



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Martin, Denise; Baxter Andreoli, Sergio; Ferreiro Pinto, Rosa Maria; Hourneaux de Mendonça Barreira, Tânia Maria

Condições de vida de portadores de transtornos psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP

Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 4, agosto, 2011, pp. 693-699

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240192008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Denise Martin

Sergio Baxter Andreoli

Rosa Maria Ferreiro Pinto

Tânia Maria Hourneaux de Mendonça Barreira

# Condições de vida de portadores de transtornos psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP

## Living conditions of people with psychotic disorders living in slums in Santos, Southeastern Brazil

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Descrever condições de vida e sociabilidade de portadores de transtornos mentais graves moradores de cortiços.

**PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:** Estudo qualitativo com moradores adultos de cortiços da região central de Santos, SP, realizado em 2004-2006. Foram realizadas observações etnográficas em quatro cortiços e entrevistas semi-estruturadas em profundidade com oito mulheres que conviviam com portadores de transtornos psicóticos. A forma de análise empregada foi a qualitativa fundamentada na Antropologia.

**ANÁLISE DOS RESULTADOS:** Os cortiços apresentaram características específicas quanto à sociabilidade. As dificuldades com os pacientes psicóticos decorriam da quebra mínima das regras mínimas. Em um dos cortiços, uma moradora agia como cuidadora dos pacientes e mantinha contato próximo com o serviço de saúde. Apesar do convívio cotidiano com os portadores, as participantes não possuíam informações sobre o transtorno e os consideravam loucos, nervosos ou mentalmente fracos. Acreditavam que deveriam morar em outro local que não o cortiço.

**CONCLUSÕES:** A população moradora de cortiços não trata os portadores de transtorno psicótico de forma diferente da população geral, devido a desconhecimento, discriminação e estigma. As condições de vida são precárias para todos e não são diferentes para os moradores portadores de transtorno psicótico, exceto para aqueles que residiam na moradia coletiva com maior número de pacientes, organizada em função deles e dependente economicamente de seus benefícios.

**DESCRITORES:** Transtornos Psicóticos. Condições Sociais. Áreas de Pobreza. Pesquisa Qualitativa.

Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.  
Universidade Católica de Santos. Santos, SP,  
Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Denise Martin  
Rua Carvalho de Mendonça, 144  
11070-906 Santos, SP, Brasil  
E-mail: demartin@unisantos.br

Recebido: 16/8/2010  
Aprovado: 6/2/2011

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To describe the living conditions and sociability among people with severe mental disorders living in slums.

**METHODOLOGICAL PROCEDURES:** A qualitative study was carried out among adults living in slums in the central region of Santos, Southeastern Brazil, conducted in 2004-2006. Ethnographic observations were made in four slum properties, and in-depth semi-structured interviews were conducted with eight women who were living with individuals with psychotic disorders. The analysis method used was qualitative, based on anthropology.

**ANALYSIS OF RESULTS:** The slum properties presented specific characteristics regarding sociability. The difficulties with psychotic patients came from breakage of the minimal rules. In one of the slum properties, one resident acted as a caregiver for the patients and kept closely in touch with the healthcare services. Despite day-to-day contact with such patients, the participants did not have any information about such disorders and believed that the patients were mad, nervous or mentally weak. They believed that such individuals should live in places other than the slum property.

**CONCLUSIONS:** The population living in these slum properties did not deal with the individuals with psychotic disorders any differently from the general population, because of lack of knowledge, discrimination and stigmatization. The living conditions were poor for everyone, without any difference for the residents with psychotic disorders, except for those living in the collective residence with a greater number of patients, which was organized around them and was economically dependent on their benefits.

**DESCRIPTORS:** Psychotic Disorders. Social Conditions. Poverty Areas. Qualitative Research.

---

## INTRODUÇÃO

Os transtornos psicóticos possuem baixa prevalência na população geral (de 0,5% a 1,0%);<sup>1</sup> entretanto, representam elevada sobrecarga para a sociedade. O transtorno esquizofrênico, por exemplo, ocupa o oitavo lugar na lista de doenças com as maiores proporções de dias de vida sem qualidade (2,6%) para indivíduos entre 14 e 44 anos.<sup>22</sup> É um transtorno grave com início entre os 15 e 25 anos,<sup>2</sup> de evolução crônica e necessita de tratamento por longo período. É caracterizado por prejuízos no pensamento, linguagem, percepção, auto-percepção e experiências psicóticas, como delírios e alucinações.

O quadro clínico leva à perda de capacidade funcional e afeta a vida da pessoa como um todo. Apesar dos avanços no tratamento, o prognóstico permanece restrito e sua principal consequência é o prejuízo no funcionamento social.<sup>13</sup> Esse funcionamento, associado ao estigma, contribui para que as pessoas com esquizofrenia descendam na classe social, aumentando a prevalência do transtorno entre as populações mais pobres<sup>7</sup> e de elevada vulnerabilidade social, com alta incidência de desordem pública, crimes e pequena integração social entre os residentes.<sup>11</sup> Essa migração para

comunidades vulneráveis é descrita internacionalmente desde a década de 1950 e está associada à mudança do modelo assistencial centrado no hospital para o comunitário. Assim, o cronicamente doente permanece na comunidade, em regiões socialmente degradadas ou em desvantagem, fenômeno considerado nova forma de exclusão social: a “Exclusão sem Muros”.<sup>16</sup>

A conjunção entre as características da doença, pobreza e a vulnerabilidade social pode contribuir para prejuízos nas condições de vida das pessoas com o transtorno e a diminuição de sua qualidade de vida. O comportamento social do portador do transtorno pode aumentar a desorganização social, a percepção de medo e os crimes nessas comunidades, gerando atitudes negativas entre seus residentes. Por outro lado, atitudes estigmatizantes e preconceituosas da comunidade podem resultar no aumento da ansiedade e do estresse, agravando a doença mental e precipitando episódios agudos ou o início do transtorno.<sup>11</sup>

Regiões degradadas de Santos, SP, com domicílios precários (cortiços), tráfico de drogas e prostituição, apresentam elevada prevalência de pessoas com

transtorno mental (2%) (Seplan 2003).<sup>a</sup> Segundo Andreoli et al.,<sup>3</sup> o serviço comunitário de atenção psiquiátrica dessa região é o que mais atende, na cidade, pacientes graves (44%), inclusive com esquizofrenia.

Santos foi uma das primeiras cidades brasileiras a implantar o modelo comunitário de assistência ao portador de transtorno mental em 1989. A rede de assistência possui ampla cobertura de assistência comunitária, o acesso é fácil, o atendimento é multiprofissional e a taxa de internação é baixa, sendo esses indicadores de sua efetividade.<sup>3</sup>

Com o processo de desospitalização iniciado há mais de 20 anos, associado ao elevado número de portadores de transtornos mentais graves em cortiços, é possível supor que o fenômeno da exclusão sem muros aconteça na cidade. O objetivo do presente estudo foi descrever condições de vida de portadores de transtornos mentais graves moradores de cortiços.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo qualitativo com moradores adultos de cortiços da região central de Santos, realizado de janeiro de 2004 a agosto de 2006.

A cidade de Santos, com 424.665 habitantes,<sup>b</sup> abriga o maior porto da América Latina e é a 33<sup>a</sup> cidade mais rica do País, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,87 e taxa de alfabetização de 96,9%.<sup>c</sup> Apesar dos bons indicadores sociais, 10% da população vive na linha da pobreza, principalmente na região central. Essa região é caracterizada por possuir uma zona de prostituição e numerosas construções antigas e mal conservadas, que se transformaram em residências precárias (cortiços). Em 2003, 3,5% da população morava em cortiços, entre os quais 2% sofriam de algum transtorno mental.<sup>a</sup>

Para serem incluídos no estudo, os participantes deveriam morar há no mínimo seis meses na região e conviver com portadores de transtorno psicótico. Dos 20 cortiços da região, quatro aceitaram participar. Desejo de não se envolver, falta de retorno de pesquisas anteriores e desejo frustrado de obter assistência mediante sua participação foram os principais motivos de recusa, além do não comparecimento à entrevista. No total, participaram oito mulheres dos cortiços A, B, C e D, com, respectivamente, cinco, seis, dois e dois moradores portadores de transtorno. Os nomes das participantes foram substituídos por iniciais.

Foram realizadas observações etnográficas densas e entrevistas semi-estruturadas em profundidade<sup>4,15</sup> até a

saturação dos conteúdos do roteiro, que foram gravados e transcritos. A análise foi feita a partir da leitura das transcrições e agrupamento de categorias de conteúdo. A interpretação dos resultados utilizou como referencial teórico o conceito de cultura<sup>4,10</sup> e consistiu no emprego dos atos, fatos, falas e interpretações na formação de um modelo lógico explicativo dessa realidade, geralmente inacessível aos indivíduos.<sup>12</sup>

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisantos (Comet, processo nº 4648.20.2005). Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela apresenta a caracterização das participantes da pesquisa.

Os cortiços localizavam-se em edificações em alto grau de degradação física (goteiras, infiltrações e mofo nas paredes) e superlotação. Os cômodos eram espaços restritos, multifuncionais, insalubres, sem higiene nem conforto. Os banheiros, cozinha e tanque eram de uso comum com pouca privacidade. O uso e a limpeza dessas áreas eram temas freqüentes de discussão. Os moradores não tinham contrato formal de moradia com o locatário (os quartos eram sublocados) e não havia proteção da legislação vigente.

Os moradores, além de possuírem baixa escolaridade,<sup>a</sup> poderiam ser considerados socialmente desviantes, como: ex-presidiários, trabalhadores do sexo, pessoas que viviam de trabalhos autônomos e “bicos”, de pequenos furtos e de doações de cestas básicas. Alguns faziam uso freqüente de substâncias psicoativas ilícitas e abuso do álcool. Apesar da alta rotatividade de pessoas, era comum encontrar a “dona da chave” (pessoa que explicitamente liderava e organizava o cortiço). As mulheres eram mais comunicativas e os homens mostravam-se desconfiados e pouco participativos. Essas características, aliadas ao receio de exposição, explicam parte dos motivos de recusas de entrevista, sobretudo entre homens.

Havia famílias em todos os cortiços. No cortiço B, os portadores de transtornos mentais, usuários do serviço público de assistência à saúde mental Setor Núcleo de Atenção Psicossocial (Senaps II), eram a maioria dos moradores. Apenas uma senhora (Sra. M) e a sua família não tinham transtorno mental. Ela desempenhava o papel de “dona da chave” e era referência para os cuidados de saúde dos moradores junto ao Senaps

<sup>a</sup> Secretaria Municipal de Planejamento. Levantamento de saúde dos moradores de cortiços na cidade de Santos. Santos: Seplan; 2003.

<sup>b</sup> Fundação SEADE. Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos. Informações dos municípios paulistas - IMP. São Paulo; 2005 [citado 2009 set 20]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela>

<sup>c</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000 [citado 2007 dez 19]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>

**Tabela.** Caracterização das participantes. Santos, SP, 2003-2004.

Participantes	Escolaridade (ano)	Idade (anos)	Situação Conjugal/filhos	Naturalidade	Religião	Atividade que exerce
LD	5 <sup>a</sup>	45	Solteira/3	Brejois, BA	Espiríutalista	Empregada doméstica
DM	4 <sup>a</sup>	80	Casada/1	São Paulo, SP	Evangélica	Dona da chave de um cortiço onde a maioria dos moradores é portador de transtorno psicótico e usuária do Senaps II
V	5 <sup>a</sup>	38	Solteira/8	Mogi, SP	Evangélica	Trabalho informal (artesanato).
L	5 <sup>a</sup>	34	Amasiada/6	Tacaimbó, PE	Católica, mas freqüentou umbanda	Informal (bicos)
R	7 <sup>a</sup>	31	Casada/2	Santos, SP	Espírita	Do Lar
E	6 <sup>a</sup>	58	Viúva/amasiada/2	Poços de Caldas, MG	Católica	Desempregada
MG	5 <sup>a</sup>	42	Vive sozinha/2	AL	Evangélica	Ambulante
F	2º Ensino Médio	48	Casada/5	BA	Católica	Faxineira e zeladora

II. O convívio era harmonioso e, diferente dos outros cortiços, havia pouca rotatividade, pois a maioria dos moradores habitava o local há mais de seis anos. A Sra. M. disse ter preferência pelos moradores usuários do Senaps, pois possuíam rendimento mensal devido ao transtorno, como: Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), aposentadoria por invalidez do INSS, resultando em pagamento do aluguel no prazo correto. Um deles trabalhava em uma cooperativa de lixo reciclável e outra recebia pensão dos irmãos.

Esse modelo de organização da moradia, desconsiderando a precariedade da infra-estrutura, aparece como uma alternativa para o convívio desses indivíduos na sociedade. É financiado com recursos provenientes de benefícios sociais, associado ao gerenciamento autônomo com supervisão e referência do serviço de saúde. Isso encontra respaldo não só na experiência bem-sucedida do cortiço B, mas também na idéia do uso do espaço como um exercício de enfrentamento existencial, dentro do qual o sofrimento psíquico ganha sentido e o indivíduo passa a estabelecer estratégias de vida e de reforço de suas referências.<sup>6</sup>

O enfretamento existencial é fator importante para a inserção do indivíduo na sociedade. No entanto, as características do transtorno colocam as necessidades de um cuidador e do tratamento monitorado como elementos fundamentais. O papel do cuidado da família na inserção social é essencial;<sup>9</sup> entretanto, o grau elevado de sofrimento e sobrecarga do indivíduo e da família muitas vezes dificultam ou inviabilizam o processo. Sistemas de suporte naturais, que envolvem relacionamentos espontâneos e fora da família, em igrejas, associações voluntárias, vizinhos, donos de bar, entre outros, podem contribuir para parar ou reverter

o processo de retraimento social. A aceitação nesses ambientes possibilita a formação de nichos sociais, nos quais os portadores de transtornos mentais seriam tolerados e talvez encorajados.<sup>8</sup>

No cortiço B, ainda que as motivações da Sra. M se relacionassem às garantias de pagamento em dia, justificadas pelos benefícios dos portadores de transtorno mental, a aceitação e a não rotatividade dos moradores tornava esse espaço um sistema de suporte natural, que possibilitava a criação de redes de apoio vinculadas a pessoas sem vínculos familiares e ao serviço de saúde mental.

### Cotidiano nos cortiços

O espaço nos cortiços era pequeno e neles conviviam pessoas diferentes, estranhas entre si e com relações superficiais, que moravam ali pelas mais variadas razões, igualadas pela pobreza e exclusão. As características de funcionamento social prejudicado do indivíduo com transtorno psicótico exacerbavam-se nesse ambiente com características de convívio difícil. Comportamentos de invasão de privacidade, rompimento de regras, falta de higiene e agressividade geravam incompreensões e conflitos, mas, na maior parte das vezes, havia tolerância, ajuda, piedade e solidariedade.

A proximidade física entre os cômodos dificultava a privacidade, favorecendo a existência de conflitos no cotidiano.

“Ah! Insuportável, porque ela fica: você fecha a porta para dormir e ela fica toda hora: O Li, me dá isso... O Li, me dá cigarro?.. Aí dá, ela vai para a casa dela. Daqui a pouco, cinco minutos ela tá: O Li..., aí tem hora que você não aguenta mais... aí pega, você xinga pra ver se ela vai dormir, porque tem hora que ela tá insuportável...” (E)

Havia um grande receio quanto à segurança, pois temia-se que as pessoas com transtorno colocassem em risco a integridade física dos outros moradores.

“Às vezes a gente fica preocupada por causa do gás que ela deixa... Deixa o ‘bujão’ aberto... muitas vezes, ela ‘tava’ lá nem percebia... ‘mas eu desliguei!’ ‘como desligou, J? Tá tudo ligado...’(risos) Entendeu? Até a gente pensou, outro dia, de falar com seu Almeida, que... pra ela tirasse, entendeu? Que ela fizesse as refeições... aproveitasse os dias que ‘tá’ lá no Senaps e tirasse o gás, que é perigoso, entendeu?... o cigarro que ela fuma, entendeu? A gente fica muito preocupado... Porque às vezes ela pode dormir... Porque como ela toma os remédios que fazem ela dormir... e pegar fogo, entendeu? Então a gente, a preocupação da gente com ela, aqui, é só essa... mas, assim... de incomodar a gente, não, entendeu? Ela é uma pessoa que não incomoda...” (LD)

Havia também incômodo com a falta de higiene.

“Oh... pra mim é isso aí e a sujeira, ‘né’? Porque ela ‘tá’ demais, ‘né’? É um cheiro que... esses dias aí, a dona da casa aí... pegou no pé dela... e ela deu uma limpadinha... é um cheiro, que aqui é tampado, aí vem tudo pra casa da gente. Num adianta... você cuidar e ela num cuidar... Aí, ela faz as necessidades dela num baldinho... Tem dia que ela deixa dois, três dias aí, ‘pô’! Isso aqui esquenta... aí o cheiro... Aí o cheiro exala aqui dentro, que tu não aguenta ficar aqui dentro... aí você liga esse ventilador... nem o ventilador consegue tirar [...]”

A agressividade era considerada comportamento inaceitável.

“Tem um aqui que... agride... Ele vai sair!” (referindo-se que não iria mais aceitar esse morador portador de transtorno psicótico como inquilino). (Sra. M)

Havia certa compreensão, tolerância e ajuda com os vizinhos portadores de transtornos psicóticos.

“Mas quando você se submete a viver uma situação dela..., como ela... acho que você tem mais que entender, entendeu? Procurar ajudar, ‘né’? No que precisar, entendeu? Às vezes... de vez falar assim ‘ah, porque a J. ‘num’ faz café?’ ‘Ah! Gente, dá um pouco de café pra ela’ “Mas ela tem na dela!..”. ‘Ela tem, mas você ‘num’ tem na sua casa? Dá, entendeu?’... Ela não gosta de fazer, ela tem preguiça de fazer, é o jeito dela.” (LD)

“O R era um também que eu conversava... o irmão dele, o tio dele também conversava com ele, mas ele fala ‘F, conversa com ele que hoje ele ‘tá’... ‘tá’... hoje ele ‘tá’ na crise’, então ele mandava, às vezes, ele de lá pra cá, e ele ficava comigo o dia todo... ‘Quer almoçar? Quer café? Quer isso? Vai assistir um desenho!’ Ele se acalmava comigo[...].” (F)

Outras atitudes sinalizavam piedade.

“[...] Eu me dou bem com todo mundo, como você falou da J, ela chega aqui “LD, tem café, aqui?” ‘Tem J, ‘péra aí’ um pouquinho, ‘tá’?” ... então, assim, eu e ela... Nossa, super bem, assim, sabe? Procuro entender ela, coitada... é na verdade ela... ‘né’? Como diz a história, ‘né’? É uma coitada, vive sozinha ali, chega, vai pro Naps [sic] tomar remédio, entendeu? Na verdade, eu tenho muita pena dela, entendeu?” (LD)

Moradores destacavam a necessidade de impor limites.

“Convivo, muito bem! Bom, eu sei conviver com todo o tipo de coisa. Só que eu sei, na hora que ‘tá’ certo, ‘tá’ certo, na hora que ‘tá’ errado, ‘tá’ errado. Tem hora que tem que dar um breque.” (L)

Ao mesmo tempo em que assinalavam o comportamento desviante, revelavam relações tranqüilas de convivência, como conversas na porta ou na calçada, convites para festinhas de aniversário das crianças, visitas de outros usuários do Senaps, e outros, as relações estabelecidas não eram necessariamente negativas no contexto precário do cortiço.

### Estigma e discriminação

A discriminação e o estigma ficaram evidentes quando os participantes foram perguntados sobre onde deveriam morar as pessoas portadoras de transtorno mental. A maioria das entrevistadas falou sobre a necessidade de um cuidador, de preferência, em outro local que não o cortiço. Corrigan & Penn<sup>5</sup> (1999) alegam que é comum acreditar que doentes mentais são rebeldes, que devem ser temidos e mantidos fora das comunidades.

“Então aí entra o adulto, né? Acho que eles deveriam morar todos num lugar, devia ter um lugar pra acolher eles, entendeu? pra eles poder, né? E ter uma pessoa responsável, né? Assim, no lugar para poder, né? Dá um tipo de ajuda, né? Porque como você falou... eu não acho... acho que ela não deveria ficar aqui... É! Acho que deveria ter um acolhimento... um lugar pra acolher, assim como o Senaps, né? Eles já ficam lá durante o dia... é porque tinha que ter uma casa, né? Uma casa de... pra que eles ficassem lá, tivessem uma vida lá, entendeu? Para que eles se ‘recuperasse’, porque morar aqui é ruim[...].” (LD)

Outras citaram que deveriam ser cuidados pela própria família:

“Eles têm que ter o apoio da família, certo? Porque a família, se eles já têm esse problema, o que é que eles têm que fazer? Eles têm que ajudar... ‘Num’ é chegar também, que às vezes a pessoa tem problema de cabeça, não problema de caso interne, a família mesmo, eles têm que conversar, tem que ajudar...” (F)

O transtorno esquizofrênico é o mais estigmatizante dos transtornos e continua associado a estereótipos negativos, como violência e perigo.<sup>18</sup> Isso influencia negativamente o prognóstico, a prática clínica, a recuperação e a qualidade de vida do portador.<sup>20,21</sup> O estigma leva ao preconceito e à discriminação. O impacto na vida das pessoas é tão nocivo quanto os efeitos diretos da doença,<sup>5</sup> pois limita as oportunidades e influí na auto-estima.

### **Conhecimento dos transtornos mentais e suas causas**

Os moradores dos cortiços tinham pouco conhecimento ou informação técnica sobre o que seria um transtorno mental, provavelmente adquirido por meio da convivência. Alguns consideravam o transtorno como não ter uma “mentalidade boa”, que punha em risco a segurança do cortiço e dos moradores:

“[...] Entendeu? Que nem eu tenho, tu tem... a gente ‘tá’ vendo que a pessoa não ‘tá’ com uma mentalidade boa, é uma pessoa que é doente ...mentalidade que não é boa, mentalidade que não é da mente dele ele fazer aquilo, por exemplo, tocar fogo, ou riscar o fósforo e tocar fogo...O L... ele queria pegar faca, pegar coisas, ‘tá’ entendendo? Às vezes [...]” (F)

Outros compreendiam o transtorno como fraqueza de espírito, problema espiritual e encosto, como em outros estudos.<sup>14,17</sup>

“Olha, esses transtornos assim é de pessoa fraca de mente... É muito fraco, o inimigo tá solto aí pega, acaba com a vida... Sabe o porquê, é, vou falar a verdade pra senhora, é os encostos eles são assim, eles num têm mais proteção com Deus, então eles se apoderam das pessoas...” (MG)

No presente estudo, as considerações sobre as causas da doença foram variadas. Villares et al (1999)<sup>19</sup> mostram que as concepções da doença integram uma noção de causalidade que agrupa elementos do conhecimento popular, folclórico e médico. Assim, a compreensão dos moradores sobre transtornos mentais era semelhante à da população em geral e às noções do senso comum. Isso acontecia mesmo entre aqueles que exerciam função de cuidadores, como a “dona da chave” (Sra. M.), que não possuía noção clara sobre o que era o transtorno e o sofrimento mental.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cotidiano de portadores de transtornos psicóticos era caracterizado pelas precárias condições de moradia em cortiços. Nesse contexto, em que conviviam pessoas consideradas socialmente desviantes, imaginávamos que os portadores de transtornos psicóticos poderiam ser menos discriminados ou estigmatizados. A população moradora de cortiços, entretanto, não os trata de forma muito diferente de como trata a população geral, pois existe desconhecimento, discriminação e estigma. As condições de vida eram precárias para todos e não eram diferentes ou piores para os moradores portadores de transtorno psicótico.

A abordagem etnográfica, além de mostrar cotidiano tenso, estigma, discriminação e desconhecimento, indicou também possibilidades de referência e de uso do espaço peculiares nas precárias condições de vida desse tipo de moradia. Havia graduações de envolvimento e tolerância com os portadores de transtornos psicóticos. A convivência no cortiço B destaca-se pela estabilidade de moradores e possibilidade de cuidado por meio da “dona da chave”. Poder-se-ia afirmar que existe um sistema de suporte natural, em condições aparentemente adversas.

O contexto desse estudo é específico pela proximidade dos moradores com o serviço de saúde, pelo modelo de assistência em saúde mental adotado pelo município e pelas características peculiares dos moradores de cortiços da região.

Estudos em outros contextos em que vivem portadores de transtornos psicóticos em situação de pobreza e vulnerabilidade poderiam contribuir para a compreensão de como se efetiva a desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais no País. Como sugestão aos profissionais de saúde mental, é importante que profissionais de saúde mental conheçam a realidade sociocultural em que vivem portadores de transtornos mentais, para que identifiquem possíveis colaboradores, além dos familiares.

### **AGRADECIMENTO**

À Fátima Aparecida B. de O. Micheletti, docente da Unisantos e assistente social do Senaps II, pela colaboração no acesso aos cortiços e às informações do Senaps II.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho N, Mari JD, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171(12):524-9.
2. Andreoli SB, Gastal FL, Leite SO, Welham J, McGrath J. Age-at-first-registration in schizophrenia: a comparison of mental health registers from Australia and Brazil. *Schizophr Res*. 2002;54(3):277-9.
3. Andreoli SB, Ronchetti S de S, Miranda AL, Bezerra CR, Magalhães CC, Martin D, et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004;20(3):836-44. DOI:10.1590/S0102-311X2004000300021
4. Cardoso de Oliveira R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Rev Antropol USP*. 1996;39(1):13-37.
5. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54(9):765-76. DOI:10.1037/0003-066X.54.9.765
6. Dalmolin BM, Vasconcellos MP. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):49-54. DOI:10.1590/S0034-89102008000100007.
7. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*. 1992;255(5047):946-52. DOI:10.1126/science.1546291
8. Garrison V. Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York City. *Schizophrenia Bull*. 1978;4(4):561-96. DOI:10.1093/schbul/4.4.561
9. Kane JM, McGlashan TH. Treatment of schizophrenia. *Lancet*. 1995;346(8978):820-5. DOI:10.1016/S0140-6736(95)91630-X
10. Lévi-Strauss C. Antropologia estrutural. Rio de Janeiro: Templo Brasileiro; 1970.
11. Lögdberg B, Nilsson L-L, Levander MT, Levander S. Schizophrenia, neighbourhood, and crime. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(2):92-7. DOI:10.1111/j.1600-0047.2004.00322.x
12. Martin D, Andreoli SB, Quirino J, Nakamura E. Noção do significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia [carta ao editor]. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):178-9. DOI:10.1590/S0034-89102006000100026
13. Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev Saude Publica*. 1993;27(5):340-9. DOI:10.1590/S0034-89101993000500004
14. Monteiro VBM, Santos JQ, Martin D. Patients' relatives delayed help seeking after a first psychotic episode. *Rev Bras Psiquiatria*. 2006;28(2):104-10. DOI:10.1590/S1516-44462006000200006
15. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park: Sage Publications; 1990. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis; p.460-94.
16. Priebe S. Institutionalization revisited - with and without walls. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(2):81-2. DOI:10.1111/j.1600-0047.2004.00386.x
17. Redko C. Religious construction of a first episode of psychosis in urban Brazil. *Transcult Psychiatry*. 2003;40(4):507-30. DOI :10.1177/1363461503404003
18. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529-39. DOI:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
19. Villares CC, Redko CP, Mari JJ. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatria*. 1999;21(1):36-47. DOI:10.1590/S1516-44461999000100008
20. Villares CC, Sartorius N. Challenging the stigma of schizophrenia [editorial]. *Rev Bras Psiquiatria*. 2003;25(1):1-2. DOI:10.1590/S1516-44462003000100001
21. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bull*. 1999;25(3):467-78.
22. World Health Organization. The World Health Report 2001: mental health: new understanding new hope. Geneva; 2001.

Trabalho baseado em dissertação de mestrado em Saúde Coletiva de Barreira TMHM apresentada à Universidade Católica de Santos em 2006.

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.