

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL

Sônia Regina da Cal Seixas Barbosa

Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Ambientais (NEPAM)/UNICAMP.

Resumo:

O texto discute uma abordagem teórica onde qualidade de vida em sociedades complexas é analisada a partir da temática da saúde mental. A partir das representações de usuários de serviços públicos de saúde que se expressam através de um discurso do *sentir-se doente*, sem nenhuma patologia clínica que o justifique é possível identificar o atual significado do viver urbano e tudo que isso possa significar, como por exemplo: medos, ansiedade, estados depressivos. É possível identificar, desta forma, o comprometimento da qualidade de vida para o indivíduo, com um rótulo e ou um quadro sem perspectivas, pois a partir da ausência de patologias clínicas que possam ser mensuradas, evidencia-se, de forma mais flagrante, o comprometimento da saúde mental, e para tanto a necessidade de tratamento e cuidados específicos da área de saúde mental dos serviços analisados.

Palavras-chave: qualidade de vida, saúde mental, identidade social

INTRODUÇÃO

Em pesquisa realizada no município de Paulínia (Barbosa, 1990), chamou-me atenção o número significativo de indivíduos que se diziam doentes, comportando-se como tal, através de queixa constante aos serviços de saúde do município, com idas e vindas e procura exacerbada por medicação e demais condutas clínicas. A partir da análise realizada, pude desenvolver outra pes-

quisa que resultou em minha tese de doutorado¹.

Com o mesmo olhar lançado àquela comunidade e suas representações (Barbosa, 1990), comecei a constatar que esse número significativo de pacientes que se sentem doentes não era exclusividade daquela população, mas estava presente em outros lugares, em diferentes realidades, bastando que se *esticasse* o olhar. Para tanto,

¹ Este artigo apresenta uma análise amplamente discutida em minha tese de doutoramento Qualidade de Vida e Suas Metáforas. Uma reflexão sócio-ambiental, defendida em dezembro de 1996, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, IFCH, UNICAMP.

nesta pesquisa, visando a compreensão da qualidade de vida dos moradores do tecido urbano, metodologicamente utilizei-me de um recorte onde foram privilegiados os usuários que se dizem doentes, sem no entanto sê-lo, de 13 Centros de Saúde e Unidades de Saúde Mental de quatro municípios (Bragança Paulista, Campinas, Piracicaba e Sumaré) do Estado de São Paulo, entrevistando-se 27 profissionais de saúde e 62 pacientes. Alguns exemplos, a partir das entrevistas realizadas, confirmam as primeiras constatações:

Atendemos muitas pessoas com queixas somáticas, as mais comuns são: falta de ar, aperto no peito, às vezes sentem que vai dar alguma coisa no coração e clinicamente não têm nada (Psiquiatra, Campinas, março de 1995).

Muitas pessoas vêm com a queixa principal de ver pressão (pressão arterial), *muito dos sintomas dessas pessoas se concentram na coisa da pressão* (Médica sanitária, coordenadora de Centro de Saúde, Campinas, março de 1995).

A partir da constatação, corroborada pelos exemplos acima, pude vislumbrar a possibilidade de construir um arcabouço de análise para a qualidade de vida, de uma sociedade em processo de transformação via mudanças nas esferas tecnológicas, sociais e ambientais, como fruto da dinâmica que esse processo ocasiona diretamente nas relações íntimas do indivíduo, alterando seus estados mais subjetivos e comprometendo a qualidade de sua vida.

UM DEBATE POSSÍVEL

Alguns autores partem essencialmente de uma hipótese norteadora, a existência de uma crise da modernidade. Uma crise de valores, crise sócio-econômica, política, cultural e ambiental. Crise espiritual e o efeito da

mesma no cotidiano mental individual e coletivo²; outros nos mostram que não existe uma crise específica, mas que esses elementos nada mais são do que as conseqüências da modernidade para o coletivo, de uma época que perdeu alguns de seus parâmetros importantes: confiança e segurança em relação ao progresso material e tecnológico³ e o estado crescente de anomia⁴.

Bastide (1967) empreendeu uma análise grandiosa que se constitui na obra mais completa sobre a *Sociologia das Doenças Mentais*, procurando aproximar e comprovar a importância do social na constituição das doenças mentais. A complexidade da sociedade contemporânea e da civilização ocidental foram marcantes para determinar o aumento das doenças mentais, pois essa sociedade e civilização contemporânea "exige de cada um de nós gastos cada vez maiores de energia psíquica" (Bastide, 1967). As transformações em todos os níveis, em situações inesperadas com as quais não contávamos, entre as pessoas próximas e queridas (família, amigos) que deixam de reagir como presumíamos; a rapidez dos impulsos e das mudanças faz com que criemos uma tensão elevada para adaptar nossa ação às situações novas; e essa tensão nos coloca de frente a novas formas de viver no mundo moderno.

Nesse sentido, pode-se supor que o aumento de casos de neuroses e psicopatogênias será dado pela complexidade e exigências crescentes da vida social, pois enquanto não são colocados pela sociedade problemas difíceis, os indivíduos inclinados a distúrbios psíquicos podem chegar a se adaptar e levar uma existência normal, fato observado em comunidades tradicionais como as comunidades rurais. Porém, com a competitividade e

² Os autores que mais trabalharam com essa dimensão são BASTIDE, 1967; SIMMEL, 1979; FROMM, 1976; MANNHEIM, 1973; HILLMAN, 1993 e LASH, 1987; dentre os mais importantes.

³ Basicamente em GIDDENS, 1991 encontramos essa abordagem.

⁴ HABERMAS, 1980; BAUDRILLARD, 1992.

as exigências para se atingir outros patamares econômicos e sociais mais elevados, os desgastes psíquicos passam a ser maiores e mais custosos, acabando por esgotar nossos recursos emocionais (Bastide, 1967).

O autor, apesar de reforçar que os diferentes fatos sociais agindo sobre os indivíduos, como locais de moradia degradados, baixos salários, desemprego ou hábitos e vícios, devem ser levados em conta na análise dos transtornos mentais, ressalta que, no entanto, é necessário tomar esses fatores sociais particulares em determinações mais gerais, como as contradições da sociedade capitalista e a consciência que delas tomam os indivíduos. Os acontecimentos esporádicos, embora importantes, como guerras, revoluções ou greves, não explicam por si só os transtornos mentais, mas essencialmente as “transformações técnicas, materiais ou morais” que colocam para o indivíduo as reais condições da existência. Desta forma, os conflitos patogênicos do indivíduo representam, num ser particular, os conflitos gerais da civilização capitalista com seu conjunto de contradições acessórias, como ideológicas, políticas e culturais (Bastide, 1967). Desta forma, fica claro que as psicoterapias deveriam priorizar o meio social e as condições de vida.

Simmel (1979)⁵, no início deste século, preocupou-se com o processo de metropolização e a vida mental, ou o desgaste da vida mental, muito antes que o próprio conceito de stress⁶, por exemplo, fosse postulado. As inter-relações entre a saúde mental e a formação da sociedade contemporânea são um tema que já tem cha-

mado a atenção de alguns estudiosos há algum tempo, como se pode perceber. Simmel destaca que os problemas mais importantes da vida moderna derivam da necessidade que o indivíduo tem de preservar sua autonomia e individualidade frente às esmagadoras forças sociais, da herança histórica, da cultura externa e dos diferentes modos de vida. A fragmentação e especialização crescentes entre o homem, seu trabalho e a natureza decorrentes de uma luta constante pela sobrevivência, jamais observada em épocas anteriores, faz com que assumam formas alarmantes na atualidade. Essa especialização, à medida que torna um homem incomparável e indispensável ao outro via seu trabalho, aumenta o grau de interdependência na sociedade.

A partir da categorização que faz da vida em cidades, Simmel construiu um tipo ideal que denominou de “tipo metropolitano”, submetido a estímulos nervosos específicos, baseado em condições psicológicas que a metrópole cria em oposição à cidade pequena, que consiste em diferentes formas de atuar no mundo como atravessar uma rua, a multiplicidade da vida econômica, ocupacional e social, extraindo do homem uma quantidade de consciência diferente da que a vida rural extrai. O autor, complementando a característica desse homem metropolitano, acredita que o mais importante aspecto seria uma atitude de “indiferença”, ocasionada pela total agitação dos nervos até seu ponto de mais forte reatividade, que no indivíduo impediria alguma reação. Essa atitude de indiferença seria resultante do gasto total de energia, gerando uma impossibilidade de reação a novos estímulos e sensações. E, se a pessoa permanecer no mesmo meio, ela não dispõe de tempo para recuperar a força, permanecendo subjugada totalmente ao meio sócio-ambiental.

Assim, o desenvolvimento da cultura moderna é caracterizado, atualmente no mundo ocidental, pela pre-

⁵ As preocupações de Simmel estão centradas na análise que faz do papel do indivíduo na sociedade moderna. Reporto o leitor para as seguintes obras: SIMMEL, 1971 e 1989. Estaremos trabalhando aqui a análise que faz o autor sobre as consequências da modernidade para a saúde mental do indivíduo em 1903 e referendadas em SIMMEL, 1979.

⁶ O conceito de stress foi usado pela primeira vez em saúde de 1926 por Hans Selye, que notou que muitas pessoas sofriam de várias doenças físicas e reclamavam de alguns sintomas em comum: falta de apetite, pressão alta, desânimo e fadiga. Tal observação desencadeou pesquisas na área da saúde, que concluiu pela definição de stress como um *desgaste geral do organismo*. Para maiores detalhes consultar: LIPP, Marilda, 1987.

ponderância do “espírito objetivo” sobre o “espírito subjetivo”. Essa dicotomia é resultante da crescente divisão do trabalho, que exige do indivíduo um aperfeiçoamento cada vez mais unilateral, ocasionando a morte de sua personalidade e reduzindo-o a um mero elo numa enorme organização, que extrai de si a necessidade do progresso, da espiritualidade, de valores pessoais, concretizando-se na incapacidade de gerir e transformar sua própria vida.

Mannheim (1973), por sua vez, ao analisar a crise de valores que a sociedade moderna enfrenta, principalmente no após Segunda Guerra, ressalta que o que está presente é uma crise valorativa em todos os níveis da vida humana e da organização social. Essa crise exige um debate organizado em torno de questões como liberdade e disciplina, política educacional, o valor do trabalho e do lazer, hábitos sexuais, relações cotidianas entre homens e mulheres; hábitos básicos de alimentação e comportamento social. Mannheim destaca que “não é agradável viver em uma sociedade cujas normas não estão fixadas e que se desenvolvem irregularmente”.

O autor nos aponta, ainda, para uma “crise espiritual” relacionada a alguns fatores sociológicos importantes como crescimento rápido e descontrolado da sociedade, alterações nos chamados grupos primários (família, vizinhança, etc.), a amplitude dos contatos humanos e as mudanças nos valores sociais e culturais, alterando, inclusive, o conceito de propriedade privada e de trabalho. Na sociedade pré-industrial, a terra pertencia a pequenos camponeses ou pequenos artesãos independentes, que também eram os donos de suas ferramentas para a realização de trabalho socialmente útil. Na sociedade industrial, todo esse sistema foi alterado por técnicas industriais em grande escala; não há mais donos de suas ferramentas. Isso significa mudanças no sentido dos valores mais profundos, mudanças de valores estéticos,

hábitos de trabalho e de lazer. Novas formas de responsabilidade individual e coletiva surgem e a ausência de oportunidades para assumir responsabilidade deprime os que ainda buscam pelo respeito via o seu próprio trabalho; o contato crescente em diferentes culturas, devido aos meios de comunicação e à mobilidade social, auxilia também na alteração da esfera de valores. O depoimento abaixo consegue ilustrar suficientemente o quadro de crise, em todos os sentidos e de inversão de valores, na moderna sociedade capitalista que o autor aponta:

E o que a gente vê permear tudo isso é uma falta de sentido para a vida, uma falta de propósito; as pessoas não encontram para onde se direcionar e se perdem; são facilmente manipuláveis, porque elas não têm um pensamento próprio; as tradições familiares estão muito fluídas, a gente quase não percebe, principalmente quanto mais pobre a população ou quanto mais desorganizadas ou organizadas no aspecto criminal. Há uma inversão de valores extrema, típica nos bairros mais pobres e onde a “drogadição”⁷ é mais intensa ou o tráfico, porque não é necessariamente sinônimo. Onde há muito traficante a inversão de valores é absoluta; eles cuidam da população e a população respeita e eles não respeitam outros indivíduos que entram no bairro e não respeitam sequer a polícia (Psiquiatra, Campinas, abril de 1995).

A presença de uma total inversão de valores e anomia observados na realidade estudada mostra que, como acena Mannheim, para uma sociedade dinâmica passar a funcionar, precisa de uma variedade de respostas do ambiente mutável. Porém, se a variedade dos padrões aceitos torna-se excessiva, conduz os indivíduos à exasperação nervosa, à incerteza e ao medo. Essa crise que se abate sobre o indivíduo na assimilação de novos valores, advindos desse processo de mudança, provoca intensos mecanismos de individualização total e dificultam

⁷ O termo é utilizado por médicos para indicar consumo abusivo de drogas ilícitas.

dades inerentes em se aceitar novos padrões de ação porque não há um aprendizado prévio baseado em escolhas próprias e na confiança em si próprio (Mannheim, 1973: 35). As possibilidades, no entanto, que ele aponta, residiriam numa busca constante para uma sociedade que privilegiasse um planejamento voltado para a liberdade, através da definição e do interesse pelas valorações. É necessária a descoberta de pontos fracos na tessitura social, visando a identificação da doenças sociais, da deterioração e da desumanização. A busca de um consenso que afaste os obstáculos ambientais, no sentido da privação intelectual e física, decorrentes da intranquilidade que a sociedade moderna traz. Assim, “a luta por valorações comuns, tende a acompanhar, passo a passo, a luta pela justiça social”. Ou seja, a democracia é o ponto fundamental de toda essa discussão.

Fromm (1976) acrescenta que o homem “faz no processo da História é desenvolver o seu potencial, transformando-o de acordo com suas próprias possibilidades”. Essa premissa não é biológica nem sociológica, no sentido das possíveis dicotomias entre essas duas ciências, no entanto, transcende, pois que “as principais paixões e tendências do homem resultam da existência total do homem, de que são definidas e determináveis, conduzindo algumas delas à saúde e felicidade, outras, à doença e infelicidade”. Essas tendências fundamentais não são criadas em função de uma determinada ordem social, mas auxiliam a estabelecer quais das paixões em potencial, que existem em número limitado, deverão tornar-se manifestas ou dominantes. O homem é sempre, em qualquer cultura, manifestação da natureza humana, manifestação essa que é, em sua expressão específica, determinada pelos arranjos sociais sob os quais ele vive. O autor supõe que “a saúde mental é atingida se o homem se desenvolve até a plena maturidade segundo as características e leis da natureza humana. A insanidade mental

consiste no malogro de tal desenvolvimento” (Fromm, 1976). Com base nessa premissa, o critério de saúde mental não é o de ajustamento individual a uma determinada ordem social, mas um critério universal, válido para todos os homens, que dê uma resposta satisfatória ao problema da existência humana (o conceito de anomia retorna na obra de Fromm).

Assim, o autor nos reporta para uma premissa básica, ou seja, a saúde mental do indivíduo ou da sociedade contemporânea não pode ser estudada como uma qualidade abstrata, mas inserida sob as influências das condições específicas do modo de produzir e da organização social e política sobre a natureza humana. Desta forma, pode-se afirmar que, a sociedade industrial não teria se constituído dessa forma se não tivesse arregimentado a “energia dos homens livres para trabalhar com uma intensidade sem precedentes” (Fromm, 1976). O homem precisou ser amoldado na medida certa para tornar-se ansioso por empregar uma grande parcela de sua energia no trabalho, adquirindo hábitos específicos de disciplina, em um grau desconhecido em todas as demais culturas. Essa disciplina não é simplesmente fruto de uma decisão individual, mas resultante de um caráter social produzido no interior da sociedade, tornando tais impulsos inerentes a essa organização.

O viver na modernidade, com seu grau diferenciado de disciplina para o trabalho industrial e ansiedade decorrente desse novo padrão de organização, aliado a todas as transformações sócio-ambientais, dificuldades de relação do homem com a natureza, produz ainda um outro sentimento - medo - que tem conseqüências importantes para a saúde mental dos indivíduos, quando num grau exacerbado. O medo urbano, medo das cidades, a angústia dos moradores diante das transformações que nas cidades vão se operando já foram largamente analisadas por Foucault (1984).

Na dimensão do trabalho, o medo se constitui em fator importante, embora muitas vezes difícil de ser elaborado discursivamente por quem o sofre. Em algumas categorias profissionais que são expostas a riscos relacionados à dimensão corpórea do indivíduo (como trabalhadores da construção civil, pescadores de alto mar, trabalhadores de profundidades como minas, industriários que manipulam produtos tóxicos, etc.), que lidam com o risco no cotidiano, através das possibilidades de asfixia, afogamento, morte violenta, acidentes, queimadura, incêndios, explosões, irregularidades no funcionamento de um instrumento ou de uma máquina, acabam por viver condições de risco suposto. Esses aspectos vão constituir um medo constante e cotidiano, que acabará por comprometer a saúde mental dessas pessoas (Dejours, 1987).

Assim, tanto o medo da vida mediante as condições de moradia quanto aquele relacionado ao enfraquecimento cotidiano das condições de trabalho, vão constituir um padrão de vida (ou qualidade de vida) que empurra o cidadão para uma vida de tensão, sem perspectivas de mudança. Cada vez mais associados a isso, observa-se os movimentos políticos desfalecendo-se ou caminhando desarticuladamente. O homem hoje vê pouca perspectiva de continuar uma luta que parece sem sentido. A luta maior é um papel individual e coletivo de busca, vinculado a um modelo democrático que parece ter dado poucas esperanças nestes últimos anos. Sem perspectiva política de sobrevivência, de construção de uma sociedade justa, em que cidadãos organizados possuam deveres e direitos, resta uma tensão inerente a sua condição mais individual e cada vez menos coletiva.

Hillman (1993) acredita, calcado em sua experiência clínica, que não se pode mais distinguir objetivamente entre neuroses do *eu* e neuroses do *mundo*. Ao mesmo tempo, situar a neurose e a psicopatologia em

uma única realidade individual é não ser capaz de compreender a complexidade desta temática. Há algum tempo, a “queixa do paciente estava em seu interior”. Atualmente, a “queixa do paciente está localizada em suas relações sociais”, sejam elas de que tipo forem (familiares, profissionais, institucionais, etc.), o que equivale a dizer que as queixas dos pacientes são reais, no sentido que pertencem ao mundo exterior. Assim, as distorções da comunicação, a preocupação, a alienação, a ausência de intimidade com o meio ambiente e a falta de valores coletivos, não fazem parte só de nossa intimidade, mas estão presentes em todas as percepções da sociedade que vivemos (Hillman, 1993: 10).

A psiquiatria social, para Hillman, seja a qual corrente estiver inserida, enfatizará de forma considerável tanto as realidades exteriores quanto localizará as origens da psicopatologia em determinantes objetivos. Desta forma, o “lá fora” determina enormemente o “aqui dentro”. A realidade é de dois tipos: em um, é pública, objetiva, social e normalmente, física; em outro, existe uma realidade psíquica não avaliada em espaço, particular, interior, desejosa e imaginativa. Por estar a realidade psíquica separada da realidade exterior, a psicologia passou a elaborar várias teorias para poder juntar as duas, já que, por serem analisadas em separado, os efeitos foram pouco animadores. Assim, a realidade psíquica não foi preparada para ser pública, enquanto a realidade exterior foi concebida para ser destituída de subjetividade. Hoje as queixas dos pacientes também mudaram de lugar (ou melhor, se ajustaram aos novos tempos), deixaram de ser meramente subjetivas na acepção antiga da palavra. Ao mesmo tempo que as psicoterapias tiveram êxito em aumentar a “consciência da subjetividade humana”, o mundo no qual todas as subjetividades são estabelecidas se desintegrou. Para o autor, a crise está num lugar diferente: poluição ambiental, violência e cri-

mes nas ruas, queda dos níveis de instrução, aumento de resíduos sólidos, fraudes, corrupção e guerras. As patologias existentes estão na “psique da política e da medicina, na linguagem e no *design*, no alimento que comemos; ou seja, a doença está agora lá fora”

O que é vivenciado hoje, em comparação ao século XIX, é a presença de indivíduos em crise, sobreviventes de uma realidade exterior e de uma realidade psíquica que se misturam e representa a própria crise do mundo. Os novos sintomas do homem contemporâneo são “fragmentação, especialização, hiperespecialização, depressão, inflação, perda de energia, jargões e violência”. A vida é construída por prédios anoréxicos, por atividades econômicas paranóicas e por um sistema tecnológico totalmente maníaco (Hillman, 1993 : 12). O que resta? Como conciliar o mundo lá fora e o mundo aqui dentro? Com qual espaço devemos nos preocupar primeiro para podermos encontrar a saúde mental?

O mundo apresenta características próprias e tem ocasionado uma qualidade de vida para a população cada vez mais deteriorada num curto espaço de tempo. Por estar o próprio mundo mergulhado em uma “imensa crise”, está ingressando num novo momento de consciência. Enfim, o mundo está chamando a atenção para si por meio de seus sintomas e está se tornando consciente de si mesmo enquanto realidade psíquica. Deve-se voltar à obra de Freud, principalmente aquela onde examina a cultura e a construção de patologias específicas⁸. Freud destacou que o desenvolvimento da civilização percorre um caminho paralelo ao desenvolvimento do indivíduo, chegando-se assim a um diagnóstico onde em determinados períodos das civilizações possivelmente a humanidade como um todo, em função deste processo intenso de transformação, tornou-se neurótica. Assim, ao se exami-

nar o processo de desenvolvimento da cultura e suas conseqüências, em diferentes épocas, pode-se contribuir para entender melhor a “doença mental”, os transtornos mentais dos indivíduos.

Apesar das críticas que são feitas à psicanálise, muito em função de que os condicionantes da estrutura psíquica do indivíduo estariam calcados em seus primeiros anos de vida, levando-se pouco em consideração os fenômenos sociais, econômicos, ambientais e culturais aos quais se está submetido, é importante observar que Freud dá um destaque significativo ao entendimento e à busca de diagnóstico social, aliados a uma terapêutica específica (no caso a psicanálise) como sendo fundamentais para uma melhoria na qualidade de vida da população.

QUALIDADE DE VIDA E IDENTIDADE SOCIAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A partir dessas colocações e do exemplo real que observamos, qual seria o melhor caminho para pensar a qualidade de vida (considerando a saúde mental como parte essencial desta proposta) dos habitantes de regiões urbano-industriais?

O conceito de qualidade de vida tem sido incorporado de diferentes formas. Nossa preocupação está centrada num processo histórico de transformações no mundo contemporâneo, a complexidade de experiências de vida que estão presentes a um número cada vez maior de indivíduos, o conceito de progresso e uma grande preocupação com a relação dos homens com seu ambiente, preocupação esta sempre corroborada com inquietações sobre a alienação, a anomia, as doenças psíquicas e também outras categorias que o viver urbano impõe.

Qualidade de vida deverá assim ser pensada como

⁸ FREUD, 1981.

a capacidade que as pessoas têm de satisfazer adequadamente suas necessidades humanas fundamentais. Estas necessidades devem ser entendidas como um sistema em que as mesmas se inter-relacionam e interagem: necessidades de ser, ter, haver e estar, e necessidades de subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, ócio, criação, identidade e liberdade.

Nesse sentido, a qualidade de vida comprometida será fruto do medo, enquanto produto de transformações ambientais e culturais que o indivíduo tem que lidar em seu cotidiano, associado a uma complexidade cada vez mais crescente da sociedade contemporânea, fazendo com que esses pacientes (usuários dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Mental dos municípios analisados) fiquem a mercê desta dinâmica, que acaba por institucionalizar os serviços de saúde como esperança e espaço de verbalização de todas essas carências, medos, angústias e sintomas. Sintomas, porque aquele espaço é o espaço da doença, é o espaço do discurso que indica que algo clinicamente comprovado está alterado. A legitimidade desses indivíduos enquanto sujeitos portadores de uma identidade social extrapola o espaço genuinamente privado para se constituir enquanto espaço público, pois, naquela instituição, precisa se dar através da doença. É assim que esses pacientes se apresentam: seres que se sentem e se denominam enquanto doentes e que, acabam por sofrerem e se sentirem incapazes de realizar tarefas mínimas, incapazes para o trabalho, para o lazer, para a vida sexual e afetiva.

O momento atual tem mostrado que, diferentemente de décadas anteriores, os movimentos sociais organizados têm se apresentado de forma pulverizada na sociedade. Assim, a expressão das carências e das buscas mais significativas desse grupo social estão se concretizando no espaço dos serviços de saúde, em função das características que esse tipo de serviço possui e pela

possibilidade concreta de ser para o paciente um espaço de valorização da cidadania, diferentemente de outras esferas da vida pública.

O espaço do serviço de saúde, junto a população, é reconhecido enquanto um espaço de cidadania, permitindo com que os usuários sintam-se cidadãos. Esse sentir-se cidadão no espaço do serviço de saúde, corroborado através da constituição de *metáforas corpóreas*⁹ difusas e indefinidas no discurso desses pacientes analisados, tem sido possível, através da doença, seja ela clinicamente mensurável ou como expressão de transtornos mentais, objetos esses que permitem o rótulo e a categorização do paciente no reconhecimento de um espaço legítimo.

A partir dos achados nesta pesquisa pode-se rever o conceito de cidadania, e encontrar na vivência destes pacientes um outro tipo de exercício político, uma identidade social, que transforma o indivíduo em cidadão, ou seja, é possível vislumbrar a constituição da existência de um novo exercício político e de uma nova constituição de direitos e deveres, com base numa *nova sensibilidade*. Essa nova sensibilidade é mais do que um “mero fenômeno psicológico” (Marcuse, 1973), ou subjetivismo dos grupos sociais, pois provocará uma mudança social a partir da conversão da mesma, numa necessidade individual onde as práticas políticas voltadas para o impulso de transformar o mundo serão mediadas pelo desejo de libertação individual. Esse desejo é fundamental para se construir um novo projeto social.

Como não existem regras que ensinem a ser cidadão, é necessário observar atentamente as diferentes formas como a cidadania está sendo exercida e os diferentes espaços de sua ocorrência. Construindo o sonho de que novos movimentos sociais serão organizados a

⁹ Ver BARBOSA, 1996.

partir de indivíduos sociais em busca de legitimação de suas novas identidades, fundamentadas a partir de outras demandas, organizadas em função de outras carências, como as aqui observadas e outros movimentos ou associações em torno de problemas de outra ordem (Associações de portadores do HIV, Associações de portadores da LER - Lesão por Esforço Repetitivo, etc.), sem necessariamente a mediação do trabalho, das necessidades exclusivamente econômicas e de categorizações sociais, podendo constituir-se na prática cotidiana, em “uma esperança de superar as orientações desumanizadoras que predominam na vida em sociedade” (Mello, 1994: 30).

Assim, qualidade de vida estará aglutinada ao conceito de desenvolvimento, de necessidades humanas satisfeitas e de cidadania. É importante olhar para os indicadores sociais, mas não se pode deixar de lado as questões subjetivas. Ou seja, a realidade exterior e a realidade psíquica. O vínculo com os aspectos emocionais dos indivíduos é fundamental, porque o conceito proposto pelos diversos autores trabalhados frisa que as necessidades humanas são tanto as relacionadas com as posses básicas (alimentação, moradia, educação, saúde, transporte, emprego, etc.), como com aquelas relacionadas ao lazer, a cultura, ao ócio, as relações afetivas e sexuais. O bem estar humano não se limita por indicadores objetivos, mas, fundamentalmente, está associado à subjetividade.

Por isso, afirmo que o que está em jogo é a possibilidade real de valorizar a dimensão subjetiva para a construção da cidadania, pois é a partir dela que é possível contribuir para uma ação coletiva dos sujeitos, onde as condições globais da sociedade e uma rediscussão do papel das instituições estarão presentes, possibilitando recriar a própria história social através da transformação individual.

Essa transformação, enfim, passa, impreterivelmente, pela subjetividade dos indivíduos e pela necessidade do homem contemporâneo de romper com as diferentes formas de apatia e alienação através da construção diária de novas relações sociais. Só a transformação individual alterará esse quadro de passividade, de depressão, de angústia e sintomas vagos e somatomorfes que as *metáforas corpóreas* indicaram. Por último, poderá alterar um quadro onde os espaços públicos e, mais necessariamente, o dos serviços de saúde, são reconhecidos como:

o fim da linha das carências da população. É onde deságuam todas as necessidades da população (Médica sanitária, Campinas, março de 1995).

Minha proposta é de que esse *espaço* no sentido metafórico, ou seja, a conquista neste local primário de expressão das carências da população, possa se multiplicar para as outras esferas da vida social. Que essa expressão possa ocorrer com resolutividade, no sentido que os próprios profissionais de saúde empregam ao termo. Essa construção e essa mudança de fatos só serão possíveis a partir de uma outra lógica social, da dinâmica do sistema de saúde, da postura dos profissionais de saúde, das condições reais de trabalho cotidiano e do resgate do *desejo* do indivíduo.

O *desejo fundante*, no sentido psicanalítico do termo, é aquele que se constitui a partir da consciência de uma ausência. Ausência que identifica o Outro, o social. Somente a partir dele é que essa *revolução* individual poderá se processar e não mais necessitar da utilização de *metáforas corpóreas*. Criar novos espaços e condições alternativas para ouvir as queixas desses pacientes parece ser uma necessidade legítima, pelo menos por ora. No entanto, essas queixas precisam ser ditas/verbalizadas e não medicalizadas. É esse reconhecimento que permitirá aos indivíduos construir para si

um novo enfrentamento e, portanto, uma nova ordem social, um novo modelo de sociedade e uma qualidade de vida compatíveis com seus *desejos* e com a possibilidade de realizá-los.

Embora a tarefa não seja fácil, os depoimentos e a observação destes pacientes indicaram que é possível construir uma nova perspectiva social, através de alguns elementos que tragam à tona a subjetividade, preponderante para a construção das condições básicas do processo de cidadania. O reconhecimento de que esses indivíduos não são doentes, mas estão momentaneamente *pacientes*, é que possibilitará a legitimação de suas carências, a partir da conscientização e da expressão verbal das mesmas.

Por último, a necessidade de percorrer o longo caminho de encontro com a *psique sitiada e encouraçada* (Lasch, 1987) pelo medo, pela violência, pelas condições de vida precárias, pelo desejo contido. Assim, as diferentes formas de terapias e processos analíticos foram importantes para os pacientes estudados que se utilizaram dessas abordagens, bem como todas as maneiras de expressão criativa do eu, onde as relações profundas com a natureza tenham espaço e os riscos sócio-ambientais possam ser reconhecidos e avaliados pelo coletivo. A qualidade de vida envolta numa nova ética social e política, precisa ser o objeto do desejo reconhecido coletivamente na modernidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. **Industrialização, Ambiente e Condições de Vida em Paulínia, SP. As representações de Qualidade Ambiental e Saúde para Médicos e Pacientes.** Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1990.
- BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. **Qualidade de Vida e suas Metáforas. Uma reflexão sócio-ambiental.** Tese de Doutorado (Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- BASTIDE, Roger. **A Sociologia das Doenças Mentais.** São Paulo, EDUSP/Cia. Editora Nacional, 1967.
- BAUDRIALLARD, Jean. **A Transparência do Mal. Ensaio sobre os fenômenos externos.** Campinas: Papirus, 1990.
- DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho.** Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da medicina social. Microfísica do Poder.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FREUD, Sigmund. **El Malestar de la Civilizacion. Obras Completas.** Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- FROMM, Erich. **Psicanálise da Sociedade Contemporânea.** Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- HABERMAS, Jürgen. **A Crise de Legitimação do Capitalismo Tardio.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.

- HILLMAN, James. **Cidade & Alma**. São Paulo: Studio Nobel, 1993.
- LASCH, Christopher. **O Mínimo Eu**. Sobrevida psíquica em tempos difíceis. 4a. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- LIPP, Marilda E. **Como enfrentar o STRESS** São Paulo/ Campinas: Ícone/UNICAMP, 1987
- MANNHEIM, Karl. **Diagnóstico de Nosso Tempo**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1973.
- MELLO, Silvia Leser de. *Pensando o cotidiano em Ciências Sociais*. **Revista de História Social**, USP, 1994.
- SIMMEL, Georg. **On Individuality and social forms**. Chicago: University of Chicago Press, 1971.
- SIMMEL, Georg. *A Metrópole e a Vida Mental*. In: VELHO, Otávio (org.). **O Fenômeno Urbano**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1979.