PHS Phenomenology, Humanities and Sciences
Fenomenologia, Humanidades e Ciências

EXPERIÊNCIA DE DOENÇA E ESTOQUE DE CONHECIMENTO NO ENFRENTAMENTO DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO[1]

Disease experience and stock of knowledgein facing psychiatric diagnosis

Experiencia en enfermedade y acervo de conocimiento en diagnostico psiquiatrico

Camila Muhl*
(FAE Centro Universitário/
Universidade Federal do
Paraná)

Resumo: Com a acumulação de experiências adquiridas junto ao mundo da vida cotidiana, a todo o momento, fica à disposição de cada pessoa um estoque de conhecimento que permite que ela opere sobre o mundo. Todas as experiências vividas são acrescidas ao estoque de conhecimento, o que faz com que este exista enquanto um fluxo contínuo que se transforma de acordo com a experiência atual. Se agimos referenciados por um estoque de conhecimento em todos as experiências, assim também o fazemos na experiência de adoecimento: quando a pessoa se descobre em uma situação de sofrimento é a este estoque que ela recorre para compreender, significar e cuidar da sua enfermidade. Nesta investigação fenomenológica, pesquisamos junto a pessoas com diagnóstico de transtorno mental como elas enfrentavam à doença. Foram realizadas 20 entrevistas em profundidade, com pessoas de ambos os sexos, com idades entre 19 e 59 anos e diferentes diagnósticos psiquiátricos, que estavam em atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial na região metropolitana de Curitiba. Ao mobilizarem suas experiências prévias e estoque de conhecimento, identificamos que as seguintes estratégias e fatores de proteção foram usados no enfrentamento da doença: auto-observação, isolamento, arte, laços afetivos, organização/rotina e lazer.
Palavras-chave: Transtorno Mental; Experiência; Enfrentamento; Psicopatologia; Sociologia Fenomenológica.

Abstract: With the accumulation of experiences gained from the world of everyday life, at all times, is available to each person a stock of knowledge that allows them to operate on the world. All lived experiences are added to the stock of knowledge, which makes it exist as a continuous flow that changes according to the current experience. If we act referenced by a stock of knowledge in all experiences, we also do so in the experience of illness: when one finds oneself in a situation of suffering, it is to this stock that one resorts to understanding, meaning and taking care of one's illness. In this phenomenological investigation, we researched people with a diagnosis of mental disorder as they faced the disease. Twenty in-depth interviews were conducted with people of both sexes, aged 19 to 59 years and with different psychiatric diagnoses, who were in attendance at a Psychosocial Care Center in the metropolitan region of Curitiba - Brazil. By mobilizing their previous experiences and stock of knowledge, we identified that the following strategies and protective factors were used in coping with the disease: self-observation, isolation, art, affective ties, organization / routine and leisure.
Keywords: Mental Disorder; Experience; Coping; Psychopathology; Phenomenological sociology.

Resumen: Con la acumulación de experiencias obtenidas del mundo de la vida cotidiana, en todo momento, está disponible para cada persona un acervo de conocimiento que les permite operar en el mundo. Todas las experiencias vividas se agregan al acervo de conocimiento, lo que hace que exista como un flujo continuo que cambia de acuerdo con la experiencia actual. Si actuamos referenciados por un acervo de conocimiento en todas las experiencias, también lo hacemos en la experiencia de la enfermedad: cuando alguien se encuentra en una situación de sufrimiento, es a este acervo que recurre para comprender, significar y cuidar de su enfermedad. En esta exploración fenomenológica, investigamos cómo ciertas personas, con un diagnóstico de trastorno mental, se enfrentaron a la enfermedad. Se realizaron veinte entrevistas en profundidad con personas de ambos sexos, de 19 a 59 años y con diferentes diagnósticos psiquiátricos, que estaban siendo atendidas en un Centro de Atención Psicosocial en la región metropolitana de Curitiba - Brasil. Al dar cuenta de sus experiencia previas y su acervo de conocimiento, identificamos que fueron utilizadas las siguientes estrategias y factores de protección para hacer frente a la enfermedad: auto observación, aislamiento, arte, lazos afectivos, organización / rutina y tiempo libre.
Palabras clave: Trastorno Mental; Experiencia; Afrontamiento; Psicopatología; Sociología fenomenológica.

[1] O presente texto é um recorte da tese de doutorado da autora intitulada "Veredas da Loucura: Experiência de doença e Itinerário Terapêutico" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná, sob orientação do Prof. Dr. José Miguel Rasia. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil (CAPES).

* Psicóloga, Mestre em Psicologia e Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná, Docente do Curso de Psicologia da FAE-Centro Universitário. Email: came.muhl@gmail.com. Orcid: 0000-0003-4054-6035

Introdução

Como uma pessoa diagnosticada com transtorno mental lida cotidianamente com a enfermidade? Esse é o problema a que se dedica este estudo, partindo da observação que há muita literatura na área sobre os cuidados biomédicos às enfermidades psiquiátricas, buscou-se abordar as estratégias de enfrentamento dos doentes e seus recursos como uma forma de olhar para o objeto de estudo desde uma outra face, haja vista que todo fenômeno é um complexo de aparências (Kelkel & Schérer, 1954). Para tal, foi realizada uma pesquisa empírica junto aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na região metropolitana de Curitiba (Paraná, Brasil).

A partir do embasamento fenomenológico, tomando por base Alfred Schutz, foram acionados os conceitos de experiência de doença e estoque de conhecimento para compreender como as pessoas com transtorno mental encontram na própria vivência as formas de enfrentar o seu diagnóstico e a presença da enfermidade no dia a dia, acionando conhecimentos e estratégias que já funcionaram anteriormente e que por isso são carregadas de significados; diferente, muitas vezes, das propostas terapêuticas trazidas pelos profissionais de saúde e que são desconhecidas dos pacientes. Não se trata, entretanto, de hierarquizar as formas de cuidado, mas tão somente de repensar a biomedicina como caminho único e hegemônico de cuidado.

O artigo começa apresentando o conceito de estoque de conhecimento e como ele pode ser acionado quando uma pessoa adoece, para em seguida, apresentar a pesquisa empírica, o método e os participantes. O conteúdo coletado apontou para as seguintes estratégias de enfrentamento e fatores de proteção: auto-observação, isolamento, arte, laços afetivos, organização/rotina e lazer, e leva a indagação de como o estoque de conhecimento poderia ser mobilizado pelos profissionais de saúde como parte do processo terapêutico das pessoas diagnosticadas com transtorno mental.

Experiência e estoque de conhecimento em uma situação de adoecimento

Ao iniciar essa discussão, é preciso mobilizar o conceito de experiência. Para Husserl, "todo o objeto existente é objeto de um universo de experiências" (1929/1992, p. 24), sendo então o ato de experienciar uma constante na vida de qualquer pessoa.

> O ponto de partida básico de todas as considerações fenomenológicas é a experiência essencial atual ou imediatamente vívida, isto é, o fluxo da experiência subjetivo e espontâneo no qual o indivíduo vive e no qual, enquanto fluxo, porta consigo vínculos espontâneos, traços de memória, etc., de outras experiências anteriores. A experiência se torna uma experiência subjetivamente significativa somente mediante um ato de reflexão na qual uma experiência atual, em retrospecto, é conscientemente apreendida e cognitivamente constituída (Schutz, 1970/2012, p.345).

Schutz (1970/2012) destaca o aspecto subjetivo da experiência, onde toda conduta humana aparece em um contexto significativo subjetivo. Para a fenomenologia, subjetividade tem o sentido de intersubjetividade: uma subjetividade que é construída no mundo e em contato com as outras subjetividades, em uma estrutura tripla: subjetividade-intersubjetividade-mundo (Zahavi, 2015). Nesse sentido, opõe-se à ideia de uma subjetividade encarcerada dentro do sujeito, constituída e acessível apenas ao próprio sujeito.

No trecho acima, o autor também identifica no ato de reflexão o momento em que o significado é atribuído à experiência. A reflexão, nesse contexto, pode ser entendida como a modificação de uma impressão original sobre um fenômeno. Essas modificações ocorrem diante da "evocação de momentos equivalentes, de experiências anteriores, capazes de interferir, completando ou avaliando, a situação presente" (Castro, 2012, p. 56).

Uma das experiências que podemos ter no mundo é justamente a experiência de adoecimento, aquele momento em que sentimos que algo não vai bem. Depois, significamos essa situação como uma enfermidade e então procuramos cuidado adequado. Nesse sentido, "a doença se integra à experiência humana e se torna objeto da ação humana como uma realidade construída significativamente" (Souza, 1999, p. 89).

Para compreender a experiência de doença, precisamos compreender o adoecimento enquanto uma situação biograficamente determinada. Schutz (1970/2012) utiliza essa expressão para se referir a uma situação que está encadeada a uma história pessoal e única, enquanto a sedimentação de todas as experiências prévias do indivíduo. A noção de situação envolve então o lugar que alguém ocupa e os papéis que desenvolve na sociedade, bem como suas posições intelectuais, políticas, religiosas e éticas (Capalbo, 1979).

Schutz (1970/2012) assinala que cada pessoa vive em um mundo da vida cotidiana – o mundo ao seu alcance – que é formado pelas suas próprias experiências, mas também pelas experiências dos que são próximos a ela, sejam seus familiares, amigos, vizinhos, professores e também pelos seus antecessores, as pessoas que habitavam o mundo antes mesmo de ela nascer. Vivenciando esse mundo que lhe é particular, a todo momento, o ser humano está em uma situação biograficamente determinada, que diz respeito a sua história e trajetória, não podendo a experiência ser pensada a parte dessas referências.

Com a acumulação de experiências adquiridas junto ao mundo da vida cotidiana, fica à disposição de cada pessoa um estoque de conhecimento que permite que ela opere sobre o mundo. Schutz (1970/2012) entende que esse estoque de conhecimento funciona como um esquema interpretativo das experiências passadas e presentes e, também, daquelas que estão por vir. Todas as novas experiências vividas são acrescidas ao estoque de conhecimento, o que faz com que este exista enquanto um fluxo contínuo que se transforma de acordo com a experiência atual. Em vista disso, toda interpretação do mundo da vida "é baseada sobre um estoque de experiências prévias a seu respeito, nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós por nossos pais e professores que, sob a forma de um 'conhecimento a mão', opera como um esquema de referência" (Schutz, 1970/2012, p. 84). Esse quadro formado, a despeito das inconsistências que possa apresentar, é suficientemente articulado para ser usado na resolução da maioria dos problemas práticos que uma pessoa encontra no seu cotidiano.

Quando a pessoa se descobre em uma situação de adoecimento, é a este estoque que ela recorre para compreender e significar a sua enfermidade. Esse processo começa quando a pessoa se reconhece em sofrimento e passa a procurar algum tipo de cuidado para aliviar a sua dor dentre as possibilidades que conhece: médicos, psicólogos, benzedeiras, pastores, padres, curandeiros, remédios, orações, chás, simpatias e uma pluralidade de outras opções, ou associações entre estas, que são mobilizadas como um tratamento para o que o aflige. Dessa maneira, o estoque de conhecimento tem uma dupla função, ele é acionado tanto para significar a situação atual como também para escolher a melhor linha de ação:

> Este é um conhecimento de receitas confiáveis para interpretar o mundo social e para controlar coisas e pessoas a fim de obter o melhor resultado em cada situação com o mínimo de esforço, evitando indesejáveis consequências. A receita funciona [...] como preceito para ações e, portanto, serve como um esquema de expressão: qualquer um que queira alcançar um certo resultado tem que proceder como indicado pela receita fornecida para esta proposta (Schutz, 1944/2010, p. 121).

Entretanto, em algumas ocasiões, o estoque de conhecimento da pessoa pode não ser suficiente para e resolução da enfermidade, e a doença passa a ser uma situação-problema, uma vez que rompe com os pressupostos e as receitas da vida cotidiana. A atitude natural[1] é colocada em xeque, o que revela a insuficiência do conhecimento disponível e, por conseguinte, mobiliza as pessoas a buscarem novas receitas confiáveis para explicar e lidar com a situação e assim poder reintegrar essa experiência a zona não questionada do mundo da vida cotidiana (Alves, Rabelo, Souza, 1999; Alves, 2006).

Quando a doença passa a ser uma situação-problema ela vai necessariamente implicar em desordem, uma vez que os modos rotineiros de lidar com o mundo e com os outros se tornam impraticáveis e ineficazes para dar conta da situação. Isso ocorre porque não existe um todo coerente em relação ao conteúdo que forma o estoque de conhecimento, ele é marcado por contradições e vastas zonas de imprecisão, o que leva a diferentes cursos de ação, vacilações, dúvidas, entradas e saídas em diferentes modalidades de tratamento, mudanças nos arranjos na vida cotidiana e o estabelecimento de novas redes sociais (Alves, 2015; Rabelo, Alves & Souza, 1999; Rabelo, 1999).

Neste cenário, o doente (e o grupo social) precisa se reorganizar, encontrar uma nova norma para o seu funcionamento (Canguilhem, 1943/2009). Para encontrar essa ordem é preciso mobilizar atores, instituições, estratégias, arranjos e escolhas dentre as que estão disponíveis um determinado contexto social (Alves, 2015). Desse modo, este artigo concentrou-se em identificar quais são as estratégias de enfrentamento que a pessoa com transtorno mental usa no seu cotidiano, em especial, aquelas amparadas em seu estoque de conhecimento, já que estas falam da vivência singular de cada sujeito e dos significados que ele atribui ao mundo.

Método

O presente estudo tem caráter qualitativo que, para Minayo (2008), responde a questões muito particulares por trabalhar com o universo das ações, dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes, em um nível de realidade que não é visível, precisa ser exposta e interpretada, primeiramente, pelo próprio pesquisador. Quando o pesquisador se questiona sobre o significado do mundo

1 Husserl (1907/1986) compreende a atitude natural como a reação automática às experiências vividas, em que tomamos as coisas que experienciamos como se fossem conhecidas, para tal, transfere-se conhecimentos universais para casos singulares, se deduz generalidades e opera-se com base no juízo. A atitude natural se opõe a atitude filosófica em que o conhecimento que até então era algo obvio, tem agora caráter de mistério, já que se passa a uma reflexão sobre a relação entre conhecimento e objeto. No cotidiano, as pessoas tendem a operar pela atitude natural e não pela filosófica.

social, reflete Schutz (1970/2012), ele não mais aceita o mundo social de uma forma ingênua e nem aceita as idealizações a respeito dele como algo já pronto e que não pode ser questionado. O pesquisador então adota uma atitude compreensiva em relação ao mundo e passa a buscar o significado que os fenômenos e a experiência possuem para as pessoas.

Com o foco do estudo na experiência, dentro das várias metodologias qualitativas que poderiam ajudar a pensar o objeto de estudo, optou-se pela sociologia fenomenológica por entender que esta possui um caráter privilegiado no estudo dos fenômenos e das suas significações. Holanda (2014) assinala que a fenomenologia traça o seu caminho na direção de uma metodologia descritiva e compreensiva, que desemboca num modelo privilegiado de análise da realidade justamente por não abandonar o solo empírico desta realidade.

> A fenomenologia é um esforço, uma tentativa de clarificação da realidade. É uma abertura a experiência, à vivência do mundo. É a busca do fenômeno, daquilo que surge por si só, daquilo que aparece, que se revela. Fenomenologia é ir às coisas mesmas, descobri-las tais quais se apresentam aos meus sentidos, tais quais eu as percebo, numa continua relação. Mas é um "ir em busca" aliado à minha própria subjetividade concreta. É um olhar e ver, não apenas uma colocação diante de algo. É participação, envolvimento (Holanda, 2014, p.47).

Para "ir em busca" das estratégias de enfrentamento das pessoas que foram diagnosticadas com transtorno mental optou-se por uma entrevista em profundidade e não-diretiva. A opção pela entrevista se dá em consonância com o pensamento de Schutz (1970/2012) de que os fenômenos humanos só são passiveis de compreensão no âmbito dos motivos humanos, dos meios e fins humanos, do planejamento humano, das ações humanas. Destarte, cabe ao pesquisador interpelar os sujeitos individuais acerca dos fenômenos em que estão envolvidos.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial da região metropolitana de Curitiba (Paraná/Brasil), um serviço especializado em saúde mental do Sistema Único de Saúde, onde são atendidas as pessoas com transtorno mental. No total, foram entrevistadas 20 pessoas com diagnóstico psiquiátrico[2], sendo 14 mulheres e 6 homens, com idades entre 19 e 59 anos. As entrevistas tiveram duração entre 15 e 76 minutos, e foram gravadas em áudio para posteriormente serem transcritas e analisadas. Todos os preceitos éticos foram seguidos no decorrer da investigação, sendo um recorte da tese de doutorado da autora, e que teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 67177417.1.0000.0102; Número do Parecer: 2.044.014).

O enfrentamento do transtorno mental

Conforme já apresentado anteriormente, as pessoas agem no mundo referenciadas pelo estoque de conhecimento, um quadro interpretativo que dá ordem a vida cotidiana. Esse estoque reúne as nossas experiências prévias, assim como o conhecimento que nos foi transmitido por nossos pais, familiares, professores e demais pessoas com quem entramos em contato, fornecendo receitas para agirmos diante das situações que surgem (Schutz, 1970/2012).

A doença é um desses eventos que se apresentam, e através do relato dos entrevistados, observou-se que muitas vezes não há nada no estoque de conhecimento que a pessoa já possui que a ajude a lidar com o adoecimento, sendo necessário começar uma jornada em busca de novos saberes, em especial aqueles biomédicos. Mas quando a desorganização inicial trazida pelo diagnóstico passa, a pessoa concebe a cronicidade do transtorno mental. Então, a possibilidade de conviver com essa situação por muito tempo e a percepção de que a biomedicina não trouxe a cura rápida que ela esperava, pode fazer com que a pessoa se volte para as suas antigas receitas de mundo, a fim de encontrar uma forma particular de enfrentar o problema, visando aquilo que já funcionou anteriormente.

Em nossa pesquisa, reconhecemos várias dessas fórmulas singulares, que chamaremos de estratégias de enfrentamento e fatores de proteção que serão na sequência detalhadas: auto-observação, isolamento, arte, laços afetivos, organização/rotina e lazer.

Auto-observação

A pessoa com transtorno mental não passa todo o tempo em crise ou surto, ao contrário, se ela estiver recebendo acompanhamento terapêutico, esses momentos podem ser bem raros. A crise é um importante conceito para a saúde mental e diz respeito a um quadro clínico grave que provoca intenso sofrimento para a pessoa e sua família. Lobosque (2015) sumariza alguns comportamentos e emoções que podem estar presentes em uma situação de crise em saúde mental: perda do controle do usuário sobre si mesmo; falta de crítica quanto ao seu quadro psíquico; graus elevados de atividade delirante-alucinatória,

2 Não priorizamos nenhum diagnóstico psiquiátrico na realização da entrevista e os entrevistados foram escolhidos por conveniência para abarcar o maior número possível de experiências, observando as diferenças de idade, gênero, classe social e tempo de atendimento no CAPS.

desorganização de pensamento e comportamento; elevação ou depressão excessiva do humor; ideação suicida severa e persistente e ocorrência de episódios significativos de auto ou heteroagressividade.

A crise é uma ameaça pairando, pois quando ocorre traz rupturas e consequências negativas para o doente e aqueles que estão a sua volta, além de demandar muitos recursos na sua administração. Existe então um esforço constante para tentar evitar que a crise se instale, de maneira que os entrevistados colocam todos os seus atos sob exame, com objetivo de tentar identificar os primeiros indícios de um surto chegando.

> *"Já consigo me policiar. Quando eu vejo que vai dar as crises e começa a tremer o canto da boca assim sabe? Começa a dar aquela tremedeira, aquela palpitação, eu já sei que eu preciso do medicamento para poder me controlar e assim eu tenho levado a minha vida"* (Betânia[3], 36 anos, química).

> *"Hoje em dia eu sinto uma sensação ruim sabe? e quando eu sinto essa sensação ruim dá vontade de ficar em casa, dá vontade de não sair para nada, dá vontade de não socializar, não chegar perto dos amigos, mas eu faço totalmente contrário. Quando eu estou com esse sentimento ruim aí que eu falo 'vou sair'. Ou quando eu estou na rua e me dá essa sensação eu falo 'vou continuar, vou continuar aqui, não vou embora' e eu acho que isso é um esforço que eu estou fazendo para tentar melhorar"* (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

> *"Eu tive uma melhora de uns anos para cá. Realmente eu aprendi a me conhecer depois que eu comecei a fazer os tratamentos tudo. A gente acaba se conhecendo e acaba sabendo o modo de agir quando está querendo entrar em uma crise né"* (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

Ao reconhecer os primeiros sinais da crise, como o canto da boca tremendo para Betânia ou uma sensação ruim para Kevin, é possível desenvolver um plano de ação para aquela situação, tomar o controle diante da crise, pelo menos de alguma forma, já que o surto representa a desordem. Marcos não detalhou o seu modo de agir perante a crise, mas Betânia apela para a medicação psiquiátrica e Kevin faz o enfrentamento da situação.

Outra situação em que a auto-observação é utilizada é no uso dos psicofármacos, uma vez que a partir do diagnóstico psiquiátrico, a medicação passar a ser muito valorada entre os pacientes e os profissionais de saúde, e a rotina da pessoa com transtorno mental passa a orbitar em torno do manejo dos comprimidos, cápsulas, injeções e gotas (Muhl, 2019). Assim, a interação do remédio com o organismo é colocada sob escrutínio, onde é realizada uma avaliação para decidir se se mantém ou não aquela medicação ou dose pelo próprio paciente:

> *"O primeiro antipsicótico que eu tomei eu tive uma coisa meio ruim assim porque eu começava a ver muitas bolinhas pretas e aí começava aquela ansiedade, vultos e começou a dar umas coisas estranhas aí eu 'mãe não consigo tomar esse remédio', aí trocamos [...]"* (Helena, 20 anos, estudante).

> *"O risperidona que eu tomava assim... que eu fui e falei para ele [psiquiatra] que eu achei que não estava me fazendo bem, mas daí ele mesmo olhou lá e falou que ia trocar e trocou"* (Lorena, 39 anos, vigilante).

A auto-observação com relação à medicação pode ser uma ferramenta importante a ser acionada pelos médicos psiquiatras na hora do ajuste da medicação, pois ao realizar esse exame pormenorizado dos efeitos colaterais, o doente dá ao profissional acesso a um conjunto de informações físicas e subjetivas que o profissional não teria por si próprio, já que dependem da reflexividade do paciente e da relação intersubjetiva entre eles. Se esses relatos forem ouvidos, podem levar a condutas terapêuticas mais eficientes por considerar a singularidade das pessoas. Todavia, Foucault (1954/2007) já nos alertou sobre como o discurso das pessoas com transtornos mentais, até mesmo os relatos sobre si, podem ser descartados, afinal, eles são "loucos".

Dentre as estratégias de enfrentamento do transtorno mental aqui abordadas, a auto-observação parece ser constantemente aplicada pelos entrevistados, como uma busca de melhor compreender a situação vivida, sendo fundamental no momento pré-crise, pois permite que seja traçada uma linha de ação para que a crise não se instale ou seja branda. Nesse sentido, somando a função pré-crise e a identificação dos efeitos terapêuticos e colaterais da medicação psiquiátrica, esta parece ser a estratégia mais frequentemente utilizada para encarar a presença da loucura no cotidiano.

Isolamento

Quando a auto-observação funciona e a pessoa percebe a crise chegando, uma outra forma de enfrentamento que ela pode utilizar é buscar o isolamento, para reduzir os danos que podem ser causados pelo evento:

3 Os nomes são fictícios para proteger a identidade dos informantes da pesquisa.

> *"Hoje eu consigo me controlar. Quando eu vejo que eu estou saindo fora do limite, eu já sei o remédio que eu tenho que tomar ou se eu tenho que me trancar sozinha... porque eu tenho medo de explodir perto das minhas filhas, perto do meu marido. Porque às vezes quando dá essas crises fortes em mim, eu entro dentro do quarto, fecho tudo, espanco o travesseiro, soqueio a cama, mas não fico perto deles"* (Betânia, 36 anos, química).

> *"Geralmente me isolo, eu fico irritado, mas eu me isolo e fico me contendo lá... eu fico, fico, fico até eu explodir"* (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

O isolamento parece ter como principal função evitar que as pessoas próximas sejam afetadas pela crise. Como os entrevistados não conseguem prever como irão agir durante o episódio, se ficarão agressivos, quebrando coisas e proferindo ofensas, como já aconteceu em suas experiências passadas e são características das crises (Lobosque, 2015), eles preferem se afastar e enfrentar a crise sozinhos, às vezes colocando barreiras físicas entre si e o mundo, como quando Betânia se tranca no quarto.

Desse modo, se a auto-observação é usada para identificar a crise chegando, o isolamento é uma estratégia de enfrentamento da crise propriamente dita. A crise é um momento crítico, de perturbação, descontinuidade e sofrimento (Martins, 2017), sendo uma possibilidade na vida das pessoas, mas para aqueles que possuem transtorno mental ela é recorrente, assim, os entrevistados buscaram criar a sua própria receita para lidar com ela.

Arte

Historicamente, a arte é vista como uma possibilidade terapêutica para a loucura (Silveira, 1981). Todavia, não é desse tipo de abordagem artística que estamos tratando aqui – atividade proposta estrategicamente pelos profissionais de um serviço de saúde mental, no formato de um exercício específico para cumprir objetivos terapêuticos –, a arte usada como estratégia de enfrentamento já estava presente na vida da pessoa e é ressignificada para ajudar a lidar com os sintomas, como podemos ver abaixo:

> *"Tudo que eu vejo e eu sonho, eu desenho [...]. Eu acho que fica mais fácil lutar com os monstros quando você consegue vê-los [...] eu comecei a observar tudo aquilo que eu via nos sonhos. Que às vezes a gente vê coisas repetidas e aí eu desenhava, colocava lá o que eu via naquele monstro e que talvez não fosse o forte dele. Aí se eu tivesse dentro do sonho, muitas vezes eu conseguia isso dentro dos sonhos, é muito engraçado, você sonha com algo, daí eu desenhava, daí eu sonhava de novo, aí no outro sonho quando eu conseguia ver ele, aí eu enfrentava, era engraçado, aí não aparecia mais [...]"* (Helena, 20 anos, estudante).

> *"Antigamente eu tinha vontade de me matar e aí eu desenhava a forma como eu ia me matar. Desenhava uns desenhos bem psicodélicos assim, bem surreal, bem legal... eu gosto de desenhar até hoje e não sei, é uma terapia para mim [...]"* (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

> *"Eu pinto casinhas de boneca. [...] Distrai, ocupa a cabeça"* (Olga, 53 anos, confeiteira).

Helena sempre teve sonhos muito vívidos, desde a infância, com monstros e outras criaturas assustadoras que acabavam repercutindo no seu cotidiano. Ela então desenvolveu uma estratégia para tentar enfrentar os monstros durante o próprio sonho, ao invés de passar o dia com eles: desenhá-los. Helena passou a colocar aquelas figuras que a perseguiam no papel, onde eles eram vistos e analisados, assim poderia descobrir os seus pontos fracos e eles seriam menos ameaçadores quando ela voltasse a dormir.

Kevin tem uma ligação muito forte com a arte, em especial desenhos, grafites e fotografia, e manifesta interesse em cursar uma faculdade nessa área. Assim, sendo algo tão central em sua vida, ele passou a usá-la como uma forma de enfrentar as ideações suicidas, colocando a sua energia em produzir um desenho, para não chegar às vias de fato. A estratégia de usar a arte como uma forma de "distrair" os sintomas também é utilizada por Olga. A entrevistada já fazia artesanato antes da irrupção do transtorno mental na sua vida, mas agora ele ganha um novo significado, pois "ocupa a cabeça" e assim afasta as crises.

Se a auto-observação é utilizada pré-crise e o isolamento é usado na crise, a arte é uma estratégia de enfrentamento que pode ser usada nos dois momentos, como observamos quando Kevin a utiliza no momento de maior agravamento e Olga usa para afastar os sintomas mais intensos e se manter estável. Nos casos aqui tratados, a arte só tem esses efeitos benéficos porque já estava presente como uma possibilidade no estoque de conhecimento do doente, era uma receita já testada e que ganhou um novo sentido diante da experiência da doença.

Laços afetivos

Segundo Schutz (1970/2012, p. 92) "o mundo social no qual o homem nasce e no qual ele precisa encontrar seu caminho é experienciado por ele como uma estreita rede de relações sociais". Assim, as pessoas

encontram-se, relacionam-se e acabam por desenvolver laços afetivos entre si. Mais que uma estratégia de enfrentamento, os laços afetivos são vistos pelos entrevistados como um fator de proteção contra a enfermidade que eles podem ter sempre por perto:

> *"Eu gosto muito de cuidar do meu neto né, porque ele me deu ânimo, ele me dá... eu sei que eu tenho que levantar, que eu tenho ele para cuidar [...] ele é como um filho meu, então eu tenho um incentivo na minha vida [...] agora eu tenho uma netinha também de 2 meses, eu também transfiro para ela a vontade de viver [...] me dá uma vontade de viver, a vontade que eu não tinha há mais de 20 anos, essa vontade de viver, que eu falo: por alguém eu vou viver, eu vou ter que viver. ela vai precisar de mim, para ela andar, para ela crescer"* (Glória, 46 anos, do lar).

> *"Eu tenho uma neta que é a minha vida, é a minha adoração... Ela tem 10 anos. Hoje ela tem 10 anos, é a minha paixão. Hoje eu luto, eu vou ser sincera com você, hoje eu luto não é por mim, por mim eu não ligo mais nada, eu luto por ela, porque ela pede para mim lutar, para mim poder ficar com ela [...]"* (Noemi, 59 anos, cozinheira).

> *"E aí depois eu comecei a melhorar com remédios, dava para ver, não só por isso, mas por que eu acho que naquele momento, minha mãe já tinha dado provas que ela estava disposta a me ajudar [...]"* (Helena, 20 anos, estudante).

Os entrevistados entendem que as interações sociais que são permeadas de afeto podem ser benéficas para a sua situação de adoecimento. Helena, por exemplo, fala de como o apoio incondicional de sua mãe a ajudou a encarar o transtorno mental e não mais esconder os sintomas e assim ela pode receber ajuda de profissionais da saúde. Já Glória e Noemi falam sobre como estar presente no cotidiano dos seus netos pode trazer uma nova motivação para viver.

Tendo tamanha importância no enfrentamento da doença, esses laços afetivos também passam a ser consultados em relação as escolhas terapêuticas. Rabelo, Alves e Souza (1999) indicam que é no âmbito da família que se tomam as principais decisões e se desenvolvem as estratégias para lidar com as pessoas com transtornos mentais e que as redes de amizade, vizinhança e parentesco se envolvem efetivamente com o drama da doença.

Organização e rotina

Essa estratégia de enfrentamento recupera o argumento dos entrevistados já usado em relação a arte: manter-se ocupado é bom para a saúde mental:

> *"Eu tenho isso para me organizar... como é que fala? me organizar assim, para ter uma rotina. [...] eu tenho tipo o horário da leitura, geralmente eu leio das 5 às 6"* (Cícero, 19 anos, desempregado).

> *"Porque daí eu sei que a minha neta vai vir para almoçar... eu tenho horário de pôr a comida na mesa, eu tenho horário de por ela me escolar, então assim, isso para mim ocupa o dia [...]"* (Noemi, 59 anos, cozinheira).

> *"Eu faço as coisas em casa: lavar roupa, eu faço comida [...] e que me ajudam também, eu acho as tarefas de casa... consigo fazer alguma coisa [...]"* (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

Lendo esses relatos é impossível não lembrar do ditado popular "cabeça vazia é oficina do diabo". Parece ser exatamente a essa lógica que os entrevistados recorrem quando querem "ocupar a cabeça" e "ter uma rotina" para evitar que o diabo se apresente, ou nesse caso, que a loucura se apresente. Todavia é curioso notar a diferença de gênero, já que para Cícero a rotina envolve horário para leitura e caminhadas, enquanto para Noemi e Selma, são os afazeres domésticos que se apresentam como rotina.

Lazer

A última estratégia de enfrentamento se apresenta como uma busca pela qualidade de vida, que é tão afetada pela presença do transtorno mental:

> *"[...] eu sempre estou indo, em constante movimento, não fico parado... não paro em casa... Minha mãe até reclama, mas eu não paro em casa: saio com os amigos, vou jogar basquete, estou sempre com a mente ocupada. Igual meu irmão falou: 'se ficar parado vai ser pior, porque se você sair, fazer atividades, vai ser melhor para você' e eu acho que é legal isso"* (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

> *"Quando eu vejo que tá vindo esses sinais, eu tento fazer alguma atividade, alguma coisa que me desfoque disso, do problema que eu tô tendo ali, por exemplo eu vou correr no parque [...]"* (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

"Eu gosto de passear, gosto de viajar... quando fala que vai viajar eu fico feliz da vida! E gosto de ir na pizzaria também!" (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

Aqui o lazer aparece como uma estratégia de substituição. No lugar do sintoma, os entrevistados colocam uma atividade ao ar livre, um esporte, uma atividade física, um passeio, uma viagem e assim o sintoma não mais exerce domínio sobre a vida cotidiana dessas pessoas. É possível também observar o quanto se busca uma ressignificação da doença através dessa estratégia, pois se o transtorno mental muitas vezes é identificado com tristeza, choro ou apatia, os entrevistados buscam fazer exatamente o oposto, perseguindo atividades que são identificadas com a felicidade, para afastar a doença.

Nesse sentido, os entrevistados estão acionando os significados sociais e a estigmatização associados as transtorno mental (Goffman, 1963/1982). Neto e Alves (2012) falam, por exemplo, da depressão e de como esta é vista como preguiça pelo senso comum, bem como, causaria a incapacidade de cumprir as atividades cotidianas e de ser feliz. Esses significados sociais e estigmatizações também são compartilhadas pelas pessoas acometidas pelo transtorno mental que são leigas no assunto, afinal, receber o diagnóstico psiquiátrico não as torna especialistas em psicopatologia, assim, os entrevistados parecem querem afastar a tristeza e o mal-estar que sentem, bem como a representação social de que é assim que eles deveriam se sentir.

Considerações Finais

A consulta ao estoque de conhecimento é algo que se faz constantemente, em todos os aspectos da vida, não sendo uma exclusividade dos momentos de adoecimento, ainda que nessas situações ganhe grande importância por ajudar a selecionar a próxima ação a ser tomada e trazer a confusão causada pela doença novamente para o território das coisas que são conhecidas. Kleinman (1978), em sua discussão sobre sistema de cuidados, fala de uma arena leiga de cuidados, que engloba as ações no contexto familiar, os remédios caseiros, a automedicação, os conselhos e que é acionada pelo doente tal qual ele aciona um médico, um curandeiro ou uma benzedeira, o que leva a reflexão de que ofertar cuidado e alento ao enfermo é adentrar em um campo bastante complexo.

Ao realizar esse estudo sobre as estratégias de enfrentamento do transtorno mental desde o estoque de conhecimento, não se buscou constituir receitas prontas, instituir modelos ou revelar segredos de como lidar com a doença, afinal, não existe passo a passo que funcione para todos. O que a pesquisa revelou foi a forma como essas pessoas se reorganizam e encontram formas de viver, mesmo com o ataque tão feroz à subjetividade, executado pelo transtorno mental (e por algumas terapêuticas também).

Assim, recorrer ao estoque de conhecimento pode ser um instrumento importante para o tratamento dos transtornos mentais, de tal modo que os profissionais de saúde mental podem mobilizar esse conhecimento e incentivar as pessoas com transtorno mental a encontrar formas criativas de lidar com a situação. Essa reflexão serve também para repensarmos as práticas dentro dos serviços de saúde, em especial aquelas desenvolvidas nas oficinas terapêuticas, pois a arte como tratamento funciona para a Helena e a Olga mas talvez não funcione para outros ou o exercício físico seja uma escolha para Kevin e Marcos mas outros pacientes não o adotam, pois essas ações não encontram respaldo na experiência pessoal prévia dos sujeitos, não havendo sentido em desempenhá-las. Dessa maneira, fica o questionamento: se o estoque de conhecimento de cada um é uma ferramenta a mão, por que não a utilizar para potencializar o cuidado ofertado?

Referências

Alves, P. C. (2006). A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública,* [s.l.], v. 22, n. 8, p.1547-1554, ago.

Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexus de significados da doença. Política & Trabalho: *Revista de Ciências Sociais*, João Pessoa, v. 1, n. 42, p.29-43, jan.

Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Originalmente publicado em 1943).

Capalbo, C. (1979). *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz.* Rio de Janeiro: Antares.

Castro, F. (2012). A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. *Ciências Sociais Unisinos.* São Leopoldo, Vol. 48, N. 1, p. 52-60.

Foucault, M. (2007). *Doença Mental e Psicologia.* Lisboa: Texto & Grafia. (Originalmente publicado em 1954).

Goffman, E. (1982). *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.* Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora. (Originalmente publicado em 1963).

Holanda, A. F. (2014) *Fenomenologia e Humanismo: Reflexões necessárias.* Curitiba: Juruá.

Husserl, E. (1986). *A Ideia da Fenomenologia.* Lisboa: Ed.70. (Originalmente publicado em 1907).

Husserl, E. (1992). *Conferências de Paris.* Corvilhã, Portugal: Lusosofia. (Originalmente publicado em 1929).

Kelkel, A. L. & Schérer, R. (1954). *Husserl.* Lisboa: Edições 70.

Kleinman, A. (1978) Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci. & Med..,* N.i., v. 12, n. 1, p.85-93, jan.

Lobosque, A. M. (2015) Preparação para o cuidado/manejo das pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental. Em Zeferino, M. T.; Rodrigues, J. & Assis, J. T. (Org.). *Crise e Urgência em Saúde Mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial.* Florianópolis: Ufsc. p. 10-48.

Martins, A. G. (2017). A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental,* 11(20), 226-242.

Minayo, M. C. (2008). O desafio da pesquisa social. Em Minayo, M. C. (org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes, p. 9-29.

Muhl, C. (2019). *Veredas da loucura: Experiência de Doença e Itinerário Terapêutico* (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Neto, C., Alves, F. (2012). A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão. *Sociologia, Problemas e Práticas,* (70), 111-129.

Rabelo, M. C. (1999). Narrando a Doença Mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. Em: Rabelo, M. C.; Alves, P. C. & Souza, I. M. *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 75-88.

Rabelo, M. C.; Alves, P. C.; Souza, I. A. (1999). *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Schutz, A. (2010). O Estrangeiro: Um ensaio em Psicologia Social. *Espaço Acadêmico*, Maringá, v. 10, n. 113, p.117-129, out. (Originalmente publicado em 1944).

Schutz, A. (2012) *Sobre fenomenologia e relações sociais.* Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1970).

Silveira, N. (1981). *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro, Alhambra.

Souza, I. M.. (1999). Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. Em: Rabelo, M. C.; Alves, P. C. & Souza, I. M. *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 89-124.

Zahavi, D. (2015). *A fenomenologia de Husserl.* Rio de Janeiro: Via Verita.

Recebido em 31.01.2020 – Aceito em 18.02.2020