considerando esta definição (Fundação João Pinheiro, 2016).

Este segmento, composto essencialmente por trabalhadores de baixa remuneração (70% do déficit habitacional brasileiro são trabalhadores com renda familiar inferior a três salários mínimos), enfrenta dificuldades estruturais para aceder ao direito à moradia, embora seja constitucionalmente assegurado. Os programas habitacionais são insuficientes e frequentemente de difícil acesso e a possibilidade de financiamento

imobiliário privado implicaria garantias de pagamento que não podem dar.

Por isso, as ocupações de imóveis ociosos nas cidades representam para muitos a única maneira viável de conquistar sua moradia. Este não é um fenômeno social recente. Ao contrário, as ocupações e loteamentos clandestinos foram uma marca decisiva do processo de urbanização brasileiro, constituindo as vastas periferias (Kowarick, 1993). As ocupações de sem-teto se tornam mais frequentes com o agravamento do problema da moradia, seja por surtos de valorização imobiliária (com consequente inflação dos aluguéis), seja pela pauperização dos trabalhadores devido a desemprego e arrocho salarial.

Nos últimos anos pudemos observar este fato em várias cidades brasileiras, com destaque para São Paulo. A valorização imobiliária média entre 2008 e 2015 na cidade, de acordo com o Índice FIPE/Zap, foi de 212% e a inflação dos aluguéis foi de 98%, bem acima da inflação, agravando o problema da moradia. Não por acaso o número de ocupações na cidade também se multiplicou: no biênio 2011-12 ocorreram 257 ocupações em São Paulo, enquanto no biênio 2013-14 ocorreram 681, segundo dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado, publicados no jornal "Folha de São Paulo" em 25/11/2014.

Existem vários modelos de ocupações urbanas. As ocupações do MTST não costumam ter duração indefinida. Normalmente se defrontam com ordens judiciais de reintegração de posse. Algumas ocupações chegam a durar poucos meses, sendo rapidamente despejadas. Por isso, a tática do movimento consiste em focar na pressão intensa ao Poder Público para obtenção dos recursos necessários à desapropriação ou compra do terreno (muitas vezes, em situação irregular, com dívidas tributárias, etc.) e à edificação das habitações. Assim, mesmo que ocorra o despejo é possível obter acordos que garantam as moradias.

As ocupações do MTST ocorrem em grandes terrenos abandonados, chegando a reunir milhares de pessoas. A entrada no terreno sempre é feita com um número menor (em geral entre 300 e 500 pessoas), que vai sendo incrementado nos dias posteriores com o afluxo de trabalhadores sem-teto das comunidades próximas ao terreno. É o processo que no movimento chama-se de "massificação".

Os ocupantes são orientados pela coordenação do movimento a construírem pequenos barracos de lona plástica e madeira. Uma vez integrados na ocupação, são incluídos em um subgrupo numericamente identificado (G1, G2, G3, etc.), que variam entre 200 e 500 barracos, de acordo com o tamanho da ocupação. No grupo são organizados espaços e atividades coletivas, tais como a cozinha comunitária, a trilha (grupo de ronda noturna), o mutirão de limpeza, os banheiros coletivos e a eleição de representantes. Além disso, os ocupantes são chamados a participar das assembleias do acampamento – inicialmente diárias – e das mobilizações necessárias junto ao governo para reivindicar a posse do terreno e recursos para construção das casas. Ou seja, há uma vivência comunitária e social bastante intensa nas ocupações.

Tenho participado diretamente dessas ocupações como militante desde 2001. Nesses quinze anos, em dezenas de acampamentos, tive a oportunidade de observar muitas coisas. Em sua maioria, boas; outras nem tanto. Pude conviver com gente de histórias de vida extraordinárias, com o sofrimento gravado no rosto, e mesmo assim tremendamente solidária. Pude escutar gente de 70, 80 anos que, apesar de uma vida de trabalho duro, não conseguiu um canto para morar. E gente embrutecida pela dura luta diária da sobrevivência sendo transformada "da água para o vinho", nas palavras de uma sem-teto entrevistada neste trabalho.

De todos os tipos de relatos e experiências, um foi me chamando especial atenção ao longo do tempo. Por sua força, interesse e recorrência. Foi numa ocupação em Osasco,

em 2002, a primeira vez que escutei alguém falar que o movimento "curou" sua depressão. Era uma senhora, de meia-idade, que resolveu abrir num grupo de coordenadores como o acampamento mudou sua vida. Antes estava sozinha, não saía da cama e dos remédios, sentia-se desprezada e inútil. No acampamento, tudo tinha mudado: ajudava na cozinha, as pessoas a procuravam, ali ela tinha com quem contar. Este relato, especialmente pela forma verdadeira como foi feito, me causou forte impacto.

E foi o primeiro de muitos. Em cada ocupação, bastava dedicar algum tempo para escutar as pessoas e emergiam histórias análogas. Pessoas que choravam no despejo, não por não ter para onde ir, mas pela perda do que aquele espaço representou para elas. Pessoas que passaram a seguir o movimento, de ocupação em ocupação, para reviver a experiência que as tinha marcado. Posteriormente, pessoas que mesmo tendo conquistado suas casas, persistiam nas ocupações e mobilizações do movimento. Havia algo ali, além da demanda pela moradia, que as motivava e fazia com que se sentissem melhor e até "curadas" da depressão.

Deparando-me continuamente com esta questão surgiu a motivação do presente trabalho. Sua proposta foi por à prova, através da combinação de métodos de pesquisa quantitativa e qualitativa, a hipótese contida no discurso dessas pessoas. E a partir disso buscar uma melhor compreensão tanto dos fatores sociais em jogo na depressão quanto da incidência subjetiva que o engajamento numa luta coletiva pode proporcionar.

Não foi encontrada literatura a respeito, a partir de pesquisa de revisão sistemática pelas bases de dados do Mesh e do LILACS. Foram utilizados os termos "movimentos sociais" e "depressão" ("social movements" and "depression") e "movimentos sociais" e "terapia" ("social movements" and "therapy"), sem que aparecesse qualquer artigo relacionado. Por outro lado, há textos disponíveis na internet que abordam a questão e foram referidos na parte de discussão deste trabalho.

No entanto, com o intuito de melhor contextualizar a nossa pesquisa, complementamos esta introdução com um levantamento de abordagens já realizadas acerca dos fatores sociais da depressão, retomando a evolução do conceito de "depressão" ao longo da história e elaborações sobre a ampliação contemporânea dos casos diagnosticados, relacionando-a à dinâmica social.

1.1 Depressão e Fatores Sociais

A relação de psicopatologias com fatores sociais não é propriamente uma tese nova. A psicologia social e a sociologia clínica fornecem extensas investigações sobre o tema. Vincent de Gaulejac, um dos precursores da sociologia clínica, chega a utilizar o conceito de "neurose de classe" para designar condições sociais específicas que contribuem para o desenvolvimento de determinadas neuroses (Gaulejac, 2013).

No caso da depressão, dada a explosão dos casos pelo mundo, há uma série de teorias sobre suas relações com circunstâncias sociais contemporâneas (Brown, Harris, 1978; Solomon, 2002; Bruckner, 2010; Kehl, 2009; Pereira, 2010). Dividiremos a abordagem do tema, orientada pelas finalidades deste trabalho, em duas partes: um breve levantamento histórico do conceito de depressão na psiquiatria e na psicanálise; e uma exposição geral das posições de três autores sobre a "epidemia depressiva" e seus fatores sociais.

1.1.1 A noção de "depressão" na história

O conceito de *depressão* é uma produção moderna, mas suas raízes podem ser encontradas na Antiguidade grega. Foi entre os séculos V e IV a.C., com Hipócrates, que

apareceu a noção de *melancolia*, conceito que antecede a depressão.

Hipócrates concebeu a melancolia no interior de sua teoria dos quatro humores corporais (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra). Era, conforme sua própria etimologia (*mélas*: negro e *chóles*: bílis), o estado resultante do predomínio da bílis negra. Pouco depois, Aristóteles, em seu *Problema XXX*, sugere que o temperamento melancólico, além de seu viés sombrio associado à loucura, poderia guardar também relação com a genialidade (Aristóteles, 1998).

As primeiras teorias psiquiátricas na Modernidade já incorporaram o conceito, muito embora German Berrios sustente que a continuidade seria apenas nominal (Berrios, 2008). A psiquiatria anterior ao século XIX entendeu a melancolia a partir do viés intelectualista então predominante: os distúrbios mentais estariam associados a falhas da razão. Assim, a melancolia foi definida como uma combinação de irracionalidade com rendimento comportamental reduzido, uma forma particular de insânia delirante. A tristeza e demais estados afetivos não eram determinantes para a classificação (Berrios, 2008).

No século XIX o paradigma intelectualista se enfraquece e os afetos passam a ser considerados com seriedade na etiologia dos transtornos psíquicos. É no interior deste contexto que o conceito de melancolia começa a se aproximar da noção contemporânea de depressão. Essa mudança foi facilitada por Esquirol, com seu conceito de *lipemania*, cunhado em 1820, que definia uma patologia cerebral distinta da noção corrente de melancolia: "caracterizada por delírios crônicos, ausência de febre e uma tristeza que é frequentemente debilitante e destrutiva" (Berrios, 2008). Assim como por Ribot, em 1896, com sua definição da *anedonia*, cujo grande sintoma seria a incapacidade de experimentar prazer.

A passagem ganha consistência efetiva com Kraepelin, que propõe um campo

amplo de "estados depressivos", envolvendo tanto as descrições que associavam a melancolia a delírios psicóticos e à mania quanto a consideração dos estados afetivos descritos por Esquirol, Ribot e outros. A noção de Kraepelin, por ser sobreinclusiva, formou um novo paradigma, que guiou o desenvolvimento do conceito até o século XX.

O fato é que, a partir da segunda metade do XIX, a depressão - entendida como um transtorno afetivo, "infelicidade sem razão de ser" (Berrios, 2008) - já fazia parte do vocabulário psiquiátrico. Ao longo do XX, o conceito de depressão foi gradativamente se especificando a partir do foco na abordagem de formas depressivas mais leves, até chegar aos conceitos atualmente utilizados pelos manuais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM) e da Organização Mundial da Saúde (CID).

O conceito psiquiátrico atualmente em voga de depressão está alicerçado nas definições do que constam no DSM-5 e no CID 10. É importante considerar que estes manuais, tal como as noções históricas que resumimos, estão no campo da psicopatologia descritiva. Ou seja, tratam de descrever determinado conjunto de sintomas e classificá-lo em certa categoria patológica, na medida em que cumpra os requisitos e critérios convencionados. A compreensão das causas dos sintomas, objeto da psicodinâmica, não encontra espaço aí.

O DSM-5 reserva um capítulo específico para os "Transtornos depressivos". Ao lado do Transtorno Depressivo Maior e do Episódio Depressivo Maior – que já constavam como tais no DSM-4 – são incluídas outras quatro modalidades de transtornos depressivos: transtorno de perturbação do humor, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual e transtorno depressivo induzido por substâncias. O diagnóstico de transtorno depressivo maior é definido pela presença de cinco ou mais sintomas de uma lista, por ao menos duas semanas, quase todos os dias e na maior parte do dia. Há dois sintomas principais, dos quais ao menos um precisa estar presente para o

estabelecimento do diagnóstico: humor deprimido e perda de interesse ou prazer nas atividades (APA, 2014).

Já o CID 10 utiliza classificação mais próxima da presente no DSM-4, com a diferenciação básica entre Episódio Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente. Para cada um são estabelecidas as qualificações de leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos e grave com sintomas psicóticos (WHO, 2010).

A psicanálise, por sua vez, desenvolveu uma abordagem das causas da depressão a partir dos fatores infantis inconscientes. Na realidade, referir-se a uma abordagem psicanalítica não é exato, na medida em que há distintos tratamentos do tema por psicanalistas ou autores de inspiração analítica. É sabido que Freud não dedicou atenção considerável à melancolia/depressão. Além de passagens esparsas e trechos de sua correspondência, temos apenas o artigo *Luto e Melancolia* e o texto *Inibição*, *Sintoma e Angústia*, que de algum modo buscam uma compreensão do que entendemos hoje como sintomas depressivos (Freud, 2003). O mesmo se pode dizer em relação a Jacques Lacan, que aborda diretamente o tema da depressão apenas no texto *Televisão*, que faz parte da coletânea *Outros Escritos* (Lacan, 2003).

Mas, a partir da matriz freudiana, desenvolveu-se ao longo do século XX um importante campo de pesquisa sobre a depressão, representado por autores como Karl Abraham, Melanie Klein e Pierre Fédida (este numa perspectiva mais próxima da fenomenologia), dentre outros.

É importante ponderar que, mesmo com a diversidade de perspectivas no interior do campo psicanalítico, há um ponto comum entre esses autores. Trata-se da compreensão da depressão a partir das determinações inconscientes do sujeito e de suas vivências infantis. As causas da depressão podem ser compreendidas pela perspectiva da incapacidade de separação da mãe (Abraham, 1970), do predomínio do ódio na relação

com o objeto (Klein, 1996), da fuga dos desafios da castração (Lacan, 2003) ou da impotência pela absorção na imagem do outro (Fédida, 1999).

Delouya (2010) fala em uma "depressão de base", comum aos principais autores freudianos. Essa depressão se instalaria no sujeito pela formação do Eu, decorrente da ruptura com a simbiose materna. Assim, a depressão expressaria diferentes bloqueios, que impedem a consciência de separação do sujeito, deposto de um lugar de gozo narcísico. A depressão seria, para a psicanálise, uma defesa do sujeito ante o desamparo.

1.1.2 A "epidemia depressiva"

Buscaremos compreender agora alguns dos fatores sociais relacionados à explosão contemporânea dos casos de depressão, tomando como referência elaborações de três autores: Pascal Bruckner, que analisa o "dever da felicidade" como ideologia contemporânea; Maria Rita Kehl, que desenvolve hipóteses a partir do "tempo acelerado" e da exigência de desempenho individual, dentre outros fatores "depressivos" dos tempos atuais; e Luciano Pereira, que considera o avanço da depressão como resultado da intensificação radical do trabalho, a "mobilização total".

Estes caminhos são distintos, mas estão longe de serem mutuamente excludentes.

Ao contrário, admitem complementaridade e parecem enriquecer um ao outro no esforço de compreender a "epidemia depressiva".

"Infelicidade não é mais somente infelicidade: é pior ainda, o fracasso da felicidade", constatou Bruckner (2010) em seu livro *A Euforia Perpétua – Ensaio sobre o dever de felicidade*. O "dever da felicidade" teria surgido na segunda metade do século XX como uma ideologia que apresenta a todos a exigência de ser feliz – ou de adequarse a padrões definidos de felicidade – e nega o sofrimento como parte da vida. Busca

aniquilá-lo, como se isso fosse possível. O ideal de dominação completa do homem sobre a natureza, incluindo sua própria natureza, conduz à ideia de controle do destino e de não se resignar ante o sofrimento, que tem seu espaço negado, deixando de ser reconhecido como parte da condição humana.

Bruckner analisa historicamente a percepção humana do sofrimento. Na antiguidade havia aceitação do sofrimento, embora com esperança de superá-lo. Na Idade Média, o cristianismo edificou a ideologia de exaltação do sofrimento – a privação, a penitência e a condenação dos prazeres do corpo – que teria recompensa após a morte. A modernidade resgata, com o Iluminismo, o direito à felicidade, combatendo a negação cristã da felicidade na Terra, que estaria fora do alcance dos homens. Mas nossa época, diz ele, converteu direito à felicidade em dever de felicidade, dever que praticamente criminaliza o sofrimento.

Quanto maior a exigência, diz Bruckner, maior a decepção: não é possível sentirse suficientemente feliz e recompensado numa sociedade que estabelece a felicidade
como exigência. Por isso a sociedade da felicidade é também a sociedade da depressão.
Um contingente cada vez maior de pessoas fracassa no dever de ser feliz. Até porque,
como irá complementar Kehl, este ideal de felicidade é cada vez mais associado ao acesso
a bens de consumo, que frequentemente estão interditados para uma parte ampla da
sociedade. A ideologia de nossos tempos apresenta a felicidade como o único caminho
possível – o resto é fracasso – mas as condições sociais negam os meios para muitos
trilharem este caminho, de toda maneira ilusório, ao negar o indelével sofrimento
humano, o "mal radical" de que a psicanálise nos alerta desde Freud.

Assim, diz Bruckner, o sofrimento "põe-se a proliferar, por não ser expresso". "Transformado em tabu, em zona cinzenta de nossas sociedades, literalmente explode como um gás reprimido tempo demais; invadindo todos os poros da sociedade,

instalando-se em territórios onde não era esperado. Por não poder mencionar o mal que nos aflige, seja nos locais de trabalho ou na vida diária, não vê-lo aceito pelos outros é o pior dos tormentos, uma maneira de sofrer duas vezes", completa.

Kehl (2009) incorpora a esta análise de Bruckner novos elementos, relacionando o papel social da depressão em nossa sociedade ao que foi o da melancolia no passado: "Os índices alarmantes divulgados pela OMS indicam que é possível que a melancolia tenha sido substituída pela depressão como o nome mais adequado à expressão contemporânea do mal-estar, herdeira do que teria sido a melancolia pré-freudiana". A depressão ocuparia hoje um papel de sinalizador do mal-estar social, expressando um descompasso entre o "bem" do sujeito e o "Bem" instituído socialmente.

Este Bem social seria atualmente a exigência do gozo através do consumo: "A face imaginária do Outro, na vida contemporânea, vem sendo atualizada continuamente nos termos da indústria espetacular através de seu setor de ponta, a publicidade". A oferta imaginária do gozo determina o sentido, a validação social e o reconhecimento dos sujeitos, operando como uma demanda do Outro social. A falha na identificação do sujeito com esta demanda define a depressão como sintoma social.

Essa falha, prossegue Kehl, também está expressa na "recusa" pelo depressivo do tempo deste Outro, que é o tempo apressado, da urgência, que não pertence ao sujeito. "A sociedade contemporânea vem produzindo — e sofrendo com isso — uma invasão de formas imaginárias desse Outro apressado, que não admite nenhum tempo ocioso que não seja rapidamente preenchido por ações que visam satisfação imediata. Em função disso, o recuo do depressivo ocupa o lugar do sintoma social. Ao deprimir-se ele tenta fugir do excesso de ofertas (entendidas como demandas pelo sujeito) do Outro para se refugiar debaixo das cobertas". Ante a temporalidade acelerada, com suas demandas sem fim, o depressivo se esconde num tempo vazio, estagnado.

Kehl ainda acrescenta o tema da identidade na caracterização da depressão como sintoma social, seguindo a perspectiva de Alain Ehrenberg. Na medida em que a ideologia dominante na sociedade contemporânea substitui o conflito social pelo desempenho individual, a depressão seria a expressão do déficit; da derrota do sujeito perante as exigências de produtividade, criatividade ou ousadia apresentadas no trabalho e nas relações sociais. Neste sentido, Gaulejac (2013) fala de patologias da exclusão, produzidas pela "guerra dos lugares" como expressão individualizada da luta de classes.

O sujeito "deficitário" fracassado, sem lugar, encontra na identificação como "depressivo" alguma segurança identitária, por isso frequentemente apega-se ao seu diagnóstico como expressão de ser alguém.

Podemos então sintetizar a caracterização de Maria Rita Kehl deste sintoma social a partir de alguns elementos principais: desacordo com o imperativo social do gozo/consumo, expresso numa falha na identificação com o Outro; recusa do tempo apressado, com seu excesso de ofertas/demandas; e reação à exigência de desempenho individual com sentimento de insuficiência, de déficit.

Outra dimensão da produção em série de depressivos pela sociedade contemporânea nos é apresentada por Luciano Pereira, em sua tese *Depressão*, *mobilização e sofrimento social*. Seguindo o conceito de Ernest Junger de "mobilização total" dos sujeitos, ele analisa como a intensificação do trabalho – em sua velocidade, ritmo e pressão – produz novas psicopatologias e agrava outras. A mobilização para o trabalho e o consumo invade todas as dimensões da vida, anulando o tempo livre: "O trabalho lança novas demanda à subjetividade, sejam elas cognitivas, relacionais, comunicacionais ou afetivas. É o que chamamos de 'mobilização total'. Não se vende apenas a força de trabalho física ou intelectual, vende-se a alma". (Pereira, 2010). Isso coloca o sofrimento no centro social.

A "mobilização total" leva à depressão a partir de três fatores principais. Primeiro, a "mobilização da subjetividade", expressa no controle das capacidades cognitivas, relacionais e afetivas do trabalhador pela intensificação do processo de trabalho. Segundo, as "novas formas de controle do trabalho", expressas especialmente nas avaliações individualizadas de desempenho e nas exigências de qualidade total que, segundo Christophe Dejours (criador da psicodinâmica do trabalho), teriam sido responsáveis pela depressão de trabalhadores e uma onda de suicídios em empresas como a Renault e a France Telecon (Pereira, 2010). E, terceiro, o "fim da sensibilidade igualitária" associada à perda de identidades coletivas e relações de solidariedade, gerando sentimento de invisibilidade, desprezo e ausência de reconhecimento.

A depressão, alerta Pereira, já é a forma de sofrimento psíquico com maior incidência no mundo do trabalho. A partir de experiência clínica com os trabalhadores, Seligmann-Silva (2009) relaciona a depressão no trabalho a quatro situações mais frequentes: menosprezo e humilhação dos chefes; rompimento de equipes; perda de sentido na atividade; e assédio moral.

Pereira conclui o estudo apontando a relação da depressão com a alienação no trabalho e a perda do "viver junto". Neste mesmo sentido, Dejours havia incluído a depressão no campo das "patologias da solidão", noções que parecem fazer bastante sentido na consideração dos casos depressivos analisados neste trabalho.



2 JUSTIFICATIVA

O crescimento dos diagnósticos de depressão ao redor do mundo nos últimos quarenta anos é assombroso. Segundo relatório da *Organização Mundial da Saúde* (OMS) publicado em outubro de 2012, a depressão já é hoje a principal causa mundial de incapacidade e a quarta causa de morbidade, atingindo mais de trezentas e cinquenta milhões de pessoas.

De acordo com o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), em pesquisa de 2011, 9,1% da população dos Estados Unidos é diagnosticada como depressiva. A mesma pesquisa mostra que a prescrição de medicamentos antidepressivos neste país aumentou 400% entre 1998 e 2008, fazendo desses medicamentos os mais prescritos para a população entre 13 e 44 anos e os terceiros mais prescritos para a população norte-americana em geral.

No Brasil, de acordo com a OMS, o índice de prevalência de depressão medido em pesquisa realizada em 2009 alcançou o número de 10,4% da população. Foi o mais elevado dentre os dezoito países pesquisados; na outra ponta está o Japão, com índice de prevalência de 2,2% da população (Guerra de Andrade, 2009). Nessa mesma direção, o mercado brasileiro de antidepressivos apresenta expressivo crescimento, atingindo uma movimentação financeira de R\$1,85 bilhões em 2012 ante R\$674,7 milhões em 2005, de acordo com a *IMS Health*, instituto de auditoria que pesquisa o mercado farmacêutico em todo o mundo.

Por todos esses dados há autores que consideram a existência de uma "epidemia depressiva" em escala mundial (Kehl, 2009; Pereira, 2010). Maria Rita Kehl pondera, no entanto, que o aumento dos diagnósticos de depressão não pode ser diretamente

identificados com aumento da depressão. Nesta equação é necessário considerar também o sobrediagnóstico, relacionado a uma medicalização descriteriosa da tristeza e o efeito da criação de novos produtos pela indústria farmacêutica, condicionando o aumento artificial da demanda. Neste mesmo sentido, Pereira (2010) utiliza a noção de "inflação epidemiológica".

De todo modo, mesmo considerando a questão do sobrediagnóstico, parece inegável o elevado crescimento da depressão no mundo. A gravidade do problema e seus impactos para a saúde pública tornam urgente o avanço no conhecimento das causas e formas de tratamento desta patologia (Torrey, 2003).

E é preciso admitir que o conhecimento das causas da depressão e das formas mais eficazes de tratamento está longe de ser um assunto resolvido. Apesar do desenvolvimento contínuo de novos antidepressivos, a eficácia desta forma de tratamento permanece sofrendo questionamentos (Kirsch, 2002). Os estudos mais notórios nesta direção foram os de Kirsch (2010), que aproximam os índices de eficácia do tratamento com antidepressivos ao placebo e a certas formas de psicoterapia. Sem entrar nesta seara, cabe apenas considerar que o crescimento dos casos de depressão em todo o planeta torna inevitável a perspectiva de uma compreensão social do fenômeno.

Em relação aos fatores sociais associados à depressão destaca-se um trabalho pioneiro de Brown e Harris (1978), *Social Origins of Depression*. Os autores fazem um estudo da depressão entre as mulheres, encontrando fatores sociais de vulnerabilidade tais como a solidão, a perda e a situação de classe.

Solomon (2002), em seu livro *O Demônio do meio-dia*, aponta o isolamento social como fator decisivo no desencadeamento. Cita inclusive um experimento realizado em macacos, no qual o isolamento dos animais do grupo foi seguido de uma diminuição dos níveis de serotonina, substância que está na base da ação de grande parte dos

medicamentos antidepressivos. O autor também associa a depressão com a situação de pobreza, particularmente no caso extremo da indigência: "Procurar depressão entre os indigentes é como procurar enfisema entre os trabalhadores das minas de carvão".

A relação entre pobreza e prevalência da depressão é sustentada inclusive por Shekhar Saxena, do Departamento de Saúde Mental da OMS, que aponta uma incidência comparativamente mais elevada de depressão em países pobres e em bairros e regiões pobres das cidades e países ricos (Pereira, 2010).

Pereira (2010) dedicou-se a mostrar a relação do aumento do sofrimento depressivo com a piora das condições de trabalho, expressa na intensificação das atividades, que ele designa – seguindo Ernest Junger - como "mobilização total". O aumento da depressão no mundo do trabalho estaria ainda associado à humilhação hierárquica, à perda de identidades coletivas e ao assédio moral.

Numa outra matriz teórica - a psicologia comportamental - a teoria do "desamparo aprendido" de Martin Seligman também possibilita relacionar a depressão com situações recorrentes de sofrimento, para as quais os sujeitos não conseguem encontrar saída. O desamparo aprendido seria um sentimento de impotência persistente e derivado de experiências de sofrimento, com tentativas fracassadas de solução. Os experimentos de Seligman (1992) apontam a desesperança e a depressão como resultados deste desamparo.

A referência a estes estudos nos mostra o campo fértil de pesquisa que está aberto para a compreensão da depressão a partir de fatores sociais mais amplos, em especial sua relação com a situação socioeconômica de pobreza. O presente trabalho pretende contribuir na ampliação deste campo.

E sua maior contribuição é fazê-lo entrando num terreno pantanoso e quase virgem. O potencial terapêutico do engajamento num movimento popular é uma abordagem com poucos precedentes.

Os "efeitos terapêuticos" do engajamento em práticas religiosas e na filiação a igrejas é algo bem mais estudado, particularmente após o crescimento das igrejas evangélicas pentecostais e neopentecostais, nas quais esta dimensão parece se sobressair. As tentativas de explicação destes efeitos passam por diferentes noções: a valorização do simbólico-afetivo (Machado, 2001), o acolhimento (Figueira, 1996; Grudtner, 1996), a esperança (Souza, 2009), o sentimento de pertença (Moffatt, 1986), dentre outros.

Seguramente várias destas explicações nos ajudam a compreender o fenômeno subjetivo que ocorre no engajamento no MTST através das ocupações urbanas. Mas, sobretudo, caberá a este trabalho elucidar a forma própria como os "efeitos terapêuticos" – uma vez confirmada a hipótese de pesquisa – se produzem nas ocupações.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo central do trabalho é verificar a consistência da hipótese de redução de sintomas depressivos após o engajamento em atuação coletiva nas ocupações do MTST.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar o impacto da participação em movimento social sobre a melhora ou remissão de sintomas depressivos e ansiosos.
- Verificar o impacto da conexão social sobre sintomas depressivos em participantes de um movimento social.
- 3. Analisar em participantes do movimento social com depressão a forma como relatam e descrevem o conjunto do processo (depressão, eventual alívio, supressão ou continuidade dos sintomas).



4 METODOLOGIA DA PESQUISA

A opção metodológica para atingir aos objetivos foi a combinação de métodos quantitativos e qualitativos, resultando numa pesquisa de métodos mistos. Neste sentido, dos objetivos propostos, o primeiro e o segundo estão relacionados à metodologia quantitativa e o terceiro à qualitativa. Esta combinação não é uma novidade, sendo recomendada por importantes autores que abordam o método qualitativo (Lefevre, 2003; Santana, 2001; Pope, Mays, 2000). A complementaridade dos métodos é defendida a partir do reconhecimento da insuficiência dos dados quantitativos para a consideração de variáveis de ordem contextual e subjetiva, particularmente para os registros de significação da experiência pelos próprios sujeitos. Na pesquisa qualitativa, o objeto não é o fato em si, mas a percepção do fato pelo sujeito.

A parte inicial da pesquisa valeu-se da metodologia quantitativa para a coleta de dados. Foi realizada uma primeira coleta, através de questionários padronizados com questões fechadas, com indivíduos que estavam entrando em novas ocupações do MTST no fim de 2014 e em 2015. Em um período que variou entre 60 e 90 dias posteriores ao primeiro teste foi realizada nova coleta, com a aplicação dos mesmos questionários. O objetivo foi medir a situação de cada indivíduo em relação à depressão, ansiedade, solidão, relacionamento social, religiosidade e vínculos político-sociais anteriores, além de obter dados complementares, tais como idade, sexo, renda, vínculo empregatício, dentre outros.

Esses dados foram tabulados e submetidos à análise estatística para obtenção de resultados comparativos entre os dois momentos da pesquisa (entrada na ocupação e momento posterior) e entre variáveis pesquisadas.

A segunda parte da pesquisa utilizou a metodologia qualitativa para buscar melhor compreensão dos resultados obtidos. Neste caso, a coleta de dados foi feita por meio de entrevistas individuais em profundidade, com questões abertas e dirigidas, com aqueles indivíduos que seguiram de forma mais acentuada o padrão esperado pela hipótese de trabalho. Assim, a seleção da amostra das entrevistas foi pautada naqueles casos que, pela aplicação dos questionários quantitativos, apresentaram redução mais significativa de depressão após a entrada na ocupação.

As entrevistas foram transcritas e analisadas qualitativamente, buscando compreender a significação atribuída pelos próprios participantes à incidência que a atuação no movimento teve em relação à sua depressão.

4.1 Pesquisa quantitativa

A pesquisa quantitativa aplicada neste trabalho pode ser definida como um estudo observacional analítico de tipo longitudinal. Não houve intervenção no curso dos fenômenos pela pesquisa e a coleta de dados foi realizada em diferentes pontos no tempo.

Os principais problemas reconhecidos em estudos epidemiológicos são os erros aleatórios, erros sistemáticos (ou viés) e os fatores de confusão (Bonita, Beaglehole, Kjellström, 2010).

Os erros aleatórios estão relacionados à falta de representatividade da amostra e a conclusões inadequadas a partir de variações individuais. Buscamos evitá-los com uma amostra o mais ampla e representativa possível, consideradas as dificuldades do campo de pesquisa.

Os erros sistemáticos mais comuns são o viés de seleção e o viés de classificação.

O viés de seleção ocorre quando há uma diferença sistemática entre selecionados e não-

selecionados para o estudo, que pode incidir no resultado final. Buscamos evitá-lo por meio da seleção aleatória dos participantes da pesquisa nas ocupações. O viés de classificação é uma falha na execução do teste, seja pela criação de uma expectativa determinada em relação aos resultados (viés do observador), seja por dificuldades de memória (viés de memória).

Em relação ao viés do observador buscamos preveni-lo ao não comunicar a hipótese de pesquisa aos participantes, restringindo-nos apenas às orientações técnicas para o preenchimento dos questionários. Evidentemente, isso não anula o seu risco, que é uma constante em testes que envolvem interação social entre o pesquisador e os participantes da pesquisa.

Em relação ao viés de memória seu impacto está relacionado a pesquisas retrospectivas, que envolvam informações não atuais do indivíduo. Esta é uma limitação da amostra com militantes que atuam no movimento há mais de um ano. É preciso reconhecer que os resultados desta amostra estão mais sujeitos ao viés do que os demais, tendo um problema de validação.

Por último, os fatores de confusão ocorrem quando não se diferencia o efeito de duas condições distintas, sem relação de consequência entre elas, no resultado final, gerando inferências inadequadas. Buscamos evitá-los reunindo o máximo de informações complementares dos participantes, tais como idade, sexo e renda – que foram levados em conta na elaboração do material estatístico - eliminando possíveis elementos de confusão na pesquisa.

Consideraremos em seguida questões relativas à amostra, instrumentos, procedimentos e dificuldades da pesquisa.

4.1.1 Amostra

A amostra foi de conveniência entre participantes de ocupações do Movimento dos Trabalhadores Sem Teto com mais de 18 anos, de ambos os gêneros. As ocupações em que a pesquisa foi realizada ocorreram em fins de 2014 (Ocupação Chico Mendes) e durante o ano de 2015 (Ocupações Paulo Freire, Oziel Alves, Maria Bonita e Dandara), todas elas na região metropolitana de São Paulo.

Em cada ocupação buscou-se uma amostragem o mais representativa possível, dadas as dificuldades operativas e o número elevado de pessoas nas ocupações, com o intuito de reduzir os erros aleatórios. Em nenhum dos casos, o índice de pesquisas realizadas (com retorno) foi menor do que 3% da população total da ocupação, chegando ao máximo de 10%.

Foi realizada ainda uma amostra complementar com militantes do MTST que estavam no movimento há pelo menos um ano. Esta amostra foi também de conveniência entre o grupo de militantes do MTST em São Paulo.

4.1.2 Instrumentos

Para as medidas primárias, relacionadas à depressão, foram utilizados dois questionários, ambos com questões fechadas de múltipla escolha:

- Symptom Check List 90 R (SCL 90 R)

Instrumento de auto-avaliação planejado para avaliar um grande número de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos. É também usado para medir progresso e desfecho em tratamentos psicológicos e psiquiátricos. Pode ser usado com pessoas acima

dos 13 anos de idade. Consiste de 90 itens, que tomam cerca de 15 minutos para serem respondidos. Fornece nove escores para dimensões de sintomas e três escores para índices globais de sofrimento. As dimensões de sintomas são: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo. Os três índices de sofrimento são: Índice Global de Gravidade, Índice de Distúrbios de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos (Derogatis, Lipman, Covi, 1973; Lanoni, 2007).

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)

Escala de simples aplicação com catorze itens, sendo setes deles relativos à depressão e outros sete à ansiedade. O escore de cada item varia entre zero e três, resultando em escores entre zero e vinte e um para cada uma das subescalas (Marcolino et al., 2007). Para as medidas secundárias, relacionadas à integração social, foram utilizados quatro questionários, todos com questões fechadas de múltipla escolha.

- Escala de religiosidade de Duke (Durel)

Escala composta de cinco itens, que avalia três dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: Organizacional, Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca. Foi traduzida e validada no Brasil (Moreira-Almeida et al., 2008; Taunay et al., 2012).

- Escala de avaliação da conexão social

Este instrumento foi inspirado em outros usados em diversos países e adaptado as nossas condições (Esmingeret et al., 2009; Cruwys et al., 2013; Yang et al., 2014; Roberts, Burleson, 2014). Composta por vinte cinco itens que avaliam intensidade da participação

em atividades políticas, sociais e culturais. A participação é avaliada por respostas em uma escala "nunca, às vezes, muita".

- Escala de avaliação do apoio Social

Avalia com quem a pessoa pode contar se passar por oito situações-problema diferentes.

- Escala de Avaliação da Solidão da Califórnia (Russell, Peplau, Ferguson, 1978)

Escala com vinte itens planejada para avaliar sentimentos subjetivos de solidão e isolamento social. Cada item é avaliado em uma escala de: "frequente, algumas vezes, raramente e nunca".

Além disso, para atestar o grau de participação de cada indivíduo no movimento, foi obtida a lista de presença interna da ocupação que permite avaliar as presenças em assembleias e mobilizações realizadas no período estudado.

4.1.3 Procedimentos e Análise Estatística

Os participantes foram inicialmente informados sobre a pesquisa e, após a assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido, responderam a questionário demográfico-social e aos questionários propostos. O Termo informava os objetivos gerais da pesquisa e os procedimentos propostos. Não houve nenhuma recusa de participação. Não foi aplicado nenhum piloto. A aplicação dos questionários contou com o auxílio de seis colaboradores, que não tinham nenhuma relação pessoal anterior com os entrevistados.

Depois de um período que variou entre 60 e 90 dias, de acordo com a situação de

cada ocupação, todos os participantes foram novamente procurados para responderem aos mesmos instrumentos. Não foi possível localizar a todos no período posterior, seja por desistência da participação no movimento ou dificuldade de contato.

No caso da amostra com militantes do MTST há mais de um ano (militantes antigos), o procedimento evidentemente foi outro, na medida em que não havia possibilidade de aplicação dos questionários no momento do ingresso no movimento. A solução adotada foi orientar o preenchimento dos mesmos questionários por duas vezes, uma atual e outra retrospectiva, isto é, orientando os participantes a responderem como se sentiam no período imediatamente anterior à entrada no movimento.

Em sequência à segunda aplicação dos questionários, iniciou-se a análise estatística dos dados, tanto para o universo total dos casos quanto para os casos de cada ocupação individualmente e para o grupo de militantes.

O trabalho estatístico foi uma análise de amostras pareadas - isto é, foram consideradas duas medidas distintas de cada indivíduo – para a verificação de diferença significativa no tempo a partir da comparação do valor das variáveis para cada indivíduo nos dois momentos. O programa utilizado foi o SPSS – Versão 22.

A verificação de diferença no tempo foi realizada por meio do teste t para amostras pareadas, quando as variáveis apresentaram normalidade. Para os casos que não seguiram uma distribuição normal foi utilizado um teste não paramétrico, o teste de Wilcoxon.

Assim, foram comparados os índices de sintomas positivos de depressão e ansiedade entre o momento de ingresso no movimento e o momento posterior, obtendose a média e a mediana de cada uma das fases. O mesmo procedimento foi realizado em relação aos escores de conexão social.

Verificou-se também a relação dos índices de sintomas positivos de depressão e ansiedade em cada um dos momentos com os escores dos questionários de conexão social,

assim como eventual relação entre a variação dos sintomas e dos escores de conexão social no período estudado.

Neste procedimento foi utilizado o teste t para amostras independentes, quando as variáveis apresentaram normalidade, e o teste de Mann-Whitney (não paramétrico) para os casos que não seguiram distribuição normal.

4.1.4 Dificuldades da Pesquisa

A coleta de dados enfrentou uma série de dificuldades, sendo as três principais listadas a seguir:

- Definição do instrumento adequado: Após a experiência inicial na Ocupação Chico Mendes, ficou clara a inadequação do questionário inicialmente proposto para medir os sintomas depressivos, o SCL-90. O questionário é muito longo (90 questões) e contém questões que demonstraram ser de difícil interpretação para parte do público-alvo. A solução encontrada foi substituí-lo pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) nas aplicações seguintes. Apenas na ocupação Chico Mendes foi aplicado o SCL-90. Em todos os demais utilizou-se a EHAD, que se mostrou mais simples e rápida em sua aplicação.
- Preenchimento incompleto ou inadequado: No público-alvo da pesquisa há seguramente um número maior de pessoas com dificuldade de leitura, escrita e interpretação de texto do que na média da população brasileira. Buscamos minimizar esta dificuldade com orientações claras sobre o preenchimento dos questionários, disponibilidade para dúvidas e ajuda de colaboradores devidamente treinados. Mesmo assim, houve um índice de perda relevante, particularmente por preenchimento incompleto de alguns dos questionários.

Dificuldade de retorno: Em qualquer pesquisa longitudinal, quando o participante é convocado em momentos diferentes, é frequente a perda, pessoas que não são encontradas ou sem disposição para o retorno. Neste caso não foi diferente, talvez ainda mais acentuada pelo fato de que há uma rotatividade expressiva nas ocupações urbanas: pessoas que desistem, outras que encontram dificuldades externas para uma participação cotidiana e ainda outras novas que entram. Isso prejudicou as condições de pesquisa. O índice de retorno foi pouco mais de 55% da amostra inicial.

4.2 Pesquisa qualitativa

No que se refere ao método de pesquisa qualitativa tomamos como referência Fernando Lefévre & Ana Maria Lefévre, Catherine Pope & Nicholas Mays, e principalmente Carmen Lucia Albuquerque de Santana e Laurence Bardin, teórico da "análise temática de conteúdo". Os dois primeiros foram pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP, criadores do método do *Discurso do Sujeito Coletivo* (Lefévre, 2003). Pope e Mays são autores de obra de referência sobre a aplicação de pesquisa qualitativa na atenção à saúde (Pope, Mays, 2005). Carmen Lucia de Santana é autora de tese apresentada no Instituto de Psiquiatria da USP sobre a aplicação do método qualitativo para investigação psicodinâmica de um grupo de refugiados (Santana, 2001). Por fim, Laurence Bardin é representante do referencial teórico adotado na organização dos dados qualitativos desta pesquisa, a análise temática de conteúdo (Bardin, 1977).

O método qualitativo tem como proposta considerar aspectos de ordem contextual e subjetiva que não são apreendidos pelos dados quantitativos. Busca incluir os sentidos atribuídos pelos sujeitos aos fenômenos como parte da interpretação desses mesmos

fenômenos, o que o torna especialmente adequado para o objeto escolhido. Carmen Lucia de Santana, inclusive, aponta o grande potencial para aplicação da metodologia qualitativa na psiquiatria.

Seu campo de estudo são os ambientes ditos "naturais", isto é, os campos habituais da vivência do sujeito e não um campo artificialmente formado para a pesquisa. A abordagem qualitativa privilegia como instrumentos: a observação direta, as entrevistas e a análise de textos e discursos. No caso das entrevistas, os questionários são formados por questões abertas e dirigidas por um roteiro previamente estabelecido.

Consideraremos em seguida, agora no que tange ao estudo qualitativo, questões relativas à amostra, instrumentos, procedimentos e dificuldades da pesquisa.

4.2.1 Amostra

O critério inicial para definição da amostra foi de participantes das ocupações do MTST que, de acordo com os instrumentos da análise quantitativa anterior, apresentaram escores elevados de depressão na EHAD no momento do ingresso na ocupação e que, após determinado período, apresentaram remissão estatisticamente significativa destes escores, medidos pelo mesmo instrumento. Dentro deste universo priorizou-se as entrevistas com aqueles que demonstraram maior variação negativa dos sintomas. Este critério é definido na metodologia qualitativa como "amostragem teórica" (Santana, 2001).

Não foi estabelecido a priori um número fixo de entrevistados, tendo sido utilizado o método de realização de entrevistas até o surgimento de repetições recorrentes, permitindo maior consistência no alcance de resultados (Lefévre, 2003).

Tal metodologia de definição da amostragem é chamada de critério de saturação

(Santana, 2001; Flick, 2007). O critério consiste em estender as entrevistas até o ponto de saturação da amostra, momento em que as novas entrevistas não acrescentam elementos novos ao significado dos processos estudados. Nas palavras de (2001):

"Para determinar o número de participantes na pesquisa, a amostragem qualitativa utiliza o critério de saturação da amostra como princípio geral. A técnica de saturação tem como regra geral que o limite dos sujeitos e/ou eventos inseridos no estudo é dado pela repetição das informações no decorrer da observação".

Da mesma forma, o estabelecimento de um grupo de controle não é necessário aos critérios da pesquisa qualitativa, na medida em que o método qualitativo opera com o conceito de representação, distinto da representatividade (Santana, 2001; Flick, 2007). É o que se chama amostragem teórica, em distinção à amostragem estatística. No caso da amostragem teórica, o foco está em aprofundar em poucos casos, buscando sua significação teórica. Nas palavras de Flick (2007) "O prosseguimento da amostragem ocorre de acordo com a relevância dos casos e não conforme sua representatividade".

4.2.2 Instrumentos

O principal instrumento utilizado nesta investigação qualitativa foi o roteiro para as entrevistas individuais, semi-estruturadas (isto é, com questões abertas), direcionadas aos aspectos mais relevantes da pesquisa: depressão anterior, relações sociais e familiares, experiência no movimento e sua significação pelo participante.

Além dos questionários foi utilizado ainda, com o intuito de fortalecer a confirmação do resultado da EHAD, um instrumento para aferição de sintomas depressivos com base nos critérios do DSM-5 para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente e Transtorno Depressivo com outra especificação.

4.2.3 Procedimentos

As pessoas que demonstraram remissão estatisticamente significativa dos sintomas depressivos após o ingresso na ocupação foram informadas sobre esta fase da pesquisa e convidadas a participar. A seguir foram entrevistados por profissional treinado com uma lista dos sintomas do diagnóstico de Episódio Depressivo segundo o DSM- 5 sobre o momento atual e sobre a existência de episódios depressivos passados. Foram então convidados a uma entrevista em profundidade.

As entrevistas foram realizadas pelo autor, gravadas e transcritas para análise. As transcrições foram mostradas aos participantes para confirmar sua autenticidade. Os participantes foram entrevistados em espaço do próprio Movimento e em condições adequadas de privacidade. O conhecimento prévio dos objetivos da pesquisa pelos entrevistados limitou-se sempre ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado por todos. Não houve recusa quanto à participação na entrevista.

A interpretação dos resultados utilizou recursos da técnica da "análise temática de conteúdo", que nos permite analisar os dados qualitativos a partir da "categorização" e "codificação" dos discursos considerando os objetivos da pesquisa (Bardin, 1977).

Os passos para a análise das entrevistas individuais foram os seguintes:

- a) Identificação de temas-chave: Depressão; histórico sócio familiar e desencadeadores; e experiência no movimento.
- b) Descrição das respostas em cada tema-chave a partir das "categorias" e
 "códigos" de cada um dos entrevistados.
- c) Listar os discursos partilhados coletivamente em cada tema-chave e categorização desses num discurso relativamente unitário.

Santana (2001) descreve dois critérios complementares para a validação dos

resultados da análise qualitativa das entrevistas: a triangulação das fontes de dados, isto é, confrontar as entrevistas com observações e documentos; e a triangulação do pesquisador, isto é, envolver outra pessoa para auxiliar na análise dos dados, buscando reduzir eventuais pontos-cegos.

Utilizamos ambos os procedimentos nesta pesquisa. No caso das fontes de dados, as entrevistas foram complementadas por observações próprias em outros espaços de convivência e também por observações de terceiros, com o cuidado devido para não expor o participante. Em relação ao segundo critério, as entrevistas foram lidas e comentadas por uma terceira pessoa, preservando o anonimato dos entrevistados.

4.2.4 Dificuldades da Pesquisa

Na realização e interpretação das entrevistas identificamos duas dificuldades mais expressivas:

- Dificuldade de contato: Muitas vezes não foi possível realizar a entrevista no mesmo dia em que foi feito o retorno dos questionários, o que implicou uma perda por dificuldades de contato posterior para agendamento da entrevista. Da mesma forma como houve uma perda entre a primeira e a segunda aplicação do questionário, ocorreu também entre a segunda aplicação e a entrevista.
- Dificuldades para falar sobre a depressão: Na análise de muitas das entrevistas foi perceptível a dificuldade de alguns dos entrevistados em falar sobre sua depressão, particularmente os homens. Além de uma trava socialmente estabelecida, isso possivelmente está relacionado ao fato do entrevistador ser alguém conhecido, também militante do MTST, apesar do esforço em se criar um ambiente de informalidade no momento das entrevistas.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Dividiremos a apresentação dos resultados em duas partes: a exposição dos dados estatísticos e a exposição e análise das entrevistas individuais.

Antes disso cabe uma breve descrição da amostragem final da pesquisa. No total foram envolvidos 268 participantes na resposta ao questionário inicial. Desses, 44 na ocupação Chico Mendes (zona sul de São Paulo), 51 na Paulo Freire (Embu das Artes), 50 na Oziel Alves (Mauá), 50 na Maria Bonita (Itapecirica da Serra), 38 na Dandara (zona leste de São Paulo) e 35 militantes antigos do MTST.

Desta amostra inicial, obtivemos um retorno para o segundo momento de 166 participantes, cerca de 55% do total, sendo 21 na ocupação Chico Mendes, 23 na Paulo Freire, 17 na Oziel Alves, 33 na Maria Bonita, 37 na Dandara e 35 militantes antigos. Destaque-se aí o retorno integral dos militantes antigos – por conta da maior regularidade e facilidade no contato – e praticamente integral na ocupação Dandara, por conta do trabalho dedicado de uma colaboradora desta ocupação na busca dos participantes para retorno.

Em relação à representatividade da amostra obtida segue a população estimada de cada uma das ocupações: Chico Mendes – 400 pessoas, Paulo Freire – 700 pessoas, Oziel Alves – 500 pessoas, Maria Bonita – 350 pessoas e Dandara – 800 pessoas. A respeito dos militantes antigos, o grupo de quadros do MTST em São Paulo é de cerca de 300 pessoas. Os números são estimativos por conta da rotatividade nas ocupações e foram aferidos no momento da pesquisa inicial. A tabela a baixo resume esses números.

Tabela 1 - Representatividade da Amostra

GRUPO	POPULAÇÃO TOTAL ESTIMADA	PESQUISAS INICIAIS	PESQUISAS DE RETORNO
Chico Mendes	400	44	21
Paulo Freire	700	51	23
Oziel Alves	500	50	17
Maria Bonita	350	50	33
Dandara	800	38	37
Militantes	300	35	35
TOTAL	3.050	268	166

Foram convidados inicialmente para a entrevista individual os 15 participantes que demonstraram maior remissão dos sintomas depressivos entre a primeira e a segunda aplicação, sendo 3 da ocupação Paulo Freire, 1 da Oziel Alves, 5 da Maria Bonita, 6 da Dandara e nenhum da ocupação Chico Mendes. Consideramos que este número poderia sofrer variação, para mais ou menos, por conta do critério de saturação.

Desses, conseguimos obter 10 entrevistas, todas transcritas e analisadas. Das entrevistas realizadas, 2 foram na ocupação Paulo Freire, 1 na Oziel Alves, 2 na Maria Bonita e 5 na Dandara.

5.1 Apresentação dos dados estatísticos

Dividiremos a apresentação dos dados estatísticos em duas partes: apresentação dos resultados gerais de variação entre o primeiro e o segundo momento e apresentação de relação entre as variáveis em cada momento.

Em cada um dos casos consideraremos o valor da média e da mediana das variáveis. A média aritmética, medida mais frequentemente usada, representa a soma das

observações dividida pelo total de observações. A mediana representa o valor que divide o grupo de dados na metade, útil para avaliar possível influência de valores individuais extremos nos resultados.

Apresentamos também o nível de significância estatística dos resultados (valor de p), tanto naquelas variações consideradas estatisticamente significativas (p < 0,05) quanto nas que não foram.

5.1.1 Variações gerais

Para a comparação dos valores entre o primeiro e o segundo momento (M1 e M2) foram consideradas as seguintes variáveis:

- Depressão (medida pela EHAD), escala com variações de valores entre zero e 21,
 tendo o valor 8 como corte diagnóstico;
- Ansiedade (medida pela EHAD), escala com variações de valores entre zero e 21,
 tendo o valor 8 como corte diagnóstico;
- Solidão (medida pela Escala Ucla), com variações de valores entre zero e 60.
- Relação Social (medida pela Escala de avaliação de apoio social), com variações de valores entre zero e 80.
- Religiosidade (medida pela Escala de religiosidade de Duke), com variações de valores entre 5 e 25. Nesta escala, quanto maior o valor, menor a religiosidade.

No caso da ocupação Chico Mendes, a depressão foi mensurada pelo SCL-90, que tem outro padrão de medida, com valores variáveis entre zero e 52, por isso os resultados não foram incluídos no levantamento geral. A ansiedade e a religiosidade não foram medidas na ocupação Chico Mendes.

Em todas as variáveis consideradas houve variações estatisticamente

significativas entre M1 e M2, exceto na religiosidade. E as alterações seguiram a tendência esperada pela hipótese inicial deste trabalho: redução dos sintomas depressivos e de ansiedade, ampliação das relações sociais e redução da solidão.

Segue a tabela com valores da média e da mediana de cada variável que registrou variação significativa entre M1 e M2.

Tabela 2 - Variações gerais entre M1 e M2

VARIÁVEL	MEDIDA	VALOR EM M1	VALOR EM M2	NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA
DEPRESSÃO	Média	7,5	4,8	<0,001
DEPRESSAU	Mediana	7	4	
ANCIEDADE	Média	9,1	6,4	<0,001
ANSIEDADE	Mediana	8	5	
SOLIDÃO	Média	20	12,8	<0,001
SOLIDAO	Mediana	17	11	
	Média	15,7	18,3	<0,001
RELAÇÃO SOCIAL	Mediana	10	15	
DELIGIOGIDA DE	Média	12*	12,2*	0,603
RELIGIOSIDADE	Mediana	11*	12*	

^{*}Sem variação estatisticamente significativa (nível de significância maior do que 0,05)

Nota-se variações mais significativas para depressão (média de 7,5 para 4,8), ansiedade (de 9,1 para 6,4) e solidão (de 20 para 12,8). A variação negativa nesses três casos significa redução do índice de sintomas e do nível de solidão. A escala de relação social utilizada mede o número de pessoas que o participante acredita poder contar em uma série de situações hipoteticamente definidas (se ficar doente, se estiver sem dinheiro, se sentir-se sozinho, etc.), tendo variação média positiva de 15,7 para 18,3.

A redução da solidão e a ampliação das relações sociais eram variações mais facilmente previsíveis, dado que a entrada em qualquer novo grupo social – como a ocupação e o movimento - tende a produzir tais resultados. Destacam-se, portanto as variações negativas nos sintomas de depressão e também de ansiedade, medidos pela EHAD.

Estas variações podem ser percebidas sob outro ângulo se dividirmos os participantes a partir do corte da EHAD para depressão e ansiedade (valor igual ou maior que 8) em M1. Assim teremos as categorias dos "depressivos no momento da entrada", "não depressivos no momento da entrada", "ansiosos no momento da entrada" e "não ansiosos no momento da entrada".

Comparamos os valores da média e mediana de depressão e ansiedade para cada uma das categorias entre M1 e M2.

Tabela 3 - Variação dos sintomas de depressão e ansiedade por categoria

CATEGORIA	MEDIDA	M1	M2	NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA
DEPRESSIVOS EM M1	Média	11,3	6,4	<0,001
	Mediana	11	6	
NÃO DEPRESSIVOS EM M1	Média	4,3	3,4	0,001
	Mediana	4	3	
ANSIOSOS EM M1	Média	11,9	6,7	<0,001
	Mediana	12	6	
NÃO ANSIOSOS EM M1	Média	4,5*	4,1*	0,195
	Mediana	5*	4*	

^{*}Sem variação estatisticamente significativa.

Essa tabela mostra variações ainda mais significativas. O impacto da participação na ocupação para aqueles caracterizados como depressivos e como ansiosos no momento da entrada foi maior do que para os que não estavam nessas categorias na primeira aplicação da EHAD. No caso da depressão, a variação do primeiro grupo entre os dois momentos foi de uma média 11,3 para 6,4, enquanto a do segundo foi de 4,3 para 3,4. No caso da ansiedade, a média do primeiro grupo foi de 11,9 para 6,7 e a do segundo de 4,5 para 4,1, esta última sem significância estatística.

5.1.2 Relação entre as variáveis

Considerando a hipótese de relação entre depressão e isolamento social, comparamos os valores de média e mediana das variáveis de conexão social (solidão, relação social e experiências sociais e políticas) entre depressivos e não depressivos no momento da entrada. Incluímos também a comparação com a variável de religiosidade.

As experiências de participação social e política foram medidas pela Escala de avaliação da conexão social, aplicada apenas em M1. A decisão de aplicá-las apenas neste momento se deve ao fato de seus conteúdos referirem-se à constatação de experiências anteriores da história do indivíduo, que não poderiam variar entre as duas aplicações do questionário. Por isso, essas variáveis não foram consideradas nas análises anteriores, que referem-se a variações entre M1 e M2.

Os resultados indicaram relação entre o grupo com maior índice de sintomas depressivos ("depressivos em M1" e 'Depressivos em M2") com escores maiores de solidão e menores de relações sociais. Sobre as experiências de participação social e política não ocorreram variações estatisticamente significativas entre o grupo de depressivos e de não depressivos, assim como em relação à religiosidade.

Tabela 4 - Relação entre Depressão e Conexão social e Religiosidade (M1)

GRUPO	MEDIDA	SOLIDÃO	RELAÇÃO SOCIAL	PARTICIPAÇÃO "SOCIAL"	PARTICIPAÇÃO "POLÍTICA"	RELIGIOSIDADE
DEPRESSIVOS	Média	24,5	12,6	20,5*	15*	12,8*
EM M1	Mediana	24	9	22*	15*	13*
NÃO DEPRESSIVOS EM M1	Média	16,9	19,1	21,1*	15,4*	11,4*
	Mediana	15	14,5	22*	15*	10,5*

^{*} Sem variação estatisticamente significativa.

O mesmo procedimento realizado entre depressivos e não depressivos em M2 revelou a persistência da relação identificada, além de mostrar melhora na conexão social neste segundo momento mesmo para aqueles que permaneceram no grupo de depressivos em M2.

Tabela 5 - Relação entre Depressão e Conexão social e Religiosidade (M2)

GRUPO	MEDIDA	SOLIDÃO	RELAÇÃO SOCIAL	RELIGIOSIDADE
DEPRESSIVOS EM M2	Média	19,4	15,1	12,7*
	Mediana	18	9	12*
NÃO DEPRESSIVOS EM M2	Média	11,5	20,7	12,1*
	Mediana	10	17	12*

^{*} Sem variação estatisticamente significativa.

Em síntese, a apresentação dos resultados estatísticos confirmou inicialmente as duas principais hipóteses estabelecidas nos objetivos deste trabalho:

- a) A relação do engajamento em ocupações do MTST com a remissão de sintomas depressivos (e também de ansiedade) medidos pela EHAD.
- A relação entre valores de depressão e de isolamento social, medidos pela
 EHAD e por escalas de conexão social.

O passo seguinte foi avançar na compreensão de como esses processos são percebidos e significados por participantes da pesquisa, de modo a nos permitir uma melhor compreensão dos fenômenos em jogo.

5.2 Apresentação das Entrevistas individuais

As entrevistas individuais seguiram um roteiro de questões previamente elaborado e replicado em cada caso. As questões buscaram abordar três temas centrais: o histórico de vida anterior do entrevistado (relações sociais, familiares e acontecimentos expressivos); a vivência da depressão (desencadeadores, sintomas e significação); e a participação no movimento (motivação inicial, experiências e significação).

Ao longo das entrevistas fomos percebendo que a abordagem dos dois primeiros temas se imbricou a ponto de dificultar a separação. Os entrevistados associavam com frequência sua depressão a acontecimentos da vida familiar e/ou social. Neste sentido, a condução das entrevistas acabou sendo orientada por dois grandes blocos temáticos: o antes e o depois da ocupação. Mesmo assim mantivemos a opção de apresentar e analisar as entrevistas a partir dos três temas, por razões de clareza expositiva.

O roteiro contou com dezessete questões, seguida quase sempre à risca no momento das entrevistas, e encontra-se em anexo.

As entrevistas tiveram duração entre 8 e 15 minutos cada e nelas os participantes expressaram de forma direta a significação que atribuíram à sua depressão e à melhora

recente. Histórias fortes, repletas de sofrimento, mas também de recuperação e esperança.

O que mais impressiona nos relatos é o papel que a vivência na ocupação representou para cada um.

5.2.2 Resumo do material das Entrevistas

Apresentaremos agora um resumo do material das entrevistas, privilegiando a fala em primeira pessoa dos participantes e destacando as questões mais relevantes para a compreensão de cada caso. Em seguida buscaremos sistematizar os discursos a partir de suas "categorias" e "códigos" para facilitar a discussão dos resultados. Foram utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes.

"Aquele dia pra mim mudou tudo"

Amanda é uma moça jovem, de 27 anos, moradora da zona leste de São Paulo. Quem vê seu semblante tranquilo não pode imaginar as grandes dificuldades pelas quais passou em período recente.

Sua depressão, diz ela, começou com a separação do marido após um relacionamento de oito anos. A filha do casal tinha então 10 meses. Ela havia aceitado deixar o emprego, para cuidar da filha, e morar na casa dos pais dele para economizar o aluguel. "Mas aí começou as traições", "fui me deprimindo como mulher, esquecendo do que eu era". Separaram-se: "pra mim foi o fim do mundo, eu não via chão". Buscou consolo na sogra, pela relação afetuosa que tinham construído durante a gestação ("o amor que eu não encontrei na minha mãe, eu encontrei nela"). Mas, após a separação, a situação era outra e a relação com a ex-sogra se inviabilizou.

Foi morar na casa dos avôs, junto com sua mãe. Conseguiu novo emprego numa casa de câmbio, após concluir sua formação como secretária-executiva. Mas "não parava de chorar", não queria ver ninguém, queria "estar escondida ali". A única pessoa que queria por perto era sua filha pequena: "se eu pudesse não colocava nem a cara no portão". Foi se sentindo num "cativeiro". Após não ver nenhum parente na sua formatura, constatou que "foi despencando todo aquele meu sonho, tudo o que fui planejando e tentando". Isso a impactou.

Encontrava algum alívio na religião, nas orações junto com a filha, e nos "amigos insistentes" que ainda batiam à porta. Mas a situação piorou de vez quando foi mandada embora "devido à crise". Aumentaram os problemas dentro de casa, afinal ela estava morando de favor. Sofreu o que descreve como "humilhação familiar". A mãe, que ela diz ter "problemas psicológicos", começou a discutir com ela por motivos fúteis, na frente de sua filha. Expulsou-a da casa, chegando ao ponto de "falar pra mim que ia tacar fogo nas minhas coisas, na casa inteira, se eu não fosse sair". Foi "desesperador", "com uma criança de dois anos, pra onde é que eu ia?". Conseguiu abrigo na casa de uma amiga da igreja. Um mês depois soube da ocupação Dandara, que havia ocorrido há pouco: "Aí eu vim. No dia que eu cheguei, eu nunca vou esquecer que a minha vida estava um caos. Aquele dia pra mim mudou tudo".

Foi percebendo que não estava ali apenas por uma moradia. Começou ajudando na cozinha coletiva, na limpeza e passando informações para os que chegavam. Encontrou na convivência amizade e companheirismo: "aqui, se eu falar, acho que todo mundo corre pra saber se eu tô doente". O que "eu queria era esse contato familiar", uma "família hospitaleira", que imaginava que teria com o marido e a filha: "não deu certo, mas eu encontrei isso tudo no movimento". O movimento tornou-se sua família de verdade. Estar junto com as pessoas, lutando por um mesmo objetivo, "me deu um gás para ir adiante".

Diz que nunca mais se sentiu deprimida, "também nunca mais tive tempo", brinca. "Até estou cuidando melhor do cabelo". Sente esperança na "forma como o movimento trabalha", diferenciando de uma coisa "enganosa, um partido". Destaca a organização do movimento e o objetivo de "transformar o mundo num mundo melhor".

Amanda encontrou na ocupação apoio e atenção. Provavelmente hoje alguém iria em sua formatura. Mais do que isso, encontrou uma família que nunca teve. "Mudou tudo". Encerramos a entrevista com a questão, feita para todos: e se o movimento acabasse hoje? "Misericórdia! Nossa, eu não posso nem pensar nessa possibilidade. Me diga que não vai acabar e coloca isso no coração, porque eu sei que sairia chorando daqui", respondeu ela.

"Um lugar onde as pessoas te querem por perto"

"Só trabalho", assim Marina, uma jovem de 23 anos, apresenta sua vida. "Não tinha tempo pros meus filhos e não tinha outra atividade". Alguns anos antes, havia atuado como catequista na igreja católica e no grupo de jovens: "uma das épocas gostosas da minha vida", "toda semana tinha uma coisa pra fazer".

Sua história com a depressão começou cedo. Com nove anos de idade, o "psicólogo" receitou fluoxetina e foi acompanhada durante quatro anos. Atribui este episódio a uma dura experiência familiar. Nunca havia tido contato com o pai até os nove anos, quando descobriu que ele morava perto e foi procurá-lo, então ele disse que "não me aceitava como filha".

Mais recentemente se separou do pai de seus três filhos por conta de agressões. A relação era "conturbada", pelo envolvimento do marido com drogas e bebida: "eu deixei de viver a minha vida para viver a dele". Frequentou novamente o "psicólogo" por três

anos. Após a separação, voltou a morar com a mãe. "Eu fiquei muito tempo sem ter contato com ninguém, eu não tinha cabeça para mais nada". "Eu não queria voltar pra casa" após o trabalho e "não tem coisa pior do que você chegar em casa e não querer estar lá".

Foi então que ocorreu a ocupação Paulo Freire, próxima de sua casa, e ela foi, pensando em sair da casa da mãe e também no futuro dos filhos. "Aqui foi onde eu consegui sair disso, desse início de depressão, porque fui conhecendo pessoas", "comecei a ocupar minha cabeça com outras coisas" e com "outras pessoas e outras realidades além da minha". Passou a ajudar na cozinha coletiva e no "apoio", tarefa relacionada à solução de pequenos conflitos no acampamento. "Pra tudo que precisam eu tô aqui".

O movimento "ofereceu a oportunidade de acreditar nele". "Voltei a me arrumar, já estava mais feliz". Marina atribui essa mudança à forma de relação e acolhimento proporcionado pela ocupação: "As pessoas me tratam bem, me recebem muito bem", "até hoje eu conheço a maioria dos acampados que frequentam aqui pelo nome e todo mundo me conhece". A questão é estar num "lugar onde as pessoas gostam de você e te querem por perto". O movimento representa uma "nova forma de ver o mundo".

E se acabar? "Eu prefiro pular essa parte, eu não consigo imaginar ainda", conclui Marina.

"Me sentia muito sozinha, um vazio"

Luana, tal qual Marina, é uma moça jovem, com apenas 23 anos. Fala com desânimo de suas experiências profissionais: era promotora em uma empresa, depois foi trabalhar num restaurante árabe e, em seguida virou cozinheira. Sobre a família é taxativa: "Nunca vivi muito com minha família. Para não ter briga, quanto mais distante melhor".

Saiu de casa aos 18 anos, para morar com uma companheira, com quem vive desde então. A relação homossexual não foi aceita pela mãe. As brigas com a mãe e a separação da companheira por um período a deixaram depressiva: "me sentia muito sozinha, um vazio". "Só ficava quieta na minha".

Foi então que veio para a ocupação Maria Bonita, buscando livrar-se do aluguel. Já havia tido um contato anterior com o movimento em outra ocupação, mas, como era muito jovem, sua mãe não permitiu que ficasse. Na ocupação conheceu gente nova, "comecei a me interessar pelo movimento", "aí vai ocupando a mente, entendeu?". Ajuda passando informações para os acampados e com a lista de presença nas assembleias.

"A ocupação preenche. Tem tanta coisa pra fazer que você não fica mais solitário", "eu não tenho tempo nem de me sentir sozinha, nem depressão, não tenho, isso eu te garanto". Luana destaca a possibilidade de sempre conversar com alguém na ocupação, de trocar histórias de vida e aprender a conviver com vários tipos de pessoas. Está morando no acampamento e tem dedicação integral ali.

E se acabasse? "Nossa, eu iria sentir muita falta", diz ela.

"Posso ser a Presidente do Brasil"

Railda, com seus 35 anos, olha para trás e diz que sua vida desde sempre foi muito "tribulosa", num neologismo cheio de sentido. Cresceu sem pai e a mãe precisava trabalhar. Como era a mais velha assumia todas as responsabilidades: "mais velho sempre carrega, né?". Aos dezesseis anos "adotou uma família em Itaquera", a quem chama até hoje de "pai" e "mãe" e com quem morou por mais nove anos até casar. Depois, com o casamento, achou que as dificuldades diminuiriam e que tinha encontrado um "porto seguro pra mim".

Tiveram dois filhos. Ela deixou de trabalhar e, após algum tempo, veio a separação: "o marido foi embora, eu com duas crianças sozinha, tive que voltar a trabalhar, correr atrás de tudo que não fazia". Entrou em depressão. Chorava muito, não dormia de noite e relata ter tentado o suicídio por duas vezes. "Me sentia sozinha, como seu eu estivesse num lugar cheio de gente e ao mesmo tempo não tivesse ninguém. Parecia que todo mundo estava ali, mas ninguém estava me vendo". Este sentimento de invisibilidade, expresso por Railda, apareceu com frequência nos relatos de outros participantes da pesquisa.

Ela não queria falar com ninguém, "não assistia mais televisão", "parece que nada estava bom". Junto ao isolamento e à invisibilidade veio o sentimento de inutilidade, também recorrente em outros casos: "eu parecia que não era útil pra mais nada, que eu não sabia fazer mais nada". A necessidade de cuidar dos filhos foi fazendo com que ao menos se levantasse.

Foi então que ocorreu a ocupação Dandara e para lá foi, como tantos, buscando sair do aluguel. Na ocupação passou a "fazer um pouco de cada coisa": ajudar na cozinha, nas orientações para os outros acampados, na "trilha"... "já comandei uma trilha aqui dentro só de mulheres, então a gente é útil em um monte de coisas". Quem "parecia que não era útil pra mais nada" voltou a sentir-se "útil em um monte de coisas". Isso faz muita diferença.

Railda sente-se empoderada: "eu sou útil em outras coisas, que nem eu falei pras meninas – 'eu posso ser uma empresária, posso ser a presidente do Brasil, posso ser o que eu quiser hoje, depende da minha garra".

Ela também ressalta o sentimento de pertencer a uma nova "família" no movimento como algo importante para que se reerguesse. "Você não se sente só", "alguém fala 'nossa, você está bonita', outro fala 'você está com uma carinha meio triste,

aconteceu alguma coisa?"". "Aqui sempre tem alguém que percebe alguma coisa diferente em mim". Descobriu também que há pessoas com problemas piores do que os dela, "então eu comecei a me superar". Passou a ajudar as pessoas na ocupação: "hoje eu vivo mais pelos acampados, a minha casa parece que ficou em segundo plano".

Railda vai além: "eu aprendi o que é viver, né, a partir daqui eu aprendi que tem coisas boas pra se fazer". A depressão foi embora e vieram novos sentidos. E se acabar? A resposta de Railda: "Eu ia ficar muito triste (...), mas já aprendi a andar um pouquinho com as minhas pernas sozinha, a partir daqui eu aprendi que eu posso fazer outras coisas, então, se o movimento acabasse hoje, eu ia pensar o que é que eu posso fazer de útil, porque aqui eles ensinam a gente que a gente tem utilidade em outras coisas".

"Ficava chorando debaixo do chuveiro"

Seu Silvinho, hoje com 51 anos, sempre teve uma vida "corrida" e de muito trabalho. "Era armador na construção civil. Depois eu passei pra empregado. Depois desempregado e eu empreguei de novo". Com 33 anos de casado e um filho, não tem nada a reclamar da família: "Deus me deu uma boa esposa e um bom filho".

Arrumou um emprego na reforma da calha do rio Tietê. Trabalho duro, chegava em casa por volta da meia-noite, até quinze para a uma. A mulher estava dormindo, "todo mundo dormindo, era só tomar banho, jantar e dormir também". A dureza do dia-a-dia e a solidão foram deprimindo seu Silvinho. Fala de um "aperto por dentro", que também já tinha sentido quando perdeu um irmão.

"Me dava uma agonia por dentro, aquele aperto no peito. Eu lembro que ficava no banheiro, chorava no banheiro. Ficava chorando debaixo do chuveiro". Saiu da firma, mas continuou se sentido triste e sozinho. Dois meses depois, foi para a ocupação Oziel

Alves, em Mauá. Passou a ajudar "no geral": como cozinheiro, cuidando da ocupação e ajudando a organizar o povo nas passeatas. Fala com carinho da cozinha que cuida: "Eu amo aquela maneira de entrar na minha cozinha".

Seu Silvinho se sentiu acolhido na ocupação: "a ocupação me aceitou aqui de braços abertos. Eu aqui fui bem recebido, graças a Deus, e até hoje todo mundo aqui gosta de mim, me respeita e eu respeito todo mundo". Também ressalta a importância de conhecer pessoas novas, "esse negócio de estar no meio do povo", e de poder ajudar os outros: "tem uma senhora aqui que dormia na rua e nós arrumamos um barraquinho pra ela aqui dentro, então a gente está dia-a-dia cuidando dela".

E se acabar? "Vai dar um vazio, né? A gente fica aqui apegado com esse povo todo", responde ele.

"A ocupação foi meu remédio"

Meire é uma sobrevivente. Com 53 anos de idade, passou os últimos dez anos cuidando de familiares doentes e, depois, lidando com suas próprias doenças, sem contar as mortes na família. Antes disso, atuou em greves metalúrgicas e teve uma militância nos mutirões de moradia da zona leste, onde aprendeu a "dobrar ferro, carregar tijolo, acampar na prefeitura". Mas, parou "com tudo": "aí fiquei só cuidando da família doente, só cuidava dos outros, esquecia de mim, aí quem ficou doente fui eu, entrei numa depressão".

A depressão não era o único dos problemas de Meire. Cuida da mãe, de 75 anos, que é "depressiva". O marido também, segundo ela "bipolar", além de ter problemas com o alcoolismo. Viu seus dois irmãos morrerem em período recente, um deles de câncer, "no meu colo". E já havia enterrado um filho, falecido logo após o nascimento. Depois

ela própria teve câncer, contra o qual ainda está lutando. Um mês antes da ocupação teve um infarto. Como reza o dito popular, desgraça pouca é bobagem.

Logo após a descoberta do câncer, Meire entrou em depressão. Não levantava mais da cama. "Sozinha, deitada, a minha filha falava 'levanta mãe'". Só levantava para duas coisas: para ir à Santa Casa fazer o tratamento e para limpar a casa. "Peguei essa fissura de faxina, limpava tudo, a casa podia estar limpa, pra mim estava suja. Aí limpava tudo, depois me trancava e não falava com ninguém".

Tentou frequentar a igreja, mas "falei 'não', não resolvia pra mim, quando eu quero falar com Deus, eu falo em casa". Não foi mais.

Certo dia, em meio ao seu sofrimento, a mãe de Meire falou numa discussão que a casa era dela. "Aí falei 'caramba', chamei meu genro, minha filha, meu marido e falei 'gente, a gente vai ficar achando que isso aqui vai ser nosso, a vó vai falecer, tem os outros netos...', agora ninguém quer cuidar dela, velho hoje em dia pra jovem é roupa velha, né? Então por causa dessa casa vão fazer um auê só. Vamos procurar o que é nosso". Assim Meire, mesmo doente, chegou na ocupação Dandara, levando junto o marido, a filha e o genro.

Quando estava fazendo o barraco, "a Luciana chegou e falou pra tirar coordenação, aí todo mundo apontou pra mim. Eu falei 'não, eu não porque eu tô fazendo tratamento'. Aí minha filha: 'mãe, vai ser bom pra senhora', que ela já sabe que eu fico bem". Não deu outra: "A ocupação eu falo que foi meu remédio".

"Adoro. Chego sete horas da manhã, vou embora, faço trilha, fico aqui, grito — que você sabe que eu grito — porque eu falo: a gente tem que lutar pela nossa casa, não é só pela casa, é pelo povo". Meire faz várias atividades na ocupação, "precisou de mim, eu tô aí". Atribui sua melhora ao fato de não ficar deitada "pensando na doença" e ao contato com os outros na ocupação, muitos em situação difícil: "às vezes, a gente reclama

de uma coisa tão simples, tem pessoa pior do que a gente". Meire já decidiu: "daqui eu já falei que vou pra outra ocupação. Tudo de novo, pra mim enquanto tiver força eu vou indo".

E se acabar? "Vai ser uma tristeza pra mim, eu me imagino de novo na cama", sentencia.

"A ocupação pra mim é tudo"

Ribamar, com seus 47 anos, teve uma formação diferente da maioria dos moradores da ocupação Maria Bonita. Cursou a faculdade de jornalismo, tendo desistido no quarto semestre para trabalhar numa produtora. Agora, acabou de concluir o curso de serviço social. Trabalha num escritório de crédito para pensionistas, aposentados e funcionários públicos.

Colaborou durante 11 anos com uma instituição de caridade para portadores de hanseníase. Contido nas palavras, falou pouco sobre suas relações sociais e sua depressão. Referiu-se a dois episódios depressivos em sua vida: em 1996, quando se separou do companheiro com quem conviveu por sete anos: "às vezes a gente peca por isso, por ter entregado de corpo e alma e depois acabar sofrendo, entrei numa depressão por causa disso". Depois, mais recentemente, por nova separação: "uma pessoa que eu tanto gostava, que eu sempre ajudei, sempre procurei fazer o melhor para aquela pessoa e ela vira as costas pra você". Ribamar diz que este segundo episódio não foi exatamente uma depressão, mas "um mal-estar".

Foi para a ocupação buscar uma moradia. E, como muitos, se envolveu em novas atividades e construiu outras relações sociais: "pra mim aqui hoje foi tudo novo". No dia-a-dia "às vezes sou psicólogo, às vezes sou professor, às vezes a gente é... como se diz,

conselheiro, então tudo isso a gente faz aqui". Fica satisfeito com o reconhecimento dos amigos de fora, que hoje dizem "poxa, você é um guerreiro mesmo".

"Me sinto honrado por ter a oportunidade de estar aqui na Maria Bonita", "hoje pra mim a ocupação é tudo", diz. E se acabar? "Eu acho que eu vou ficar bem triste, mas eu acho que não vai acabar não, nós vamos lutar até a nossa vitória".

"Me sentia pior do que um chinelo de um real"

Iracema, aos seus 49 anos, fala com dureza dos acontecimentos da sua vida. Segundo ela, "desde o meu nascimento, minha mãe não queria me ter", "minha mãe tentou me matar" e isso é "uma mágoa que vou carregar para o resto de minha vida". Foi criada pela avó. Seu primeiro marido, pai do filho mais velho, a deixou e voltou depois de quinze anos: "aí eu descobri que ele estava usando droga, coloquei ele na rua e ele queria matar eu e meus filhos. Eu não tive ninguém pra me apoiar, só Deus e a dona da casa que eu morava".

As coisas melhoraram quando casou com o atual marido, "se não fosse ele, eu acho que hoje não estava viva". Mas nem tudo. Iracema diz que entrou em depressão porque "precisava de um ombro amigo, não era só de um marido". Reclama que o marido só frequentava bares e o filho não lhe dava atenção. "Então eu fui deixando e ficava só dentro de casa, deitada". Iracema não economiza nas palavras fortes: "Eu me sentia um lixo. Me sentia pior do que um chinelo de um real".

Foi então que foram, ela e o marido, para a ocupação Dandara na esperança de melhorar de vida. Fez o barraco, começou a ir para as reuniões e ajudar na cozinha. Chegou a ir para Brasília, para uma manifestação: "foi demais". Mas o dia que a marcou foi quando foi eleita para coordenar o seu grupo na ocupação: "Nesse dia foi votado para

tirar a coordenação. Aí tirou uma e o pessoal não estava deixando ninguém falar. Eu entrei no meio e falei alto e todo mundo me escutou. Aí, aquela dos olhos verdes, a Luciana, falou assim: 'agora você vai ser uma das coordenadoras'. E eu disse 'não, Luciana, eu não sei ler nem escrever'. E ela disse assim 'isso não importa. O que importa é que você falou e todo mundo te escutou'. Aí foi quando eu me senti mais segura, porque aqui eu achei alguém que me apoiasse, me escutasse, enquanto fora eu não achava".

Ter apoio de alguém, que diz que ela é capaz, mesmo sem saber ler e escrever, foi fundamental para Iracema. De um "lixo" ela passou a se sentir alguém que tem voz e reconhecimento dos outros. "Aí eu me senti flutuando", "acho que entrou uma química dentro de mim": assim Iracema ensina aonde pode estar a tão procurada "química" antidepressiva. "Eu não ando mais deprimida, vivo com um sorriso no rosto". "A Dandara mudou minha vida da água para o vinho, não só a minha como a da minha família". Até o marido mudou, diz ela, "não bebe como antigamente, me dá mais atenção".

E se acabar? "Acho que meu casamento também ia junto. Com certeza o casamento também ia junto. E eu ia voltar para a estaca zero. Porque a Dandara que está me dando força", conclui.

"Hoje eu estou com o coração e a alma"

Lucia, atualmente com 29 anos, viveu na infância um enredo lamentavelmente comum nas periferias urbanas, duplamente ofensivo: abuso ou tentativa de abuso sexual doméstico e deslegitimação da denúncia. "Na minha infância, um tio meu, tio avô tentou abusar de mim e por ser parente eu não conseguia falar com a minha mãe e, quando minha mãe descobriu, a família de certa forma pegou e foi contra a minha mãe". Isso foi quando tinha nove anos. Passou por psicólogo: "eu tinha um certo pânico, pânico de dormir".

Lucia conseguiu estudar e terminou a faculdade de matemática. Frequentou a igreja adventista por alguns anos, mas depois se afastou, chegou também a dar aulas num cursinho comunitário. Associa sua depressão aos "relacionamentos frustrados" que acumulou, fala de três maridos que teve: "meu marido era alcoólatra; saí dele e entrei em outro, que era traficante; e saí dele e conheci um que era mentiroso". Teve um filho com o terceiro, o "mentiroso", mas criou sozinha. Resolveu se separar e "depois de um ano que eu larguei ele, ele acabou morrendo por causa da bebida". Lucia associa sua depressão a essas frustrações, à separação e à morte, que "me deprimiu ainda mais".

Foi para a ocupação com o filho e começou a conseguir falar de seus problemas: "eu não me abria com ninguém", mas agora "já consigo falar sem ter medo, expressar meus sentimentos", "porque eu sei vai ter pessoas que vão estar do meu lado". "Aqui eu encontrei pessoas que me colocam pra cima". Hoje se sente uma pessoa mais tranquila e paciente, que aprendeu a escutar as pessoas. Não se sente mais deprimida.

"Hoje eu estou com o coração e a alma, sou bastante presente em tudo que diz respeito à ocupação". E sente-se "útil" ao poder ajudar os outros e compartilhar a experiência: "eu quero que outras pessoas tenham do movimento aquilo que eu tive".

E se acabar? "Eu não imagino a minha vida sem o movimento, eu hoje em dia vivo o movimento, eu não me vejo sem o movimento não".

"Eu vejo que sou alguém de novo"

A vida de André, hoje com 32 anos, está marcada por três duras separações. A primeira foi a separações dos pais. Seu pai era alcoólatra, com histórico de várias internações. Após a separação conjugal "aí que ele se jogou mesmo" na bebida e, quando André tinha doze anos, o pai se atirou na frente de um trem, suicidando-se. "Isso afetou

muito a minha vida, eu abandonei o estudo, eu comecei a ficar meio revoltado", "eu já não tinha mais aquela figura masculina", "ter um pai é essencial".

Talvez esse acontecimento tenha dificultado a capacidade de André em lidar com separações. Quando se separou da primeira esposa entrou em uma pesada depressão: "fiquei três meses com depressão, não queria sair de dentro de casa, abandonei emprego, eu tinha um lava-rápido lá em São Mateus, abandonei de fechar as portas mesmo. Falava que não queria mais saber de viver, porque acabou com a mulher, na época entrei nas drogas". Foi nessas circunstâncias que conheceu a segunda esposa.

E, com idas e vindas, o relacionamento acabou novamente, avalia ele que por seu envolvimento com drogas: "a mulher não aguentou, aí eu vi que o erro foi meu dessa vez, fiquei mais deprimido ainda e era uma mulher muito boa, minha ex-mulher é uma mulher muito boa. E aí eu me culpava mais, entendeu?"

Afastou-se dos amigos, entrou em depressão de novo e começou a passar no psiquiatra, que receitou antidepressivos. "Não queria muito contato com as pessoas, queria ficar só trancado no meu quarto, pensava que a vida não tinha mais sentido, que eu tinha perdido a família", "não tinha mais um norte, para onde ir e o que fazer". Não tinha vontade de trabalhar, de sair com os amigos, de nada. Nem a nova namorada mudou isso.

Foi assim que André estava quando chegou na ocupação Dandara. Entrou sem muito ânimo e com certa descrença: "Vamos lá, né, eu não tô fazendo nada". Achava as reuniões uma "chatice" e não via sentido nas mobilizações. Na primeira manifestação que participou encontrou alguns conhecidos e "comecei a me soltar de novo": "o povo gritando, a gente agitando, né, eu antes de ser deprimido assim, sempre fui bagunceiro, sempre fui extrovertido". Surgiu a oportunidade de participar da coordenação: "parece que foi um impulso, alguma coisa falou 'vai lá, né' e fui e me candidatei e agora parece

que virou meta, meta de vida, um foco na minha vida".

"Agora eu vesti a camisa mesmo e vou pra cima", porque "é muito bom, é de verdade, eu vi que o movimento é de verdade". André diz que sua depressão acabou: "eu não tenho mais depressão, você pode perguntar pra qualquer pessoa que me conhecia antes e que me conhece hoje". Ele mede a superação de sua depressão pelo semblante de sua mãe: "hoje minha mãe me vê... é diferente, você ver o semblante da minha mãe antes...da minha mãe, não é nem o meu, o dela agora é diferente, a minha namorada também, mas o mais gostoso é da minha mãe".

A explicação de André sobre como a ocupação o fez recuperar-se é impressionante por sintetizar ideias centrais e expressões-chave presentes em quase todos os casos analisados, por isso foi escolhida como epígrafe deste trabalho: "A Ocupação me deu um foco, deu sentido de novo, hoje em dia eu me libertei de novo. Parece que eu estava dentro de um casulo preso, hoje em dia eu me sinto importante aqui dentro, eu vejo que eu sou alguém de novo, que eu tenho voz, eu vejo que as pessoas me enxergam de novo como alguém e é uma coisa que eu achava que não tinha mais, eu não tinha mais esse brilho ue eu vejo que o MTST me deu hoje".

E se acabar? "Se acabar o movimento ferrou, eu não sei, eu não tenho palavra para falar, não tenho palavra, vai ser uma perda muito grande, acho que não só pra mim", arremata.

5.2.2 Análise das Entrevistas

Realizaremos agora a análise do material das entrevistas, identificando as "categorias" e "códigos" de cada participante em relação aos três temas-chave que definimos como principais para os objetivos da pesquisa: depressão; histórico sócio-

familiar e desencadeadores; e experiência no movimento.

Para facilitar a interpretação do material, organizamos cada tema principal a partir de uma questão:

- Tema 1 Depressão: Como você enxerga sua depressão?
- Tema 2 Desencadeadores e histórico familiar: O que você acha que o levou a deprimir-se?
- Tema 3 Experiência no Movimento: Que mudanças a ocupação trouxe em relação à sua depressão e à sua vida?

5.2.2.1 Questão 1: Como você enxerga sua depressão?

Listaremos agora os "códigos" e "categorias" que identificamos na análise dos discursos de cada um dos entrevistados em relação à primeira questão. A codificação se dá com a localização dos trechos destacados na entrevista transcrita a partir do modelo "parágrafo: página" (por exemplo, 6:1, isto é, o trecho corresponde ao sexto parágrafo da primeira página da entrevista). Além disso, atribuímos a cada entrevistado uma identificação numérica. Estes procedimentos da análise temática de conteúdo visam facilitar a construção de tabelas-síntese para a categorização dos discursos.

Amanda (Sujeito 1)

Códigos: "Aí foi despencando todo aquele meu sonho, tudo que fui planejando, que eu fui tentando fazer, aquilo que não estava dando certo. Então deprimir pra mim é chorar e não querer ver ninguém, era eu querer estar ali escondida. A única pessoa que podia me ver ali era minha filha, se eu pudesse não colocava nem a cara no portão e era o que realmente estava acontecendo". "Fui me sentindo num cativeiro". (8:2)

Resultados 60

Categorias: Choro, isolamento e ficar escondida (como num cativeiro).

Marina (Sujeito 2)

Códigos: "Eu fiquei muito tempo sem ter muito contato com ninguém, então realmente

era só trabalho mesmo, porque eu não tinha mais cabeça pra mais nada. Eu não queria

voltar pra casa, eu não queria". "Se eu não voltasse pra casa eu não tinha como ver as

crianças, eu já passava o dia inteiro fora e quando era hora de voltar eu não queria voltar"

(9:3). "É horrível, porque não tem coisa pior do que você chegar em casa e não querer

estar lá" (10:3).

Categorias: Isolamento, só trabalhar, ter pouco contato com os filhos e não querer estar

em casa.

Luana (Sujeito 3)

Códigos: "Me sentia muito sozinha, um vazio" (9:3). "Só ficava quieta na minha.

Sozinha" (11:3).

Categorias: Solidão e sentimento de vazio.

Railda (Sujeito 4)

Códigos: "Me sentia sozinha, como se eu estivesse num lugar cheio de gente e ao mesmo

tempo não tivesse ninguém, parecia que todo mundo estava ali, mas ninguém estava me

vendo. Então eu me sentia sozinha, chorava muito, eu não dormia de noite, eu acordava...

Tentei me suicidar duas vezes, entendeu" (10:3). "Eu queria ficar só em casa, não queria

falar com ninguém sabe, eu queria ficar sozinha, não assistia mais uma televisão, nada.

Parece que nada estava bom, sabe, fazia o raro que precisa fazer, porque meus filhos

precisa comer, precisa tomar banho, essas coisas, mas não me sentia feliz, eu parecia que

Resultados 61

não era útil pra mais nada, que eu não sabia fazer mais nada" (8:4).

Categorias: Solidão, sentimentos de invisibilidade e de inutilidade. Chorar muito, querer

ficar sozinha, ter insônia e tentar o suicídio.

Seu Silvinho (Sujeito 5)

Códigos: "Era um sofrimento, a gente ficava com problemas, com a família longe da

gente" (1:3). "Me dava uma agonia por dentro, aquele aperto no peito. Eu lembro que

ficava no banheiro, chorava no banheiro. Ficava chorando debaixo do chuveiro" (1:4).

Categorias: Uma agonia por dentro, chorar e ficar longe da família.

Meire (Sujeito 6)

Códigos: "Eu ficava só deitada. Levantava, limpava minha casa, peguei essa fissura de

faxina, limpava tudo a casa. A casa podia estar limpa, pra mim estava suja, aí limpava

tudo, depois me trancava e não falava com ninguém e assim fiquei" (14:4).

Categoria: Isolamento.

Ribamar (Sujeito 7)

Códigos: "Foi quando eu comecei a me isolar de todo mundo ai chegou naquele momento

que eu já estava já caindo pra beira do abismo" (8:3).

Categoria: Isolamento.

Iracema (Sujeito 8)

Códigos: "Eu me sentia um lixo. Me sentia pior do que um chinelo de um real. Eu

procurava meu marido, ele só ia para os bares. Precisava de um ombro amigo, não era só

de um marido, mas de um amigo para sentar e conversar, desabafar. Procurava minha

filha mais velha, muito pior. Meu filho mais velho também não me dava atenção. Então eu fui deixando e ficava só dentro de casa, deitada" (13:2).

Categorias: Sentir-se um lixo, não ter alguém para desabafar e só ficar na cama.

Lucia (Sujeito 9)

Códigos: "Olha, eu vou ser sincera, do primeiro que eu conheci, eu tinha vontade de morrer de me jogar na frente de um carro, usei até drogas" (2:3). "Hoje [após a depressão] eu já consigo falar sem ter medo, eu consigo expressar meus sentimentos" (4:4).

Categorias: Ter vontade de morrer, ter medo de falar e expressar os sentimentos.

André (Sujeito 10)

Códigos: "Eu não queria muito contato com as pessoas, eu não queria conversar muito, queria ficar só trancado no meu quarto, pensava que a vida não tinha mais sentido, que eu tinha perdido a família, foi tudo embora, filhos né, e eu estava pensando que eu estava inútil, pensando que eu não tinha mais, não tinha mais um norte" (4:2). "É, não tinha mais um norte, pra onde ir e o que fazer" (6:2). "Eu não tinha vontade de fazer nada, não tinha mais vontade de trabalhar, não tinha mais vontade de conversar com ninguém, de amigos, de sair, mais nada" (8:3). "Falava que não queria mais saber de viver" (10:3).

Categorias: Isolamento, perda da vontade de viver, sentir-se inútil e sem norte.

5.2.2.2 Questão 2: O que você acha que o levou a deprimir-se?

Listaremos agora os "códigos" e "categorias" que identificamos na análise dos discursos de cada um dos entrevistados em relação à segunda questão.

Amanda (Sujeito 1)

Códigos: "Começou as traições, começou ele a sair com os amigos, jogar bola, sair com a mulherada, não se importava tanto e aí eu fui me deprimindo como mulher, esquecendo do que eu era" (4:4). "Na época que a gente se separou pra mim foi muito difícil". "Eu me senti abandonada" (4:4). "Eu fiquei desempregada e acabei sendo expulsa de casa, acabei perdendo emprego devido a crise" (2:1). "[Chegou] ao ponto mesmo de chegar, de falar pra mim que ia tacar fogo nas minhas coisas, na casa inteira se eu não fosse sair. Pra mim foi desesperador, super desesperador porque eu tô com uma criança de 2 anos e pra onde que eu ia?" (2:2). "Humilhação familiar, que é complicada acho que é o que mais nos magoa, é a família né" (2:2).

Categorias: Infidelidade conjugal, separação, desemprego e humilhação familiar.

Marina (Sujeito 2)

Códigos: "O que me marcou muito foi realmente o meu pai me dizer que não me aceitava como filha" (9:2). "E a relação com meu ex-marido era conturbada porque, quando eu conheci, ele usava drogas, ele bebia, então eu gastava muito do que eu tinha, do meu tempo, do meu esforço pra tentar ajudá-lo e aí eu deixei de viver a minha vida para viver a vida dele" (3:4). "A gente terminou o relacionamento por motivo de agressão, eu fiquei muito tempo sem ter muito contato com ninguém, então realmente era só trabalho mesmo, porque eu não tinha mais cabeça pra mais nada" (9:3).

Categorias: Rejeição pelo pai, relacionamento conturbado e separação.

Luana (Sujeito 3)

Códigos: "Eu arrumei uma companheira, minha mãe não é de acordo, e aí eu convivo há seis anos" (5:2). "Eu estava procurando uma luz, tinha brigado com a minha mãe, já tinha

Resultados 64

separado o meu relacionamento e voltado" (7:3)

Categorias: Brigas com a mãe e a companheira.

Railda (Sujeito 4)

Códigos: "Tentei me suicidar duas vezes, entendeu, então foi uma fase muito 'tribulosa'

que eu passei, quando meu marido saiu de casa, eu fiquei pelo menos uma semana em

cima de uma cama" (10:2).

Categoria: Separação conjugal.

Seu Silvinho (Sujeito 5)

Códigos: "[A vida] era corrida demais" (6:1). "Me sentia sozinho, porque quando chegava

em casa, minha mulher estava dormindo. Todo mundo dormindo. E era só tomar banho,

jantar e dormir também" (5:3).

Categorias: Trabalho intenso, ausência de contato familiar.

Meire (Sujeito 6)

Códigos: "Só cuidava dos outros, esquecia de mim, aí quem ficou doente fui eu, entrei

numa depressão" (2:1). "Meu irmão faleceu com... um com 48 anos o outro com 38, então

os dois foi no meu colo, minha mãe eu cuido, ela tem 75 anos, depressiva depois que

faleceu meu sobrinho num acidente. Então tudo isso fez cuidar só da família, meu marido

é depressivo" (6:2). "Retirei o tumor, ai deu um alivio, ai vamos fazer cirurgia, fiz a

cirurgia, tirei, aí com 6 meses apareceu na vesícula, no pâncreas, no fígado, vamos tirar,

tirei, ai eu entrei em depressão" (2:2).

Categorias: Doença e mortes na família e as próprias doenças.

Resultados 65

Ribamar (Sujeito 7)

Códigos: "Mas assim quando você gosta duma pessoa às vezes a gente peca por isso, por

ter entregado de corpo e alma e depois acabar sofrendo entrei numa depressão por causa

disso" (11:4).

Categoria: Separação conjugal.

Iracema (Sujeito 8)

Códigos: "Antigamente jogavam pedra... o que eu falava, respondiam mal" (12:3). "Sou

muito invejada, todo mundo me condena. Desde o meu nascimento, minha mãe não queria

me ter" (3:2).

Categoria: Sentimento de rejeição.

Lucia (Sujeito 9)

Códigos: "Olha, [fiquei deprimida] foi depois que eu me afastei da igreja depois de uns

dois anos... depois de uns dois anos que eu me afastei da igreja e aí me envolvi com

relacionamentos, pessoas que... num relacionamento no qual o meu parceiro, meu marido

ele era alcoólatra e sai dele entrei em outro que era traficante e sai dele conheci um que

era mentiroso" (10:2). "Devido a 3 relacionamentos frustrados, criar um filho sozinha

sem pai então foi nessa parte que eu fiquei meia deprimida" (12:2). "O que me deprimiu

mais ainda foi porque depois de um ano que eu larguei ele, ele acabou morrendo por causa

da bebida" (2:3).

Categorias: Saída da igreja, relacionamentos frustrados, morte do ex-marido.

André (Sujeito 10)

Códigos: "Eu era meio deprimido porque eu passei por uma separação da minha ex-

mulher, meu filho estava em Minas Gerais com ela" (6:1). "Falava que não queria mais saber de viver, porque acabou a mulher" (10:3).

Categorias: Separações conjugais, distanciamento do filho.

5.2.2.3 Questão 3: Que mudanças a ocupação trouxe em relação à sua depressão e à sua vida?

Listaremos agora os "códigos" e "categorias" que identificamos na análise dos discursos de cada um dos entrevistados em relação à terceira questão.

Amanda (Sujeito 1)

Códigos: "Muita coisa de verdade, muita coisa, amizade, companheirismo, aqui se eu falar... Ai, acho que todo mundo corre pra saber se eu tô doente, então acho que isso assim pra mim me ajudou muito porque eu queria ter esse contato familiar, o que eu não tive lá, eu encontrei no movimento. As pessoas assim super hospitaleiros mesmo e eu estava buscando isso na minha vida, uma família hospitaleira e eu achei que eu ia criar isso com o meu marido" (2:5). "Eu encontrei isso tudo no movimento, em pessoas assim tipo você não conhecendo mas sabendo que você está lutando pelo mesmo ideal que aquela pessoa, que segura sua mão e diz 'vamos pra frente que agente vai conseguir', eu acho que me deu gás pra ir a diante" (2:5). "A maneira como vocês se organizam pra ter uma reunião, um ato, ou uma luta mesmo, a maneira que vocês trabalham, isso me deixa esperançosa em saber que eu tô lutando por algo certo, que não é em vão, que eu tô lutando com uma coisa enganosa, um partido, que seja um partido político não vejo o movimento com um partido político, que ele não é. As pessoas lá fora podem pensar isso mas eu não penso, eu vejo que realmente é a gente que tem que fazer luta, temos que transformar o mundo

num mundo melhor, num pais, principalmente o Brasil, melhor" (4:6).

Categorias: Preocupação dos outros, companheirismo, família hospitaleira, lutar com os outros por um mesmo ideal, forma de organização e objetivos do movimento como verdadeiros (não enganosos).

Marina (Sujeito 2)

Códigos: "Aqui foi aonde eu consegui sair disso, desse início de depressão, porque fui conhecendo pessoas, fui conhecendo uma ideia nova de trabalho, de contato com as pessoas, que eu já não tinha há muito tempo, então eu vim pra cá e comecei ocupar minha cabeça com outras coisas" (13:4). "As pessoas me tratavam muito bem, me recebiam muito bem aqui dentro. Isso me deixava mais calma, como as meninas me conhecem, até hoje eu conheço a maioria dos acampados que frequentam aqui pelo nome, todo mudo me conhece. Então assim é uma outra realidade você sabe você está dentro de um lugar aonde as pessoas gostam de você e te querem por perto" (4:5).

Categorias: Relações novas, acolhimento, ocupar a cabeça com outras coisas, sentir-se importante para os outros.

Luana (Sujeito 3)

Códigos: "Preenche, né. Você não fica mais solitário. Tem tanta coisa para fazer que você não fica mais... Alguém te liga, é coisa para você fazer ali. Então, assim, eu não tenho nem tempo de me sentir sozinha, nem depressão" (5:4). "Sempre você está conversando com alguém, sempre as pessoas contam suas histórias de vida para chegar até aqui... Então, é muito bom" (7:4).

Categorias: Novas relações, presença constante dos outros e muitas atividades.

Railda (Sujeito 4)

Códigos: "Eu chego aqui tem uma pessoa pra mim conversar, é outra que vem e fala 'nossa você está bonita', a outra vem e fala 'ah, meu amor, o que aconteceu? Você está com uma carinha meio triste, aconteceu alguma coisa?". Então quer dizer eu senti que aqui sempre tem alguém que percebe alguma coisa diferente em mim, então isso me ajuda bastante e você não se sente só" (6:2). "Eu sei que se eu deixar de vir aqui um dia ou dois dias, alguém vai procurar saber porque que a Railda não está vindo" (1:5). "Eu comecei a ver também que não só eu que tenho problemas, as outras pessoas também têm, tem pessoas que tem problemas piores do que o meu, então eu comecei a me superar" (3:5). "Eu descobri que eu não sei só fazer isso, eu sou útil em outras coisas e é que nem eu falei pra as meninas 'eu posso ser uma empresaria, posso ser a presidente do Brasil, posse ser o que eu quiser hoje', depende da minha garra e do que eu quiser fazer" (1:5). Categorias: Acolhimento, sentir-se importante para os outros, percepção dos problemas

Categorias: Acolhimento, sentir-se importante para os outros, percepção dos problemas dos outros e solidariedade, sentir-se útil.

Seu Silvinho (Sujeito 5)

Códigos: "E depois, a ocupação que me aceitou aqui de braços abertos. Eu aqui fui bem recebido, graças a Deus, e até hoje todo mundo aqui gosta de mim, me respeita e eu respeito todo mundo. Foi maravilhoso" (16:2). "Estou conhecendo bastante gente nova aqui dentro, que eu não conhecia. Eu não tinha esse negócio de estar no meio do povo. Era só do serviço para a casa" (11:4). "A gente vai ajudando o próximo, o jeito que eu estou, o que eu aprendi, é respeitar as pessoas" (9:5).

Categorias: Acolhimento, ser respeitado pelos outros, novas relações e ajuda aos outros.

Resultados 69

Meire (Sujeito 6)

Códigos: "Porque você não fica deitado pensando na doença, você não fica pensando no

que pode te acontecer, você vê pessoas, às vezes a gente reclama de uma coisa tão simples,

tem pessoa pior que a gente" (2:6).

Categorias: Atividades, não pensar na doença e percepção das dificuldades dos outros.

Ribamar (Sujeito 7)

Códigos: "O que eu faço, às vezes o que eu converso, o que eu transmito de mim pra eles,

transmito assim com prazer" (3:5). "E hoje os meus amigos assim eles me vêem de uma

forma bem diferente, no começo eles falaram assim 'poxa você vai conviver lá dentro

daquela Ocupação". "Aí hoje eles vêem assim: 'poxa você é um guerreiro mesmo"

(15:5).

Categorias: Ser importante para os outros, ser reconhecido.

Iracema (Sujeito 8)

Códigos: "Eu entrei no meio e falei alto e todo mundo me escutou. Aí aquela dos olhos

verdes, a Luciana, falou assim: 'agora você vai ser uma das coordenadoras'. E eu disse:

"não, Luciana, eu não sei ler nem escrever". E ela disse assim: 'isso não importa. O que

importa é que você falou e todo mundo lhe escutou'. Aí foi quando eu me senti mais

segura. Eu me senti segura, porque aqui eu achei alguém que me apoiasse, me escutasse,

enquanto fora eu não achava" (1:2).

Categorias: Apoio, sentimento de valorização, escuta.

Lucia (Sujeito 9)

Códigos: "No movimento eu percebi pessoas próximas na qual você podia falar o seu

problema e você não era visto de outra forma, a pessoa te compreendia e te ajudava. Então eu tive muito apoio de muitos amigos, muitos colegas do movimento" (9:3). "O fato de você poder ajudar, de você ser útil, o fato de você saber que você tem companheiros que te entendem, então eu acho que é isso" (8:4).

Categorias: Acolhimento, apoio e sentir-se útil.

André (Sujeito 10)

Códigos: "A Ocupação me deu um foco, deu sentido de novo, hoje em dia eu me libertei de novo. Parece que eu estava dentro de um casulo preso, hoje em dia eu me sinto importante aqui dentro, eu vejo que eu sou alguém de novo, que eu tenho voz, eu vejo que as pessoas me enxergam de novo como alguém e é uma coisa que eu achava que não tinha mais, eu não tinha mais esse brilho que eu vejo que o MTST me deu hoje" (8:5). Categorias: Sentido para a vida, sentir-se alguém/importante, ter voz, reconhecimento, recuperar o brilho.

5.2.3 Categorização dos Discursos

Identifiquemos agora, para cada uma das três questões, as respostas que apareceram com mais frequência, ou seja, os "códigos" e "categorias" comuns, tornando possível uma categorização dos discursos individuais.

A depressão é relacionada pela maioria dos participantes a situações de isolamento e solidão: não querer ver ninguém, ficar só na cama ou no quarto, não ter ninguém com quem contar. Alguns referiram-se também ao choro frequente, insônia e à perda da vontade de viver ou de sentido na vida. Apareceram ainda com frequência ideias relacionadas à perda da autoestima e carência de reconhecimento, tais como o sentimento

de invisibilidade, de inutilidade, de abandono e o sentir-se "um lixo".

Vejamos a tabela-síntese seguinte:

Tabela 6 - Tabela-síntese do Tema "Depressão"

SUJEITO	CÓDIGOS	CATEGORIAS
1	8:2	Choro / Isolamento / Ficar escondida
2	9:3, 10:3	Isolamento / Só trabalhar / Pouco contato com os filhos / Não querer estar em casa
3	9:3, 11:3	Solidão / Sentimento de vazio
4	10:3, 8:4	Solidão / Sentimentos de invisibilidade e de inutilidade / Choro / Querer ficar sozinha / Insônia / Tentar o suicídio.
5	1:3, 1:4	Agonia por dentro / Choro / Ficar longe da família
6	14:4	Isolamento
7	8:3	Isolamento
8	13:2	Sentir-se um lixo / Não ter alguém para desabafar / Só ficar na cama
9	2:3, 4:4	Vontade de morrer / Medo de falar e expressar sentimentos
10	4:2, 6:2, 8:3, 10:3	Isolamento / Perda da vontade de viver / Sentir-se inútil e sem norte

A identificação pelos participantes das motivações de sua depressão é evidentemente variada. Mas cabe um destaque para a separação conjugal e frustrações nos relacionamentos, essas frequentemente relacionadas a alcoolismo, drogas, infidelidade ou agressões, em especial da parte dos homens. Apareceram também questões ligadas a frustrações e traumas infantis, à desestruturação familiar: ausência da figura paterna, rejeição pelos pais e tentativa de abuso sexual doméstico. A expressão "humilhação familiar", utilizada por uma das participantes, parece ajudar a definir parte importante dos desencadeadores relatados. Além disso, foram mencionadas dificuldades

econômicas e do trabalho: desemprego ou trabalho muito intenso, resultando em ausência de contato familiar.

Vejamos a tabela-síntese seguinte:

Tabela 7 - Tabela-síntese do Tema "Desencadeadores"

SUJEITO	CÓDIGOS	CATEGORIAS
1	2:1, 2:2, 4:4	Infidelidade conjugal / Separação / Desemprego / Humilhação familiar
2	9:2, 9:3, 3:4	Rejeição pelo pai / Relacionamento conturbado / Separação
3	5:2, 7:3	Brigas com a mãe e a companheira
4	10:2	Separação
5	6:1, 5:3	Trabalho intenso / Ausência de contato familiar
6	2:1, 2:2, 6:2	Doença e mortes na família / As próprias doenças
7	11:4	Separação
8	3:2, 12:3	Sentimento de rejeição
9	10:2, 12:2, 2:3	Saída da igreja / Relacionamentos frustrados / Morte do ex-marido
10	6:1, 10:3	Separações / Distanciamento do filho

No que se diz respeito à atribuição de significado às mudanças proporcionadas pela ocupação em sua depressão e na vida de forma geral, a maioria dos participantes referiu-se ao acolhimento e apoio que encontraram na ocupação: a preocupação dos outros, o companheirismo. Essa ideia pode ser expressa na noção de "família", que muitos utilizaram para referir-se ao movimento, a família que nunca tiveram, que proporciona atenção e carinho. Neste registro parece estar também o sentimento de pertença, notável em expressões como "estar junto por um mesmo ideal", "vestir a camisa" ou encontrar no movimento "algo de verdade, que não é enganação".

A essa "família hospitaleira" está encadeado um discurso de resgate da autoestima, de redescoberta dos seus valores e mesmo de empoderamento: voltar a sentir-se como alguém, ser importante, ser respeitado, sentir-se útil, ter voz e reconhecimento dos outros. Um dos participantes falou em "recuperação do brilho", do sentido para a vida. O empoderamento, calcado na vivência coletiva, dá a tônica deste discurso, sintetizado nas palavras de outra participante: "posso ser a presidente do Brasil, posso ser o que eu quiser hoje, depende da minha garra".

Apareceram ainda com frequência dois outros discursos. Um deles foi a atribuição das mudanças às novas relações na ocupação, à presença constante dos outros ou a poder "ocupar a cabeça" com novas atividades, deixando de pensar na doença. Esse discurso, embora similar ao do acolhimento, tem uma dimensão mais quantitativa da relação com as pessoas e do uso do tempo: um turbilhão de contatos sociais e atividades. Foi expresso por mais de um participante como "aqui não tem nem tempo pra ficar deprimido".

O último dos discursos recorrentes que identificamos em relação a este tema foi o da importância de perceber que outras pessoas estão em situação pior e, então, solidarizarse com elas. Ver suas dificuldades numa perspectiva mais ampla e tomar contato com sofrimentos percebidos como mais graves ou sérios. Muitos relataram que essa percepção foi seguida pela iniciativa de ajudar ao próximo, proporcionando satisfação pessoal. O vínculo de solidariedade à dor do outro, portanto, parece ter desempenhado também um efeito terapêutico.

Vejamos a tabela-síntese seguinte:

Tabela 8 - Tabela-síntese do Tema "Experiência no Movimento"

SUJEITO	CÓDIGOS	CATEGORIAS
1	2:5, 4:6	Preocupação dos outros / Companheirismo / Família hospitaleira / Lutar com os outros por um mesmo ideal /Viver o Movimento como algo verdadeiro
2	13:4, 4:5	Relações novas / Acolhimento / Ocupar a cabeça com outras coisas / Sentir-se importante para os outros
3	5:4, 7:4	Novas relações / Presença constante dos outros / Muitas atividades
4	6:2, 1:5, 3:5	Acolhimento / Sentir-se importante para os outros / Percepção dos problemas dos outros e solidariedade/ Sentir-se útil
5	16:2, 11:4, 9:5	Acolhimento / Ser respeitado pelos outros / Novas relações / Ajuda aos outros
6	2:6	Atividades / Não pensar na doença / Percepção das dificuldades dos outros
7	3:5, 15:5	Ser importante para os outros / Ser reconhecido
8	1:2	Apoio / Sentimento de valorização / Escuta
9	9:3, 8:4	Acolhimento / Apoio / Sentir-se útil
10	8:5	Sentido para a vida / Sentir-se alguém/importante / Ter voz / Reconhecimento / Recuperar o brilho

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A depressão é um transtorno mental com sintomas definidos, associados a comportamentos individuais, para os quais a psiquiatria e a neurociência buscam melhor compreensão e tratamentos mais eficazes, por meio de pesquisas e experimentos em diversos níveis, inclusive no molecular. Mas não é apenas isso. A depressão é também um sofrimento vivenciado por sujeitos a partir de seus relacionamentos sociais e afetivos, de suas relações de trabalho, das exigências socialmente definidas e do lugar que cada um ocupa na sociedade.

Os relatos apresentados pelos participantes desta pesquisa parecem não deixar dúvidas a este respeito. A relação de seus próprios sofrimentos depressivos a situações de desestruturação familiar, traumas infantis, ao trabalho e a dificuldades econômicas certamente tem algo a nos dizer. A psicanálise acrescenta ainda os conflitos inconscientes, também socialmente inscritos, neste rol etiológico.

Por isso apresentamos na introdução deste trabalho um levantamento de teses e conceitos que buscaram apreender esta dimensão social da depressão, sem a qual se torna impossível compreender como a participação de um sujeito depressivo numa ocupação de sem-teto pode incidir de algum modo em sua depressão.

Iniciaremos esta parte de discussão apresentando dois conceitos que nos parecem fundamentais para situar os resultados obtidos com a pesquisa: "humilhação social", do psicólogo José Moura Gonçalves Filho, e "ralé brasileira", do sociólogo Jessé Souza. Em seguida buscaremos interpretar propriamente os resultados, considerando os fatores específicos das ocupações do MTST que possam ter contribuído para as variações identificadas.

6.1 Depressão, "humilhação social" e a "ralé brasileira"

A inscrição dos participantes de nossa pesquisa num grupo social relativamente homogêneo é algo evidente. Quem procura uma ocupação de terra urbana o faz, via de regra, por dificuldade econômica em garantir uma condição básica de sobrevivência, a moradia. Isso implica um pertencimento às classes populares, com suas condições mais ou menos comuns em relação ao trabalho, modo de vida, padrões culturais e estrutura familiar. Tais condições precisam ser consideradas para uma compreensão adequada do sofrimento depressivo e do papel da vivência na ocupação para a vida desses sujeitos.

A análise das entrevistas, neste sentido, foi elucidativa. Desestruturação familiar, expressa em abandono pelos pais, abuso sexual, ausência completa da figura paterna, humilhações, agressões físicas, alcoolismo e drogas – temas frequentes nos relatos sobre a depressão e seus desencadeadores – tem uma forte demarcação de classe. Assim como os sofrimentos decorrentes do trabalho e da situação de desemprego. Este conjunto de situações não está, evidentemente, circunscrito às classes populares, mas nelas são muito mais frequentes e intensos. Poderíamos falar também do sentimento de invisibilidade, que pode ser encontrado em relatos de sujeitos depressivos das camadas médias da sociedade, mas que evidentemente tem determinantes sociais arraigados entre os mais pobres, conforme veremos adiante. É muito mais fácil sentir-se (e ser) invisível em Itaquera ou Itapecerica da Serra do que na Vila Nova Conceição.

Há uma demarcação de classe no sofrimento dos sujeitos que entrevistamos, para além de outros fatores da "epidemia depressiva" e dos conflitos propriamente psíquicos de cada um, em relação aos quais a entrevista e o contato que estabelecemos não teriam como perscrutar. Buscamos então conceitos que nos ajudassem a compreender a relação entre as condições sociais de pobreza, nas periferias urbanas brasileiras, e o sofrimento

psíquico. Dois nos pareceram especialmente relevantes para esse propósito: o conceito de "humilhação social", do psicólogo social José Moura Gonçalves Filho (1998) e o de "ralé brasileira", do sociólogo Jessé Souza (2009).

Gonçalves Filho (2007) desenvolveu uma pesquisa participante na Vila Joaniza, bairro popular da periferia de São Paulo, entrevistando mulheres que participaram da fundação de Centros de Juventude (CJ) na região. Daí extraiu percepções importantes para a formação do conceito de humilhação social. O fenômeno, diz ele, expressa um rebaixamento ancestral dos mais pobres e vem de um histórico de expropriação e maus tratos: "Humilhação social é sofrimento longamente aturado e ruminado. É sofrimento ancestral e repetido. Um sofrimento que, no caso brasileiro e várias gerações atrás, começou com golpes de espoliação e servidão".

É um fenômeno que se define pela desigualdade de classes: "Psicologicamente, [os pobres] sofrem continuamente o impacto de uma mensagem estranha, misteriosa: 'vocês são inferiores'. E, o que é profundamente grave: a mensagem passa a ser esperada, mesmo nas circunstancias em que, para nós outros, observadores externos, não pareceria razoável esperá-la. Para os pobres, a humilhação ou é uma realidade em ato ou é frequentemente sentida como uma realidade iminente".

O autor identificou, a partir de depoimentos e conversas, cinco sentimentos marcantes da humilhação social: o sentimento dos ambientes da cidade como expulsivos; o sentimento amargo na fruição dos bens públicos; o sentimento de invisibilidade; o sentimento de não ter direitos; e o sentimento de vigilância. Em relação às entrevistas que analisamos, cabe destacar dois deles, o sentimento de invisibilidade e o de não ter direitos.

O primeiro apareceu em vários de nossos depoimentos, como parte da história de vida dos sujeitos e da caracterização de seu sofrimento depressivo. Gonçalves Filho relata uma experiência que propôs aos estudantes de psicologia social, realizada no caso por

Fernando Braga da Costa, tornado gari por um dia na Cidade Universitária: "A primeira frase em seu diário de campo: 'Fiquei invisível!'. Explico: vestiu o uniforme azul, trabalhou de manhã e, à altura do almoço, passou uniformizado pelo Instituto de Psicologia. Entrou no prédio e reparou uma espécie de desaparecimento dos gestos e palavras que, quando estudante, são comuns entre ele e quem cruza. Surpreendeu-se especialmente nas vezes em que passou despercebido por pessoas que estudam com ele: não o viram, passaram ao largo, sem cumprimentos. Era um uniforme que perambulava: estava invisível".

Já o sentimento de não possuir direitos parece estar relacionado, pelos exemplos dados, ao sentimento de não ser ninguém, ser "um lixo", "pior do que um chinelo de um real" e, dessa forma, ir aturando as humilhações, sendo aos poucos destituído de qualquer dignidade humana. É não ter um lugar próprio, estar despossuído, e naturalizar isso, como na citação apresentada pelo autor do diário de Simone Weil, trabalhadora da Renault: "Se me obrigassem brutalmente a descer do ônibus dizendo que meios de locomoção tão cômodos não são para mim, que eu só devo andar a pé, acho que me pareceria natural". Este tipo de sentimento apareceu em vários de nossos relatos.

Gonçalves Filho relaciona ainda a humilhação social a um mal-estar nas cidades capitalistas contemporâneas, advindo de um desenraizamento dos sujeitos e da despersonalização das relações. São fenômenos que expressam o fim das relações comunitárias e dos vínculos de solidariedade, substituídos pelos fatos sociais isolados: "trabalhadores isolados, cidadãos isolados — casas isoladas, sem horizonte; praças isoladas, sem companheiros". A vida urbana tornou-se o império do isolamento, do anonimato, "como se eu estivesse num lugar cheio de gente e ao mesmo tempo não tivesse ninguém" — conforme relatou Railda, da ocupação Dandara. Isso vem junto com o esvaziamento das relações sociais e a quebra da solidariedade coletiva, reduzindo o

sujeito a um "emudecimento", não o silêncio dos mudos, mas o dos emudecidos, nota Gonçalves Filho.

O caminho para enfrentamento e superação da condição de humilhados, sugere ele, está na participação e no enraizamento coletivo. Passa por retomar a palavra, por ser escutado pelo outro e redescobrir os vínculos solidários diante das necessidades alheias. Baseia sua análise em situações que presenciou nos CJs e em relatos de greves metalúrgicas e da organização sindical. Encontramos essas mesmas questões — e algumas outras — nos relatos dos trabalhadores sem-teto das ocupações do MTST, associadas à maneira como entendem a saída da depressão. A passagem do isolamento aos vínculos comunitários, o reencontro com os outros nas relações de solidariedade têm a inesperada potência de quebrar os alicerces das relações de humilhação e do sofrimento depressivo que pode acompanhá-la.

O sociólogo Souza (2009) também se dedicou a investigar a dimensão do sofrimento subjetivo decorrente das relações de desigualdade social. Concluiu que um aspecto determinante da realidade brasileira é o não reconhecimento social de cerca de um terço da população nacional, desprezada e invisível: a "ralé brasileira". Esta ralé, diz, vive numa "subcidadania" e não somente pela condição social e econômica, mas também pela anulação enquanto sujeitos: "Minha tese é que existe um 'consenso inarticulado' que perpassa toda a sociedade brasileira, que diz que é normal e natural que a nossa sociedade seja dividida em gente e sub-gente".

A questão, nota o psicólogo Oliveira (2010), é saber com quem estamos falando:

"Se eu estou falando de um sujeito aprazível - daqueles que estão na camada, que merecem o meu apreço, porque pode exercer sobre mim algum tipo de poder - ou se eu estou lidando com um desprezível, alguém que está situado socialmente em uma esfera que, efetivamente, não só não pode me atingir, mas como deve se subordinar a mim".

Este "consenso inarticulado", composto de preconceitos e percepções tácitas que definem a forma de relação dos cidadãos com os subcidadãos, estaria calcado na invisibilidade da "ralé". Ou seja, Souza sustenta que o sentimento de invisibilidade - tão frequente nos relatos de nossa pesquisa nas ocupações - está baseado numa construção social que torna certos sujeitos *de fato* invisíveis: "Essa invisibilidade, como já apontado, não é um não-perceber. Como diria o pensador alemão Axel Honneth, ela é mais um 'olhar através' (look through); é perceber fisicamente a presença do outro, e, mesmo sem se dar conta, ignorá-la por completo; é decretar a não relevância social do outro. Por conta desse mecanismo, o desqualificado, indigno de atenção, só se torna visível se for agressivo de alguma forma, ou fizer algo que chame a atenção".

A invisibilidade, que pode ser incorporada de forma humilhante pelo próprio sujeito como estratégia de sobrevivência, vem acompanhada de um bloqueio da autoestima e da autoconfiança. A autopercepção como invisível leva ao sentimento de não ser ninguém ou, novamente, de ser "um lixo", "pior do que um chinelo de um real". A isso se associa ainda, segundo Souza, a ausência de uma qualificação profissional que lhe seja própria e que lhe garanta um lugar social: "Assim, a pergunta que sempre é silenciada na cabeça de milhões de brasileiros, trabalhadores desqualificados, é: quem sou eu, que valor eu tenho, se posso ser substituído por inúmeros iguais a mim, caso abandone minha ocupação neste momento? Dito de modo simples, a resposta, também calada, é: eu sou ninguém em minha sociedade".

A destruição da autoestima está também calcada, diz ele, na desestruturação familiar própria desta subcidadania. A família da "ralé" está marcada, de forma geral, pela ausência de condições afetivas para o estabelecimento da autoconfiança do sujeito. Dentre suas características mais comuns, aponta Souza, estão o abandono paterno, o abuso de poder e sexual, o alcoolismo, o machismo, a agressão e a ausência de um

ambiente de diálogo - traços marcantes da condição familiar em boa parte das entrevistas que recolhemos para este trabalho.

Família desestruturada, subordinação social, invisibilidade, ausência de autoestima e autoconfiança, eis as condições estruturais do sofrimento subjetivo de um terço da população brasileira.

Todas essas questões, assim como aquelas relacionadas à "humilhação social", aparecem de forma relevante nos participantes de nossa pesquisa, ao descreverem seu sentimento depressivo, os desencadeadores e sua história de vida de modo geral. Isto evidentemente não nos autoriza a estabelecer uma relação direta e necessária entre o sofrimento depressivo, vivenciado como psicopatologia, e as condições sociais mencionadas. Fosse assim teríamos ao menos um terço da população brasileira clinicamente deprimida. Uma das armadilhas que vimos na abordagem da "epidemia depressiva" é precisamente a medicalização da tristeza e do sofrimento, identificando-os a categorias patológicas. Sofrer não significa necessariamente deprimir-se.

Parece mais adequado falarmos em "fatores de vulnerabilidade" neste caso, seguindo a análise de Brown e Harris (1978). Determinados fatores sociais - como o isolamento, a pobreza, a desestruturação familiar, a humilhação - parecem criar uma maior vulnerabilidade, condições mais favoráveis para a depressão. Mas o desencadeamento depende também de outros fatores de ordem psíquica, por exemplo, segundo a psicanálise, fatores da vivência infantil inconsciente. Não nos interessa aqui e fugiria inteiramente ao escopo e condições deste trabalho construir uma teoria etiológica da depressão.

O que importa ressaltar é que as análises apresentadas nos ajudam a identificar fatores sociais que parecem constituir uma maior vulnerabilidade para a depressão. Isso,

por si só, já nos dá bases para compreendermos melhor como uma vivência social - no caso, a atuação na ocupação de sem-teto - pode incidir nesta mesma depressão.

6.2 Ocupação não rima com depressão: a "Família MTST"

Ao analisarmos os resultados da pesquisa com os questionários podemos concluir com segurança a redução dos escores de depressão, ansiedade e solidão, assim como o aumento do índice de relações sociais, após o ingresso dos participantes em ocupações do MTST. Não podemos, contudo, traduzir estes resultados numa diferenciação clínica rigorosa entre "depressivos" e "não depressivos". O principal instrumento utilizado na pesquisa quantitativa foi a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão que, tal como outros questionários do gênero, tem utilidade como índice de sintomas, frequentemente utilizados na triagem clínica (Marcolino et al., 2007).

O exame clínico por profissional qualificado é fundamental para a caracterização patológica. E demandaria, no caso desta pesquisa, condições que não estavam presentes. A pesquisa foi realizada durante um período extenso, em diferentes locais, contando com centenas de participantes e em condições físicas precárias (barracos de lona no interior de um acampamento). No caso das pesquisas de retorno, frequentemente foram necessárias inúmeras visitas para encontrar cada participante. Se para cada participante que apresentasse escore de depressão superior a oito na EHAD (que é o corte estabelecido para o índice) fossemos realizar um exame clínico por profissional habilitado, esta pesquisa exigiria recursos materiais e humanos de difícil obtenção, além de maior duração.

Essas condições não estavam disponíveis e impõem um limite a este trabalho no que se refere à caracterização clínica rigorosa. Não podemos afirmar, sem o exame

clínico, que o participante estava deprimido ou que deixou de estar. O questionário é um instrumento insuficiente para tanto. Todavia, as respostas aos questionários e especialmente o material das entrevistas individuais, nos permitem um índice da sensação dos sujeitos. O que, no caso da depressão e também da ansiedade, já é algo bastante significativo. Alguém que declara "ter perdido o prazer pelas coisas", "não conseguir mais se divertir", "nunca sentir-se alegre", "estar lento para agir e pensar", "ter perdido o interesse em cuidar da aparência" e "ter perdido a esperança em coisas boas" pode não ser, apenas por isso, caracterizado clinicamente como depressivo, mas revela sensações sobre si que tornam esta caracterização bastante provável. Sentir-se deprimido continuamente por um período extenso é praticamente o mesmo que estar deprimido. Assim como sentir-se melhor em relação a estes sintomas é praticamente o mesmo que estar melhor.

A ausência de exame clínico para uma caracterização rigorosa, portanto, não invalida nossos resultados. Limita-os no sentido de não podermos afirmar estritamente que sujeitos com depressão ficaram clinicamente curados após o envolvimento nas ocupações. Mas os resultados nos permitem concluir que o índice de sintomas depressivos reportados por estes sujeitos reduziu-se significativamente após o referido envolvimento, isto é, que os sujeitos relataram sentir-se melhor em relação a esses sintomas. A sensação de melhora é evidente, em especial quando consideramos os relatos fornecidos nas entrevistas individuais.

Dito isso, surge a questão de como compreender e explicar esta melhora. Se melhoram, por que melhoram? O que a ocupação de sem-teto proporciona ao sujeito para que sinta uma mudança positiva em relação ao seu estado de ânimo?

As entrevistas nos dão alguns elementos para responder isso. Retomando-as, identificamos cinco questões principais nos discursos dos participantes que nos ajudam a responder à questão:

- a) Ampliação das relações sociais. Observando a tabela-síntese do tema "depressão" (Tabela 6) é notável que as categorias "isolamento" e "solidão" aparecem com recorrência nas entrevistas para caracterizar a depressão. A associação da solidão e falta de conexão social aos sintomas depressivos também pôde ser observada na variação dos índices da Escala Ucla e da Escala de avaliação de apoio social aplicadas aos grupos de "depressivos" e "não depressivos" no momento anterior à participação na ocupação (Tabela 4). Inversamente, a aplicação dessas escalas no momento posterior mostra a associação da redução do índice de sintomas depressivos com a redução da solidão e a ampliação da conexão social. Nesta mesma direção, na tabela-síntese do tema "experiência no Movimento" (Tabela 8), a categoria "novas relações" aparece em várias entrevistas na atribuição de motivos da melhora do sujeito em relação aos sintomas. Portanto, é possível concluir que a ocupação proporcionou a estes participantes a ampliação de suas relações sociais, tirando-os em muitos casos de um isolamento sofrível, incidindo na diminuição dos sintomas depressivos.
- b) Reconhecimento/Acolhimento. A análise da tabela 8 e de conjunto das entrevistas também demonstra a importância das categorias de "reconhecimento" e "acolhimento" na percepção dos participantes em relação à sua melhora após a ocupação. A ocupação proporcionou não somente um ambiente para novas relações sociais, mas também relações em que os participantes se sentiram reconhecidos pelos outros, em contraste com o "sentimento de rejeição", as separações e o conjunto de problemas familiares (alguns bastante dramáticos) -

expressos na categoria da "humilhação familiar" - que aparecem como "desencadeadores" da depressão na tabela 7. Não se trata, portanto, da mera ampliação quantitativa das relações. O relato dos participantes indica que a vivência na ocupação permitiu relações qualitativamente distintas, onde a rejeição cede lugar ao reconhecimento e a humilhação ao acolhimento.

- c) Resgate da autoestima. Quando questionados sobre sua depressão vários dos participantes a associaram de alguma forma à perda de autoestima: sentimentos de "inutilidade", de "invisibilidade", "sentir-se um lixo" ou, nas palavras de uma das entrevistadas, sentir-se "pior que chinelo de um real". A tabela 6 mostra a recorrência destas categorias nos relatos. Como vimos na seção anterior, esta perda de autoestima tem raízes na "humilhação social" e nas condições de vida da "ralé brasileira". Estando ou não associada a uma depressão clínica, a perda de autoestima é evidentemente um fator depressivo. A ocupação parece ter proporcionado a alguns a reversão deste processo com um resgate da autoestima, expresso na tabela 8 através de categorias como "sentir-se importante", "sentir-se valorizado" e até mesmo recuperar o "brilho" e o "sentido para a vida". Notavelmente essas categorias guardam uma relação com as do tópico anterior: o resgate da autoestima passa pelo acolhimento e o reconhecimento pelos outros. Mas representa um passo além: mediado pelo reconhecimento, o sujeito antes invisível e rebaixado recupera o brilho e descobre que pode ser até "presidente do Brasil", nas palavras de uma das participantes.
- d) Vínculo de solidariedade. Vários dos entrevistados, quando questionados sobre os fatores de melhora de sua depressão na ocupação, referiram-se a categorias ligadas aos vínculos de solidariedade, conforme vemos na tabela 8: sentir-se "importante para os outros", percepção de que seus problemas são menores se

comparados aos de outros e "ajuda aos outros". Ou seja, a oportunidade de ajudar aos demais - em especial no caso dos participantes que assumiram funções específicas na ocupação - fez com que as pessoas se sentissem melhor, mais importantes.

e) Pertencimento. O fator do pertencimento apareceu nos relatos com frequência por meio da associação do Movimento à categoria "família". A vivência coletiva na ocupação estava associada a um objetivo maior, a "luta por um mesmo ideal" - a moradia (Tabela 8). A construção do vínculo de pertencimento, comum à psicologia de grupo, parece ter sido simbolizada por vários dos participantes como a construção de uma nova família, uma "família hospitaleira", nas palavras de uma das entrevistadas. No lugar da desestruturação familiar - presente na maior parte dos relatos e associada de algum modo à depressão - surge então o pertencimento a esta outra "família", percebido como fator de melhora da depressão.

Estes fatores, identificados a partir das categorias apreendidas em nossas entrevistas, coincidem em grande medida com observações realizadas pelo historiador Fernandes (2011), que atuou junto a ocupações do MTST, expressas no texto *Luta, que cura!*, publicado em site na internet. Neste texto, escrito a partir de experiências na ocupação João Cândido, organizada pelo MTST em Itapecerica da Serra, Fernandes nota "lampejos terapêuticos" nas ocupações e remete este efeito a questões como o vínculo de cooperação e pertencimento; o resgate da autoestima pelas mobilizações coletivas; o acolhimento e as relações de solidariedade. Ou seja, embora Fernandes tenha se baseado apenas em observações diretas, suas conclusões apontam para as mesmas categorias a que chegamos em nossa pesquisa.

Outro aspecto interessante deste texto é o paralelo estabelecido entre os efeitos "terapêuticos" das ocupações e aqueles proporcionados pela participação em instituições religiosas, notadamente as igrejas evangélicas. A função "terapêutica" do engajamento religioso conta com referências bibliográficas mais vastas, tendo sido abordada por numerosos estudos, inclusive na área de saúde pública (Moffatt, 1986; Solomon, 2002; Souza, 2009; Figueira, 1996; Costa Rosa, 1995; Grudtner, 1996; Marchesi, 1997; Machado, 2001).

Souza (2009) enxerga nas igrejas neopentecostais um espaço de alívio do sofrimento decorrente das contínuas frustrações sociais, em especial para os mais pobres. "Fica evidente que Igreja Universal interpela o indivíduo – "Ei, você! Pare de sofrer!" – para além de qualquer laço de pertença étnica, racial, proveniência nacional etc. (...) Ora, a IURD surge exatamente para aliviar o sofrimento típico do fracasso em sociedades modernas, legitimado pela competição no mercado, e vivido como *fracasso individual*". O discurso da igreja possibilita ao sujeito um resgate da autoestima, apresentando-se como um "templo da esperança".

Na mesma direção, Moffatt (1986) analisa uma série de modelos de "terapias populares" com viés religioso na Argentina. Destaca alguns elementos comuns que contribuem para o "efeito terapêutico": a atenção aos problemas do sujeito; a criação de um vínculo afetivo regressivo; o sentimento de pertença; e o despertar da esperança. O fato do sujeito sentir-se afetivamente acolhido, segundo ele, é um elemento-chave das diversas experiências analisadas: "O psicoterapeuta popular, ou seja, o curandeiro, o vidente, sabe estabelecer uma vinculação íntima com o 'paciente'. A relação que estabelece é intensamente afetiva, o 'paciente' é em geral chamado de 'irmão' e o tom do vínculo é regressivo".

Considerando estes autores e as atividades proporcionadas pelas igrejas notadamente, na atualidade, as neopentecostais - é possível supor que as questões
levantadas por nossos entrevistados como razões para a melhora dos sintomas depressivos
encontrem paralelo no engajamento religioso. Em muitas igrejas, observa-se um sistema
organizado de acolhimento, com a formação de grupos de jovens e de mulheres, grupo de
música, etc. Os valores e costumes estabelecidos pela doutrina daquela igreja
proporcionam um sentimento de comunidade, um novo ambiente de relação social, que é
reforçado, por exemplo, pela lembrança e celebração da data do aniversário de cada um.
As cinco questões levantadas pelos participantes das ocupações parecem estar também
presentes neste caso: ampliação das relações sociais, reconhecimento/acolhimento,
resgate da autoestima, vínculos de solidariedade e pertencimento.

No entanto, nos parece haver um diferencial no caso das ocupações do movimento sem-teto. É com ele que concluiremos este trabalho, analisando as formas específicas como a vivência nas ocupações permite os efeitos que identificamos na pesquisa. Considerando o funcionamento das ocupações e os relatos dos entrevistados, compreendemos quatro momentos decisivos para nos ajudar a explicar a melhora em sintomas depressivos apresentadas por vários dos participantes: a entrada na ocupação; a vivência coletiva cotidiana; a participação nas tarefas; e o protagonismo nas mobilizações. Vejamos cada um desses momentos.

a) Entrada na ocupação. A chegada dos novos participantes na ocupação é um momento decisivo para o que virá a ser posteriormente o sentimento de "família".
 Há, nos acampamentos do MTST, uma equipe de acolhimento, responsável por receber e orientar aqueles que chegam buscando moradia. Esta equipe faz o contato inicial, apresenta a forma de organização e esclarece dúvidas. Só o fato do sujeito ser recebido, escutado e tratado com atenção já estabelece um primeiro

vínculo. A dúvida mais frequente nas ocupações é "quanto precisa pagar pelo lote?". As pessoas então são informadas de que não há qualquer tipo de pagamento e que se trata de uma luta coletiva para obter o terreno e, posteriormente, construir as moradias. Isso tem um efeito de validação da presença do sujeito ali: ele não é inferior aos outros por não poder pagar, não há qualquer pré-condição para participar da ocupação, a não ser a necessidade que a justifica. Em seguida, a pessoa é levada ao local onde poderá construir seu barraco e, caso necessite, recebe apoio da equipe de infraestrutura na montagem. Após a construção do barraco, este é numerado, o que permitirá o cadastro do participante na ocupação. Ou seja, a pessoa passa a ter um lugar legitimado na ocupação, o que permite uma passagem do registro do "favor" para o registro do "direito", passagem que, por si só, tem um efeito importante na autoestima.

b) Vivência coletiva cotidiana. Na medida em que as ocupações costumam envolver centenas ou até milhares de pessoas, a organização do acampamento se dá através da delimitação de grupos menores, que podem variar entre 200 e 500 participantes, a depender do tamanho de cada ocupação. É nestes grupos, identificados numericamente (G1, G2, etc.), que se estabelecem as relações de convivência no dia-a-dia. Cada grupo constrói uma cozinha coletiva, faz suas reuniões diárias e elege coordenadores entre os participantes, com a responsabilidade de organizar as tarefas e fazer parte da coordenação geral da ocupação. Nos grupos se desenvolve uma intensa relação social, tendo a cozinha e o espaço de reuniões como pontos de referência. De noite, especialmente no inverno, fazem-se pequenas fogueiras, que acabam sendo uma oportunidade para que as pessoas compartilhem suas histórias de vida, contem "causos" e possam falar sobre seus problemas cotidianos. Formam-se novas relações de vizinhança.

Este tipo de convivência comunitária, que praticamente desapareceu da vida urbana, reaparece no acampamento, proporcionando novas relações sociais, escuta e reconhecimento mútuo, especialmente para aqueles que vivam na solidão. Este espaço dos grupos é completado ainda pelas assembleias gerais, que reúnem todos os participantes da ocupação e onde são passadas informações, orientações e definidas as eventuais iniciativas para avançar na luta pela moradia. As assembleias reúnem a todos para tratar de questões de interesse comum. Isso fortalece o sentimento de corpo, de pertencimento, enfim de "família".

c) Participação nas tarefas. O cotidiano da ocupação estabelece uma série de demandas: como garantir o funcionamento das cozinhas coletivas? Como manter a ocupação organizada e limpa? Como lidar com os inevitáveis conflitos e garantir a segurança de todos? Essas questões colocam tarefas para o conjunto dos participantes. As soluções apresentadas são através da cooperação e do trabalho coletivo, que criam fortes vínculos de solidariedade. No caso das cozinhas, os grupos formam um sistema de revezamento de voluntários, que assumem as várias tarefas: buscar água, recolher doações de alimentos, cozinhar, organizar a distribuição, lavar as panelas, manter a cozinha limpa e organizada. No caso da limpeza, são organizados em cada grupo dias de mutirão, onde todos de envolvem para limpar o espaço, melhorar as instalações e reformar os espaços coletivos. E, no caso dos conflitos e da segurança, forma-se o grupo da "trilha", com voluntários que se revezam na responsabilidade de mediar confusões e dar segurança para o conjunto dos moradores. Além do vínculo de solidariedade, decorrente da cooperação nas tarefas, o envolvimento nessas atividades costuma gerar um sentimento de responsabilidade e de "utilidade". As pessoas que atuam com mais frequência nas tarefas tornam-se referências no acampamento, passando a ser demandadas pelo conjunto. Estes papéis fortalecem a autoestima, pelo reconhecimento e o sentimento de "ser importante", "ser útil", que apareceram em várias das entrevistas de nossa pesquisa.

d) Protagonismo nas mobilizações. Para que as ocupações possam resultar num acesso efetivo ao direito à moradia, o movimento organiza manifestações de pressão junto ao Poder Público nas suas várias esferas. Cada ocupação desenvolve um processo de negociação próprio, que visa a conquista da terra - por meio de desapropriação ou compra - e o financiamento para a construção das casas. Neste processo, a mobilização das pessoas desempenha um papel chave. Muitos dos ocupantes têm aí sua primeira experiência de participação em manifestações coletivas. Este momento representa uma consolidação da identidade como grupo, do pertencimento: os participantes da ocupação se apresentam como um grupo "para fora". Ao levar suas demandas coletivas para o Estado, exigindo atendimento de um direito, as pessoas elevam-se a protagonistas do processo. Tornam-se visíveis, ganham voz perante autoridades tidas como "inatingíveis", para quem jamais poderiam apresentar suas necessidades. A ocupação e o movimento tornam-se instrumentos pelos quais muitos participantes podem se fazer ouvir pela primeira vez em suas vidas.

Estes quatro momentos da participação nas ocupações nos parecem fundamentais para a compreensão dos efeitos identificados na pesquisa em relação à redução dos sintomas depressivos. A entrada no acampamento, com o acolhimento pelo grupo sem pré-condições; a vivência coletiva cotidiana, que proporciona a abertura para novas relações sociais e o pertencimento ao grupo; a participação nas tarefas, que fortalece vínculos de solidariedade e o reconhecimento como alguém "útil" e importante ao grupo;

e as mobilizações, que permitem aos sujeitos ocupar um papel de protagonista, ganhando visibilidade e voz para seus problemas comuns.

Se retomarmos a reflexão de Gonçalves Filho acerca da "humilhação social", apresentadas neste capítulo, veremos na descrição da vivência nas ocupações a construção das condições para superar a humilhação. Esta superação, diz ele, está associada a um novo enraizamento comunitário e à participação social, pela qual o sujeito pode retomar a palavra. A invisibilidade e o sentimento de não ter direitos, ligados à perda das relações comunitárias e de seus vínculos de solidariedade, são marcas decisivas da humilhação social. A ocupação, como vimos, permite uma retomada desses vínculos e um reconhecimento coletivo do sujeito e de seu papel, o que reverbera na recuperação dos sentimentos de "ser útil", "ser visível", "ter voz". Aquela "mensagem misteriosa" que insiste em ecoar nos ouvidos dos humilhados dizendo "vocês são inferiores" perde sua eficácia ou, ao menos, passa a ser confrontada com mensagens contrárias advindas da nova experiência coletiva.

Quando os humilhados se organizam e mobilizam-se torna-se impossível ignorar sua presença, o "olhar através", fator chave para o bloqueio da autoestima. Com isso, torna-se mais compreensível a redução dos fatores de vulnerabilidade para a depressão e a melhora nos sintomas relatada por vários dos participantes de nossa pesquisa.

Por fim, a análise dos quatro momentos da participação dos sujeitos nas ocupações nos permite apontar um diferencial desta experiência em relação a outras análogas, em particular àquelas possibilitadas pelas igrejas. Os autores que vimos tratar dos "efeitos terapêuticos" do engajamento religioso referem-se a questões como o acolhimento, a construção de novos vínculos de solidariedade, o pertencimento ao grupo e o decorrente resgate da autoestima. Como vimos, todos esses fatores são comuns à experiência de

participação nas ocupações. Mas, esta experiência possibilita algo que a atuação nas igrejas não inclui: a participação e o protagonismo nas mobilizações sociais.

Este é um diferencial, que permite o efeito de empoderamento. As mobilizações permitem às pessoas tornarem-se parte ativa do processo, tomando para si a responsabilidade e o protagonismo. O desfecho da ocupação passa a depender da sua participação e não de uma "dádiva" abstrata. Conquistar algo é diferente de receber algo, esta é a questão que se apresenta nas mobilizações. Em vários dos relatos dos entrevistados, essa questão aparece relacionada à abertura de novos horizontes, de resgate da esperança, enfim, de empoderamento.

Relembremos o que nos disse André: "Parece que eu estava dentro de um casulo preso, hoje em dia eu me sinto importante aqui dentro, eu vejo que eu sou alguém de novo, que eu tenho voz, eu vejo que as pessoas me enxergam de novo como alguém e é uma coisa que eu achava que não tinha mais, eu não tinha mais esse brilho que eu vejo que o MTST me deu hoje". Em sua entrevista, ele associa a mudança de sua percepção em relação à ocupação - antes apática e protocolar - à participação em uma das mobilizações. Com ainda mais ênfase, a questão do empoderamento está presente no relato de Railda: "Eu descobri que eu não sei só fazer isso, eu sou útil em outras coisas e é que nem eu falei pra as meninas 'eu posso ser uma empresária, posso ser a presidente do Brasil, posse ser o que eu quiser hoje', depende da minha garra e do que eu quiser fazer".

O resgate da própria potência - antítese do sentimento de impotência tão característico das depressões - talvez seja o grande efeito subjetivo de um processo de mobilização coletiva como o proporcionado pelas ocupações do movimento sem-teto.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A presente pesquisa aponta para a existência de uma relação entre a participação nas ocupações de sem-teto estudadas e a redução do índice de sintomas depressivos e ansiosos, medidos pela EHAD.

O relato dos participantes, obtidos através das entrevistas individuais, associam esta redução a fatores como a ampliação das relações sociais, o reconhecimento e acolhimento, o resgate da autoestima, a construção de vínculos de solidariedade e o pertencimento ao grupo.

Considerando o modo de organização das ocupações do Movimento Sem Teto pode-se associar estes fatores "terapêuticos" a quatro "momentos" determinados da experiência de participação nas ocupações: a atuação da equipe de acolhimento no momento de chegada na ocupação; a convivência comunitária nos espaços coletivos; a responsabilidade decorrente da participação em tarefas; e o empoderamento pela participação nas mobilizações coletivas do grupo.

Além disso, a aplicação de questionários relacionados ao nível de relação social e isolamento dos sujeitos permite supor uma relação de índices elevados de sintomas depressivos com maior solidão e isolamento dos participantes. E, inversamente, o aumento das relações sociais associa-se à diminuição do índice de sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abraham K. Teoria psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais. 5.ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Anzieu D. El grupo y el inconsciente. Madrid: Biblioteca Nueva, 1978.

Aristóteles. O homem de gênio e a melancolia. O problema XXX,1. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1998.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for measuring depression. In: Arch Gen Psychiatry. 1961; 4:53-63.

Bentes L. Toxicomanias antidepressivas. In: Quintet A. A dor de existir e suas formas clínicas. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1997.

Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica. São Paulo: Santos, 2010.

Boulos G. Por que ocupamos? Uma introdução à luta dos sem-teto. São Paulo: Scortecci, 2013.

Brown G, Harris T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. New York: The Free Press, 1978.

Bruckner P. A euforia perpétua. Ensaio sobre o dever de felicidade. Rio de Janeiro: Difel, 2010.

Bucher R. Depressão e Melancolia: estrutura e classificação dos estados depressivos. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

Costa-Rosa A. Práticas de cura nas religiões e tratamento psíquico em saúde coletiva. [Tese de Doutorado em Psicologia] Universidade de São Paulo; 1995.

Cruwys T, Dingle GA, Haslam C, Haslam SA, Jetten J, Morton TA. Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. Soc Sci Med. 2013;98:179-86.

Deloya D. Depressão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

Deloya D. A depressão na economia dos processos de diferenciação e integração psíquica. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2001;4(1):51-75.

Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: Na outpatient psychiatric rating scale – preliminar report. Psychopharmacol Bull. 1973 Jan;9(1):13-28.

Ensminger ME, Juon HS, Lee R, Lo SY. Social Connections in the Inner City: Examination across the Life Course. Longit Life Course Stud. 2009; 1(1):11-26.

Fédida P. Depressão. São Paulo: Escuta, 1999.

Fédida P. Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta, 2009.

Fernandes M. Luta, que cura. Passa Palavra 2011. Disponível em: www.passapalavra.info/2011/05/40157.

Figueira S. Jesus, o médico dos médicos. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Universidade de São Paulo; 1996.

Flick U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Freud S. Obras Completas. Buenos Aires: El Ateneo, 2003.

Fundação João Pinheiro, Déficit Habitacional no Brasil 2013-2014. 2016. http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/informativos-cei-eventuais/634-deficit-habitacional-06-09-2016/file Gaulejac V. Neurosis de classe. Trayectoria social y conflitos de identidade. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo, 2013.

Gonçalves Filho JM. O bairro proletário e a hospitalidade. Boletim de Psicologia. 1998; 48(108): 27-47.

Gonçalves Filho JM. Humilhação: um problema político em psicologia. Psicologia USP. 1998;9(2):11-67.

Gonçalves Filho JM. Humilhação social: humilhação política, In: de Paula Souza B. Orientação à queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck depression Inventory and the state-trait anxiety Inventory in Brazilian subjects. Braz J Med Biol Res. 1996;29(4):453-7.

Grant R, et al., Twenty-Five Years of Child and Family Homelessness: Where Are We Now? Am J Public Health. 2013;103(Suppl 2):e1-e10.

Griesinger W. Melancolia no sentido mais estrito. In: Quintet A. A dor de existir e suas formas clínicas. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1997.

Grudtner D. Ajudar o ser doente se religar a Deus: também é papel da enfermagem. Cogitare Enferm. 1996;1(1):95-8.

Guerra de Andrade LHS. Estudo epidemiológico dos transtornos psiquiátricos na Região Metropolitana de São Paulo: prevalência, fatores de risco e sobrecarga social e econômica [Tese de pós-doutorado em Ciências da Saúde]. Universidade de São Paulo; 2010.

Jimenez S. Depressão e Melancolia. In: Quintet A. A dor de existir e suas formas clínicas. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1997.

Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

Kirsch I. The Emperor's New Drugs: exploding the antidepressant myth. New York: Basic Books, 2010.

Kirsch I. The Emperor's New Drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. Prevention & Treatment. 2002;5(1):article 23.

Kowarick L. A espoliação urbana. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1993.

Lacan J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

Lanoni D. Escala de Avaliação de Sintomas 90-R – SCL -90-R: Adaptação, Precisão e Validade. [Doutorado em Psicologia Como Ciência e Profissão]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2007. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2007-08-17T045523Z

1364/Publico/Diana%20Laloni.pdf

Laurent E. A luta da psicanálise contra a depressão e o tédio. In: Quintet A. A dor de existir e suas formas clínicas. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1997.

Leclaire S. Escritos Clínicos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

Lefévre FE, Lefévre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caixas do Sul: Educs, 2003.

Lefévre FE, Lefévre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

Machado A, Cabral M. Observação em enfermagem em saúde mental visando as práticas religiosas. Acta Paul Enferm. 1996;9(3):31-7.

Marchesi P. A igreja e os doentes mentais. O Mundo da Saúde. 1997; 21(6):372-8.

Moffatt A. Psicoterapia do Oprimido. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo-Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. Rev Psiq Clín. 2008;35(1);31-32.

Oliveira M. Subjetividade e cidadania. In: Cidadania Ativa na Prática, Caderno 5. São Paulo: CRP, 2007.

Paoliello G. O problema do diagnóstico em psicopatologia. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2001;4(1):86-93

Pereira L. Depressão: mobilização e sofrimento social. [Tese de doutorado em Filosofia]. Universidade de Campinas; 2010.

Pereira França C. Depressão e Melancolia. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2000;3.

Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Quinet A. A clínica do sujeito na depressão: Freud e a melancolia. In: Quintet A. A dor de existir e suas formas clínicas. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1997.

Roberts NA, Burleson MH. Processes linking cultural ingroup bonds and mental health: the role of social connection and motivation regulation. Front Psychol. 2013; 4:52.

Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. J Pers Assess. 1978;42(3):290-4.

Santana CLA. Anatomia do método qualitativo: uma experiência de sua aplicação no atendimento de refugiados. [Tese de Mestrado em Psiquiatria]. Universidade de São Paulo; 2001.

Seligman M. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W.H. Freeman, 1992.

Seligmann-Silva E. Precarização da saúde mental no trabalho precarizado. Inédito, 2009.

Solomon A. O demônio do meio-dia. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

Souza J. A ralé brasileira, quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

Souza J. A construção social da subcidadania. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

Taunay TCD, et al. ,Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL) . Rev PsiqClín. 2012;39(4):130-5.

Tong A. Sainsbury P, Craig G. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item check list for interviews and focus groups. International Journal of Quality in Health Care. 2007;19(6):349-57.

Yang F, Tan KA, Cheng WJY. The Effects of Connectedness on Health-Promoting and Health-Compromising Behaviors in Adolescents: Evidence from a Statewide Survey. J Prim Prev. 2014;35(1):33-46.

ANEXOS

ANEXOS

1. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Quadro I — Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta. A (1) Eu me sinto tenso ou contraído: D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () A maior parte do tempo 3 () Quase sempre 2 () Boa parte do tempo 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 1 () De vez em quando 0 () Nunca 0 () Nunca A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 1 () De vez em quando 3 () Já não sinto mais prazer em nada 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 3 () Completamente 2 () Sim, mas não tão forte 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Não sinto nada disso 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado 0 () Do mesmo jeito que antes em lugar nenhum: 1 () Atualmente um pouco menos 3 () Sim, demais 2 () Bastante 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 2 () Boa parte do tempo 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () De vez em quando 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 0 () Raramente 3 () Quase nunca D (6) Eu me sinto alegre: A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 0 () A maior parte do tempo 1 () Muitas vezes 3 () A quase todo momento 2 () Poucas vezes 2 () Várias vezes 3 () Nunca 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado: D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 2 () Poucas vezes 0 () Quase sempre 3 () Nunca 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca

2. Escala de Solidão UCLA

Por favor, assinale com que frequência as afirmações abaixo descrevem você:

		Frequente-	Muitasvezes	Algumasvezes	Nunca
		mente			
1	Sinto-me infeliz por fazer				
	muitas coisas sozinho				
2	Não tenho ninguém com				
	quem conversar				
3	É intolerável estar tão só				
4	Me falta companhia				
5	Sinto que ninguém				
	realmente me entende				
6	Percebo que estou				
	esperando alguém me				
	escrever ou ligar				
7	Não tenho ninguém com				
	quem contar				
8	Não tenho ninguém íntimo				
9	Meus interesses e ideias				
	não são compartilhados				
	pelas pessoas próximas				
10	Sinto que me deixam de				
	lado				

11	Sinto que sou		
	completamente só		
12	Sou incapaz de me		
	aproximar das pessoas e me		
	comunicar com elas		
13	Meus relacionamentos		
	sociais são superficiais		
14	Desejo muito ter		
	companhia		
15	Ninguém me conhece bem		
16	Sinto-me isolado dos outros		
17	Sinto-me infeliz por ser		
	muito retraído		
18	É difícil conseguir fazer		
	amigos		
19	Sinto-me excluído pelos		
	outros		
20	As pessoas estão ao meu		
	redor, mas não comigo		

3. Escala de Religiosidade

- (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
- 1. Mais do que uma vez por semana
- 2. Uma vez por semana
- 3. Duas a três vezes por mês
- 4. Algumas vezes por ano
- 5. Uma vez por ano ou menos
- 6. Nunca
- (2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
- 1. Mais do que uma vez ao dia
- 2. Diariamente
- 3. Duas ou mais vezes por semana
- 4. Uma vez por semana
- 5. Poucas vezes por mês
- 6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

- (3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
- 1. Totalmente verdade para mim
- 2. Em geral é verdade

- 3. Não estou certo
- 4. Em geral não é verdade
- 5. Não é verdade
- (4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
- 1. Totalmente verdade para mim
- 2. Em geral é verdade
- 3. Não estou certo
- 4. Em geral não é verdade
- 5. Não é verdade
- (5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
- 1. Totalmente verdade para mim
- 2. Em geral é verdade
- 3. Não estou certo
- 4. Em geral não é verdade
- 5. Não é verdade

4. Escalas de Conexão Política e Social

Por favor, responda as seguintes perguntas, marcando um sinal nas colunas: Nunca, Às vezes, Muito.

Alguma vez você tomou parte de alguma das atividades descritas abaixo?

	Nunca	Às vezes	Muito
Votou?			
Votou na última eleição?			
Participou de reuniões políticas?			
Foi membro de algum partido político?			
Trabalhou voluntariamente em campanha			
eleitoral?			
Trabalhou sendo pago em campanha eleitoral?			
Participou de outros movimentos populares?			
Participou de greves?			
Foi a uma passeata?			
Foi há alguma passeata no último ano?			
Assinou abaixo-assinados para melhorar a			
comunidade ou protestar?			
Já escreveu a vereadores ou deputados ou foi			
conversar com eles?			
Alguma outra atividade política? Por favor			
escreva qual:			

Já participou das atividades de:

	Nunca	Às vezes	Muito
Um sindicato			
Organização que defende os direitos humanos			
Sociedade Amigos do Bairro			
Associação de pais e mestres			
Organização que protege a natureza			
Organização que defende direitos da mulher			
Organização que defende crianças			
Organização que ajuda os mais desfavorecidos			
Entidade que promove eventos culturais (música,			
leitura, cinema, teatro, corte e costura,etc)			
Algum clube			
Torcida Organizada			
Escola de Samba			
ONG – Organização não Governamental			
Outras			

5. Roteiro de Entrevista Individual

(a) Conte sobre suas atividades antes de ir para a ocupação?
(b) Conte um pouco sobre suas relações familiares.
(c) Quais acontecimentos você julga mais importantes em sua história de vida?
(d) Você teve experiências anteriores em outros espaços de convivência social, tais como
igreja, clube ou associação?
(e) Como e quando você percebeu que estava "deprimido"? Como você se sentia?
(f) Você já havia se sentido assim em outros momentos de sua vida? Quando e como foi?
(g) Como você descreveria sua "depressão"?
(h) Por que e quando você foi para a ocupação?
(i) O que mudou em sua vida com a participação na ocupação?
(j) Como é sua participação na ocupação? O que você faz?
(k) Sua participação na ocupação trouxe alguma mudança em relação à sua "depressão"?
(l)A que você atribui esta modificação?
(m) Como ficou a relação com sua família após a ocupação?
(n) O que a ocupação significa para você hoje?
(o) No que a participação na ocupação mudou sua vida?
(p) Como é sua vida social fora da ocupação?
(a) Como você imagina hoje sua vida sem a ocupação, se o movimento acabasse?