

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA MENTAL: A EXCLUSÃO SOCIAL

THE HEALTH-MENTAL ILLNESS PROCESS: THE SOCIAL EXCLUSION

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL: LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Paula Cambraia de Mendonça Vianna*
Sônia Barros**

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o processo saúde-doença mental como um fenômeno coletivo e um fato social. O significado da doença mental foi analisado sob o prisma da exclusão social e da não-cidadania. Para as autoras, a experiência da loucura exige que se leve, também, em consideração a dimensão do sujeito e o universo social-histórico em que essa experiência emerge.

PALAVRAS-CHAVE: Processo Saúde - Doença; Transtornos Mentais; Fatores Socioeconômicos.

Na sociedade contemporânea, torna-se cada vez mais difícil praticar a ciência na certeza da estabilidade e do enquadramento. Somos cada vez mais propensos a entender os fenômenos de nossa vida cotidiana, em constante transformação e movimento.

Nenhum fenômeno, por menor que seja, tem sua origem definida por uma única matriz. Compreender o mundo atual nos direciona, com maior frequência, a percorrer caminhos diversos: o social, o cultural, o biológico, o econômico, o psíquico.

Entretanto, ainda existe a tendência de buscarmos a causa biológica como o fator desencadeante da maioria das doenças em detrimento de outras causas de igual importância. Mas podemos afirmar que qualquer doença só pode ser entendida quando inserida na sociedade em que ocorre e respeitada a classe social do indivíduo.

Portanto, explicar a origem e o curso da doença referenciando-se apenas ao biológico é fechar os olhos para a

inserção do sujeito na cultura e nas redes de relações sociais das quais participa tanto como produtor quanto como produto.

Almeida Filho⁽¹⁾ classifica o processo saúde-doença como um processo social e aponta para o impacto do capitalismo sobre grupos e classes sociais. Esse autor, em suas pesquisas sobre movimentos migratórios, tem verificado a relação existente entre os fatores sociais e a emergência da doença mental. Nesse contexto, ele salienta que é impossível “negar a existência de relações complexas de exploração e dominação, tanto quanto a heterogeneidade inerente a qualquer contexto social”⁽¹⁾. Não podemos, portanto, partir do pressuposto que os indivíduos que habitam um determinado lugar, compartilham dos mesmos traços culturais e mantêm os mesmos objetivos sociais. Dessa maneira, no estudo dos determinantes sociais da doença mental devemos nos ater, também, para as relações de exploração, dominação e opressão existentes entre os grupos sociais.

* Enfermeira; Doutoranda em Enfermagem pela escola de Enfermagem da USP - Professora Assistente da Escola de Enfermagem da UFMG.

** Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora da Escola de Enfermagem da USP - São Paulo.

Endereço para correspondência:

Paula Cambraia de Mendonça Vianna
Rua Henrique Passini 36/201. Belo Horizonte.
CEP: 30220-380. E-mail: paulacambraia@bol.com.br

A Epidemiologia Social, ciência que fornece instrumental para a compreensão do processo saúde-doença, conjuga os métodos quantitativos com variáveis sociais, clínicas e biológicas.

Podemos descrever a evolução da Epidemiologia em três fases distintas.⁽²⁾ Inicialmente, ela surge como a ciência que estuda a transmissão da doença através dos miasmas e dos humores. A teoria dos humores pregava que as doenças eram provocadas pelo desequilíbrio dos quatro fluidos básicos que constituíam o corpo, ou seja, a fleuma, a bile, o sangue e a melancolia.

A partir de Snow, com seu trabalho de combate ao cólera na Inglaterra, e da descoberta dos microorganismos como causadores das doenças infectocontagiosas, surge a Epidemiologia dos modos de transmissão. No final do século XIX, Pasteur e Koch haviam lançado as bases da teoria dos germes que explicava a gênese das doenças febris e rompia, definitivamente, com a crença dos miasmas e com a teoria dos humores. Consolidava-se, então, a teoria da causa específica das doenças e esse modelo passou a orientar a investigação médica e o mecanismo causal das doenças. Seguindo o mesmo caminho, Metchnikoff lança a teoria celular da imunidade e Paul Erlich propõe a teoria da formação dos anticorpos. Através do desenvolvimento de vacinas e da soroterapia, as doenças, como a difteria e o tétano, podem ser tratadas e tornam-se disponíveis os instrumentos para a sua prevenção.⁽³⁾

Surge “a crença de que, através da pesquisa científica, seriam descobertos, mais cedo ou mais tarde, os caminhos para a prevenção e a cura do amplo espectro de males que ameaçam a saúde do homem. A medicina assumia cada vez mais o status de ciência e havia uma aura progressivista a anunciar o desfecho, inevitavelmente vitorioso, da luta da razão com as forças da natureza”.⁽³⁾ Dessa maneira, para cada doença existe uma causa orgânica que pode ser tratada.

Entretanto, na segunda metade do século XX, o modelo explicativo biomédico entra em declínio pois se percebe que ele não consegue ter um controle absoluto sobre a etiologia e o tratamento das doenças.

A epidemiologia, “por suas características formais e pelo seu desenvolvimento histórico, se constitui no primeiro e mais entusiasmado campo da pesquisa médica que busca uma formulação dinâmica da doença”.⁽⁴⁾ Seguindo o caminho da história, ela evoluiu em direção ao estudo dos fatores de risco das sociedades modernas que levariam ao adoecimento. A violência, o desemprego, o estresse, o isolamento contribuiriam sobremaneira para o surgimento e o agravamento das doenças crônicas-degenerativas e psiquiátricas. Nesse contexto, passa-se a pensar tanto na saúde como na doença em sua dimensão mais ampla, determinada por múltiplos fatores: sociais, biológicos, culturais e econômicos. “A dualidade mente-corpo vai sendo questionada nas suas implicações sobre a forma de pensar a saúde, tornando-se um imperativo incluir o aspecto emo-

cional na descrição da gênese das doenças e na sua abordagem terapêutica. Igualmente importante constitui-se a inclusão de fatores sociais e ambientais na discussão sobre relações causais em saúde, configurando-se um modelo explicativo multidimensional que se estende do microcosmo molecular ao nível organizacional mais complexo representado pela sociedade”.⁽³⁾

O processo biológico estudado no indivíduo não revela, de imediato, o seu caráter social pois este se manifesta mais claramente na coletividade. Esse vínculo entre o processo social e o processo biológico permite que se busque a unidade entre a doença e a saúde, entre o físico e o psíquico, dicotomizados no pensamento médico-clínico. Segundo Laurell⁽⁵⁾, “o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico”. Dessa maneira, o processo saúde-doença deve ser entendido como um fenômeno coletivo e um fato social e é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um determinado momento através do processo de trabalho e de suas formas de organização social.⁽⁵⁾

Entretanto, a nosso ver, a epidemiologia social não dá conta de explicar, em sua totalidade, o intrincado processo da saúde/doença mental. O objeto de estudo da epidemiologia sempre foi o coletivo e os doentes em populações. A experiência da loucura exige que se leve em consideração tanto a dimensão do sujeito como o universo social-histórico em que essa experiência emerge. Nesse contexto, “a teoria da doença será sempre propriedade do discurso da clínica, por mais que a epidemiologia colabore para a sua construção”.⁽⁴⁾

Necessário, portanto, pensar em outros paradigmas que contemplem a complexidade dos agravos que acometem o indivíduo e a coletividade, ou seja, devemos estar atentos ao dinamismo das relações sociais, à pluralidade das determinações que provocam o adoecimento e à experiência subjetiva do indivíduo.

O Processo Saúde-Doença Mental

No campo da saúde mental, são vários os saberes que buscam a compreensão dos transtornos psíquicos. São saberes que não se somam mas que tentam provar a sua superioridade aos outros saberes. Modelos biológicos, sociais, psicanalíticos, clínicos. Para Saraceno⁽⁶⁾, “a lógica construtiva que sustenta o diagnóstico psiquiátrico certamente não é unívoca: ora puramente descritiva, ora psicodinâmica, ora etiológica, ora anatômica. Essa grande variabilidade de modelos de referência testemunha a heterogeneidade e fragmentação de conhecimentos: o estado fluido do saber psiquiátrico não é um delito, mas simplesmente um estado de fato. A pretendida estabilidade e coerência dos sistemas diagnósticos são, por sua vez, um

delito de soberba, enquanto escotomiza a fluidez, oculta a dúvida, afirma a certeza”.

Se buscamos a compreensão desse processo para criarmos novas estratégias de intervenção sobre a experiência da loucura, nos deparamos, cada vez mais, com a impossibilidade da construção de um conceito que contemple um estado de saúde ou doença mental. “Saúde mental é, desde os anos cinqüenta, a grande utopia do pleno bem-estar psíquico, estilo de vida saudável, relações harmônicas entre famílias, amigos, amantes, povos, nações. Entretanto, desde sua origem, quando se fala em saúde mental se pensa em doença mental. É a metáfora encobridora para o estigma e descaso com que são tratadas aquelas pessoas...”.⁽⁷⁾

Portanto, essa mistura de situações opostas, essa impossibilidade de definir o que seja saúde e doença mental aponta para a insuficiência de saberes que existem nessa área do conhecimento. Quando nos propomos tratar da doença mental, utilizamos conceitos preestabelecidos e soluções para situações que homogeneizam as diferenças, temendo ousar e romper fronteiras que nos separam do universo da loucura. Despertamos o discurso iluminista. Transitamos pelo desconhecido, traçamos as nossas metas de intervenção sobre a experiência do outro. Sabemos o que nos é permitido saber. Em todos os momentos, afirmamos a presença da loucura no outro e, contraditoriamente, nos sentimos aptos a tratar daquilo que achamos que não nos pertence. É como se temêssemos que “a loucura viesse a penetrar no campo do que o humano não pode reconhecer como seu”.⁽⁸⁾

A loucura, contudo, irrompe no campo do humano, apontando o nosso limite, a nossa desrazão. Nesse contexto, Pelbart⁽⁹⁾ questiona “se nós realmente desejamos eliminar de nosso horizonte aquilo que é o outro de nossa cultura – a desrazão”. Saber sobre a loucura é, de certa forma, nos haver com a nossa própria loucura, com aquilo que tem sido o encargo simbólico dos loucos. Talvez, este seja o motivo de termos tanta dificuldade em conceituarmos o processo saúde-doença mental.

“Talvez a nossa única certeza seja a de que precisamos aprender com eles o que fazer... freqüentemente estamos muito longe do lugar onde isso se passa”.⁽¹⁰⁾ Nesse contexto, nada mais claro do que passarmos de um comportamento moral em que buscamos a homogeneização das diferenças para um comportamento ético que valorize e desperte possibilidades múltiplas de construção do sujeito. Isso implica renunciar, de forma narcísica, a esse lugar do nosso saber e do nosso poder sobre a loucura. Acreditarmos que precisamos aprender, que sabemos menos do que o nosso orgulho permite dizer.

Não podemos reduzir a saúde mental à ausência de transtornos psíquicos. A saúde vai mais além. Ela nos fornece a nossa identidade social, a nossa possibilidade de transitar autonomamente pela vida. Nesse sentido, Merhy⁽¹¹⁾ afirma que a saúde “é um valor de uso para o usuário, que a representa

como algo útil por lhe permitir estar no mundo e poder vivê-lo, de um modo autodeterminado, e dentro de seu universo de representações”.

Todo estado de saúde e doença é determinado pela cultura na qual o sujeito está inserido. Para Foucault⁽¹²⁾, “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão”. Portanto, a maneira como entendemos e lidamos com a saúde e a doença mental está inscrita no mundo social-histórico e é definida pela cultura e legitimada pelo senso comum. Nas relações que o sujeito mantém com o seu grupo e classe social é construída uma rede de significados que apontam a saúde e a doença como construções de sua cultura.

Neste estudo, utilizamos propositadamente diversos nomes para designar o estado de adoecimento psíquico: doença mental, sofrimento psíquico e/ou mental, transtorno psíquico e/ou mental, loucura. Acreditamos que essa variedade de designações é utilizada para encobrir e suavizar o real estado em que vivem essas pessoas, pois todas elas apontam para um mesmo lugar: o da exclusão, da não-cidadania e independem da abordagem teórica utilizada por aquele que trata. De acordo com o Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial⁽¹³⁾, a discussão acerca do termo ‘usuário’ utilizado pelo movimento “traz em si, ainda, características rotuladoras e que deve ser questionado no sentido de que ele restringe a plenitude dos sujeitos, como se eles somente usassem o serviço e não pudessem ter uma identidade própria e melhor definida como pessoas que participam ativamente da sociedade”.

Corroborando essa afirmação, Basaglia⁽¹⁴⁾ aponta que “a exclusão ou expulsão da sociedade resulta antes da ausência de poder contratual do doente (ou seja, de sua condição social e econômica) que da doença em si”.

Portanto, torna-se inviável trabalhar o significado da doença mental na sociedade atual por outro viés que não seja o da exclusão social e da não-cidadania.

Para Bezerra Júnior⁽¹⁵⁾, a criação da categoria de doença mental, no século XVIII, “traria consigo, como uma marca congênita, o movimento da exclusão. Através dela, a psiquiatria teria oferecido uma solução racional ao dilema da sociedade burguesa emergente: como conciliar os preceitos de liberdade e igualdade com os processos reais de exclusão – os loucos não são iguais, nem livres, são aliens, alienados”.

Bursztyn⁽¹⁶⁾, de acordo com as idéias de Nascimento e Castel, aponta que a exclusão se instala em três etapas que se sucedem, como vemos a seguir:

- desqualificação – é construída uma imagem demonizada do outro, associada a problemas de desordem, insegurança, epidemias e criminalidade, servindo de legitimação a uma ruptura do contrato social;

- desvinculação – expressa a rejeição, pela sociedade, dos indivíduos ‘desqualificados’ ou afastados dos processos produtivos reconhecidos e tende a implicar isolamento social e psíquico;

- eliminação – radicaliza as precedentes e pode se dar tanto pelo extermínio, quanto pela esterilização, pelo genocídio cultural ou mesmo pela deportação.

Para Escorel⁽¹⁷⁾, “a exclusão social significa o não encontrar nenhum lugar social, o não pertencimento a nenhum topos social, uma existência limitada à sobrevivência singular e diária...a ausência de lugar envolve uma ‘anulação’ social, uma diferença desumanizadora, que reveste seu cotidiano com um misto de indiferença e hostilidade”. Portanto, a exclusão implica a ruptura dos vínculos sociais nas dimensões do mundo do trabalho, da sociedade, da família, da política, da cultura, ou seja, rompem-se os vínculos que conferem ao indivíduo a sua identidade social.

As políticas sociais, quando não proporcionam proteção ampla e universal para todos os cidadãos, podem fazer com que a exclusão não se manifeste apenas na sua dimensão social e atinja, também, a esfera da sobrevivência. Podemos citar, após a 2ª Guerra Mundial, a consolidação dos mecanismos de proteção do Welfare State. O alvo das políticas de proteção era os indivíduos incluídos no mundo do trabalho e não existia qualquer política voltada para a proteção dos não-empregados, dos trabalhadores marginais ou daqueles que estavam excluídos socialmente.⁽¹⁶⁾

Um elemento comum entre os grupos de excluídos é que são considerados supérfluos ou desnecessários ao mundo da produção. Nesse sentido, Basaglia⁽¹⁴⁾ afirma que o “nosso sistema social, longe de ser um regime econômico de pleno emprego, não tem nenhum interesse em reabilitar o doente mental, que não poderia ser recebido por uma sociedade que nem sequer resolveu plenamente o problema do trabalho de seus membros sãos”. Essa exclusão social do mundo do trabalho faz com que a extensão desse fenômeno adentre outros territórios. Nascimento⁽¹⁸⁾ aponta que a exclusão social “se constrói num processo múltiplo, simultaneamente econômico (expulsão do mundo do trabalho), cultural (representação específica de não-reconhecimento ou negação de direitos) e social (ruptura de vínculos societários e, por vezes, comunitários)”. A sociedade fez com que o doente mental se tornasse um ser socioeconomicamente insignificante, excluindo-o do processo produtivo. Podemos afirmar, portanto, que qualquer tentativa de reabilitação psicossocial passa necessariamente pelo mundo da produção pois dessa forma procuraremos romper com um imaginário social que exclui o louco porque ele não produz, não participa e, portanto, não pode ter voz e nem direitos.

O trabalho proposto pela reforma psiquiátrica nas cooperativas sociais junto aos pacientes com transtornos psíquicos possibilita que se criem novas formas de inserção do sujeito no

mundo do trabalho, através da aprendizagem de um ofício, da possibilidade de valorização das habilidades do sujeito e na construção de sua autonomia.

Para Escorel⁽¹⁷⁾, “a exclusão social só é reconhecida por aquilo que não é, só é definida por aquilo que lhe falta”. No caso da doença mental, a falta atrela-se à razão, à vontade, à produção. Nesse contexto, a reabilitação psicossocial do doente mental só será possível se constatarmos que os loucos “não têm qualquer dívida para com a nossa razão científica e tecnológica, de que não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade”.⁽¹⁹⁾

A reforma psiquiátrica busca, através de suas diretrizes, transformar a assistência em saúde mental num processo mais dinâmico e resolutivo que conte com a participação da família e da comunidade. Apregoa a questão da diferença na dimensão do sujeito, com suas particularidades e limitações, propondo uma construção mais humana e cidadã para a compreensão da loucura e buscando novas formas de intervenção que resgatem a singularidade do doente. Em nenhum momento, a reforma afirma que não seja necessário o tratamento. Exige, entretanto, um tratamento que evite a segregação, a exclusão e a homogeneização da doença mental e que proponha formas diferentes de reinserção social de acordo com a história de vida de cada um.

Situação difícil esta, elaborar e construir um conceito que contemple, em sua plenitude, o intrincado processo saúde/doença mental. Que doença é essa que impede um trânsito do humano, do compreensível, uma fala organizada que permita um entendimento do que se passa? Como nos diria Nascimento⁽¹⁸⁾ “homens e mulheres que não são mais vistos como tais por seus semelhantes. E talvez já não se sintam como tais. É como um jogo de espelho invertido: não há reflexo, não há retorno, mas fuga, distanciamento. Exclusão”. A loucura, a doença mental não pertence ao universo dos humanos tão metodicamente arrumado e com soluções prontas. Talvez, por essa razão, seja tão difícil entender e lidar com a loucura.

Considerações finais

De acordo com o Relatório Final do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial⁽¹³⁾, é premente que se reconheça “a necessidade de se considerar a complexidade das relações sociais, políticas, econômicas e peculiaridades da condição humana como forma de construir múltiplas e criativas possibilidades de assistência em saúde mental”.

A loucura exige paciência e disponibilidade, mesmo que não tenhamos nunca o prazer de conhecê-la e entendê-la em toda a sua plenitude. O que podemos e devemos fazer, ante nosso desconhecimento, é tentar criar espaços para que a loucura possa emergir, fluir. Talvez aprender a conviver com o que não nos é de todo claro. Saber lidar com o imprevisível, com o

que não damos conta de enxergar em nós mesmos, com nossas próprias limitações. Buscar novas formas de cuidar. Um cuidar que não seja regido pelo que está posto, pela norma. Um cuidado centrado na capacidade de vislumbrar a diferença, construído a quatro mãos, por quem cuida e quem é cuidado, pela família, pelo profissional de saúde, pela comunidade. Um cuidado que desperte habilidades, autonomia...

Summary

This study has the objective of analyzing the health-mental illness process as a collective phenomenon and a social fact. The meaning of mental illness was analyzed in the aspect of social exclusion and non-citizenship. For the authors the madness experience demands that we should consider the singularity of each person and the social-historic universe from which this experience emerges.

Key-words: Health-Disease Process; Mental Disorders; Socioeconomic Factors.

Resumen

La finalidad de este estudio es analizar el proceso de salud - enfermedad mental como un fenómeno colectivo y un hecho social. El significado de la enfermedad mental fue analizado bajo el prisma de la exclusión social y de la no-ciudadanía. Para las autoras, la experiencia de la locura exige que también se tenga en cuenta la dimensión del sujeto y el universo social e histórico donde surge la experiencia.

Unitermos: Proceso Salud-enfermedad; Transtornos Mentales; Factores socioeconomicos

Referências bibliográficas

- Almeida Filho N. Epidemiologia social das desordens mentais: revisão da literatura latino-americana. In: Tundis SA, Costa NR orgs. Cidadania e Loucura- políticas de saúde mental no Brasil. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1990: 103-31.
- Bastos FIP, Castiel LD. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: Amarante P, Org. Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994: 97-111.
- Mamede S, Penaforte JC. Aprendizagem baseada em problemas. Fortaleza: Hucitec; 2001.
- Almeida Filho N. Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus; 1989.
- Laurell AC. Saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, Org. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983: 135-58.
- Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; 1999.
- Silva Filho JF. A saúde mental, a ciência e o bom cuidado. In: Figueiredo AC, Cavalcanti MT, Orgs. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização: contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: CUCA/IPUB; 2001: 51-7.
- Garcia C, Org. Conferências de Alain Badiou no Brasil. Belo Horizonte: Autêntica; 1999.
- Pelbart PP. Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense; 1989.
- Cavalcanti MT. Sobre o tratar em psiquiatria. Arq Bras Psiquiatr Neurol Med Legal 2000 jul/set; : 23-9.
- Merhy EE. A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato. Campinas: Hucitec; 2002. (No prelo)
- Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978.
- Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, 1. Salvador, 1993. Relatório Final, Salvador, 1993.
- Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- Bezerra Júnior B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra Júnior B, Amarante P, Orgs. Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992: 113-26.
- Bursztyn M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: Bursztyn M, Org. No meio da rua – nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond; 2000: 27-55.
- Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- Nascimento EP. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: Bursztyn M, Org. No meio da rua: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond; 2000: 56-87.
- Birman J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra Júnior B, Amarante P, Org. Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992: 71-90.