

ESTRANHAMENTO DE SI – O ADOECIMENTO COMO SINTOMA

Andreia Pagani Maranhão¹

Betanea Moreira Moraes²

RESUMO: O “Estranhamento de si” é apresentado como um híbrido entre a esfera psicossomática e político-econômica, na qual o adoecimento aparece como sintoma da exploração produtiva e disciplinamento dos sujeitos. Espera-se delinear a sociogênese do processo e sua etiologia funcional ao desenvolvimento do sistema. A partir dos dados encontrados, evidencia-se a estrutura social da psicossomatização e identificam-se possibilidades de reinvenção das *praxis* de cuidado nas racionalidades integrativas da saúde.

PALAVRAS CHAVE: Estranhamento. Psicossomatização. Adoecimento. Práticas integrativas. Vulnerabilidade.

ESTRANGEMENT OF THE SELF - SICKNESS AS A SYMPTOM

ABSTRACT: “Estrangement of the self” is a hybrid between psychosomatic and political-economic spheres, where illness appears as symptom of the productive exploration and disciplining of the subjects. It is expected to outline the sociogenesis of the process and its functional etiology to the systemic development. Starting from data found, the social structure of psychosomatization is evidenced and possibilities for reinventing the *praxis* of care in the integrative rationalities of health are identified.

¹ Mestre em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do Centro Universitário Inta. E-mail: andreiapagani@gmail.com

² Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: betaneamoraes@gmail.com

KEYWORDS: Estrangement. Psychosomatization. Illness. Integrative practices. Vulnerability.

EXTRAÑARSE - LA ENFERMEDAD COMO SÍNTOMA

RESUMEN: Lo “Extrañarse” se presenta como un híbrido entre las esferas psicossomática y político-económica, donde la enfermedad surge como un síntoma de la exploración productiva y la disciplina de los sujetos. Se espera describir la sociogénesis y la etiología del proceso como funcionales para el desarrollo del sistema. A partir de los datos encontrados, se evidencia la estructura social de la psicossomatización y se identifican las posibilidades de reinventar la praxis de cuidado en las racionalidades integrativas de la salud.

PALABRAS CLAVE: Extrañamiento. Psicossomática. Enfermedad. Prácticas integrativas. Vulnerabilidad.

INTRODUÇÃO

“Estranhamento de si” é uma experiência dolorosa derivada de um processo de mutação orgânica, cujos sintomas aparecem no desconhecimento de si, e simultaneamente na identificação dos motivos e processos que levam ao mal-estar e ao adoecimento. O sentimento de desconexão tende a ser mantido na esfera privada, cercado de silêncios. O desconforto, a tristeza, dor e fadiga são resquícios de comportamentos autocensores, sintomas próprios da vida social contemporânea.

Nesta revisão, o estranhar-se aparece correlacionado aos processos de mudança pessoal que emergem com mais potência quando singularizados. O trabalho emerge como causa imediata do sofrimento, mediação do próprio discurso sobre si. Mudar o mundo do trabalho se torna uma necessidade para melhorar a saúde, para o reencontro consigo mesmo.

A partir das pistas de Marx (2008; 2011) e Foucault (1987; 2008), buscou-se identificar a sociogénesis do estranhamento, trajetões ao longo dos quais as camadas trabalhadoras vão sendo sistematicamente submetidas.

Luz (2005) orienta sobre os sintomas da crise na saúde. Massé (1995) e Joubert (2003) desenham aspectos do adoecimento laboral, Laurell e Noriega (1989) especificam a noção de carga de trabalho. A pandemia de adoecimentos psíquicos é interpretada em interlocução com os escritos recentes de Han (2018).

Por fim, aponta-se elementos de contrapontos, hibridismos e mutações que permitem à classe resistir, seja como indivíduo, seja coletivamente. Explicita-se as diferentes concepções de saúde integral, tecendo a lógica das práticas integrativas como uma proposição capaz de ressignificar o cuidado em saúde.

Espera-se entender melhor no que consistem e como se desenvolvem os processos de incorporação das novas dinâmicas produtivas e das inovações laborais, como eles alteram o desenvolvimento do ser humano. Como se desenham as formas de domínio dos instrumentos de trabalho – objetos sociais nos quais são incorporadas e fixadas as operações próprias do fazer laboral; como os sujeitos se integram no sistema social e historicamente elaborado dominando os instrumentos e reorganizando seus saberes e práticas cognitivas e motoras.

Nos descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde – BIREME, encontram-se os verbetes Transtornos Psicossomáticos ou Psicofisiológicos como sendo um “grupo de transtornos caracterizado por sintomas físicos que estão afetados por fatores emocionais e envolvem um único sistema orgânico, geralmente sob controle do Sistema Nervoso Autônomo” (DECS, 2017).

A definição é precisa, mas circunscrita ao âmbito da fisiologia, sendo necessário ampliar o entendimento sobre os padrões de desenvolvimento do adoecimento e o posterior deslocamento ou mutação funcional pela qual a dor é integrada ao sistema límbico e às zonas corticais, partindo do sistema nervoso central (cuja função é sensorial, descritiva) para o autônomo (cujos aspectos cognitivo, afetivo e emocional se sobressaem na percepção da dor).

Paradoxalmente, a presença de uma enfermidade somática no corpo da loucura, ou da pessoa com transtorno

mental, tem o poder de silenciar os seus fenômenos comportamentais. É digna de uma reflexão esta percepção, pois uma das manifestações mais comuns do sofrimento psíquico são as somatizações, processos nos quais o corpo físico reflete via adoecimento um sofrimento mental latente (LUSTOSA; ROSA, 2012, p. 372).

Ainda que uma descrição deste processo não seja correspondente à totalidade em termos da multiplicidade e complexidade, pretende-se sublinhar uma realidade criada na medida que assim é experienciada e interpretada por um grupo de pessoas, social e culturalmente territorializadas. A partir dessa especificidade, é possível identificar padrões e tipos diferenciados, bem como possibilidades de mudanças estruturais na vida dessas pessoas.

O problema teórico é relacionado com a indeterminação e a tomada de consciência do processo, o “não saber o que está acontecendo”, o desconhecimento de si e as possíveis descobertas que afloram no itinerário terapêutico quando os determinantes sociais emergem da fala e ganham sentido para a pessoa.

É possível definir claramente diversas categorias de adoecimentos psíquicos e suas correspondentes sintomatologias. Também é plausível identificar um conjunto de normativas sociais sobre os modos de vida, usos de si, discursos e produção de sentidos, tópicos das mudanças no mundo do trabalho. Mas é difícil apresentar correspondências entre ambos no plano empírico, porque tais discussões são pertencentes a universos acadêmicos, saberes e conceitos diferentes, ainda que parcialmente existam conjugações possíveis, correlações e incidências que ampliam a evidência do argumento. Trata-se de abordar o adoecimento como uma forma singular de reprodução social, uma conjugação ímpar entre a biologia do sujeito e ecologia, uma tentativa de ler a doença no âmbito da distribuição populacional e das condições de saúde.

A primeira interface diz respeito aos modos de ser, viver e adoecer e às narrativas de sofrimento, estranhamento e afastamento de si, que podem ser expressas verbal ou corporalmente. Outra é o dilema social que contextualiza e possibilita a emersão desse tipo de enfermidade, entendida

sob o ponto de vista do sujeito, de suas demandas, condutas e itinerários frente à percepção ou sensação de debilidade da saúde (EISENBERG, 1977 *apud* HELMAN, 2009).

A doença, ao contrário da enfermidade, é caracterizada como uma disfunção, anomalia em qualquer órgão ou sistema, de forma que independente de cultura, história ou padrões sociais. A doença seria uma universalidade, evidenciada biológica, química ou sintomaticamente. Desta forma, se funda num padrão universal de saúde e de normalidade que passa a ser a referência de todos os indivíduos.

O campo da saúde mental é híbrido nesse sentido, pois é configurado social ou institucionalmente. Fala-se em “condutas desviantes” (NETO, 2004), que segundo os modelos hegemônicos, podem ser resumidas em delinquência, radicalidade política, boemia e suas decorrentes autoimposições, como toxicomania, suicídio, loucura etc. A doença seria um desvio da vida social, um fracasso da socialização ou transgressão por mau comportamento.

As desigualdades entre os seres humanos não são aqui tomadas como meras diferenças biológicas, falsamente naturalizadas, mas percebidas como conjugações de desigualdades estruturais (de ordem econômica, social, política e cultural), sobre as quais se justapõem condições de opressão (idade, gênero, etnia, credo, orientação sexual, deficiência física ou mental, regionalidade) e diferentes relações daí derivadas. Através delas e de forma contextual é que se constituem as singularidades, aptidões e faculdades da natureza humana.

Os processos terapêuticos no âmbito integrativo devem abordar os problemas que são produzidos ou manifestos socialmente, mas que enquadram as pessoas em diferentes categorias de adoecimentos. De forma geral, as terapias integrativas são práticas que têm como objetivo construir ou rearranjar o equilíbrio sistêmico da pessoa, considerando dimensões corpóreas materiais, emocionais, energéticas, ancestrais etc (ANDRADE; COSTA, 2010).

Os projetos terapêuticos são constructos interprofissionais e procedimentos ou técnicas diferentes arranjadas para ampliar a vitalidade ou recuperar a saúde da pessoa. Existe uma outra percepção sobre o

que seja cura. Aqui o sujeito é ativo na produção da sua saúde, tanto as condições subjetivas como a ecologia social são consideradas relevantes para alcançar o equilíbrio (consigo mesmo, com o outro, com a natureza, com o todo) (MESQUITA, 2014).

Os profissionais também são ressignificados no âmbito da terapia integrativa. O foco do cuidado é a pessoa e não a doença. E disso deriva uma série de demandas que passam a fazer sentido na clínica. O olhar se torna mais aguçado, ampliando a percepção do ambiente e do estilo de vida da pessoa. A necessidade de conhecimentos e do domínio de um número maior de recursos terapêuticos, vai se traduzindo num diálogo permanente e no estudo da singularidade de cada caso (LUZ; BARROS, 2012).

A escuta passa a ser o ponto de partida da terapêutica, e permite uma etiologia do estranhamento – como esse adoecimento caracterizado inicialmente por “não saber o que está acontecendo” põe a pessoa em circunstâncias que a impossibilitam de manter as rotinas habituais de sua vida, trazendo-a para um estado de desaceleração, de observação, e “predisposição à mudança”, um estágio de transição no qual é muito mais fácil que ela transforme atitudes e hábitos, e em circunstâncias específicas, todo um modo de vida.

Cabe ao profissional a inserção da contingência na análise, levar em conta os modos comuns de lidar com o adoecimento, as relações sociais, os auxílios, constrangimentos, oportunidades e as preferências das pessoas no âmbito terapêutico. A produção de conhecimento sistemático sobre os processos de saúde produz uma relação multideterminada de educação das populações atendidas, e tem o papel de corrigir os saberes do senso comum, valorizando o que é adequado e reconfigurando o que é mistificado.

A MECÂNICA DO ADOECIMENTO – RELAÇÃO DE EXPLORAÇÃO NA PRODUÇÃO

A categoria estranhamento já foi suficientemente descrita na literatura econômica e política como o complexo conceitual da irrealização

do potencial humano decorrente das formas de apropriação do trabalho (RANIERI, 2006). Se ainda no século XXI, a promessa de acúmulo de capitais como gerador de progressivo bem-estar da sociedade é repetida de formas diferentes pelos políticos e *managements*, desde o século XIX já estava claro para Marx que de tal processo decorreria a ampliação da dependência do trabalhador, maior concorrência, caça de sobreprodução, até a consequente queda de intensidade (MARX, 2008, p. 29).

Embora se apresente na clínica como uma questão pessoal, um mal-estar orgânico, o estranhamento é um processo social e objetivo, basilar para o desenvolvimento da propriedade privada. Fundado pela expropriação das capacidades humanas, pela separação entre o trabalhador, sua força de trabalho e o produto do seu trabalho, é uma “desefetivação”, uma anulação do trabalhador, que se objetiva como perda e servidão ao objeto, como autofagia entre a pessoa e o que ela produz (MARX, 2008, p. 80).

O estranhamento do trabalhador em seu objeto se expressa, pelas leis nacional-econômicas, em que quanto mais o trabalhador produz, menos tem pra consumir, quanto mais valores cria, mais sem-valor e indigno ele se torna; quanto mais bem formado o seu produto, tanto mais deformado ele fica; quanto mais civilizado seu objeto, mais bárbaro o trabalhador; quanto mais poderoso o trabalho, mais impotente o trabalhador se torna; quanto mais rico de espírito o trabalho, mais pobre de espírito e servo da natureza se torna o trabalhador (MARX, 2008, p. 82).

Sob esta matriz social, o adoecimento por causa do trabalho é uma intercorrência perfeitamente natural. Nos *Manuscritos*, Marx citou diversos estudos nos quais o processo de consumo da força de trabalho – e conseqüentemente, da saúde e da vida da pessoa que trabalha – é apresentado como uma consequência, se por vezes danosa, também facilmente resolvível.

A elevação, num país e num ramo da indústria, tinha de vigorar mais ou menos também noutros lugares, e com o direito, por toda a parte reconhecida, de uma exploração

incondicionada dos pobres pelos ricos [...] As desvantagens revelaram-se, dentre outras coisas, na maior mortalidade do trabalhador fabril (SCHULZ, p. 65; p.69 *apud.* MARX, 2008, p. 31-32).

A guerra industrial, para ser conduzida, com efeito, exige numerosos exércitos que ela possa juntar no mesmo ponto e dizimar abundantemente. E nem por dedicação, nem por dever, os soldados desse exército suportam os esforços que lhe são exigidos: só para fugir da dura necessidade da fome. Eles não têm afeto nem reconhecimento pelos seus chefes; eles não se ligam aos seus subordinados por nenhum sentimento de benevolência; eles não os conhecem como seres humanos, mas apenas como instrumentos de produção (BURET, p. 68-69 *apud.* MARX, 2008, p. 37-38).

As grandes cidades industriais perderiam em pouco tempo, a sua população de trabalhadores se não recebessem, a cada instante dos campos vizinhos, recrutamentos contínuos de homens sadios, de sangue novo (BURET, p. 362 *apud.* MARX, 2008, p. 38).

A condição de insalubridade da nascente classe trabalhadora era uma discussão muito difusa nos meios intelectuais no final do século XIX. A alienação aparecia nos informes sobre a *miséria operária* como o estado das coisas, como lei natural decorrente da necessidade e da conjuntura específica de venda da força de trabalho. A prática estranhada era a base da teoria do trabalho, na qual o trabalhador imporia contra si mesmo as dinâmicas necessárias à expansão do processo produtivo. Daí que os estudos no âmbito da saúde pública no período tomassem como base a noção higienista de patologia social.³

³ Este período foi de muito sofrimento e espanto em relação às condições horríveis dos ambientes de trabalho. Na sociedade, foi uma época muito fértil de debates sobre a saúde do trabalhador e um ponto de partida para o surgimento da Medicina do Trabalho. Em 1837, a Academia Francesa de Ciências Políticas e Morais lançou um concurso sobre o tema da miséria mundial. Entre os vencedores, o filósofo Eugène Buret escreveu “*A miséria das classes trabalhadoras na França e na Inglaterra*”, publicado em 1841 e posteriormente muito aclamado pela crítica especializada. Marx acessou este texto, de onde retirou as citações evidenciadas acima. Engels, inspirado nesta leitura, aprofundou a discussão em “*Sobre a situação da classe operária na Inglaterra*”, publicado em 1845. A obra de Eugène Buret encontra-se disponível no

Certo atrofiamiento espiritual e corporal é inseparável mesmo da divisão do trabalho em geral na sociedade. Mas como o período manufatureiro leva muito mais longe esta cisão social dos ramos de trabalho e, por outro lado, somente por meio dessa divisão peculiar consegue alcançar o indivíduo em suas raízes vitais, ele é o primeiro a fornecer o material e o impulso para a patologia industrial (MARX, 2011, p. 542-543).

No início do século XXI, Jesus Ranieri sublinha o sentido ideológico do estranhamento, ligado à subjetivação da lógica do capital, à aceitação da vida e da realidade vigente como inevitável, algo do qual não se pode escapar. Assim se consolidam as teorias de irreversibilidade econômica e fim da história, bem como as ações práticas de adesão ao mecanismo de subsunção, que outros autores denominam de autoalienação. É o momento em que políticas da classe dominante são executadas pelo Estado como intervenções para ampliar a qualidade de vida ou qualificar profissionalmente os trabalhadores, mas mantendo a subalternidade e retroalimentando o processo de estranhamento e alienação (RANIERI, 2006; PETROVIC, 2012, p. 24).

Embora se fale hoje de trabalho imaterial, a expansão dos métodos científicos não eliminou o trabalho vivo como produtor de valor e mais valia. Ao contrário, reenvia o custo da produção ao trabalhador, deslocando-o para fora da fábrica, sob a forma de terceirização ou facção. O avanço da produção, nesse sentido, amplia o estranhamento e a desconexão com o tempo presente, potencializa a concentração e a centralização do capital, esgarça as relações de produção e promove mais formas precárias de subsistências, repaginando as dinâmicas laborais de dois séculos atrás, p.ex. ampliação das jornadas, salário por produção, metas, parcerias, trabalhos por contratos verbais ou sem nenhum tipo de seguridade, justaposição de trabalhos formais e informais como complementação de renda, autoempreendedorismo etc (RANIERI, 2006, p. 6).

Internet Archive (https://openlibrary.org/authors/OL2522781A/Euge%CC%80ne_Buret) e reconstruções sintéticas desse ponto na história da saúde podem ser apreendidas em Frias Júnior (1999) e Oliveira (2001).

A SOCIOGÊNESE – ESTRUTURA DISCIPLINAR E NORMATIVA

Nas conferências sistematizadas no volume *Nascimento da Biopolítica*, Michel Foucault abordava a consciência de governo como arte, explicando como a soberania política se instaurava e se enraizava nos contextos diversos de dominação.

O tema era propriamente político, mas não abstratamente universal. O Estado em si não era tomado como uma coisa, mas como um conjunto e simultaneamente uma especificidade descontínua e singular: “a racionalização de uma prática que vai se situar entre um Estado apresentado como um dado e um Estado apresentado como a construir e edificar” (FOUCAULT, 2008, p. 06).

O ponto de chegada é uma política sistêmica de controle, vigilância, hierarquia e violência sobre a integridade das pessoas. Essa problemática se apresenta de forma diacrônica desde suas pesquisas sobre a loucura e as instituições psiquiátricas. De um ponto de vista histórico como o que fica claro em *Vigiar e Punir*, desde o início da revolução industrial, o camponês foi extirpado de suas possibilidades existenciais e em seu lugar foi fabricado um soldado para a indústria, o operário, *labor man*.

Toda uma corporeidade própria vai moldando e redescobrimo os limites do humano. O corpo em si foi redescoberto em sua plasticidade como alvo de poder. O corpo dócil não era um sujeito, uma pessoa. Era definido em função da utilidade econômica e por isso mesmo, muito padronizado. Era um submetido, um que servia plenamente às funções laborais, transformado e aperfeiçoado de acordo com a demanda do capital.

Todas as lógicas e platôs de composição do corpo foram redefinidas no processo de construção industrial e biopolítica da economia. É um caminho de “coerção ininterrupta, constante, que vela sobre os processos de atividade mais que sobre seu resultado e se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, o movimento” (FOUCAULT, 1987, p. 148).

“Anatomia política” seria então a construção social de um elo coercitivo entre a dominação e a aptidão corporal, permanente aumentadas

através de pequenos detalhes quase imperceptíveis nos regimes punitivos. Lenta e continuamente, tais modificações vão modelando a estrutura dos corpos, comportamentos, reações, submetendo até a própria fisiologia e a biomecânica do movimento, se ajustando homeostaticamente às demandas do poder.

Foucault (1987) identifica dois mecanismos de dominação interligados. O primeiro é a organização disciplinar sistemática, que localiza, enquadra, hierarquiza e ordena os indivíduos afim de torná-los mais adaptados e ajustados ao regime produtivo. O segundo é o controle rigoroso das atividades, que consiste na organização corporal em gestos mais precisos para o domínio do trabalho, fixação de metas e horários para cada item e a utilização exaustiva do corpo através de técnicas sofisticadas de treinamento.

De acordo com este argumento, a vigilância e a punição são duas faces do mesmo procedimento. Através da vigilância, é possível manter o controle em níveis crescentes e a punição do desvio constrói padrões do aceitável e normaliza os comportamentos.

No âmbito da clínica, o exame seria uma técnica híbrida: tanto tem a capacidade de hierarquizar, diagnosticar como normalizar, sancionar, atribuindo um padrão, um rótulo de visibilidade. O exame e os registros de prontuários foram muito importantes na documentação disciplinar, pois descreviam, classificavam e sintomatizavam diversas situações.

A individualização dessas situações em “casos” é uma forma de enquadramento disciplinar. As categorias que excluem do normal, tais como criança, doente, louco, condenado, delinquente, drogado, prostituta etc. são estruturas de tipos sociais que alargam o funcionamento da sociedade e através delas, amplia-se a mútua observação, o julgamento social e a tendência à delação.

Foucault traz à tona o ato de enfermar, o adoecer como função de um poder disciplinar. As concepções de loucura e sanidade se revelam a partir do discurso e das condutas oficiais e desta forma, percebe-se que os sujeitos desviantes não podem narrar sua própria história e são elementos de fortalecimento do padrão de normalidade (FOUCAULT, 2008).

Os tópicos a seguir buscam então, identificar no transcurso da história, elementos que contribuem para a situação de somatização laboral, para a dor difusa que emerge no cotidiano de muitas pessoas e constitui um elemento de difícil conceituação e enquadramento sanitário.

ELEMENTOS ETIOLÓGICOS

Durante os anos 1970, as determinações sociais e culturais da saúde foram entendidas como problemas do lugar: de trabalho (acidentes laborais, intoxicações), do meio ambiente (alergias, poluições, surtos virais, traumas, acidentes de trânsito), da mente (suicídio, depressão, desinstitucionalização) e propriamente da sociedade (racismo, violência, isolamento). Dessa leitura emergiu a noção de risco, que deveria ser evitado a fim de preservar a saúde. A política de saúde trabalhava em focos.

A modificação dos ambientes físicos e econômicos alterou as normativas legais e políticas, e a saúde passou a ser mundialmente um espaço de *lobbying* e de luta por direitos. O ambiente de atenção primária foi esvaziado e loteado para as empresas de saúde suplementar, enquanto os serviços terciários e de alta complexidade ficaram sob a gerência do estado, assim como as demandas de controle e urgência, por exemplo, grandes traumas, emergências, doenças infecto contagiosas de maior gravidade, como tuberculose, aids etc. Esse processo drenou o investimento e conduziu a população a uma lógica de adoecimento-e-medicalização, que sobrepõe sintomas aos efeitos adversos dos fármacos e finaliza o itinerário terapêutico nos setores de maior complexidade.

Madel Luz explica que existe uma crise multifacetada na raiz desse fenômeno. Uma crise própria da medicina ocidental centrada no modelo hospitalar, da qual emergem questões de ordem econômica, ética e política, tais como a mercantilização das relações, que deteriora a unicidade do encontro entre profissionais da saúde e pacientes e a função mesma do cuidado, repercutindo na formação profissional e na própria produção social da saúde (LUZ, 2005, p. 149-151).

O movimento sanitarista e as mobilizações sociais pelo direito à saúde reconfiguraram o cenário da saúde mental, e as noções de condições

de vida e trabalho, qualidade de vida e de espaço público, tomada de consciência etc., politizaram a lógica individualizante do adoecimento, superando o estigma de portar uma doença mental. Ainda que as classificações permanecessem, os elementos próprios do processo de adoecimento e a percepção social sobre a doença passaram a ser mais integrados.

Na América Latina, a Psicologia Social Comunitária surgiu como um campo temático interdisciplinar, ancorada na participação social e política das camadas populares. O processo de crítica social se expandiu dos movimentos sociais às categorias profissionais, e o engajamento dos psicólogos pode ser assinalado com a criação da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO, na década de 1980 (GONÇALVES; PORTUGAL, 2016).

A Psicologia Social Comunitária passou a ser afirmada como campo de saberes e práticas que produz representações de si e do outro como sujeitos contextuais integrados num espaço, numa cultura, num sistema de valores socialmente determinado. No plano sociológico, a adoção de uma abordagem multidimensional permitiu a identificação de componentes experienciais que promovem dor, configurações mais amplas que integram as determinações socioculturais às maneiras de lidar com emoções e sofrimentos.

Enfatizou-se o papel da educação em saúde para corrigir os conhecimentos populares e ajustar a ciência aos saberes empíricos, produzindo uma dinâmica de mútuo crescimento e aprendizado, relações mais sólidas entre as comunidades e os profissionais de saúde e dinâmicas criativas de prevenção e promoção (MASSÉ, 1995; JOUBERT, 2013).

Nesse processo, houve a discussão sobre reciprocidade entre os métodos de intervenção terapêutica e uma maior abertura às demandas socioculturais, promovidas pelas abordagens ecológicas, holísticas e sistêmicas. A perspectiva de recolocar a pessoa no centro do projeto terapêutico, seja do ponto de vista singular, como indivíduo que atravessa um processo de sofrimento, seja no contexto imediato e próximo (tecido sociofamiliar e comunitário), mas também na determinação universal mais ampla (classe) ganhou sentido e adesão.

DESEQUILÍBRIOS ECOLÓGICOS – OPRESSÕES TRANSVERSAIS

As três ecologias (1990) é um texto maturado de Felix Guattari, publicado apenas dois anos antes de sua morte. É um ensaio e também um manifesto, no qual o filósofo fala da condição humana no planeta, convocando para uma reinvenção, de todo o mundo, das relações e de si mesmo. Parte da necessidade de uma articulação ético-política entre o meio ambiente, as relações sociais e a subjetividade humana. Esta unidade, denominada por ele de ecosofia, seria a chave para a construção de formas de viver mais harmônicas com o todo e com a subjetividade.

Sua análise conjuntural é propriamente marxiana: o desenvolvimento das forças produtivas e da tecnologia não foi acompanhado pela evolução e progresso cognitivo, afetivo ou espiritual das pessoas. Ao contrário, na sociedade capitalista, um número crescente de pessoas tende à pauperização e à involução psíquica, como por exemplo, com o crescimento dos fascismos, das intolerâncias e fundamentalismos, bem como das formas indignas de sobreviver.

As três ecologias são então apresentadas como problemas em torno da articulação entre meio ambiente, relações sociais e subjetividade, entendidas como uma complexificação dos contextos socioculturais e econômicos; que tendem a ganhar centralidade porque a hiperexploração está calcada em condições que desumanizam grandes estratos da população (GUATTARI, 1990, p. 10).

Guattari observa o desdobramento de uma lógica antevista no Prefácio marxiano, que diz respeito à necessidade da agência humana para resolver um impasse entre o desenvolvimento sempre crescente das coisas, em paralelo com uma incapacidade crescente de apropriação subjetiva e desenvolvimento humano (GUATTARI, 1990, p. 12).

Nesse ínterim, apresenta alguns elementos que são necessários à atualização do programa político de mutação revolucionária do mundo. Denominando-os de “antagonismos transversais”, o autor revela como determinados estratos da população sofre duplamente a *expolição* sistêmica de classe e opressões específicas. Este processo produz

subjetividades ímpares, singularidades, conforma grupos e demanda um entendimento mais sofisticado das diretrizes operacionais, a polifonia das vozes e dos sujeitos reverbera em mundos mais plurais, mais coletivos e multideterminados.

O antagonismo transversal mais relevante à luta de classes é a opressão da mulher, sobre quem pesa a condição de trabalhadora e a carga do patriarcado. A juventude também é uma transversalidade relevante, especialmente porque desenvolve formas de subjetividade alternativas, pseudoidentidades culturais para construção de territórios existenciais, que podem ser exploradas em todo seu potencial revolucionário.

Tais questões, embora não alterem o contexto fundamental de um sistema baseado na exploração – e no conseqüente adoecimento – de uma grande parcela das pessoas, evocam problematizações transversais. Trata-se da produção da existência humana em novos contextos históricos, do desenvolvimento de *praxis* sociais específicas que modifiquem ou reinventem as maneiras de ser na casa, na cidade, no trabalho etc.

É uma *praxis* que modifica a percepção e a cognição das pessoas, porque é calcada em novas práticas políticas, estéticas e éticas. Possibilita novas subjetivações, novas perspectivas de viver, pensando na humanidade como um todo e não no reequilíbrio do sistema capitalista. Em suas palavras:

Fazer emergir outros mundos diferentes daquele da pura informação abstrata; engendrar Universos de referência e Territórios existenciais, onde a singularidade e a finitude sejam levadas em conta pela lógica multivalente das ecologias mentais e pelo princípio de Eros de grupo da ecologia social e afrontar o face a face vertiginoso com o Cosmos para submetê-lo a uma vida possível — tais são as vias embaralhadas da tripla visão ecológica (GUATTARI, 1990, p. 53).

VULNERABILIZAÇÃO, DESCLASSAMENTO, DESTERRITORIZAÇÃO

Dois autores contribuíram muito para o entendimento prático das demandas advindas das queixas psicossomáticas: Raymond Massé, com a noção de “ídiomas de emergência” e Michel Joubert, com a noção de “perturbações sociais”. Em ambos, a dimensão social da queixa emerge e se torna possível lidar com o paciente desde um ponto de vista mais amplo, pois a dor deixa de ser um problema dele e ganha um significado, um sentido no movimento geral da vida.

O antropólogo Raymond Massé, em sua pesquisa sobre o sistema de saúde canadense evidenciou que a cultura influi sobre a ecologia da doença, sendo ela mesma a matriz, a natureza e o grau de exposição do indivíduo aos agentes patogênicos. Ao mesmo tempo, condiciona a concepção que a população tem sobre a adoecimento e determina o sucesso ou fracasso dos programas de prevenção no âmbito do Estado (MASSÉ, 1995).

Sua contribuição amplificou a inflexão etnográfica dos estudos da saúde pública, e tornou possível a identificação de linguagens pelas quais as pessoas externalizam sofrimentos psicossociais, que ele denominou de “ídiomas de emergência”. A presença persistente dessas linguagens seria um sinal de adoecimento em curso, um indício de crise do sujeito.

O idioma é deflagrado pela permanência de falas de desvalorização ou autodepreciação, mecanismos de desmoralização, sentimentos e sintomas decorrentes de angústia ou estresse, retração ou isolamento social. Os graus e formas de aparecimento dessas linguagens são variáveis cultural, etária e socialmente. O cerne da atenção terapêutica deve ser, então, a percepção de condutas que afastam o sujeito de si mesmo, que deslocam sua identidade e fragmentam o caráter, produzindo dor e sofrimento (MASSÉ, 1995).

A referência terapêutica para o cuidado seria um tipo de educação em saúde, uma pedagogização, uma “didatização da antropologia” (MASSÉ, 1995, p. 18) que desmistifica e traduz os conceitos e indicadores para construir novas definições, por exemplo, pensar o isolamento social no âmbito de uma etnoepidemiologia, o gatilho de dor no âmbito do

rearranjo doméstico ou social, etc. Isso permite trabalhar com categorias limítrofes que ajudem a pessoa a entender o processo de adoecimento como um todo, e a partir disso, mobilizar recursos terapêuticos mais apropriados para cada caso.

Durante os anos 1990 e 2000, muito se falou sobre saúde mental porque a incidência de ansiedade e depressão se tornou epidêmica. No Brasil, a luta antimanicomial evidenciou que os desequilíbrios crescentes entre as pessoas são processos de vulnerabilidades que perpassam várias dimensões da vida social, e o aumento de suicídios, toxicomanias, depressões e outros transtornos de maior gravidade apareceram finalmente, como resultado da configuração social, dos processos de crise, centralização econômica e das mudanças nos regimes de trabalho.

O adoecimento genérico e difuso no mundo que resulta de um processo de agravamento das desigualdades sistêmicas, econômicas, culturais, sociais e do alheamento entre as pessoas é entendido no âmbito da “epidemiologia do mal estar”. Ao desenhar esse conceito, Michel Joubert (2013) nomeou uma síndrome biopsíquica coletiva, que atinge grandes massas de trabalhadores, e é caracterizada por fadiga crônica, dores difusas e deformações osteoarticulares especialmente na coluna vertebral e sintomas psíquicos como stress, depressão, ansiedade, pânico, distúrbios no sono e na alimentação etc.

A conceituação é ampla, mas suficientemente clara para imprimir conteúdo às narrativas causais dos pacientes na busca terapêutica e às representações apreendidas no âmbito da clínica, por exemplo: “essa doença que está dando no mundo”, “doença mutante”, “chaga da lida” etc.

Em 2013, o autor pormenorizou o conceito-unidade desse fenômeno mais amplo de adoecimento em um estudo sobre a vida nos subúrbios. A “perturbação social” aparece como resultado do movimento histórico das sociedades. É relacionada com mudanças, rupturas, ações comunitárias, alterações no espaço urbano e na memória, trabalho, legislação etc., e pode ser superada facilmente num contexto sadio de desenvolvimento.

Entretanto, nos contextos suburbanos, a evolução específica dos modos de vida, a precarização e individualização fragilizam os

referenciais da identidade e as capacidades de confrontar-se e adaptar-se às perturbações sociais (ruptura, instabilidades político econômicas e incertezas nos contextos de trabalho) e tornam os problemas crônicos.

As pessoas que passam por dificuldades sociais profundas de precarização, desemprego, desestabilização doméstica são confrontadas com problemas multifacetários de sobrevivência, sobre os quais elas devem se adaptar, produzir emoções e relações que permitam a configuração de um novo equilíbrio, desenvolver suas capacidades mentais, cognitivas, afetivas e relacionais, realizar-se individual e coletivamente. Estas situações conduzem a potencialização das fragilidades psicológicas, gera ou amplifica perturbações psíquicas em grande parte das pessoas.

Joubert (2013) sublinha a relação íntima entre as questões emergentes na saúde mental e os fenômenos de exclusão social, evidenciando a necessidade de inserção coletiva e articulação territorial (comunitária) para a produção de um viver saudável. O autor explica que processos de exclusão e degradação dos suportes sociais resultantes da precarização conduzem seletivamente determinadas parcelas da população a experiências de situações-limite, condições totalmente anormais para a vida social, tornando muito difícil que elas tenham uma vida convencional, ou seja, induz o flagrante para condutas socialmente desviantes, profundamente vulneráveis e instáveis.

A precariedade do trabalho é extremamente difícil para muitas pessoas, seus problemas sociais se tornam problemas psíquicos, e por ter poucos recursos em um momento de crise existencial, elas não veem bem a quem recorrer. Então suas relações familiares, comunitárias e nos trabalhos se degradam rapidamente, ocorre uma culpabilização externa e/ou a autodesvalorização, que em ambos os casos permitem a assunção de condutas problemáticas, como toxicomania, dificuldades relacionais, atos irracionais.

A “perturbação social” se transforma em perturbação psíquica de forma velada, é um processo de estranhamento de si, no qual é comum a pessoa traçar um itinerário terapêutico. O Estado responde com a gestão individual do problema, prescrevendo drogas e enquadrando os sintomas em diagnósticos, que de todo modo, revelam fragilidades, singulares

e predisposições em cada caso. O problema mental então retorna à vida social como estigma sobre a pessoa, o que produz mais exclusão e mais dificuldades socioeconômicas, abrindo trilhas de degradação moral e orgânica sem precedentes, dificultando ainda mais os processos terapêuticos e o prosseguimento da vida (JOURBERT, 2013, p. 17-20).

Na clínica ou em lugares de auto-organização, onde se constrói um discurso sobre si e sobre sua história como sujeito coletivo, afirmações e visualizações irracionais ou parcialmente racionais demonstram que o sistema social como um todo é uma estrutura estranha que obriga a negação de si, à construção de um eu que só parcialmente corresponde à identidade do sujeito, um território no qual a pessoa é inserida como mercadoria do processo produtivo ou lançada no mercado para concorrência. Esse processo seria um tipo de reforço permanente à reificação da consciência, ou seja, à objetivação de si e à patologização daí derivada.

CARGA DE TRABALHO & DESGASTE & ESGOTAMENTO

A noção de “cargas de trabalho” desenvolvida por Laurell e Noriega (1989) permite vislumbrar elementos do trabalho que interatuam com o corpo do trabalhador, gerando desgaste potencial ou efetiva perda das capacidades físicas e psíquicas. Facchini (1993) sistematizou o conceito em descritores operativos, evidenciando a atuação sobre o trabalhador e a sinergia específica de cargas de trabalho diferentes (físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas) sobre os processos intracorporais e intrapsíquicos que provocam alterações fisiológicas.

A carga é um elemento social, que é contraposto à noção de risco, oriunda da medicina do trabalho. Por carga de trabalho percebe-se um processo cumulativo e multiforme, um atributo do próprio trabalho cuja presença amplia o desgaste e a deterioração da saúde do trabalhador, não se resumindo a um agente causador de doenças.

Além da classificação por tipo de intervenção exercida sobre o trabalhador, as cargas também podem ser internas, apreensíveis por meio da subjetividade, no transcurso da vivência de determinados processos, ex. turno noturno, conflitos, assédio, grau de satisfação etc.

O desgaste é a perda da capacidade efetiva ou potencial, biológica e psíquica. Não depende das características biopsíquicas dos sujeitos e sim de condições específicas de vida e trabalho. Por um lado, é um determinante, e atua como impossibilidade ou obstáculo ao desenvolvimento pleno das potencialidades. Outra dimensão do desgaste é a inespecificidade, é um uso de si que vai produzindo consequências no processo. Por isso é cumulativo e multiarticulado, sendo uma conjugação ímpar entre a pessoa, a intervenção laboral em si e o lugar genérico no processo de produção.

O desgaste é composto de processos reversíveis, que consomem energia e disposição até a fadiga. O sono, a alimentação e o lazer reconstituem a homeostase normal. Também podem ser reversíveis os processos que demandem recuperação das capacidades atrofiadas e desenvolvimento de novas potencialidades com a reabilitação. Mas existem desgastes irreversíveis, relacionados a danos ou agravos permanentes, acidentes fatais e condições crônicas (FACCHINI, 1993).

O trabalho de Coutinho Neto (1998) aplicou este complexo categorial para analisar o trabalho das auxiliares de enfermagem em um hospital universitário. Apesar de existirem diferenças internas entre cada setor, o autor evidencia que existe uma estreita relação entre as variáveis de carga e desgaste, relacionadas a problemas de saúde referidos, acidentes de trabalho e queixas biopsíquicas.

A fala recorrente na clínica aponta para uma noção de “sobrecarga”, um limiar breve que antecede o esgotamento. O esgotamento, também denominado Burnout é a “reação excessiva ao estresse causada pelo ambiente que pode ser caracterizada por sentimentos de exaustão física e emocional, somados a uma sensação de frustração e fracasso” (DECS, 2017).

CANSAÇO & USOS DE SI

O lugar social é um território constituinte do sujeito, mas o papel predominante na formação da consciência, no despertar de emoções, sentimentos e afetos é propriamente do trabalho, da atividade específica que é realizada no cotidiano. A estrutura da consciência é relacionada

intimamente à atividade, condição material, processos biológicos e psíquicos que se desenvolvem como consequência do trabalho humano.

O filósofo coreano Byung-Chun Han (2018) evidencia a pandemia de psicoadoecimentos ou adoecimentos neuronais como expressão da crise de uma sociedade que mundialmente obriga as pessoas ao desempenho máximo. A ideia falsa de liberdade individual teria levado muitas pessoas ao enlouquecimento quando se perceberam diante da realidade de coerção permanente do trabalho e subjetividades automatizadas pelos perfis de consumo e projeção virtual. O empreendedorismo seria para ele o ponto chave da subjetivação do capitalismo neoliberal, quando a pessoa explora a si mesma, deslocando o conflito de classe para o âmbito psicológico, subjetivando a dominação como consciência de si, violência do consenso.

Sem entrar no mérito do projeto de ser humano e de sociedade implícitos no texto do autor, sua leitura da depressão como violência sistêmica advinda da pressão pelo desempenho é valiosa, porque evidencia a contradição a “humanidade que está em guerra consigo mesma” (HAN, 2018, p. 29).

A pessoa perde a capacidade de adensamento, e o próprio pensar fica mutilado. As demandas sociais contemporâneas, como por exemplo, atenção multitarefas (*multitasking*) não representam avanço civilizatório. Ao contrário, a multitarefa é característica de animais em estado selvagem, incapazes de concentrarem-se em algo por causa da necessidade de sobrevivência: ao mesmo tempo em que buscam satisfazer suas necessidades básicas como comer e copular, tentam sobreviver aos ataques de predadores. Da mesma forma, o trabalhador segue em lugares onde o assédio moral se tornou método de controle.

O desenvolvimento da cultura e das capacidades humanas, por sua vez, pressuporia o estado contemplativo, atenção plena, criatividade. A permanente e acelerada atividade demandada pelas formas de vida e trabalho exige que as pessoas se tornem hiperativas e permite o desenvolvimento de hiperneuroses. A perda da capacidade contemplativa, da negatividade, da reflexividade, levaria as pessoas a um estado difuso de histeria, nervosismo e egotismo.

Um modelo de organização e vida social que promove o adoecimento em larga escala produz, pela sua própria negação, a possibilidade de ampliar a vitalidade através de medicações, neuro-melhoramentos e mutações cirúrgicas. O autor explica que existe um cansaço fundamental na sociedade, que articula um estado geral e continuado de confusão e hiperaceleração mental com um ritmo lento de percepção das coisas. Estas, por sua vez, são movidas velozmente através da tecnologia e da permanente superação produtiva. Isso explicaria o fato do estranhamento não acontecer em tempo real, como choque de realidade.

Esse cansaço “afrouxa as presilhas da identidade” (HAN, 2018, p. 75) e permite a criação de uma comunidade selada pela condição semelhante de esgotamento, sem pertença nem parentesco, mas unificada no cansaço em comum, “cansaço-nós”. Esse momento de devir é breve, pois é uma situação-limite, e precisa ser desenvolvido adequadamente como refundação da consciência social ou coletiva, mas pode enveredar pelo narcisismo, autodestruição, perda de caráter, depressão, melancolia etc. Independente da conclusão a que chega o autor, e do seu pressuposto acerca do ponto de partida fundamental para o desenvolvimento histórico, sua argumentação capta um movimento significativo na tomada de decisão, o processo de crise interna e intolerância da continuidade.

CONTRADIÇÕES DE UM VIVER ADOECIDO

A exclusão e violência que caracterizam a vida social são naturalizadas pela difusão do medo e embelezadas por identidades culturais hegemônicas pelo alto, isto é, cocriam os fundamentos da dominação e reproduzem parâmetros de bem-estar, saúde, beleza e sucesso em diversos estratos da classe dominada.

Coexiste com esses padrões uma fragmentação por baixo, demonstrada pelas diversas expressões de confrontação ou resistência estética, ética ou cultural ao modelo hegemônico. Estas resistências têm, contraditoriamente, construído ou recuperado antigas formas de expressar a cultura, inclusive nas práticas de saúde e cuidado de si.

As culturas hedonistas de valorização do corpo, beleza e juventude produziram contraditoriamente o desenvolvimento de novas representações do corpo, que se afastam das tipologias clássicas da cultura médica. Tendem a valorizar um “neonaturismo ecológico”, formas orgânicas de cuidado com o corpo e a alimentação. Neste contexto, as medicinas tradicionais reaparecem como formas de resistência e consumo alternativo das populações, especialmente nos centros urbanos (LUZ, 2005, p. 152-156).

Sistemas abertos de práticas curativas domésticas e de grupos étnicos fizeram e fazem parte do cotidiano da maior parte da população, são propriamente formas de vida, sistemas de valores e significações culturais. A utilização de ervas com finalidades terapêuticas é talvez a expressão mais clara de como estes saberes ancestrais permanecem fortemente enraizados.

Práticas ritualísticas de cura em diversas denominações religiosas, como a umbanda ou o candomblé, têm um lugar importante nas terapêuticas da população, sendo uma forma sincrética de reminiscência cultural. Finalmente, as medicinas paralelas à ocidental, como a chinesa, *ayurveda* e a homeopatia são as que têm tido o maior crescimento nos últimos anos, em camadas diversificadas da população e são estas racionalidades que mais têm contribuído para a alteração do imaginário social sobre a saúde e o cuidado de si (LUZ, 2005, p. 156-160).

Embora tais práticas sejam pertencentes a culturas milenares e resistam no tempo graças a mecanismos variados de difusão oral e iniciática, durante os anos 1960 houve uma explosão delas no ocidente graças ao movimento de contracultura. Entre o uso milenar e a sistematização científica existe uma disparidade enorme e disso resulta que a maioria dessas racionalidades sejam parcamente evidenciadas na literatura especializada. A sofisticação empírica, silenciosamente, fez perdurar esses saberes e a travessia para o ocidente contribui de maneira incipiente para a cientificidade e unificação teórica.

Na indagação sobre as bases socioculturais das práticas integrativas, Souza e Luz identificam a “viagem ao oriente” como uma forma de preencher o vazio da civilização ocidental, uma busca profunda de raízes

e consciência de si. A crescente procura pelas práticas alternativas não é apenas um reflexo da crise da medicalização. Ao contrário, além dos modismos e nichos mercadológicos, evidencia metamorfoses no senso comum em relação aos conceitos de saúde, doença, tratamento e cura. A “orientalização” teria sentido num processo mais amplo de transformação cultural, onde a transcendência, como o divino fora do homem, dá lugar à imanência e ao divino cotidiano (SOUZA; LUZ, 2009).

O foco do estranhamento e da busca por explicações e novas formas de vivenciar as práticas de cuidado é a imanência das relações inter-humanas, os “quases” que indicam vivacidade e lucidez a despeito do que é socialmente ajustado. O adoecimento emerge também como contingência e metáfora para um reordenamento de si e do mundo.

Resistência é um conceito polissêmico e hoje toma contornos que perpassam a conservação e a emancipação. Falar de resistência, no sentido que se deseja imprimir aqui é falar da construção de um mundo diverso, avesso às práticas hegemônicas, opressivas e exploratórias tais e quais estão sendo produzidas. Resistência não apenas como antagonismo do movimento, como negativa ou força contrária, mas no sentido exposto por Victor Hugo em seu *Os miseráveis*, onde resistir é existir, se organizar, lutar, ter criatividade para a ação presente e mudar o futuro. A resistência como processo de produção de um sujeito coletivo (ARAÚJO, 2014).

Os diversos sentidos presentes na noção ampla de “práticas integrativas” colocam a necessidade de reinserir o ser humano no movimento geral da vida, na ordem da natureza, no ambiente, e nesse sentido os diversos paradigmas ou abordagens alternativas podem contribuir para evidenciar aspectos desse processo, por exemplo, a revalorização do social e do ser uno, o feminino e a noção dos ciclos, a dinâmica da não violência, o uso racional dos recursos, o inevitável tema do especismo e da adoção de uma forma de viver em simbiose com os demais seres, superando historicamente a escravização dos animais e o uso predatório das espécies vegetais e minerais.

No Brasil, a institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares – PICs no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, formalizada com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas

e Complementares – PNPIC, integrou as terapêuticas tradicionais às práticas ocidentais de promoção da saúde.

A integração, ao mesmo tempo que ecoa uma demanda reprimida por terapêuticas menos invasivas, localiza os diversos sistemas complexos – que são propriamente alternativos – como complementares ao tratamento convencional, profundamente ocidental, alopático e biomédico.

O que ocorre é que ainda não há uma integração de fato, mas uma inserção subordinada de tais sistemas e práticas no paradigma hegemônico. Os indicadores, entretanto, revelam que existe uma boa aderência da população às terapêuticas integrativas, estando presentes em 3173 municípios, com estimativa de 5 milhões de atendimentos/ano (BRASIL, 2018⁴).

A inserção das PICs no SUS, a adesão massiva e os resultados terapêuticos obtidos ao longo desse período, representam um limite da contradição e da necessidade histórica de lidar com outras racionalidades no âmbito terapêutico. É uma disputa acirrada que revela muitos interesses no interior do SUS, mas evidencia que o modelo hegemônico já não responde mais às demandas de saúde.

RECONSTRUÇÃO DE SI E DAS FORMAS DE CUIDADO

A integração da ordem cibernética no estudo das determinações da saúde é uma demanda que caminha em paralelo com a persistência de adoecimentos sociais. Banzo, *Burnout*, fadiga crônica, depressão, ansiedade. Diagnósticos diferentes para enfermidades psicopatológicas produzidas no contexto de sociedades de exploração.

⁴ Compõe o cenário atual das terapêuticas aceitas no SUS os 5 Sistemas complexos: *Ayurveda*, Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Plantas medicinais -, Fitoterapia. E mais 24 práticas integrativas: Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Biodança, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Dança circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, *Reiki*, *Shantala*, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de florais, Termalismo social/crenoterapia, *Yoga* (BRASIL, 2018).

Quando se assume um estatuto próprio para esse sofrimento, se faz ouvir a lógica imanente que desloca a dor da doença individual para o enfrentamento coletivo, se apresentando como potência afirmativa e criadora. Experimentalismos, criatividade. Resistências, antagonismos.

O adoecimento de classe é chave para entender o processo de acirramento da exploração. O adoecimento étnico é chave para enveredar por outra racionalidade de cuidado. A tendência de universalizar a condição negra é basilar para expansão de práticas de aprisionamento, predação, colonização e exploração características de um estágio avançado do modo de produção global.

Mais característica ainda do potencial fusão do capitalismo e do animismo é a possibilidade, muito distinta, de transformação dos seres humanos em coisas animadas, em dados digitais e em códigos. Pela primeira vez na história humana, o nome Negro deixa de remeter unicamente para a condição atribuída aos genes de origem africana durante o primeiro capitalismo (predações de toda a espécie, desapossamento da autodeterminação e, sobretudo, das duas matrizes do possível, que são o futuro e o tempo). A este novo carácter descartável e solúvel, à sua institucionalização enquanto padrão de vida e à sua generalização ao mundo inteiro, chamamos o *devir-negro* do mundo (MBEMBE, 2014, p. 16).

Como esclarece Mbembe (2014), a evolução do capital produziu animismos que, em si, adoecem as pessoas, mas agora são mais perceptíveis porque expandiram as piores condições de vida, evidenciando a condição de classe do que outrora era considerado um problema étnico. A contradição se coloca também para o conjunto da classe, já que ao mesmo tempo que ser negro foi sinônimo de tudo o que havia de pior em termos de degradação da condição humana, também é sinônimo de desejo de vida, força engajada na criação de formas diferentes de ser e viver em comunidades, auto-organização, educação popular, ressignificação do corpo, da estética e da ética. Essas lutas pela abolição permitiram e

permitem a expansão ou a universalização dos direitos e a construção de outros projetos civilizacionais.

Ao trabalhar sua *Crítica da razão negra*, Mbembe (2014), apresentou pontos fundantes para produzir nova *praxis* política, ou pelo menos, reconstruir fragmentos de uma luta inacabada. O autor fala de um complexo categorial que desvela saberes, análises sobre o modelo de exploração e depredação, um paradigma de submissão singular e modalidades de superação e por fim, de um complexo psiconírico no qual se torna possível a reinvenção do ser e da coletividade.

O afrocentrismo emerge nesta discussão como auto invenção, como relação com o outro e como política de seres humanos em contextos de diferenças. A noção de um mundo unitário se expande para cada esfera da existência. A luta entre as classes emerge como poética, sentido mesmo de viver. A distribuição seletiva da violência e a imposição de condições específicas de exploração e opressão exige uma reinvenção da humanidade com a intenção de reparação e justiça, de unidade com o todo.

A saúde oficial é apresentada concretamente a partir da leitura de Foucault, como uma unidade entre a ciência médica, a prática policial e militar. É um ato de colonização, uma fundação do corpo do outro, uma categorização ou formatação, em suma, uma forma mais sofisticada de tortura. O poder é uma forma de determinar as relações do ser humano com sua saúde e com sua vida em geral. Durante muito tempo, a vida dos sujeitos colonizados se resumiu à luta pela alimentação, à sobrevivência. Agora, ela aparece como um problema de saúde pública, violência, clandestinidade.

O cuidado mútuo entre os membros de uma classe, entre as pessoas que partilham situações de sofrimentos semelhantes tem outro ponto de partida. Passa pelo adoecimento e pela morte, enfrentando-os. O toque constrói uma cumplicidade, uma trajetória entre a pessoa que cuida e que a é cuidada. A lógica é “ser-sendo”, isto é, o movimento, o fazer, o dever como o princípio do ser ao mesmo tempo em que funda um outro espaço social, outra força universal.

A fundação de conceitos e práticas surge como método de enfrentamento. O dizer evidencia as coisas e relações que existem numa

esfera naturalizada. A produção da saúde, de dispositivos de enfrentamento e de tecnologias do cuidado humanizado perpassa pela adoção de um ponto de partida, de uma negação que nasce como sintoma. O estranhamento de si é uma sabedoria do corpo, uma outra forma de conhecimento que se nega submissão, negação emergencial.

O cuidado implicado nas racionalidades não dominantes, nos saberes tradicionais e nas práticas integrativas é um modo de ressignificar a existência e uma forma de *praxis* hetero determinada, um campo de saberes em luta e renovação. Quando se afirma o estranhamento, é possível perceber que esses processos de adoecimento são sintomáticos e tratam de uma negação, enfrentamento psicossomático, e seu inverso se torna visível: a necessidade de espaços de autocuidado, empoderamento, saberes e práticas de reinvenção, renovação, recomposição e energização que refaçam a plasticidade do corpo a partir de outras pulsões de vida e saúde.

Na perspectiva do autocuidado e do cuidado de classe, do cuidado engajado com uma nova forma de viver e ser coletivo, Menéndez (2003) desenvolve o conceito de autoatenção, referindo-se a um conjunto de práticas e de representações que determinada população ou grupo utiliza na intervenção geral sobre os processos que afetam sua saúde, implicando em uma lógica diagnóstica, uma explicação e uma prática terapêutica autônoma. O autor descreve dois níveis de autoatenção. O primeiro seria ligado aos processos de reprodução biossocial e o segundo ligado às práticas e representações da saúde, doença e dos cuidados.

A tarefa de regenerar e transformar o mundo se torna o centro das relações entre os seres humanos, a possibilidade de usar o “nós” como identidade política. Reparar as lesões e cicatrizes deixadas pelo processo histórico sobre alguns de nós, cuidarmos uns dos outros, experimentar novas formas de viver e fazer comunidades. A proclamação da diferença, da singularidade, de outra forma de ser e estar no mundo é apenas parte do projeto, a introdução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, Set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2020.
- ARAÚJO, José Newton. Figuras de resistência. *Cad. psicol. soc. trab.*, São Paulo, v.17, p. 33-42, jun. 2014.
- BASTOS NETO, Osvaldo. O conceito de desvio na teoria social contemporânea: Modernidade e controle. *Teoria e política social*, ano 1 v.1, p. 1-36.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS. *Agência Saúde* 12 de março de 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- COUTINHO NETO, Oscar Bandeira. *Estudo sobre cargas de trabalho e processos de desgaste das auxiliares de enfermagem em um Hospital Universitário de Pernambuco*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1998.
- DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. *Transtornos psicossomáticos*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 22 jun. 2019.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*. Curso ministrado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

- FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto. *A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.
- GUATTARI, Félix. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.
- GONCALVES, Mariana Alves; PORTUGAL, Francisco Teixeira. Análise histórica da Psicologia Social Comunitária no Brasil. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 562-571, dec. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000300562&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2020.
- HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2017.
- HELMAN, Cecil. Doença versus Enfermidade na Clínica Geral. *Campos*. N. 10, v. 1, p. 119-128, 2009.
- JOUBERT, Michel. Perturbations sociales et santé mentale. In: JOUBERT, Michel. *Santé mentale, ville et violences*. 3ª ed. Toulouse: Érés, 2013.
- JOUBERT, Michel [Entrevista] Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 22 de outubro de 2014. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/simposio-brasileiro-de-saude-e-ambiente/por-uma-metacritica-que-transforme-o-mundo/7412/>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LUSTOSA, Amanda Furtado; ROSA, Lúcia Cristina. Os limites do corpo: A construção de sentidos para o corpo em crise no contexto da saúde mental. In: ADAD, Shara; BARROS JR, Francisco (Orgs). *Corpografia: Multiplicidades em fusão*. Fortaleza: Edições UFC, 2012.
- LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filici. *Racionalidades Médicas e Práticas integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

- LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 15 (suplemento), p. 145-176, Rio de Janeiro, 2005.
- MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos*. 2ª reimp. São Paulo: Boitempo, 2008.
- MARX, Karl. *O Capital*. Livro 1. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MASSÉ, Raymond. *Culture et Santé Publique*. Montréal: Gaëtan Morin, 1995.
- MBEMBE, Achille. *Crítica da razão negra*. Lisboa: Antígona, 2014.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*. v. 8, n. 01, p. 185-208, 2003.
- MESQUITA, Ana Cláudia Mesquita; CARVALHO, Emília. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 2014; n. 48, v. 6, p. 1127-3.
- MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nicolai. Pain Terms – A Current List with Definitions and Notes on Usage. In: MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nicolai (Eds). *Classification of Chronic Pain*. 2ª. Ed. International Association for the Study of Pain – IASP, Task Force on Taxonomy. Seattle: IASP Press, 1994. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- NISHIDA, Silvia Mitiko. Sentindo o mundo através da somestesia – o tato. *Como funciona o corpo humano*, s/ ano. Disponível em: https://www2.ibb.unesp.br/Museu_Escola/2_qualidade_vida_humana/Museu2_qualidade_corpo_sensorial_somestesia1.htm. Acesso em: 13 jun. 2020.
- OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel. *A abordagem das lesões por esforços repetitivos/ distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo*

- CRST/ES. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
- PETROVIC, Gajo. Alienação. In: BOTTOMORE, Tom (Ed). *Dicionário do pensamento marxista*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- RANIERI, Jesus. Alienação e estranhamento – atualidade de Marx na crítica contemporânea do capital. In: *Conferência Internacional Karl Marx y los desafios del siglo XXI*, 3., 2006, Havana. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/if/marx/documentos/22/Alienacao%20e%20estranhamento...pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.
- SIQUEIRA, José Tadeu. *Porque a dor é uma questão também de saúde pública*, Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 2014. Disponível em: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=74. Acesso em: 17 jun. 2018.
- SOUZA, Eduardo; LUZ, Madel Therezinha. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde*, v.16, n.2, Rio de Janeiro, abr.-jun. 2009.
- SOUZA, Luciano Klostermann. *A influência da massagem terapêutica na imagem corporal* – estudo em idosos do sexo feminino. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, 2003.
- VAPIANA, Vitória Nassar; GOMES, Rogério Miranda; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 175-186, dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800175&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2019.

Texto recebido em 23/05/2019 e aprovado em 08/09/2019