

ILLNESS X DISEASE: UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL

Jarissa Porto dos Santos*

Universidade Federal da Paraíba

Resumo

O artigo discute as diferentes representações acerca do adoecimento mental por parte de técnicos de saúde e usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS da cidade de Maceió-AL. Partindo de análise antropológica, guiada por uma etnografia no referido campo de pesquisa, o intuito é apontar as diferentes significações dadas ao fenômeno da doença. A discussão perpassa por uma reflexão cultural do adoecimento que ultrapassa leituras meramente biológicas. A problematização se orienta, principalmente, na legitimidade que é empregada aos discursos dos técnicos de saúde que são orientados por conhecimentos científicos e que se sobrepõe aos discursos de cunho subjetivo, “alienado” dos “loucos”.

Palavras-Chave: sofrimento mental, antropologia da saúde, biomedicina.

Abstract

ILLNESS X DISEASE: AN ANTHROPOLOGICAL APPROACH ON MENTAL SUFFERING

This article discusses the different representations about mental illness by health professionals and users of a Psychosocial Care Center – CAPS from Maceio – AL. From an anthropological analysis, guided by an ethnographic research in the field, the aim is to point out the different meanings given to the disease's phenomenon. The discussion goes through a cultural reflection about the illness that goes beyond merely biological readings. The questioning is mainly directed to the legitimacy that is used on the speech of health professionals who are guided by scientific knowledge and which overlaps the subjective nature of discourse, "alienated" from the "crazy".

Keywords: mental illness, health anthropology, biomedicine

Introdução

A pesquisa, materializada neste artigo, é um recorte do meu Trabalho de Conclusão de Curso - TCC que visava pontuar representações de técnicos de saúde e os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS da cidade de Maceió-AL em torno da vida afetivo-sexual de sujeitos em sofrimento mental (Os Centros de Atenção Psicossocial, “Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com

transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica”). O campo de pesquisa do qual se refere o texto e a pesquisa no geral, é um CAPS que atende cerca de 100 usuários adultos, em sua maioria mulheres e de classe baixa. A instituição funciona das 08hs às 17hs, em um espaço anexo a um hospital psiquiátrico que a torna em uma situação singular no que tange a proposta da Reforma Psiquiátrica. Pontuo a questão mais a título de informação, pois não é minha pretensão discutir nesse momento.

Os dados de pesquisa são resultantes da observação participante feita por mim durante cerca de seis meses em que passei frequentando a instituição e vivenciando durante alguns dias na semana as atividades desenvolvidas que, me possibilitou uma maior aproximação com o cotidiano de meus interlocutores (Observação participante: Observar na pesquisa qualitativa significa “examinar” com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, *com o objetivo de descrevê-lo*, (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

O intento do artigo é trazer algumas representações coletivas de profissionais de saúde e sujeitos em sofrimento mental acerca do adoecimento, a partir de uma investigação etnográfica, descrevendo situações que nos leva a uma problematização dos valores que orientam o rótulo do sofrimento mental. A presente discussão me provoca como cientista social a pensar um conjunto de significações dadas ao “estar doente” por parte dos profissionais de saúde e os sujeitos diagnosticados com algum tipo de patologia mental. O movimento do texto será o de fazer um exercício de relativização acerca das representações de transtorno mental por um viés da antropologia da saúde. A intenção não é colocar em xeque a legitimidade dos diagnósticos psiquiátricos, mas dar voz as interpretações dos discursos considerados ilegítimos de quem vivencia a doença.

Sufrimento mental e suas diferentes representações

São nas diferentes significações do adoecimento que a problemática do texto se orienta. De um lado a concepção da medicina, de outro a referência do sujeito

acometido pela doença. Dois termos ganharam destaque nas discussões sociais sobre doença: *Disease e Illness*. Significa dizer:

A primeira refere-se usualmente à doença como um processo patológico concebido por um determinado modelo institucionalizado ou profissional da medicina. Enquanto *illness*, doença diz respeito à percepção subjetiva dos indivíduos e, nesse sentido, envolve questões morais, sociais, psicológicas e físicas (ALVES, 2006).

Apresentado esse dois termos que ilustram os polos, que, não necessariamente devem se anular, de representação acerca da doença, a discussão se propõe a pontuar categorizações de doença a partir de um olhar que vai além das discussões psíquicas. Entendendo a doença não só com viés biológico, como também uma construção social apresentada na categoria *Illness*.

É pertinente analisar as performances sociais dentro do contexto que o sujeito encontra-se inserido e a partir daí perceber o papel da sociedade na construção do que é ou não doença, em especial, classificações a respeito de comportamentos considerados socialmente inadequados que, para a psiquiatria acabam por serem categorizados como transtorno psíquico. Para nomear o que é normal ou não, é sempre conveniente levar em consideração as diferentes concepções culturais.

As “crises”, por exemplo, podem atuar como indicadores do pertencimento do sujeito a doença mental, como também em outro contexto a situação pode ser entendida como a incorporação de um espírito, sendo esse sujeito um “embruxado” e não um “louco”. Nesse sentido, Caroso e Rodrigues (2008) falam como os diferentes mecanismos terapêuticos contribuem para a leitura que se faz a respeito das condutas desses sujeitos como sendo doentias ou não.

Assim é que os mecanismos de seleção terapêutica em determinado contexto particular podem agir tanto como fator de agravamento do risco como de proteção da pessoa, uma vez que as categorias rotuladoras são utilizadas tanto na descrição, quanto na classificação dos comportamentos considerados anormais. Uma destas, a categoria ‘louco/doido’, relaciona-se a psiquiátrica biomédica, conseqüentemente, à necessidade de assistência terapêutica em esfera de igual natureza que, por sua vez, aumenta o risco de rotulação e estigmatização da pessoa. Por outro lado, a categoria ‘possuído/embruxado’ relaciona-se à terminologia dos cultos afro-brasileiros, resultando no direcionamento dos esforços terapêuticos ao tratamento religioso, que atua como fator

de proteção de rotulação e estigma em decorrência da doença. Embora na maioria das vezes estas duas categorias sejam utilizadas para descrever os mesmos comportamentos, a diferença fundamental está no significado social de cada uma delas e nos resultados socialmente produzidos (CAROSO; RODRIGUES, 2008).

Ainda na reflexão do que seria doença e suas implicações, Shiavoni (1995) fala sobre como o processo de adoecimento se refere não só ao sujeito adoecido como também toda rede social. E mais uma vez as relações sociais influenciam no processo. Para discutir como o sofrimento psíquico é visto, são interessantes outros dois conceitos que nos auxiliam no entendimento da discussão feita, que são *enfermidade/doença* de Kleinman mostrado por Alexandre Schiavoni, onde enfermidade diz respeito ao processo de alteração no nível biológico e psicológico. Já doença está relacionada como a enfermidade é vivenciada, e percebida pela sociedade que esse indivíduo participa. Sociedade essa que contém significados sociais que permitem enquadrá-la em algo compreensível e sob determinado controle.

A ideia do texto é dialogar com teorias que se propõe analisar a referida temática e minha experiência etnográfica. Onde pude perceber de perto como as concepções sobre o adoecimento divergem entre os sujeitos acometidos pelo que se denominou doença e profissionais de saúde. Nas conversas tidas com os usuários, boa parte deles explicava seu problema como sendo algo de origem exterior a eles, *alguma coisa que fizeram para mim* (os nomes marcados em itálico foram termos utilizados pelos interlocutores da pesquisa). As interpretações dadas ao mal-estar que eles sentem muitas vezes passavam por questões de feitiçaria, e não questões biológicas que é a explicação para profissionais da área de saúde.

Trago o exemplo de Tereza para ilustrar a o trajeto delineado até aqui (os nomes aqui utilizados para identificar os usuários são todos fictícios). Essa é uma senhora usuária do serviço, branca, com mais ou menos 65 anos. Em uma de nossas conversas, disse-me que seu problema estava na inveja que muitas pessoas tinham dela e, por essa razão, faziam vários *trabalhos* com o intuito de acabar com sua vida (esse termo é bem usual para se referir à magias). Essa senhora é bem magra, considerada pelos nutricionistas como desnutrida. Algumas vezes já foi para a IC - Intercorrência Clínica, um espaço de urgência e emergência de casos clínicos do hospital psiquiátrico, para tomar soro por não se alimentar. Ficou sem andar e falar por fraqueza. Quando perguntei a um profissional o porquê da resistência dela em se alimentar, disse que tinha sido uma promessa que Tereza fez a Nossa Senhora (na tentativa de não ser fácil a

identificação dos profissionais, por ser uma equipe pequena, busquei apenas identificar o gênero dos técnicos e não sua função na instituição). E me falou com um ar de desdém, por considerar a atitude, que até então para ele era o motivo da resistência em comer, “irracional”.

A explicação dada por ela se contrapõe. Primeiro disse que não podia comer porque sempre sentia um *desarranjo intestinal*, depois ao longo da conversa, fui conquistando sua confiança. A senhora começou a pedir que eu não comentasse com ninguém. Começou a falar que não comia qualquer comida por não saber se ali havia algum tipo de “magia”. As refeições dos usuários vêm da cozinha do hospital, então não tinha conhecimento de sua feitura, por essa razão o receio em comer.

De acordo com ela, existem *comidas lícitas* e *comidas ilícitas*, as primeiras eram aquelas sem “magia” e a segunda eram as que continham. Para não correr o risco de se “contaminar”, opta por não comer. A razão do adoecimento para essa senhora gira em torno de uma lógica transcendente, que não é a mesma explicação para os profissionais de saúde. Esse é um bom exemplo da importância que se deve dar a significação que o sujeito emprega a sua doença. Pois a razão do adoecimento para muitos dos usuários é algo que passa ao largo de explicações biomédicas. Portanto, entender sua concepção da doença é condição *sine qua non*, para compreender que o fato de não se alimentar está ligado à interpretação que ela tem da situação. Faz-se necessário um olhar atento para as questões sociais que andam juntas com as condições biológicas das doenças. A eficácia da terapêutica está estritamente ligada à interpretação do sujeito em relação a sua condição. Talvez se utilizassem de algum mecanismo que levasse Tereza a ter confiança na comida feita, sua desnutrição não seria um agravante a mais para sua condição. Na hora das refeições é sempre um dilema fazê-la comer. É tentando contemplar o lado sociocultural da doença que antropologia e sociologia da saúde se interessaram pelos estudos que até então era do domínio dos setores biomédicos. A respeito disso, Souza vai dizer:

Por certo tempo pensou-se que a doença pertencesse ao reino da natureza ou fosse mera condição biológica, fazendo parte, portanto, do domínio das ciências biológicas. Insurgindo-se contra tal tendência, a antropologia médica tem procurado demonstrar que a aflição, a doença, o corpo são realidades profundamente imersas em domínios culturais e contextos sociais particulares. Qualquer que seja sua natureza, seu substrato biológico ou psicológico, a doença se integra à experiência humana e se torna objeto da ação humana como uma realidade construída significativamente (SOUZA, 1999).

Uma patologia pode ter múltiplos sentidos e explicações. O sujeito que passa pelo sofrimento pode interpretar de uma forma, aquele que vive ao seu redor de outra, o saber biomédico de uma terceira maneira, entre outras formas. “As definições do que constitui saúde e doença variam entre os diferentes indivíduos, familiares, grupos culturais e classes sociais” (HELMAN, 2003).

Ao contrário das representações do adoecimento que grande parte dos sujeitos em sofrimento mental tem, profissionais de saúde orientados pelo saber biomédico, prezam por um “raciocínio científico”. Pelo poder simbólico que esse saber detém, seus discursos são legitimados, enquanto as explicações dadas pelos sujeitos em sofrimento mental são muitas vezes entendidas como alienação. Sendo uma interpretação do adoecimento que não consegue alcançar o conhecimento moderno científico. “Pautada pelas referências das ciências biofísicas, a medicina se contrapõe ao sistema leigo de referência, isto é, um corpo de conhecimentos, crenças, e ações que estruturam a percepção leiga do doente” (ALVES, 2009).

Pensando em uma “História da Loucura” (FOUCAULT, 2009), embora não contemple aqui a discussão, perceberemos que como muitos dos usuários, apesar do exemplo trazido aqui no texto ser de apenas uma usuária, na minha incursão em campo, pude perceber que a interpretação do adoecimento relacionada a questões místicas é algo comum. A “loucura” na Idade média era entendida sob o aspecto da mitologia. O louco era considerado aquele “demoníaco”. Só no início do século XX que a loucura é trazida como uma especialidade médica, a psicopatologia. Essa ruptura de concepção a respeito do sofrimento mental trouxe algumas problemáticas de acordo com estudiosos da temática.

A grande crítica que se faz a esta abordagem é o fato de não levar em conta a subjetividade tanto daquele que está sendo classificado, quanto daquele que classifica, pois o olhar de quem tem o poder simbólico de categorizar não é imune à sua própria organização subjetiva. Os preceitos que orientam o método científico se justificam por se basearem em questões “objetivas” que não contemplam uma interpretação subjetiva. “A crença na ciência se fundamenta na utilização do método científico, garantia de objetividade e neutralidade, e no reconhecimento de agentes sociais habilitados na sua utilização. Aspectos relevantes para a atuação neste domínio” (NEVES, 2008). Na modernidade, a objetividade é o que garante autoridade nos conhecimentos produzidos,

por esse motivo, a interpretação do paciente leigo imbuída de subjetividade é ilegítima, não se credita confiança.

Outro aspecto que na observação participante, me chamou atenção, foi como profissionais de saúde entendem os comportamentos daqueles sujeitos como atitudes características de uma determinada psicopatia (não nomeio as patologias intencionalmente, pois não é meu intuito entrar nas categorizações psiquiátricas). Mas será que eles também entendem dessa forma? E até que ponto meu valor em relação a determinada coisa deve ser visto como lugar de verdade?

Em uma das entrevistas feitas com um profissional, quando ele falava da importância da interlocução da instituição com a família dos usuários. Falou do caso de um usuário, esse que não o conheci, que havia comprado um piano e na sala de estar de sua casa não tinha espaço para um sofá e outros móveis por conta do espaço ocupado pelo instrumento. De acordo com o profissional, foi preciso que a instituição interviesse no caso para *orientar se o piano é mais importante que uma sala*. Ele associou essa decisão do usuário como sendo uma atitude irracional, um “comportamento patologizado”.

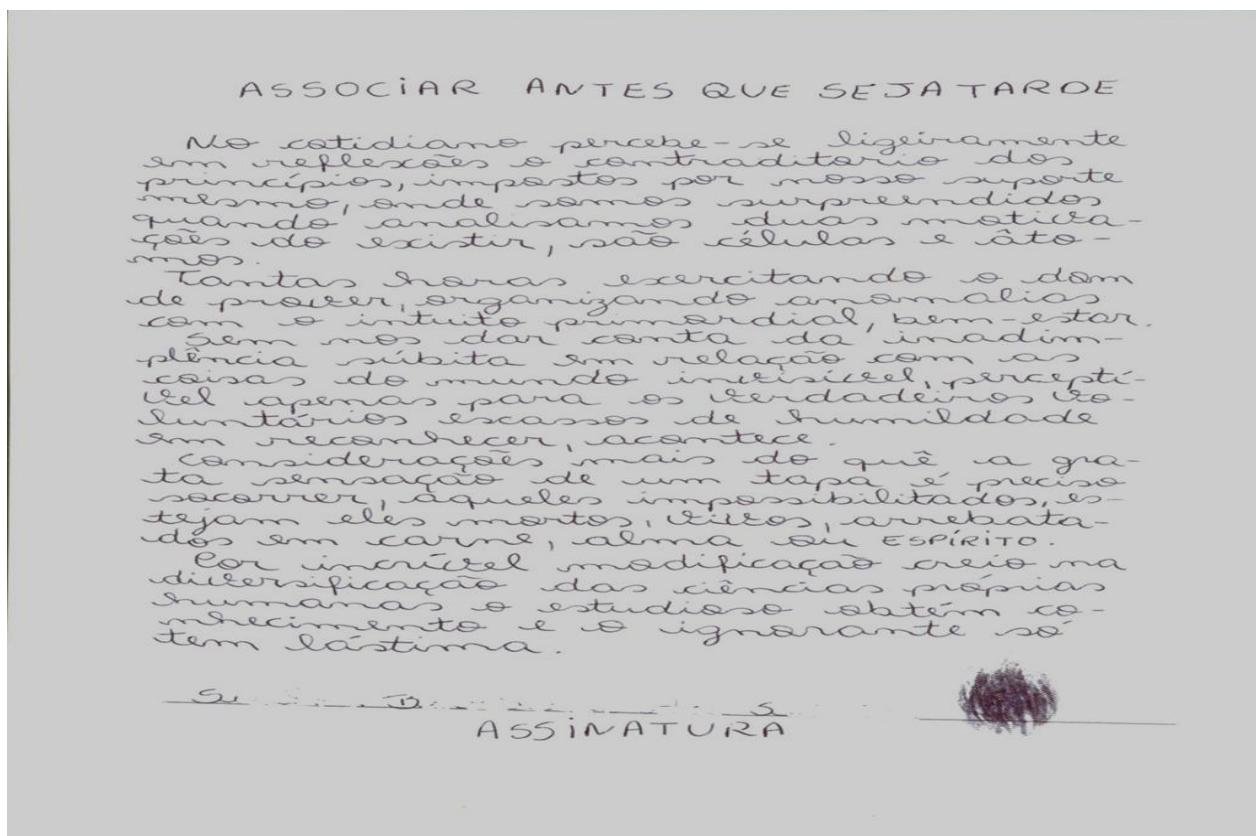
Provavelmente para o sujeito que optou pelo piano e não por um sofá, uma cadeira em sua sala; isso é apenas uma escolha e não uma característica de sua doença. O profissional acabou o exemplo dizendo que a visita à casa do usuário se fazia necessária para *verificar se é verdade a história ou pode ser apenas um delírio dele, uma história fantasiosa, uma justificativa qualquer ou para chamar atenção*. A respeito do assunto, Bezerra vai dizer que “a ideologia da saúde perfeita na cultura somática atual vem produzindo, ainda ideais de *performance* física e mental que transformam em patologia praticamente tudo que impeça o indivíduo de atingir as suas exigências” (BEZERRA, 2006).

As interpretações dos sujeitos em sofrimento mental acerca do adoecimento, em sua maioria, não são orientadas por discurso científico. Em decorrência disso, acabam em uma situação de “desapropriação” de sua doença, de seu corpo. Sendo seu corpo normatizado e objeto de estudo da medicina.

Bezerra (2006) ainda diz que apesar da prática da medicina ser orientada por saberes científicos, ela é impulsionada por valores. Refletindo sobre isso, entendo o

discurso do profissional como sendo imbuído de muitos valores, seja em relação do que seria uma sala de estar adequada ou maneiras de comportar-se dos sujeitos.

Para ilustrar um pouco mais o tamanho da complexidade que rege o pensamento dos indivíduos, não só em sofrimento mental, mas de maneira geral, o perigo que é generalizar, esquadrinhar, trago um texto escrito por uma usuária, Carla, com aproximadamente 27 anos. Essa jovem é uma das pessoas que veem na espiritualidade um mecanismo de cura do mal-estar do adoecimento, sempre se referia à igreja como sendo um ótimo lugar terapêutico. Ia a sessões espirituais, a usuária sempre falava de sessões com o “Dr. Fritz”, outros usuários se reportavam também ao “Dr. Fritz” como uma via de cura. O texto de Carla serve de reflexão para perceber como a definição de saúde/doença/bem-estar é algo relativo e complexo. A usuária tinha o hábito de escrever e sempre me dava uma cópia. Em uma passagem do texto ela diz: “tantas horas exercitando o dom de prover, organizando anomalias com o intuito primordial, bem-estar”; é arriscado definir o que seria o bem-estar e a forma de se prover isso defendido por Carla.



Suas explicações em relação ao sofrimento psíquico passam tanto por questões religiosas, quanto por questões biomédicas. Percebia nessa usuária, em especial, grande assimilação de conceitos médicos. O exemplo de Carla me fez refletir como não

necessariamente concepções biomédicas/não biomédicas, subjetivas se excluem como elas podem também se articularem e de certa forma dialogarem. A tarefa é bem mais pensar como as diferentes concepções podem conversar do que definir uma cisão entre elas e legitimar uma em detrimento da outra.

Das atividades grupais desenvolvidas na instituição, a terapia sobre corpo e saúde era um momento bem interessante. Nesse espaço se discutia assuntos referentes a doenças, sobre higiene pessoal etc. Em um dos momentos da terapia, o profissional falava como o *psicótico* era conhecido popularmente na sociedade, mas que ali ele iria usar os termos médicos.

Fiquei pensando se aquelas pessoas entenderiam, e eu também que não partilho dos conhecimentos biomédicos, os termos médicos que ele se utilizaria? Será que para ele era preciso que entendêssemos? Várias vezes, os profissionais eram questionados, principalmente por uma senhora, o que seria transtorno bipolar. Esse mesmo profissional uma vez ressaltou na terapia, a importância de os usuários terem conhecimento de sua patologia para que conseguissem administrá-la melhor. Não quero dizer com isso que eles não tenham a capacidade de entender e conhecer os termos científicos e as características de sua patologia, mas fazer um exercício de reflexão o porquê é pertinente que se utilize termos científicos naquela situação. Será que sendo dessa forma seu discurso teria uma maior legitimidade? Seu lugar de profissional da saúde se afirma? Esses são alguns questionamentos que me inquietaram para pensar como muitas vezes a relação de poder entre as interpretações e discursos referentes à ideia de saúde e doença se organiza.

O propósito desse texto foi o de tentar mostrar, a partir de experiência tida no Centro de Atenção Psicossocial, como o processo de adoecimento de sujeitos em sofrimento mental podem ser entendidos e explicados por diferentes lógicas, através das construções discursivas desses sujeitos a respeito do sofrimento mental. De um lado um raciocínio científico guiado por questões objetivas na produção do saber sobre a doença, de outro uma interpretação de cunho subjetivo que se orienta por questões íntimas do sujeito em sofrimento mental. “De fato, a doença está hoje nas mãos da medicina, mas ela permanece sendo um fenômeno que a ultrapassa” (HERZLICH, 2005).

É sabido que os medicamentos psicotrópicos não curam mal-estar social, em certa medida pode amenizar momentaneamente a angústia vivida pelo indivíduo. Por isso, é de grande valia levar em consideração os fatores sociais que, são questões diretamente relacionadas à enfermidade. Não permitindo que os sujeitos fiquem

subsumidos em uma condição meramente biológica e que a medicina tome como objeto de estudo não só a doença, mas também o doente. É nesse intuito que a antropologia e sociologia da saúde surgem na tentativa de localizar o sujeito na cultura, buscando compreender como pensam e vivem o que é seu corpo, a saúde e a doença (SARTI, 2010).

Referências

- ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócioantropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2006.
- BEZERRA JUNIOR, B. *O normal e o patológico: uma discussão atual*. In: *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- CAROSO, C.; RODRIGUES, N. Doença mental crônica e tecnologias comunitárias de manejo terapêutico. In: **Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva antropológica**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FOUCAULT, M. História da Loucura: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- HELMAN, C. G. Interações médico – paciente. In: **Cultura, Saúde & Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HERZLICH, C. A problemática da Representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 1, nº2, 1991.
- NEVES, E. M. **Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco**. São Luís: EDUFMA, 2008.
- SARTI, C. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, Vol. 25, nº74, 2010.
- SCHIAVONI A. Corpo e loucura na Porto Alegre do final do século XIX. In: **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.
- SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. (Orgs). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006
- VICTORA, C., KNAUTH, D.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

*Jarissa Porto dos Santos: Bacharel em ciências sociais pela Universidade Federal de Alagoas. Mestranda pelo programa de pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba. Endereço eletrônico: jarissaporto@yahoo.com