

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

SOFRIMENTO SOLITÁRIO, MAL-ESTAR COMPARTILHADO: UM ESTUDO
SOBRE A *DOENÇA DOS NERVOS*

Luciana Fernandes de Medeiros

Natal/RN
2003

Luciana Fernandes de Medeiros

SOFRIMENTO SOLITÁRIO, MAL-ESTAR COMPARTILHADO: UM ESTUDO
SOBRE A *DOENÇA DOS NERVOS*

Dissertação elaborada sob orientação da Prof. Dra. Martha Traverso-Yépez e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal
2003

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação "Sofrimento solitário, mal-estar compartilhado: Um estudo sobre a *doença dos nervos*", elaborada por Luciana Fernandes de Medeiros, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, 07 de Fevereiro de 2003.

BANCA EXAMINADORA

Ana Maria Jacó-Vilela

Oswaldo Hajime Yamamoto

Martha Traverso-Yépez

*Meu Deus, senhor Meu Deus, que há no mundo que
não seja sofrer?
O homem nasce, e vive um só instante,
E sofre até morrer!*
GONÇALVES DIAS

*O sofrimento
humano é tão profundo
Que a parte que nos cabe,
quando a vemos,
Nós julgamos sofrer por
todo o mundo,
E, no entretanto, só por
nós sofremos.*
GUIMARÃES PASSOS

As Marias, as
Franciscas, enfim, às
mulheres que sofrem
sozinhas no meio de
tanta gente...

AGRADECIMENTOS

À Martha Traverso-Yépez, por acreditar no trabalho, pela orientação inteligente, paciente e dedicada.

Às participantes da pesquisa; sem vocês, continuaríamos na ignorância acerca da *doença dos nervos*.

Às pessoas que fazem a Unidade Mista de Felipe Camarão: funcionários, profissionais, administradores, usuários e, principalmente, os agentes de saúde.

Minha mãe, por tantas leituras e compreensão nos momentos difíceis.

Meu pai, pela paciência e palavras certas nos momentos certos.

Daniella e Ricardo, meus queridos.

A Reno, pelo carinho, dedicação e apoio total ao meu trabalho.

Valquíria, Márcia, Gilmara, Jáder e Munich, sempre presentes nas leituras e discussões.

Aos demais colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, pela excelente convivência nesse período de trabalho.

Aos meus familiares e amigos que de alguma forma contribuíram para a elaboração desse trabalho.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte por viabilizar o desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

A CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

SUMÁRIO

Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Introdução.....	11
I. Conceituando a <i>doença dos nervos</i>	14
1.1.A diversidade de sintomas.....	16
1.2.O uso da palavra <i>nervos</i>.....	22
1.3.As condições de vida e a <i>doença dos nervos</i>.....	24
1.4. A dimensão de gênero.....	30
1.5.Uso e abuso de medicamentos.....	35
II. A <i>doença dos nervos</i> no contexto da saúde pública e suas implicações no campo da saúde mental.....	41
2.1. O sistema de saúde pública no Brasil e a <i>doença dos nervos</i>.....	42
2.2. A gênese do modelo tradicional de saúde mental: considerações sócio-históricas.....	45
2.3. A saúde mental a partir da perspectiva da psicologia social.....	51
III. Estudando os processos de significação da <i>doença dos nervos</i>	60
3.1. Os processos de significação e a <i>doença dos nervos</i>.....	60
3.2. O percurso metodológico.....	65
3.3.Definição da população-alvo.....	67
IV. Sofrimento solitário, mal-estar compartilhado: conhecendo a <i>doença dos nervos</i> em um contexto específico.....	69
4.1. Quem são essas mulheres?.....	70
4.2. Situação geral de saúde.....	74
4.3. As mulheres e seus sintomas.....	80

4.4. Desgostos, preocupações e <i>doença dos nervos</i>	90
4.5. Procurando explicações.....	97
4.6. Lidando com a <i>doença dos nervos</i>	101
Considerações finais	111
Anexo	118
Referências bibliográficas	121

RESUMO

Sofrimento solitário, mal-estar compartilhado: Um estudo sobre a *doença dos nervos*

AUTORAS: Ms. Luciana Fernandes de Medeiros

Orientadora: Prof. Dra. Martha Traverso-Yépez (PPGpsi – UFRN)

A *doença dos nervos* tem sido conceituada como um sofrimento generalizado com múltiplas queixas, como dores e sensações corporais diversas, acompanhadas geralmente de sintomas de ansiedade e/ou depressão. Mesmo com a prescrição de medicamentos, sobretudo psicotrópicos, para reduzir esses sintomas e a solicitação de exames para descobrir sua causa, há uma recorrência significativa aos serviços de saúde e um progressivo agravamento do problema. O presente estudo objetiva caracterizar a *doença dos nervos* de usuários queixosos da Unidade Mista de Saúde de Felipe Camarão, Natal/RN, através de entrevistas em profundidade, permitindo esclarecer idéias, crenças e o sentido atribuído pela pessoa à sua queixa de *nervos*; identificar os sintomas e conhecer como estes interferem na vida cotidiana; investigar as causas atribuídas ao problema e a relação com o contexto biográfico e psicossocial. As participantes da pesquisa são 13 mulheres, entre 30 e 59 anos, usuárias do serviço. Constatou-se que elas percebem, sentem e atuam de forma singular sobre os sintomas, bem como sobre as explicações atribuídas e os tratamentos dados, mostrando a influência das condições de vida, do contexto familiar e da própria subjetividade. As preocupações do cotidiano e a sobrecarga de responsabilidades no âmbito doméstico, geralmente advindas das precárias condições de sobrevivência, além dos conflitos conjugais permeados pelas desiguais relações de gênero, contribuem para o desencadeamento desse tipo de sofrimento. O próprio método da pesquisa mostrou-se crucial para a apreensão e compreensão dos significados atribuídos à queixa, e, também, para facilitar esse processo de reconstrução e ressignificação da experiência da doença. Salienta-se, portanto, a importância de uma intervenção interdisciplinar ressaltando o papel da escuta como principal recurso.

Palavras-chave: *doença dos nervos*; processos de significação; saúde pública.

ABSTRACT

Suffering alone, sharing bad feelings: A study about *nerves*

Nerves has been perceived as generalized suffering with multiple complaints, such as pain and other physical sensations, usually followed by symptoms of anxiety and/or depression. Even after medications have been prescribed, mainly psychotropic drugs to reduce these symptoms, exams aiming to discover the causes of the disorders, and a significant referral to health services, the problem tends to get progressively worse. The objective of this study is to characterize the diseases of clients who complain of *nerves* at the Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN, through in depth interviews, allowing for the clarification of ideas, beliefs and the meanings attributed to *nerves* by that person; to identify the symptoms and to know how they interfere in daily activities; to investigate the causes attributed to the problem and their relation to the biographical and psychosocial context of the patient. Thirteen women, health service clients, aged 30 to 59 years old, participated in the research. It was observed that they perceive, feel and act in unique ways with relation to symptoms, as well as to the attributed explanations and treatments given, showing the influence of life conditions, family context and their own subjectivity. Daily concerns and overwhelming responsibilities in the domestic environment, which usually stem from their precarious survival conditions, as well as marital conflicts motivated by the inequity of gender relations, contribute to trigger this type of suffering. The methodology of the research itself proved to be crucial to the comprehension and understanding of the meanings attributed to the complaints as well as to the argumenting process and the redefinition of the illness experience. Therefore, the importance of interdisciplinary intervention must be emphasize and specially the role of listening as relevant intervention resource.

Key-words: *nerves*; meaning process; public health.

INTRODUÇÃO

Uma senhora procurou o serviço de emergência de um hospital, credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), queixando-se de *doença dos nervos*. O médico nem questionou o que a mulher queria dizer com aquilo, como estava muito apressado, receitou-lhe Diazepam e chamou o próximo paciente. A mulher, bastante insatisfeita, pegou a receita e foi embora.

A situação acima descrita não é imaginária. Em conversas informais com médicos, foi constatado que queixas como *doente dos nervos*, *nervoso*, *problema nos nervos*, *sistema nervoso* e similares, são freqüentes no serviço público de saúde, especialmente em pessoas das camadas populares. A maioria delas mostra-se muito ansiosa, e até em situação de desespero total, expressando diferentes sintomas como tonturas, tensão muscular e dores diversas, tremores generalizados, perturbações no sono, entre outros. Observou-se, também, que os profissionais, geralmente, consideravam o problema de uma forma simplista e até pejorativa quando os definiam apenas por “piti” ou “problema psicológico”. Essas pessoas não conseguiam o acompanhamento psicoterapêutico que geralmente precisavam.

A freqüente presença de queixas sobre *doença dos nervos* e a dificuldade em compreender tal problema, observada durante alguns estágios no contexto hospitalar, bem como a pouca literatura na área da Psicologia, foi um dos pontos de partida para a elaboração desse trabalho. Observou-se, inclusive, que a maioria das investigações desenvolvidas sobre a temática está concentrada na área da Antropologia Médica.

A caracterização da denominada *doença dos nervos* e a variedade de sintomas, significados e formas de como ela interfere na vida das pessoas pode contribuir para a reflexão do problema entre os profissionais de saúde, bem como mostrar a necessidade de um trabalho mais voltado para a prevenção e um melhor atendimento para esse tipo de problema. Nesse sentido, acredita-se que as informações contidas na presente pesquisa podem reforçar a relevância da presença do psicólogo na equipe de saúde e, ainda, apontar elementos que norteiem uma atuação mais adequada desse profissional na atenção primária em saúde.

Objetivou-se, desse modo, caracterizar a *doença dos nervos*, através de entrevistas em profundidade de pessoas com essa queixa na Unidade Mista de Saúde de Felipe Camarão, bairro periférico da cidade de Natal/RN, permitindo:

- Esclarecer idéias, crenças e o sentido atribuído pela pessoa à sua queixa de *nervos*;
- Identificar quais são os sinais e sintomas, quando começaram e qual a sua frequência, bem como conhecer como estes interferem na sua vida cotidiana;
- Investigar as causas atribuídas ao problema e a relação com o contexto biográfico e psicossocial.

Assim, serão analisados, a seguir, os principais aspectos subjacentes à *doença dos nervos* para uma compreensão mais ampla do contexto em que ela se insere. Em primeiro lugar, através da revisão bibliográfica sobre a temática, procurar-se-á uma aproximação conceitual ao tema.

Como a pesquisa teve lugar no contexto da saúde pública, foi desenvolvido um esboço da situação do sistema brasileiro de saúde pública e suas dificuldades em lidar

com esse tipo de problema. Percebeu-se ainda a necessidade de estudar o campo da saúde mental, uma vez que essa queixa encontra-se na interface entre as denominadas saúde física e saúde mental. Esse aporte será feito no segundo capítulo.

Por fim, tem-se a aproximação teórico-metodológica que serviu de suporte para investigar os sentidos atribuídos pelas pessoas ao seu sofrimento. Dentro dessa perspectiva, será abordada a questão dos processos de significação e geração de sentidos, bem como sua importância para a abordagem desse tipo de problema.

I- CONCEITUANDO A “DOENÇA DOS NERVOS”

*Há, na dor, como um ténue veio d'água
Um não sei quê, que sábio algum explica.* Luiz Murat

A senhora com a queixa de *doença dos nervos*, referida no início deste trabalho, embora com a prescrição do medicamento em mãos, não saiu muito satisfeita com o encaminhamento dado à consulta. Provavelmente, por que o profissional não teve tempo de discutir melhor sobre tal problema ou realmente não compreendeu o sentido da queixa.

Na literatura científica internacional, a *doença dos nervos* tem sido estudada em diferentes contextos sócio-culturais; por esse motivo, existem vários termos para designá-la: *fraqueza dos nervos*, *exaustão nervosa* e *neurastenia* (Kleinman, 1988; Davis, 1989). Low (1985, citado por Finkler, 1989) aponta que o problema “tem sido interpretado como uma resposta ao sofrimento psicossocial que transforma sinais biológicos e emocionais adversos em uma significativa experiência de doença” (p.80). Essa experiência pode ser diferente de acordo com o contexto estudado, conforme se pode constatar nas investigações de Finermam (1989) e Clark (1989). Nestas, fica claro que a interpretação do problema de *nervos* está perpassada pela dimensão sócio-cultural e pelo sentido atribuído ao problema. Tal distinção também aparece na pesquisa de Kleinman (1988) que comparou dois casos de *neurastenia* em dois diferentes contextos: nos Estados Unidos e na China. O autor observou que na China a *neurastenia* é uma doença com diagnóstico concreto e ampla aceitabilidade social, uma vez que esse

problema se encaixa dentro dos critérios de desequilíbrio energético entre Yin e Yang, que influencia o fluxo da energia vital, ou *Qi*, elementos centrais na Medicina Chinesa. No caso da paciente dos Estados Unidos, o autor destaca que após um longo processo de busca de tratamento, ela acabou sendo diagnosticada com síndrome de fadiga crônica, o que situou o problema dentro do campo do orgânico. O ponto em comum entre ambos os casos é que o cerne do sofrimento, situado no próprio contexto social dessas mulheres, foi desconsiderado. Segundo Kleinman (1988), o corpo sente e expressa os problemas sociais, mediando a estrutura e o significado cultural fazendo deles parte de sua fisiologia.

No Brasil, alguns autores como Costa (1987), Duarte (1988), Minayo (1998), Gomes & Rozemberg (2000) e Silveira (2000), mostram que a *doença dos nervos* é uma queixa de saúde bastante comum, principalmente na população de baixa renda, tanto no campo como nas classes trabalhadoras urbanas. As pessoas parecem usar esse termo para expressarem um sofrimento generalizado, que se manifesta com uma profusão de sintomas fisiológicos, físicos e psíquicos, não tendo um lugar específico na classificação nosológica. Justamente por não ter esse lugar nos diagnósticos médicos, é que a *doença dos nervos* tende a ser considerada, de forma pejorativa, como "piti". De acordo com Ribeiro (1996), ao denominar o problema do queixoso de "piti", o profissional deprecia os aspectos emocionais e tende a tratar a pessoa com ironia, sem maiores cuidados. "Piti" também está associado à histeria e a Distonia Neuro-Vegetativa (DNV), termo de uso freqüente entre os médicos no contexto brasileiro, que se caracteriza pelas queixas vagas, imprecisas, sem causas orgânicas e, portanto, com etiologia localizada na dimensão psíquica (Doretto, 1998).

De acordo com esse autor, o termo correto para DNV é “reação psicossomática”. Sua pesquisa aponta que 50% das consultas médicas são para esses casos (p.349). Popularmente, o termo DNV também está associado à crise nervosa (Superinteressante, 2001, p. 52). Observa-se que ao diagnosticar esse tipo de problema como DNV ou com qualquer outro rótulo, o profissional, geralmente, não está considerando o sofrimento do paciente como um todo, mas apenas a sintomatologia. Assim, diante da diversidade de termos e explicações associadas à *doença dos nervos*, faz-se necessário estudar os diferentes aspectos relacionados com essa queixa, tais como a polimorfia de sintomas, a gênese do termo *nervoso*, o contexto sócio-cultural e econômico, a questão do gênero e o abuso da medicalização, os quais apontam para um problema complexo e multidimensional.

1.1- A diversidade de sintomas

Historicamente, a *doença dos nervos* tem sido comparada à histeria, sobretudo na perspectiva biomédica (Silveira, 2000). Hipócrates já denominava tal sofrimento de “sufocação da matriz”, em que matriz significa o útero, termo que dá origem à palavra histeria. Posteriormente, Galeno afirmou que as raízes da histeria estavam vinculadas às questões sexuais. Desse modo, várias teorias tentaram explicar a origem da histeria, entre elas, a teoria vaporosa, no século XVII; a teoria das paixões, no século XVIII; a teoria relacionada às diversas etapas da sexualidade, no século XIX e, finalmente, a teoria freudiana, no século XIX/XX, que postulou a histeria conectada à sexualidade reprimida.

Essas teorias trazem em seu bojo elementos sócio-culturais que foram interpretados e reinterpretados ao longo do tempo e de acordo com o contexto de cada época. Com isso, se quer dizer que, a vinculação entre histeria e *nervos* traz um cabedal de estereótipos, preconceitos e idéias, dentre as quais a conexão de *nervos* com piti, loucura, ataque ou, ainda, um problema com etiologia meramente sexual (Silveira, 2000). Acredita-se que um dos aspectos que contribuem para tais associações advém da forma como as pessoas exprimem suas preocupações e tensões, através da variedade de sintomas físicos e psíquicos que podem estar presentes na *doença dos nervos*.

De fato, *nervos* inclui uma variedade de desordens e transtornos existenciais, físicos e emocionais. Segundo Finkler (1989), *nervos* não é simplesmente uma expressão ou metáfora do sofrimento, nem somente uma estratégia de enfrentamento; é mais do que isso. Para ela, é todo o corpo representando ou atuando nas suas difíceis condições de existência: “*nervos* significa a *corporalização* da adversidade generalizada e recriada no mundo interno do corpo” (p.82), das contradições percebidas, dos transtornos do mundo externo, da incoerência e da falta de controle. Portanto, o sofrimento vai se expressar através dos múltiplos sintomas físicos e psíquicos, podendo estes serem experimentados tanto como causa, quanto como conseqüência desse sofrimento.

Investigando o problema na Guatemala, Low (1989) também mostra a variedade de sintomas caracterizadores de uma síndrome que se expressa tanto através da dimensão física, quanto emocional, sobretudo nas mulheres. Cefaléias, dores generalizadas, tremores, desesperança e irritabilidade são as queixas mais comuns dentre as mulheres pesquisadas pela autora. A variedade de sintomas é tanta que não dá para

distinguir um padrão comum do problema. A autora aponta, ainda, para uma conexão entre *nervos* e emoções, mostrando que as experiências emocionais fortes, que trazem irritabilidade, podem desencadear uma crise nervosa. Destaca-se, então, a estreita interrelação entre as várias dimensões da vida cotidiana, o papel das emoções e o próprio processo saúde-doença, permeado pela cultura local, mostrando que a *doença dos nervos* não pode ser considerada unicamente como problema psiquiátrico ou psicológico.

Finermam (1989) destaca que *nervos*, no contexto equatoriano, caracteriza-se justamente por ser uma estratégia de enfrentamento aos problemas e justificativa, aceitável social e culturalmente, ao excesso de responsabilidades e dificuldades em cumprir com os papéis exigidos. Na China, o diagnóstico de neurastenia tem sua funcionalidade ao ser usado também como justificativa para obter a aposentadoria e se liberar das responsabilidades sociais (Kleinman, 1988).

No contexto brasileiro, a diversidade de sintomas apontados por Costa (1987) mostra um sofrimento que atinge todos os aspectos da vida cotidiana, inclusive o comportamento e as atitudes:

(...) tonteiras, palpitações, vista escura, desmaios, esquecimentos, insônias, medo de sair sozinho na rua, medo de cair, perna bamba, dormência nas pernas, cansaço, falta de apetite (...), tremores no corpo, fígadas na cabeça, dores de cabeça, ardor na cabeça, frio na cabeça, dores difusas, irritabilidade, crises de choro, vontade de bater nos filhos, impaciência, vontade de gritar, vontade de morrer, agonia no peito, desinteresse sexual, moleza, crise de nervos, etc. (p.15).

Em uma investigação sobre *nervos*, Silveira (2000) também relata uma lista de sintomas semelhantes, atribuídos à queixa, tais como:

Ansiedade, angústia, agitação (...), sensações corporais diversas (...), vontade de morrer, (...) de matar ou agredir alguém sem motivo, desejo de ficar só (...), falta de vontade de comer (...), perturbações do sono (...), instabilidade emocional (...), esquecimentos (...), indiferença sexual (...) (p.114).

Percebe-se que alguns sintomas apresentados pelos autores como sendo típicos da *doença dos nervos* são semelhantes aos critérios descritos no DSM IV (1995) para diagnosticar a ansiedade generalizada e a depressão. O transtorno de ansiedade generalizada tem como principais características a ansiedade ou a preocupação excessiva com eventos cotidianos, dificuldades em controlar esta preocupação, a presença de sintomas como irritabilidade, cefaléias, perturbações no sono, tensão muscular com tremores e dores musculares. Toda essa sintomatologia pode ser freqüente a ponto de perturbar a vida pessoal e social da pessoa que sofre o problema.

O *epísódio* depressivo maior, que pode evoluir para *transtorno* depressivo maior, é diagnosticado quando a pessoa apresenta humor deprimido, diminuição do prazer, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa, diminuição da atenção e concentração bem como ideação suicida. O DSM IV (1995) aponta, ainda, que “a experiência depressiva pode ser expressa através de queixas de *nervosismo* (grifado no original) e dores de cabeça (...)” (p.310).

Mirowski e Ross (1989) apresentam um quadro com o resumo dos sintomas de depressão e ansiedade, divididos em estados afetivos e mal-estar físico. A depressão caracteriza-se pela tristeza, desesperança e pelo sentimento de solidão, no que concerne ao estado afetivo, enquanto a falta de apetite, as dificuldades de concentração e a insônia relacionam-se ao mal-estar físico. Já a ansiedade inclui irritabilidade, tensão e

preocupação como expressão de estados afetivos e taquicardia, dificuldades na respiração, tonturas, tremores e calores identificados como mal-estar físico.

A psicossomática tem estudado amplamente a relação entre emoções negativas que, normalmente geram ansiedade e depressão, e o desencadeamento de doenças (Alexander, 1989; Melo Filho, 1992). De fato, os sintomas que fazem parte da queixa de *nervos* caracterizam um sofrimento psicossocial que pode se expressar como depressão e/ou ansiedade, tanto como pode, também, proporcionar uma queda no sistema imunológico, favorecendo ou agravando certas doenças. A depressão e/ou ansiedade pode aparecer, ainda, como reações ao diagnóstico de doenças crônicas e do seu tratamento (Edelman, 2000). Esses problemas estão passíveis de aparecer em consequência da intervenção, nem sempre adequada, à queixa de *nervos*.

As dificuldades no tratamento, a polimorfia de sintomas e a complexidade do problema são evidenciadas, por exemplo, em uma investigação sobre o processo saúde-doença em mulheres hipertensas, nas quais se observou a relação entre *nervos* e aumento da pressão arterial (Martins, 1996). Sobre esse aspecto a autora afirma que “o nervosismo relacionado à alteração da pressão tem motivo específico: a vida familiar. O relacionamento familiar conflituoso, principalmente com o marido, é a fonte contínua de tensões” (p.46). Nesse caso, *nervos* já aparece como um possível agente desencadeante do aumento da pressão arterial, embora fique claro que esse problema está relacionado a diferentes situações da vida cotidiana, sobretudo às de âmbito doméstico.

Fica evidente que a *doença dos nervos* pode estar permeando outros problemas de saúde bem como funcionar como via de expressão para o estresse e as tensões geradas no dia-a-dia. A atenção inadequada aos doentes dos *nervos* contribui para o aumento da

demanda aos serviços de saúde para queixas diversas que, nem sempre, são o cerne do problema. Campos (1992b) aponta que 47% dos adultos queixosos que procuram a atenção básica de saúde sofrem de problemas menores de saúde mental. Edelman (2000) também mostra que 50% das pessoas que procuram assistência médica queixam-se de problemas sem relação direta com doenças específicas. Esse dado mostra a necessidade de uma intervenção interdisciplinar e voltada para a saúde integral, um fato que, infelizmente, não é realidade em boa parte da assistência médica brasileira. Campos (1992 a,b) sugere, inclusive, a criação de equipes de saúde mental na atenção primária objetivando, principalmente, trabalhar a partir das necessidades dos próprios usuários. A pessoa que se sente doente não apenas procura atenção para o seu problema, mas espera, geralmente, encontrar um espaço para falar do seu sofrimento.

No entanto, os médicos, em geral, não estão preparados para esse tipo de escuta na qual os aspectos subjetivos deveriam ser o principal foco de sua atenção. A intervenção geralmente restringe-se à prescrição de medicamentos, o que satisfaz, parcialmente, a alguns pacientes. Edelman (2000) sugere que as diferentes expectativas geradas na relação entre médicos e pacientes, como a espera de explicações para os seus problemas, possam estar subjacentes às dificuldades na intervenção. Conseqüentemente, diante da falta de atenção às suas demandas e necessidades, os usuários estão sempre retornando ao serviço sem receber, de fato, o tipo de intervenção médica que precisam.

1.2- O uso da palavra *nervos*

A denominação do sofrimento generalizado de *doença dos nervos* pode ser entendida à luz dos aspectos históricos já mencionados, bem como através das explicações decorrentes do contexto sócio-cultural. Observa-se que as pessoas tendem a perceber o sofrimento de acordo com o seu conhecimento e experiência de forma que, nas camadas populares, a angústia é normalmente localizada no corpo devido à valorização que este tem para o grupo e por ser o “referente privilegiado de suas experiências culturais” (Costa, 1987, p.9).

Dessa forma, o corpo, mais especificamente os *nervos*, tendem a se tornar o *locus* da *doença dos nervos* ainda que as camadas populares e os profissionais tenham diferentes razões para assim concebê-lo. Em geral, para as camadas populares, o corpo é valorizado por ser considerado um instrumento de trabalho de modo que, ao adoecer, a pessoa perde, em parte, a sua capacidade de exercer as atividades do dia-a-dia (Boltanski, 1989). Diante de uma sociedade que privilegia a produção e a mais valia, a pessoa incapacitada de trabalhar devido à doença pode sentir-se inútil, improdutiva e excluída. Minayo (1998) afirma que “a miséria, a fome e o desespero que advém do fato de estar doente, lhes dizem, na prática, que seu corpo é sua fonte de subsistência e sua única fonte de reprodução” (p.185).

Apesar disso, considerar a queixa de *nervos* como preguiça ou fraqueza também não é incomum, tanto pelo profissional de saúde como pelo usuário. Em ambos os casos, a referência a esse tipo de problema é normalmente depreciativa. Nas camadas mais abastadas, o acúmulo de problemas relacionados com o trabalho, com as

responsabilidades e empecilhos da vida cotidiana, segundo Silveira (2000), gera outro termo que pode ser equiparado ao de *nervos*: o de estresse.

Do ponto de vista biológico, o estresse “é um mecanismo fisiológico que prepara o organismo para reagir às exigências ambientais” (p.67). No entanto, o estresse passou de uma reação normal do organismo, diante de uma ameaça, a um fator incorporado na vida das pessoas, decorrente das pressões, mudanças e desequilíbrios no dia-a-dia do mundo moderno. O curioso é que, enquanto o termo *nervoso* é geralmente considerado de forma pejorativa, o termo estresse tem um certo status principalmente pela associação com o trabalho; ou seja, a pessoa que trabalha e é bastante produtiva tem maior aceitação social podendo, portanto, ficar estressada (Silveira, 2000). Mas, isso não parece acontecer com os nervosos das camadas populares, uma vez que *nervos* não tem o mesmo valor que o termo estresse. Assim, a ideologia de classe perpassa a forma diferenciada de ver o problema, com o agravante de que nas classes populares, devido às condições precárias do trabalho, não se sabe ao certo se a pessoa adoece porque trabalha ou porque não consegue trabalhar.

Além disso, o corpo não é considerado apenas como instrumento de trabalho, mas também como depositário das adversidades do dia-a-dia e das condições de vida. De acordo com Finkler (1989), *nervos* não é só expressão do sofrimento psicossocial, mas uma incorporação das difíceis condições de existência. Dentro dessa linha de pensamento, o sofrimento é corporalizado e se expressa através da variedade de sintomas que a pessoa denomina de *nervos* e/ou outros termos similares. Embora a autora considere a hipótese de que a *doença dos nervos* seja um fenômeno universal, pela quantidade de estudos já realizados em diferentes contextos, ela aponta que a

corporalização dos infortúnios do cotidiano e das experiências emocionais está sempre perpassada pelo viés sócio-cultural do contexto específico.

Nomear o sofrimento de *doença dos nervos* pode ser ainda uma tentativa em adequá-lo ao modelo biomédico e, assim, ter seu problema legitimado como “doença” (Rozemberg, 1994; Silveira, 2000). Frente ao discurso médico, a *doença dos nervos*, converte-se, portanto, em doença e a real fonte do sofrimento é mascarada. Isso porque, de acordo com Low (1989), “(...) *nervos* pode ser outro exemplo da medicalização do sofrimento psicossocial (...), isto é, a transformação de uma dificuldade da realidade social em uma doença expressa através do corpo” (p.40). O médico também usa o termo *nervoso* para referir-se ao rol de queixas vagas e imprecisas apresentadas pelo paciente. Finkler (1989) aponta, ainda, casos em que o termo é utilizado pelas pessoas para evitar o uso de rótulos de doenças psiquiátricas que normalmente são estigmatizantes.

Silveira (2000) mostra como muitos profissionais o utilizam de forma pejorativa ao afirmarem para o paciente que “não é nada, é **só** um *nervoso*”. Esse tipo de intervenção denota uma falta de cuidado diante de um sofrimento que, se bem compreendido, pode evidenciar as desigualdades estruturais e as condições precárias de vida, nas quais boa parte da população sobrevive.

1.3- As condições de vida e a *doença dos nervos*

As evidências apontam a estreita relação da *doença dos nervos* com as condições de vida, ainda que fique clara a tendência, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, em não perceber de imediato a influência dos diversos aspectos da vida cotidiana

(Gomes e Rozemberg, 2000). Agustín-Ozamiz (1992) mostra que eventos vitais, isto é, situações que trazem mudanças inesperadas na vida de uma pessoa, podem contribuir para o surgimento do sofrimento mental. Além disso, nas camadas populares, os problemas econômicos gerados pela falta de atividades produtivas e as precárias condições de vida decorrentes, tais como o difícil acesso à escola, a falta de perspectivas de vida e a insalubridade no trabalho podem ser considerados como alguns dos fatores que favorecem o desencadear desse tipo de sofrimento (Boltanski, 1989; Rozemberg, 1994; Sawaia, 1995; Minayo, 1998; Rapport, Todd, Lumley e Fisicaro, 1998). Estudos epidemiológicos apontados por Blanco (1988) parecem corroborar essa idéia, uma vez que apresentam uma relação entre baixo poder aquisitivo e maior incidência de doença mental nesse contexto.

Mirowsky e Ross (1989) elaboraram um modelo denominado de causalidade social no qual buscavam apontar os efeitos do contexto social sobre a saúde mental. Para isso, eles mostraram que o baixo nível sócio-econômico e educacional, mais as dificuldades de controle e flexibilidade cognitiva, contribuem para a aparição de sintomas de depressão e ansiedade.

Deste modo, as pessoas com menor nível sócio-econômico tendem a ter mais problemas e menos oportunidades de desenvolver um repertório de recursos materiais e psicológicos para enfrentá-los. As explicações para esse fato decorrem do pouco acesso à educação formal, o que diminui as possibilidades de desenvolvimento de suas capacidades cognitivas e emocionais, reforçando a situação de dependência dentro de uma sociedade desigual e os poucos recursos que limitam as possibilidades de melhoria das condições de vida. Em decorrência de tais dificuldades, essas pessoas podem ter

menor nível de controle e estratégias de enfrentamento menos eficazes (Paez et al, 1986; Mirowski e Ross, 1989; Sawaia, 1995). Face a essa situação, destaca-se, especialmente, a importância da escolaridade como forma de ajudar no desenvolvimento sócio-cognitivo, ampliando, então, os recursos internos para se lidar melhor com os problemas.

Diante disso, observa-se que, embora as condições de vida e a forma de lidar com os problemas gerados no cotidiano façam parte da gênese do adoecer dos *nervos*, essa relação nem sempre está clara para aquele que se queixa. Normalmente, a pessoa tem consciência do que sofre, mas não porque sofre (Costa, 1987; Rozemberg, 1994). Conforme foi mencionado anteriormente, o discurso medicalizante contribui para o não reconhecimento das dimensões que perpassam a *doença dos nervos* justamente por privilegiar apenas os sintomas físicos e, conseqüentemente, a supressão dos sintomas.

As instituições de saúde tendem a fracassar em fazer tal relação uma vez que a ênfase dada apenas ao aspecto biológico contribui, normalmente, para ocultar as questões sociais, políticas, econômicas e culturais imbuídas no sofrimento (Kleinman, 1988; Silveira, 2000). A medicina tradicional acaba fazendo o papel de controladora social uma vez que apenas “acalma” o paciente através de medicamentos. A pessoa volta para casa, certa de que seu problema é orgânico e não relacionado às privações sócio-econômicas, que lhes desencadeia uma série de contratempos e situações adversas, pois basta tomarem o medicamento prescrito para se sentirem bem fisicamente.

Isso faz com que a *doença dos nervos*, apesar de ser uma queixa muito comum na saúde pública, seja desvalorizada e as pessoas que a apresentam, consideradas responsáveis pelo sofrimento. Além disso, não se caracteriza como uma doença-

metáfora¹ como a Aids e o câncer (Sontag, citada por Minayo, 1998). Estas são focos de inúmeras pesquisas que objetivam descobrir e estabelecer o melhor tratamento e cura para ambas. Sem desmerecer a importância do avanço tecnológico, tal a gravidade e a alta mortalidade relacionada a estas duas doenças, o estudo da *doença dos nervos* poderia até denunciar os problemas estruturais da sociedade e a mercantilização da saúde. Do contrário, mantém-se o *status quo*: a estrutura social não é questionada e o paciente sofre cada vez mais, dentro de uma rede de sintomas, idas ao médico e calmantes, sem condições de adquirir controle sobre a situação.

Dessa forma, algumas pessoas apresentam maiores dificuldades em resolver problemas de maneira ponderada, e/ou de manter o controle perante os conflitos do dia-a-dia. Essas circunstâncias estão relacionadas com as estratégias de enfrentamento, que associadas à auto-estima e aos recursos internos, mobilizam as pessoas a lidarem com o problema de forma ativa ou passiva.

Geralmente, os indivíduos com sintomas depressivos e/ou com menos recursos psicossociais evitam certas situações e/ou usam estratégias de enfrentamento mais centradas nas emoções como confrontação hostil, descarga emocional e perda do controle (Álvaro e Paez, 1996). Por conseguinte, aqueles impotentes frente aos problemas que geram o sofrimento, remetem-se a situações de perda total do controle que são denominadas geralmente de “ataques” (Gomes e Rozemberg, 2000; Silveira, 2000).

¹ Doenças-metáfora: termo utilizado por Suzan Sontag para designar “enfermidades que ensejam catástrofes e tomam um caráter histórico, dentro de determinadas épocas, por mobilizarem o conjunto da sociedade” (Minayo, 1998, p. 183).

Agustín-Ozamiz (1992) destaca três possíveis reações psicológicas aos eventos inesperados: o transtorno psicológico, caracterizado por um estado geral de mal-estar e alterações psicofisiológicas; a desordem psiquiátrica, que se refere a uma desorganização psicológica, cognitiva e comportamental, com maiores dificuldades na interação social, geralmente diagnosticada como neurose ou psicose; e, finalmente, o comportamento psicopatológico, em que a pessoa está suscetível a tentativas de suicídio, a impulsos violentos e a dependência química.

Silveira (2000) mostra três níveis de sofrimento psicossocial: o tipo mais leve que pode melhorar sem o uso de medicamentos; os neuróticos de longa duração, que precisam de uma intervenção psicossocial e, os doentes, que precisam do tratamento medicamentoso. Considerando tais idéias, acredita-se que a *doença dos nervos* estaria inserida entre as duas primeiras reações citadas por Agustín-Ozamiz (1992) e por Silveira (2000). Nesse caso, o uso de medicamentos pode ser realmente necessário em alguns casos; contudo, deve ser feito de forma crítica e não como uma maneira de “se livrar” do queixoso.

Para Silveira, (2000), o transtorno psicológico e a própria neurose precisam de intervenções baseadas na escuta e na compreensão do problema, uma vez que a falta de atendimento adequado, mais as precárias condições de vida, podem levar ao progressivo agravamento do problema, resultando, inclusive, na doença mental propriamente dita (Mirowski e Ross, 1989). Apesar disso, queixas do tipo *doença dos nervos* não demandam tanta sofisticação para uma intervenção adequada, embora não sejam fáceis de se lidar, especialmente quando a pessoa encontra um sentido em permanecer doente,

através dos ganhos secundários, mas, muitas vezes, pela falta de alternativas à sua situação existencial diante da complexidade dos problemas (Kleinman, 1988).

Na verdade, queixas sobre *doença dos nervos* demandam um trabalho interinstitucional e interdisciplinar em função de sua complexidade. Entretanto, existe sempre a possibilidade de que na intervenção terapêutica, à medida que as pessoas vão falando sobre seus problemas, comecem a perceber a influência dos diferentes aspectos presentes na sua queixa e com isso comecem a se sentir melhor. Dessa forma, Gomes & Rozemberg (2000) destacam, no processo da pesquisa, como a relação entre sofrimento, contexto social e a maneira como as pessoas lidam com os conflitos e dificuldades do cotidiano vão ficando em evidência, já que essa inter-relação é geralmente desconhecida ou irrefletida para os que sofrem.

Por esse motivo, o apoio social aparece como crucial nesse tipo de abordagem enquanto contribui para amenizar a potencialidade dos eventos estressantes. Em geral, um menor grau de apoio social e menos relacionamentos significativos podem contribuir para o processo do adoecer, mostrando que as relações positivas e a presença de outras pessoas para escutarem e ajudarem, nesses momentos, pode ser relevante para a saúde (Radley, 1994). Reforça-se com isso a importância do trabalho preventivo, mais do que curativo, por que ainda “dá tempo” de escutar o paciente, evitando, da melhor maneira possível, que a situação se agrave.

1.4- A dimensão de gênero

Deve-se considerar, também, a dimensão de gênero já que de acordo com as pesquisas mencionadas constata-se que a maioria dos queixosos de *nervos* são mulheres. No contexto brasileiro, boa parte das mulheres ainda sofre com as desigualdades de gênero existente, de forma que, diante das privações materiais e da exclusão social elas parecem mais suscetíveis aos sintomas depressivos e ansiosos.

De fato, o processo de modernização contribuiu para a conquista de direitos civis, políticos e sociais; no entanto, alguns segmentos da sociedade permaneceram às margens dessas mudanças. Tanto é, que, grande parte da população feminina continua sendo oprimida e discriminada.

Somente a partir dos anos 80, o movimento feminista trabalha com a categoria gênero a fim de estudar e apontar a discriminação social, política e cultural para com as mulheres (Muraro, 2001). Nos dizeres de Lavinias (1997), gênero refere-se ao sexo social e não às diferenças biológicas entre homens e mulheres. Mais especificamente, o gênero alude ao caráter relacional definido como “relações de dominação e opressão que transformaram as diferenças biológicas entre os sexos em desigualdades sociais ou exclusão” (Lavinias, 1997, p.16). Partindo dessa perspectiva, fica claro que as desigualdades entre homens e mulheres são justificadas socialmente através das diferenças genéticas e biológicas, embora estas também consistam em construções sociais.

Hardey (1998) mostra a existência da “naturalização” das normas sociais diferenciadas que são impostas aos homens e mulheres desde o nascimento, de modo

que, durante o processo de socialização, o menino vai aprendendo a ser homem e a menina, a ser mulher com toda a carga de comportamentos esperados para cada sexo. Assim, o papel “natural” da mulher é cuidar da casa, dos filhos e do marido, cabendo ao homem trabalhar fora e prover a família. Desta maneira, as mulheres permanecem na esfera privada, tendo pouco acesso à esfera pública, lugar privilegiado dos homens. A esfera privada, como espaço de cuidado, também inclui a atenção à saúde da família e, conseqüentemente, o papel de cuidadora é naturalizado como sendo feminino. O fato de ter filhos reforça ainda mais esse papel devido à maior proximidade com os acontecimentos relativos ao corpo. A ideologia vigente destaca mais o papel “normal” da mulher - que é o de cuidar da família e ser boa mãe - papel este reforçado, de certo modo, pelos discursos normatizadores da Psicologia (Hardey, 1998).

Segundo pesquisas americanas e britânicas apresentadas por Radley (1994), as mulheres relatam mais queixas e parecem adoecer mais do que os homens, além de buscar mais os serviços de saúde, fato que também é observado no contexto local. Possíveis explicações para esse fenômeno decorrem das atividades ocupacionais diferenciadas entre homens e mulheres; mas, especialmente, devido aos diferentes parâmetros de socialização. Portanto, existe na mulher a tendência de assumir o papel de cuidadora da saúde da família e de prestar uma maior atenção às sensações corporais, bem como a de se preocupar com os sinais e sintomas da doença (Radley, 1994).

Para a biologia, a diferença no processo saúde-doença entre mulheres e homens está, principalmente, nos efeitos que a presença dos hormônios femininos e masculinos podem causar no organismo. A menstruação e a reprodução, por exemplo, são considerados os processos por excelência que modificam o funcionamento orgânico das

mulheres. A própria *doença dos nervos* tem sido relacionada à menopausa já que existem alguns sintomas em comum tais como suores, ondas de calor, e ainda, efeitos psicológicos como mudanças de humor, irritabilidade, perda de concentração, crises de choro, cansaço, diminuição do desejo sexual e depressão.

Alexander (1989) comenta a frequência desses sintomas em algumas mulheres durante tal período evolutivo, acrescentando que pode haver "manifestações somáticas, neuróticas ou até mesmo psicóticas" (p.182). Contudo, embora a associação com a menopausa seja relevante, a vivência dessa etapa na vida da mulher está, de fato, permeada por outros aspectos, tais como as próprias diferenças biológicas, a cultura e o papel social da mulher, bem como as desigualdades de gênero (Mirowski e Ross, 1989; Radley, 1994). Ademais, a expressão da queixa de *nervos* nem sempre está limitada a essa faixa etária.

A significativa presença de mulheres das mais variadas idades sofrendo dos *nervos*, em diferentes contextos, aponta para um problema que não pode ser restrito ao âmbito do biológico (Low, 1989; Finerman, 1989; Barnett, 1989; Rozemberg, 1994; Gomes e Rozemberg, 2000). Low (1989), por exemplo, destaca em sua investigação sobre *nervos*, na Guatemala, que a maioria das mulheres queixosas estavam na faixa dos 30 anos, de forma que a hipótese da menopausa como causa principal da *doença dos nervos* não se sustenta quando se sabe que, nessa idade, as mulheres ainda não estão no climatério.

Álvaro e Paez (1996) afirmam que além das diferenças biológicas no processo saúde-doença, o maior índice de mulheres com sofrimento psicossocial podem ser explicados também pela:

"(...) atribuição dos diferentes papéis entre homens e mulheres, a socialização diferencial, as diferenças na expressão das emoções, o efeito dos maus tratos infantis, as estratégias de enfrentamento diferentes e à sua posição desfavorável no mercado de trabalho" (p. 394).

O trabalho doméstico também tem sido reportado como uma das dimensões que contribuem para o adoecimento das mulheres, principalmente nas camadas populares em que a depreciação a esse tipo de trabalho fica em evidência (Mérchan-Hamman & Costa, 2000). Ao conseguir espaço na esfera pública, através do exercício de uma profissão remunerada, a mulher assume mais um papel social. *A priori*, acredita-se que a sobrecarga de atividades (dona de casa, esposa, mãe e profissional) pode estar interferindo em sua saúde, mas algumas pesquisas mostram que as mulheres com emprego relatam um nível de satisfação pessoal maior do que aquelas que são apenas donas de casa (Mirowski e Ross, 1989; Radley, 1994; Hardey, 1998). Ao sair de casa para trabalhar, a mulher é liberada, por alguns momentos, das tarefas domésticas e das constantes demandas do marido e dos filhos.

Radley (1994) aponta que, enquanto exercem uma profissão, as mulheres podem desenvolver seus potenciais e ajudar no orçamento doméstico. Outrossim, o trabalho pode diminuir a exclusão social, permitindo à mulher uma maior participação nas decisões políticas e sociais dentro do contexto em que vive.

No entanto, Mirowski e Ross (1989) atentam para o fato de que essas mulheres precisam da ajuda dos cônjuges nas tarefas domésticas, do contrário, o excesso de responsabilidades pode contribuir para o aumento do estresse. Contudo, ao situar tais questões nas camadas populares, percebe-se que o trabalho fora de casa é mal pago e

geralmente em condições precárias. Um outro aspecto é que o exercício profissional ainda está perpassado pela divisão sexual do trabalho, ou seja, alguns empregos são para homens e outros para as mulheres. O acesso a determinados cargos não é o mesmo para ambos os sexos; os salários das mulheres tendem a ser mais baixos (Vaitsman, 1994). Além disso, é preciso lembrar que nesse contexto, no qual a maioria das mulheres não tem acesso à educação formal e suas expectativas são restritas, o serviço que mais se aproxima de suas realidades é o de empregada doméstica. Por conseguinte, tendem a ser duplamente desvalorizadas: dentro e fora de casa.

As iniquidades de gênero fortemente instituídas no contexto parecem, portanto, contribuir com essa presença significativa de mulheres diagnosticadas com problemas psicológicos. A *doença dos nervos* é um claro exemplo das dificuldades resultantes das privações, das desvalorizações e das desigualdades das mulheres em relação aos homens. Nesse sentido, as intervenções no campo da saúde, além de interdisciplinares, também precisam considerar a questão do gênero como parte das políticas públicas de saúde (Costa, Mércan-Hamman & Tajer, 2000). Para esses autores, as mulheres devem participar mais das decisões dos serviços de saúde, acessar com mais facilidades as informações sobre seus direitos reprodutivos e não serem tão responsabilizadas como “cuidadoras”, uma vez que é dever do Estado prover recursos e cuidados ao bem estar da família. Vaitsman (1994) ainda reforça tais questões, ao acrescentar que as necessidades das mulheres devem ser consideradas objetivando o desenvolvimento de sua autonomia e individualidade.

1.5) Uso e abuso de medicamentos

O sofrimento psicossocial, gerado pelas desigualdades de gênero e demais problemas relacionados, tem como principal consequência o uso indiscriminado de psicotrópicos; hábito já bastante arraigado nas práticas de saúde, objetivando sempre suprimir os sintomas. De fato, observa-se que o abuso de medicamentos, inclusive os psicotrópicos, tem sido uma prática comum no contexto brasileiro, nas últimas décadas (Lefèvre, 1991; Rozemberg, 1994; Carvalho, 2001). Essa hegemonia do medicamento, na maioria das práticas de saúde, pode ser explicada à luz dos sentidos atribuídos ao mesmo na sociedade capitalista.

O conceito dominante de saúde como ausência de doença, por exemplo, traz em seu bojo a idéia de que toda afecção no organismo deve ser eliminada através do medicamento para que a saúde seja restabelecida. Dessa forma, a necessidade de adquirir saúde vai se vinculando aos produtos que eliminam os sintomas, no caso, os exames e medicamentos.

Tal idéia caracteriza a saúde como bem de consumo (Lefèvre, 1991). A ideologia dominante contribui para esse processo na medida em que dispõe de todo um “arsenal” de idéias, crenças e valores que reforçam a criação de necessidades que devem ser satisfeitas através do uso de mercadorias e bens de consumo (Vaitsman, 1992). Assim, para Lefèvre (1991), a mercadoria “medicamento” “(...) é um simbolizante que aparece como permitindo, ao ser consumido, a realização ou materialização de um simbolizado: a Saúde” (p.53). Na perspectiva do autor, o medicamento é o ícone da saúde, ou seja, o objeto que ao ser incorporado traz alívio imediato ao restabelecer a saúde que falta.

Deste modo, o medicamento também ajuda a economizar tempo no momento em que a pessoa pode voltar ao trabalho e exercer seus papéis sociais interrompidos por ocasião da doença. Tais resultados adequam-se sobremaneira à sociedade capitalista que valoriza a produção e condena a “perda de tempo”. O medicamento, portanto, “é uma arma importante para a sobrevivência dos atores sociais no quadro de uma sociedade concorrencial de papéis” (Lefèvre, 1991, p.74).

O médico também precisa desempenhar o papel esperado pelo paciente e pela sociedade: o de dar um nome à doença e prescrever algo para eliminá-la (Lefèvre, 1991). O problema é que a consulta médica restringe-se, muitas vezes, ao ato de estabelecer um diagnóstico e o de preencher receitas, em detrimento de outros aspectos relevantes da interação médico-paciente. No entanto, os próprios pacientes, já condicionados pelo modelo médico vigente, transferem a responsabilidade de sua saúde para os médicos e acabam por exigir a prescrição de exames e medicamentos a fim de obterem a cura.

Coadunando-se a estes fatos, a mídia e as bem elaboradas propagandas da indústria farmacêutica trazem ao mercado os mais recentes lançamentos de substâncias que prometem aliviar e curar os mais diferentes males e afecções. Interessadas, sobretudo nos lucros do que na pessoa enferma, tais indústrias realizam um verdadeiro jogo de sedução objetivando incentivar ainda mais o consumo. De acordo com reportagem de Moraes (Maio/2001 – Revista Superinteressante), sobre a medicina atual, “a indústria farmacêutica quer faturar 400 bilhões de dólares em 2002” (p.53). Tal afirmativa fortalece a idéia de saúde como mercadoria, bem como o pressuposto de que toda e qualquer afecção no ser humano deve ser eliminada através do medicamento.

Essas questões apontam a funcionalidade do modelo biomédico para a sociedade capitalista, uma vez que o desenvolvimento de tecnologias e medicamentos de última geração, que prometem curar todos os males, ajudam a enriquecer as indústrias médicas e farmacêuticas.

A propaganda de medicamentos é tão intensa que até as experiências comuns aos seres humanos passam a ser vistas como problemas médicos que devem ser medicados (Carlini, 1995). Deste modo, uma decepção amorosa, uma briga familiar, uma noite de insônia, entre outras experiências, são situações que trazem tristeza ou ansiedade, e estas devem ser eliminadas com a ajuda dos medicamentos, principalmente tranquilizantes.

O abuso e a dependência de psicotrópicos tem sido fonte de preocupação por parte de alguns profissionais de saúde, no entanto, não há estudos suficientes sobre essa questão no contexto brasileiro. Sabe-se, porém, que o uso exagerado de psicotrópicos, sobretudo calmantes, é uma situação comum, sendo inclusive, um dos medicamentos mais vendidos no país (Nappo & Carlini, 1995).

Além das explicações já discutidas anteriormente, a “facilidade” do médico em prescrever calmantes pode causar iatrogenia², bem como o uso inadequado pelos próprios usuários, quando guardam o calmante em casa e o utilizam de acordo com suas necessidades, contribui para a dependência do mesmo. Muitas dessas pessoas prescrevem medicamentos para o vizinho, para a amiga que sofre do mesmo problema, havendo inclusive, verdadeiras redes de negociação para aquisição desse tipo de medicamento. Este tem sido usado, inclusive, para prevenir o surgimento dos sintomas e as possíveis crises, podendo ter sua prescrição reinterpretada de acordo às necessidades

² Iatrogenia: doenças que se originam do tratamento de outras enfermidades.

do indivíduo. “Ter a medicação em casa permite que a própria paciente faça a profilaxia das crises, das suas e das prováveis crises dos outros” (Silveira, 2000, p. 77).

Consequentemente, os usuários de medicamentos estão propensos a sofrerem os efeitos colaterais e os sintomas do abuso e da dependência, sendo, muitas vezes, os mesmos sintomas que eles queriam eliminar. De certa maneira, não se sabe mais se a pessoa está sofrendo com o problema original ou com as consequências do abuso do medicamento.

Em recente matéria veiculada na seção “Jornal da Família” da Tribuna do Norte (17/11/2002 – reportagem de Márcia Cezimbra), percebe-se, logo de início, a preocupação com o uso excessivo de medicamentos, principalmente calmantes, pelos idosos. A repórter tenta mostrar que o abuso dos tranquilizantes aumenta a tendência de tombos e, conseqüentemente, de fraturas graves. No transcorrer do texto, constata-se três dados importantes: 1) os clínicos gerais estão prescrevendo cada vez mais medicamentos; 2) ambos os sexos parecem sofrer igualmente tal problema, porém, todos os exemplos citados são de mulheres e, por fim, 3) um dos médicos entrevistados afirma que “a depressão é um problema que aumenta muito depois dos 65 anos, principalmente nas **mulheres**” (grifo nosso) (p.03).

Esses dados mostram possíveis conseqüências do abuso de medicamentos, além de retratarem uma certa associação entre alguns produtos da saúde, principalmente calmantes, com as mulheres, geralmente consideradas como as que mais sofrem de depressão e problemas emocionais (Carlini, 1995). De acordo com Hardey (1998), os estereótipos de gênero também estão presentes nas práticas médicas quando se verifica o maior número de mulheres diagnosticadas com problemas psicológicos.

Como já foi dito anteriormente, as mulheres são as que mais relatam sofrer dos *nervos* e também as que mais consomem os denominados tranquilizantes. Evidências apontam que a principal forma de lidar com os sintomas de *nervos* é através de medicamentos, sejam eles alopáticos ou caseiros (Low, 1989; Finermam, 1989; Rozemberg, 1994; Silveira, 2000). Constata-se, inclusive, a relação entre a citada queixa e o uso de calmantes, geralmente denominados de “remédios de nervos” principalmente no contexto brasileiro (Rozemberg, 1994).

Localizar o sofrimento no corpo tem sentido quando se acredita no medicamento como única forma de cura, uma vez que este vai agir sobre o órgão doente, no caso, os *nervos*. Isso fica claro quando se verifica que ao transfigurar o sofrimento psicossocial em uma doença orgânica, cria-se, de imediato, a necessidade de um agente químico capaz de eliminá-la. A falta de perspectivas de mudanças em suas vidas e de melhora do sofrimento diário também gera a necessidade de se eliminar, pelo menos, os sintomas físicos que aparecem, mesmo que fiquem dopadas a ponto de se tornarem alienadas do verdadeiro cerne do problema.

Minayo & Souza (1989) sintetizam o que acontece no sistema de saúde:

Na verdade, no consultório médico, esses grupos sociais transferem para os profissionais de saúde seu grito fundamental: “Nossa dor é a dor de nossa vida”. E de outro lado da cadeira, num diálogo de surdos, o clínico lhes pergunta: “Onde está localizada, em que órgão de seu corpo posso ler essa mensagem?” E, muitas vezes, os calmantes, psicotrópicos, os analgésicos, são as únicas respostas que ele aprendeu a dar às conhecidas “doenças inespecíficas” (p.92)

Fica claro, assim, que o medicamento ajuda a mascarar os problemas relacionados às condições de vida, as dificuldades em lidar com os problemas do cotidiano e transforma a necessidade de uma mudança estrutural em um sintoma passível de alívio.

O uso e o abuso de medicamentos é um problema de saúde pública que deve ser melhor explorado por todos os “efeitos colaterais” causados na população como o aumento do sofrimento psicossocial e conseqüentemente, dos transtornos mentais.

II) A DOENÇA DOS NERVOS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

*A saúde (...) não é igual em todos os homens,
Antes é diversa de indivíduos para indivíduos;
Porque cada um de nós é diferente de todos os outros,
E o que é elemento de saúde para mim, seria de doença para vós.*
Paulo de Mantegazza

Conforme já se constatou até aqui, a *doença dos nervos* é um problema complexo pela variedade de sintomas e da alta incidência, principalmente nas camadas populares. Por esse motivo pode ser considerada um problema de saúde pública, visto que está presente em parcela significativa da população, também por retratar males sociais e, como resultado da intervenção inadequada, favorecer o não questionamento das desigualdades sociais e econômicas. Essas características apontam para um problema que não pode ser estudado como um fenômeno isolado do momento sócio-histórico e do contexto específico no qual está inserido. Nesse sentido, faz-se necessário analisar, ainda que brevemente, o sistema de saúde pública no Brasil e tentar compreender as limitações que interferem, de alguma forma, na saúde do usuário.

Dentro dessa perspectiva contextual, faz-se necessário investigar o campo da saúde mental, uma vez que, diante das precárias condições de vida e da intervenção médica nem sempre adequada, o sofrimento psicossocial tende a evoluir para um transtorno mais grave. A preocupação em delimitar um conceito de saúde mental tem sido foco de interesse de inúmeros estudos, todavia, a variedade de conceitos e critérios existentes evidencia a complexidade do tema. No campo da Psicologia Social, alguns

estudos analisam critérios para avaliar o grau de saúde mental, objetivando, principalmente, propor intervenções mais contextualizadas às demandas dessa temática.

2.1) O sistema de saúde pública no Brasil e a *doença dos nervos*

Nas décadas de 70 e 80, alguns movimentos sociais, decorrentes de uma marcante pressão social e motivados pela necessidade de um sistema de saúde mais humanitário, culminaram no movimento pela reforma sanitária. A preocupação por uma assistência com qualidade, mais acessível à população, com ênfase na prevenção de doenças e promoção de saúde, tornou-se o principal objetivo das conferências que aconteceram nessa época. O ápice dos debates foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, em que se formularam os ideais de um sistema de saúde mais democrático (Mendes, 1999).

Deste modo, depois de muitas deliberações, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) foram elaboradas e implantadas na Constituição de 1988. Nesse período, o sistema de saúde foi reformulado objetivando “saúde para todos”. Critérios como a descentralização, racionalização dos custos, incentivo à promoção de saúde e prevenção de doenças, busca de estratégias de intervenção menos onerosas e sem perda da qualidade, desenvolvimento de programas focalizados sobre as necessidades da população, participação dos usuários, bem como avaliação sistemática do trabalho do profissional de saúde fazem parte dessas diretrizes. Porém, analisando a atual assistência de saúde, constata-se que, na maioria das vezes, tais diretrizes não são postas em prática.

Campos (1997) e Mendes (1999) citam alguns obstáculos para a real implementação de um sistema de qualidade, dentre eles o político e o econômico os quais impedem o fortalecimento do SUS conforme o proposto em 1988. Conseqüentemente, desde sua implantação, o SUS não funciona totalmente dentro dos critérios em que foi planejado, ao contrário, em alguns espaços é marcado pela ineficácia e ineficiência. A má distribuição dos recursos, o número insuficiente de profissionais em algumas unidades de saúde, as dificuldades em atender às necessidades da população, além da inadequação de programas, geralmente improvisados por razões políticas, comprometem os ideais de prevenção de doenças e promoção de saúde. Sabe-se que faltam materiais essenciais para o bom andamento do trabalho já que, em algumas regiões, parte dos recursos é desviada para outros fins ou não é empregada de forma adequada.

Constata-se, também, que os usuários do SUS são, em sua maioria, pessoas de baixo poder aquisitivo, os quais normalmente não possuem as mínimas condições de sobrevivência. Além disso, nem todos os usuários contam com acesso aos medicamentos ou exames prescritos, de forma que precisam, muitas vezes, arcar com as despesas de tratamentos, estes nem sempre necessários.

Já a população mais abastada paga por serviços privados, nos quais se encontra boa parte da tecnologia da medicina, os melhores hospitais e o maior acesso aos tratamentos mais modernos e avançados. Sendo assim, o nível de saúde da população de baixa renda tende a manter-se abaixo do esperado visto que as condições de vida, as dificuldades de atendimento e as limitações do serviço exercem um papel crucial nesse processo.

Uma outra questão apontada por Campos (1997) e Mendes (1999) refere-se à formação dos profissionais, o que também contribui para a manutenção das dificuldades, visto ser esta normalmente tecnicista e centrada na doença, marginalizando os aspectos psicossociais e ambientais relacionados ao processo saúde-doença. Muitos desses profissionais trabalham de forma acrítica e descomprometida, restringindo-se, basicamente, ao atendimento ambulatorial e curativo, normalmente desconsiderando a situação sócio-econômica e cultural dos usuários. É nesse contexto de dificuldades, geradas em grande parte pela pouca atenção do governo aos problemas decorrentes das desigualdades estruturais existentes, que está inserido o termo popular *doença dos nervos*.

Diante das evidências, constata-se que a *doença dos nervos* é um problema multifatorial, não podendo ser considerado apenas como uma doença física, tal a diversidade de sintomas e as diferentes formas de expressar o sofrimento, além de não poder ser incluída no rol das doenças mentais, não obstante o sofrimento que causa gerar angústia e ansiedade. Isto porque, diante da tradicional fragmentação corpo-mente, a denominada saúde física é a dimensão que engloba os aspectos orgânicos da doença, sendo saúde mental o campo que aborda os problemas de ordem psíquica ou subjetiva.

A cisão entre as “duas” saúdes pode ser explicada pela dicotomia entre razão e emoção, objetividade e subjetividade que fazem parte do pensamento ocidental. De um lado, o corpo como dimensão objetiva, posto que sofre influência dos microorganismos e bactérias e, portanto, adocece. Por outro, a mente, dimensão incomensurável, complexa, nem sempre explicável à luz dos dados objetivos (Sarafino, 1994). O problema, como aponta Yardley (1999), é que não há uma distinção clara entre objetivo e subjetivo no

que concerne às experiências do ser humano, visto que estas não ocorrem isoladas de percepções e interpretações pessoais, ou seja, estão sempre perpassadas pela subjetividade.

As idéias de Yardley (1999), bastante coerentes com o fenômeno que é a *doença dos nervos*, ainda não têm sido exploradas totalmente no campo da saúde mental, uma vez que, enquanto área de atuação e conhecimento, a saúde mental também aparece tradicionalmente associada à doença mental. Isso mostra que, além do dualismo corpóreo (saúde física e saúde mental) no campo da denominada saúde mental há uma tendência em reconhecê-la através da visão negativa, isto é, através da *presença* da doença. Considerando tais questões, faz-se necessário compreender os aspectos sócio-históricos que têm influenciado o desenvolvimento teórico-conceitual da denominada saúde mental e quais as suas implicações para a *doença dos nervos*.

2.2) A gênese do modelo tradicional de saúde mental: considerações sócio-históricas

Partindo do caráter social e historicamente situado dos fenômenos humanos, as interpretações dadas a estes são, geralmente, explicáveis à luz do contexto sócio-histórico em que ocorrem (Berger e Luckman, 1985). Nesse sentido, analisar a história do desenvolvimento do campo da saúde mental, da antiguidade aos dias atuais, é estudar sua evolução, a estreita inter-relação com o conceito de doença mental e seus tratamentos. Como já foi colocado anteriormente, boa parte da literatura sobre a saúde mental focaliza a doença.

Assim, observa-se que no decorrer da história sobre a saúde mental emergem diferentes modelos explicativos das perturbações mentais. O modelo *demonológico* aparece como um dos mais antigos, postulando que tanto a doença física, quanto a mental, eram causados por espíritos, deuses e demônios, embora alguns filósofos gregos tenham apontado a influência de aspectos não místicos na causalidade dessas perturbações. Hipócrates, por exemplo, buscou explicar as causas das doenças através da teoria humoral, mostrando a importância do meio sobre o funcionamento do organismo. Ele também descreveu e classificou diferentes perturbações mentais apontando, no entanto, para a importância de um tratamento mais humanizado e da necessidade em seguir dieta adequada, evitando os excessos para manter a boa saúde (Rosen, 1994; Sarafino, 1994; Ribeiro, 1996).

No apogeu da civilização romana, a tradição hipocrática influenciava boa parte dos médicos romanos. Nesse período, reconhecia-se a relevância do componente emocional nas perturbações mentais e insistia-se na necessidade de uma intervenção mais adequada, apesar das influências do modelo *demonológico*. A decadência política, econômica e social do Império Romano e o posterior advento da Idade Média, trouxeram algumas mudanças no campo da doença mental. Segundo Ribeiro (1996), na Alta Idade Média (500 a 1000 d.C), os doentes mentais ainda eram cuidados, principalmente, através de rituais religiosos entrelaçados às estratégias mais sistemáticas de abordagem às doenças mentais. Na Baixa Idade Média (após 1000 d.C), a corrente *demonológica* e os poderes sobrenaturais, fortalecidos pelo obscurantismo religioso característico do período medieval, fez com que o “louco” fosse considerado um pecador. A Inquisição foi o principal instrumento da época para expurgar os espíritos

malignos através das privações, expiações e, por fim, a tenebrosa morte na fogueira. Muitas mulheres históricas, por exemplo, morreram queimadas uma vez que eram consideradas bruxas devido aos comportamentos “bizarros” que apresentavam.

Com o advento do Iluminismo e do Renascimento, a corrente *demonológica* gradualmente foi perdendo sua força, embora não tenha desaparecido completamente. As mudanças políticas, sociais e culturais favoreceram o avanço do conhecimento científico, que mostrou a falácia da relação entre doença mental e bruxaria. Apesar disto, os doentes eram colocados em asilos com pouca ou nenhuma infra-estrutura e geralmente tratados com crueldade.

Sánchez-Vidal (1988) aponta que, no período entre os séculos XVII e XVIII, houve a primeira revolução, das três que influenciaram o desenvolvimento do campo da saúde mental, caracterizada pela reforma dos asilos franceses e liderada pelo médico francês Pinel, cujo objetivo era humanizar e tratar melhor os doentes mentais. A segunda revolução foi o desenvolvimento do modelo psicológico do transtorno mental, através dos trabalhos de Sigmund Freud (1856-1939) que destacou a origem das perturbações mentais como derivadas, em sua maioria, de situações traumáticas vividas na infância. Estas, normalmente reprimidas pelo inconsciente são, *a posteriori*, convertidas em neuroses. A grande contribuição de Freud foi revelar a existência do inconsciente e desenvolver um método psicológico para tratar tais perturbações (Ribeiro, 1988).

A terceira revolução caracterizou-se pelo movimento comunitário nos anos 60. Este movimento buscava superar a perspectiva organicista, vigente desde o século XIX, e o método puramente psicológico, de influência freudiana, fortalecida com o

desenvolvimento da psicanálise institucionalizada. De acordo com Ribeiro (1996), o movimento comunitário buscou mostrar a influência dos fatores ambientais e sociais no advento dos transtornos mentais tendo como principais características a busca pela prevenção da enfermidade, a promoção de saúde mental, o questionamento das internações, o desenvolvimento do atendimento ambulatorial e a recuperação da saúde através de estratégias mais humanizadas. Esse movimento caracteriza o modelo denominado psicossocial, que vem a ser a perspectiva do presente trabalho.

Entretanto, o modelo biomédico, sustentado pelo paradigma newtoniano-cartesiano e pelo positivismo do século XVII/XVIII ainda influenciam sobremaneira o campo da saúde mental. O desenvolvimento da microbiologia, por exemplo, reforçou o pensamento de que a doença, incluindo a perturbação mental, poderia ter uma explicação exclusivamente biológica sendo, pois, passível de cura através das modificações bioquímicas trazidas pelos medicamentos. Um dos nomes mais relevantes desse período é o de Kraepelin, psicólogo alemão, que no século XIX, classificou e descreveu vários transtornos e doenças mentais. Os estudos desse autor contribuíram para o desenvolvimento da psiquiatria organicista vinculada ao modelo biomédico.

Os preceitos do modelo biomédico foram estabelecidos e institucionalizados nas escolas de medicina através do relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos, que o adotaram como único, verdadeiro e infalível (Silva Jr., 1998). Portanto, a ênfase no biológico, na cura, na tecnologia, na especialização e, principalmente, na exclusão de outras práticas terapêuticas fazem parte do ensino médico e das representações dominantes sobre saúde e doença. Ainda sob essa perspectiva, a doença, incluindo a mental, tende a ser considerada como um efeito da alteração fisiológica, quase sem

relação com os processos psicológicos e sociais. Estes, por estarem mais relacionados à mente e ao subjetivo, não fazem parte do campo da medicina (Sarafino, 1994).

Sánchez-Vidal (1988) aponta ainda algumas características desse reducionismo tal como a idéia de que toda doença mental possui etiologia, geralmente de fundo orgânico, curso e resultado determinados através de estudos que descrevem e classificam as doenças objetivando estabelecer diagnósticos precisos. Dessa forma, as doenças são tidas como universais, mesmo que alguns sintomas se diferenciem culturalmente.

Essa concepção ainda predomina na psiquiatria organicista, de modo que há ênfase em fazer diagnósticos, isto é, em encontrar um rótulo para um conjunto de sintomas. No caso das doenças mentais, não é incomum a constatação de que muitos desses diagnósticos são estigmatizantes dificultando ainda mais a vida da pessoa. Dessa maneira, a intervenção é normalmente baseada apenas na redução dos sintomas e não na prevenção de doenças e promoção de saúde, além da tendência em ignorar o contexto sócio-econômico e cultural que também influencia no processo do adoecer (Rodríguez-Marín, Pastor-Mira & López-Roig, 1988; Minayo, 1998).

A predominância do modelo biomédico no campo da saúde mental pode ser claramente exemplificada através da própria literatura sobre o assunto. Bezerra Jr. (1992) analisa as terapêuticas ambulatoriais no campo da saúde mental criticando a psiquiatrização dos transtornos mentais. Ainda que o texto seja rico em mostrar a importância de considerar os aspectos sociais e culturais no sofrimento psicológico e a necessidade de considerar a subjetividade, percebe-se que a perspectiva do autor parece estar sempre reincidindo sobre a figura do doente mental. Mesmo discutindo alternativas

terapêuticas, o autor focaliza mais o conflito do que propriamente a saúde, pois centra-se na doença e não no potencial de cura de quem está adoecendo ou sofrendo pela doença.

Vasconcelos (1997) analisa a questão da desinstitucionalização a partir das propostas da reforma psiquiátrica. O autor discute sobre a saúde mental, mas o que se vê são tentativas de mudança na organização dos atendimentos aos doentes mentais. Outros textos também focalizam bem mais a reforma psiquiátrica e o atendimento aos doentes mentais, conforme se constata em Saraceno (1996) e em Nick e Oliveira (1998), de forma que o campo da saúde mental parece se restringir somente a esse aspecto. Não se percebe, portanto, uma perspectiva mais ampla sobre a saúde mental com foco na saúde propriamente dita.

Observa-se, então, um certo “esquecimento” com relação à saúde enquanto um relativo equilíbrio entre todas as dimensões da vida do ser humano, apontando apenas para o extremo do *continuum* saúde-doença. Para Sarafino (1994), existem diferentes níveis de saúde: desde o alto nível de bem estar até a morte prematura. Focalizar apenas um aspecto do *continuum*, como a ausência de doença, não é suficiente para se pensar a saúde dentro de uma perspectiva mais abrangente. É preciso, antes de tudo, reconhecer o caráter multifacetado do processo saúde-doença e não só sua dimensão orgânica (Traverso-Yépez, 2001).

Assim sendo, fica em evidência que não existe um desenvolvimento histórico linear das diversas perspectivas citadas. O modelo *demonológico*, ainda que enfraquecido pelo enriquecimento do conhecimento científico, se faz presente em alguns setores da população com elementos, inclusive, culturais, próprios de cada contexto. Embora o movimento comunitário tenha tentado superar a dicotomia corpo-mente

presente no modelo biomédico, esta ainda é predominante na maior parte das práticas médicas. Provavelmente, tal hegemonia decorre do caráter funcional desse modelo na reprodução das idéias e valores do sistema capitalista vigente sendo importante reconhecer essa complexidade do universo simbólico relacionado com a temática (Traverso-Yépez, 2001).

2.3 – A saúde mental a partir da perspectiva da psicologia social

As críticas ao conceito reducionista de saúde têm proporcionado o desenvolvimento de outras abordagens que buscam explicar o processo saúde-doença numa perspectiva mais ampla. Com isso, estabelecer um conceito de saúde mais abrangente tem sido uma preocupação da OMS desde 1948. Contudo, sua definição como “perfeito bem-estar físico, mental e social e não só ausência de doença” tem sido amplamente criticada. Segre e Ferraz (1997) citam alguns autores que apontam o quão estático ainda é tal conceito, visto abordar a saúde como um estado perfeito e não como um processo de relativo equilíbrio. Observa-se, também, a preocupação e o esforço em definir saúde mental positiva. Ribeiro (1996) sistematiza algumas dessas conceituações:

- 1) “Estado relativamente constante da pessoa emocionalmente bem ajustada, com gosto pela vida, capacidade comprovada de auto-realização e de autocrítica objetiva. É um estado positivo e não a mera ausência de distúrbios mentais” (Cabral & Nick, 1989, citado por Ribeiro, 1996, p. 13).
- 2) “Estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem estar, prazer de viver a sensação de que o indivíduo está a exercitar seus talentos e aptidões” (Chaplin, 1981 citado por Ribeiro, 1996. P.13).
- 3) “Estado mental normal do indivíduo humano” (Warren, 1991, citado por Ribeiro, p. 13).

- 4) “(...) estado relativamente duradouro no qual a pessoa está bem ajustada, tem alegria de viver e consegue auto-realização...” (p.13 por H. B. English citado por Coleman, 1973).

Constata-se, mais uma vez, que a saúde aparece sempre como um estado e não como um processo. Alguns psicólogos, de diferentes perspectivas teórico-metodológicas tal como a humanista-existencial, preocupados com essa questão, buscaram abordar a saúde como uma das principais dimensões da existência humana. Ainda que a idéia de saúde como um processo esteja presente a algum tempo na Psicologia, é interessante observar que esse conhecimento quase não aparece nas práticas atuais de saúde.

Assim, para Abraham Maslow (1970), saúde significa o processo de desenvolvimento da pessoa, tanto na satisfação de suas necessidades como nas suas capacidades e tendências, frutos da genética e da interação sócio-cultural e psicológica. O organismo saudável é aquele que está em constante processo de auto-atualização. Pessoas saudáveis ou auto-atualizadoras, portanto, são aquelas que têm crescente liberdade interior, autonomia, aceitação de si mesma, espontaneidade, humildade, respeito, boas relações interpessoais, ética, humor, criatividade, entre outros. Para esse autor, a neurose e a doença são desencadeadas, principalmente, pela privação da auto-atualização, de algumas necessidades básicas como as fisiológicas, de segurança, de amor e pertinência bem como de estima dos outros e de si mesmo. Ele lembra que não existe a pessoa com saúde perfeita, mas aquela que busca estar em harmonia consigo mesma e com o outro, que sabe escolher o caminho dentre as possibilidades do momento e procura satisfazer suas necessidades da melhor maneira possível (Maslow, 1970; Fadiman & Frager, 1986).

Em consonância com Maslow, Carl Rogers (1990) destaca o conceito de vida plena e auto-atualização como um processo em que o organismo tem “liberdade psicológica para se mover em qualquer direção” (p.166). Para este autor, a vida plena caracteriza-se justamente pela maior flexibilidade e abertura à experiência, em que a pessoa começa a se escutar e a compreender o que se passa consigo; vive mais plenamente o momento; confia em si mesma e conseqüentemente, tem maior capacidade de decidir sobre o melhor caminho a tomar, sem precisar apoiar-se, tão somente, no julgamento dos outros. No processo de vida plena, os sentimentos, tanto positivos quanto negativos, são sentidos com mais intensidade.

Essa idéia também aparece nos escritos de Fritz Perls (1977, 1988), fundador da Gestalt-terapia nos anos 50/60, que acreditava na capacidade de homeostase da pessoa, isto é, na potencialidade de crescimento, autonomia e satisfação de suas necessidades da forma mais saudável possível. De acordo com Perls, o objetivo da relação terapêutica é justamente o resgate da pessoa como ela é, sem evitar o sofrimento, mas crescendo com ele já que este faz parte da vida de qualquer ser humano.

Para Erich Fromm (1987), o homem tem necessidades específicas como as de relacionamento, de transcendência, segurança, identidade e orientação que precisam ser satisfeitas, a partir dos critérios do modo *ser*, para que haja saúde e crescimento pessoal. Mas, fica difícil o bem estar humano quando até a satisfação dessas necessidades sociais estão perpassadas pelo modo *ter*. Esse autor defende a idéia de que o homem deve viver o modo *ser* e não o modo *ter*, incentivado pelo capitalismo. Afinal, o modo *ser* incentiva a experiência, a plena manifestação das potencialidades e talentos e o desenvolvimento da capacidade de amar. Por outro lado, o modo *ter* pode desencadear conflitos e

insatisfação permanentes, por que as pessoas vão querer sempre mais; além de limitar a experiência plena, já que se restringe à (falsa) segurança proporcionada por esse modo de existência baseado na acumulação e posse de bens. Segundo Hall e Lindzey (1966), Fromm acreditava que “fazendo ao homem exigências contrárias à sua própria natureza, a sociedade corrompe-o e frustra-o. Aliena-o da situação humana e nega-lhe a realização das condições básicas de sua existência” (p. 152). A alienação, característica do modo *ter*, parece então caracterizar-se também pela dificuldade, ou mesmo incapacidade, de se sentir bem, de evoluir, de se auto-atualizar.

Percebe-se, portanto, a ênfase na visão do homem como um ser total, o qual não pode ser alienado do seu contexto psicossocial e ambiental; a relação terapêutica, como um dos caminhos para o pleno desenvolvimento do organismo e, conseqüentemente, da saúde. Salienta-se que a relação terapêutica não deixa de ser um processo de aprendizagem, pois ao entrar em contato com sentimentos, sensações e necessidades, bem como com o sofrimento e as frustrações, possibilita-se a abertura de novos caminhos tanto para o desenvolvimento quanto para a resolução de conflitos. Tem-se, por fim, um conceito de saúde com uma conotação mais positiva: como sendo a harmonia entre todas as dimensões que regem a vida humana, não havendo a dicotomia entre saúde física e saúde mental.

A partir da Psicologia Social, Álvaro e Paez (1996) fazem uma síntese das diferentes perspectivas pelas quais a saúde mental positiva tem sido abordada:

1. Saúde como ausência de sintomas: o deterioro mental é avaliado a partir da presença de sintomas e de acordo com a frequência dos mesmos, geralmente em comparação a critérios estatísticos, como os descritos no DSM-IV.
2. Equilíbrio dos afetos positivos e negativos, caracterizando um estado de ânimo positivo e de bem-estar físico e emocional.
3. Qualidade de vida através da satisfação vital, das necessidades básicas e da integração social.
4. Presença de atributos individuais positivos através da auto-realização, auto-estima, integração do EU, autonomia e adequada percepção da realidade.

Ainda que abrangentes e com enfoque sobre a saúde, nenhuma das perspectivas citadas é suficiente, se consideradas individualmente. Em primeiro lugar, porque cada perspectiva aborda uma das muitas dimensões que perpassam o ser humano. Em segundo lugar, como definir os conceitos usados de forma operacional a fim de estabelecer se uma pessoa tem saúde mental ou não? Considerando esse aspecto é que se percebe uma diferença entre conceito teórico e critérios operativos.

Segundo Sánchez-Vidal (1988), para se definir saúde mental numa perspectiva positiva com foco na saúde, os critérios devem ser operativos. Com isso se quer dizer que não basta estabelecer um conceito estático de saúde mental, mas elaborar um plano para avaliar em que nível desta encontra-se a pessoa. Partindo desse pressuposto, alguns autores têm se preocupado em analisar critérios necessários para avaliar a saúde mental.

Assim, Warr (1987), acreditando na inter-relação entre saúde e ambiente, aponta nove aspectos que favorecem a saúde mental, tais como:

- 1) Oportunidade para exercer controle sobre o meio;
- 2) Oportunidade para desenvolver suas capacidades;
- 3) Existência de objetivos gerados pelo meio;
- 4) Variedade das atividades do cotidiano;
- 5) Clareza das ações, de suas consequências e demandas;
- 6) Disponibilidade econômica;
- 7) Segurança física relacionada à questão da moradia e alimentação;
- 8) Contato interpessoal e apoio social;
- 9) Posição social valorizada.

O autor acrescenta que esses aspectos ambientais devem ocorrer em um determinado nível e faz uma analogia com os efeitos das vitaminas sobre o organismo. Dessa forma, os cinco primeiros aspectos, quando ultrapassam um certo nível, podem trazer um efeito negativo sobre a saúde mental e os demais deixam de ter efeito a partir de um determinado patamar, tornando-se estáveis.

A partir desses aspectos, Warr apresenta os cinco atributos presentes em uma pessoa saudável: o bem estar afetivo, a competência, a autonomia, a aspiração e o funcionamento integrado. O bem estar afetivo está relacionado aos sentimentos de prazer e desprazer, porém, centrados numa relativa sensação de equilíbrio. Já a competência reflete-se no grau de sucesso nas diferentes esferas da vida; a autonomia, na habilidade em resistir às influências ambientais, determinando suas próprias opiniões e ações, mas numa relação de interdependência com o contexto. A aspiração refere-se ao

comportamento motivado, a atenção às novas oportunidades e ao esforço para enfrentar desafios significativos. O autor destaca que a competência, a autonomia e a aspiração são dimensões inter-relacionadas uma vez que, para ser competente, a pessoa precisa ter um certo grau de autonomia e aspiração. Finalmente, o funcionamento integrado caracteriza-se pela harmonia, pelo senso de coerência e identidade, além da inter-relação com o bem-estar afetivo, a competência, a autonomia e a aspiração.

Esses atributos também favorecem a auto-estima que, para Paez, De La Via e Etxebarria (1986), é o primeiro fator mediador dos eventos estressantes, já que a pessoa com boa auto-estima tem maior possibilidade de lidar com situações adversas. A baixa auto-estima não conduz diretamente aos transtornos mentais, mas interfere nos outros mediadores psicossociais apontados pelos autores como a capacidade percebida de controle sobre o meio, as expectativas de atuação e avaliação, o estilo atributivo insidioso de causalidade e o esquema cognitivo de si negativo. Esse mediadores também são uma tentativa em estabelecer critérios para a avaliação da saúde mental, principalmente no que se refere aos transtornos ansiosos e depressivos. A pessoa que acredita em sua capacidade de realizar algo em prol de seus objetivos é competente e possui adequado grau de controle interno. Já as pessoas que percebem o meio como ameaçador e possuem baixa auto-estima, apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão. Esses sintomas também podem aparecer em pessoas demasiadamente auto-críticas ou com alto grau de expectativas e que atribuem as causas dos eventos estressantes a si mesmas. A junção desses mediadores pode resultar no esquema cognitivo de si negativo, em que a pessoa se percebe como incapaz de lidar com as demandas e de resolver situações difíceis.

Sánchez-Vidal (1988) também apresenta algumas contribuições teóricas que buscam explicar as diferentes dimensões presentes na saúde mental. Dentre esses, destaca-se o trabalho de Marie Jahoda que revisou e sintetizou várias idéias, conceitos e critérios, relacionados a uma visão de saúde mental positiva, com foco na saúde e não só na doença. De acordo com o trabalho dessa autora, Sánchez-Vidal (1988) mostra que os principais critérios para uma avaliação da saúde mental devem partir do pressuposto que o contexto sócio-cultural precisa ser considerado, uma vez que o conceito de comportamento saudável se diferencia de uma cultura para outra.

Além disso, faz-se necessário diferenciar saúde mental como atributo estável e duradouro das condutas que dependem da situação imediata, isto é, a saúde seria um *continuum* no qual pode haver crises passageiras ou duradouras. Pela mesma razão, a saúde mental deve ser considerada como um dos diferentes valores humanos e não como uma meta em si mesma.

Ainda para Jahoda, os critérios da saúde mental positiva devem incluir os aspectos estruturais, adaptativos e processuais e podem agrupar-se em seis dimensões dentro do contexto da sociedade ocidental: as atitudes positivas sobre si, o crescimento pessoal, o equilíbrio, a autonomia, a percepção adequada da realidade bem como a resolução das demandas do cotidiano.

Percebe-se, mais uma vez, que os critérios apontados por Jahoda e demais autores citados partem do princípio de que cada pessoa experiencia o mundo e o contato consigo mesmo de forma diferente; o que fortalece a importância da subjetividade como um aspecto essencial a ser considerado na avaliação de saúde mental. Um outro aspecto relevante é que Jahoda aponta critérios operativos e não um conceito que, fosse ainda o

mais amplo possível, não abrangeria os aspectos subjetivos que permeiam as perturbações mentais e o bem estar psicossocial.

Acredita-se, portanto, que para melhor compreender a *doença dos nervos* faz-se necessária uma abordagem teórico-metodológica que, além de considerar os aspectos sócio-históricos, econômicos e culturais presentes no cerne do sofrimento, também evidencie as peculiaridades e a subjetividade de cada pessoa que dela sofre.

III - ESTUDANDO OS PROCESSOS DE SIGNIFICAÇÃO DA *DOENÇA DOS NERVOS*

*O mais frutífero e natural exercício do nosso espírito
é a conversação.*
Michel Montaigne

3.1 – Os processos de significação e a *doença dos nervos*

As pessoas tendem a identificar e expressar os sintomas da *doença dos nervos* de diferentes maneiras, e atribuem vários significados ao seu mal-estar de acordo com o contexto sócio-histórico e cultural em que estão inseridas. Além disso, elas também elaboram idéias acerca das causas, conseqüências e perspectivas de cura frente ao sofrimento. A literatura sobre *nervos* aponta justamente para um problema que aparece sempre vinculado às construções e interpretações feitas por cada indivíduo sobre seu mundo e das influências que este exerce sobre si.

As práticas de saúde que tendem a supervalorizar os sintomas físicos ou o transtorno mental não contribuem para uma maior reflexão, por parte dos profissionais, sobre os problemas que não se “adequam” ao modelo biomédico. Assim, como já foi discutido anteriormente, o médico, normalmente imbuído desse discurso reducionista, nem sempre considera a pessoa como um todo e a singularidade desse sofrimento. Portanto, o discurso médico, determinado geralmente pelo modelo hegemônico de saúde e doença, opõe-se constantemente ao discurso do queixoso, que embora também influenciado pelo mesmo modelo, contém os elementos contextuais e sua própria experiência de sofrimento.

O interesse em estudar as diferentes explicações acerca da saúde e da doença partiu inicialmente dos estudos antropológicos inter e intraculturais que mostram o quanto os valores e crenças de um determinado contexto sócio-cultural permeiam as idéias atribuídas ao processo saúde-doença. Em linhas gerais, os antropólogos buscam entender como as pessoas de diferentes culturas explicam suas doenças e as formas de lidarem com elas, considerando o modelo biomédico como uma das muitas maneiras possíveis de descrever e entender a saúde e a doença (Rogers, 1991; Edelman, 2000). As pesquisas sobre a *doença dos nervos*, geralmente de cunho antropológico, são exemplos da preocupação em entender as diversas manifestações e expressões desse tipo de sofrimento em várias culturas.

A Psicologia, no seu intuito de adquirir o *status* de ciência, tornou-se uma das ciências humanas que mais adota o modelo positivista, com os seus ideais de reducionismo, de explicação causal e de previsão. Segundo Bruner (1990), a fragmentação e o “enclausuramento” caracterizam a Psicologia de hoje. Esse autor lamenta o fracasso da denominada “revolução cognitiva” dos anos 50, quando alguns dos seus teóricos procuraram inserir o estudo dos significados nas ciências humanas e sociais, através de uma abordagem mais interpretativa da cognição:

O seu objetivo era descobrir e descrever formalmente os significados que os seres humanos criam a partir das suas relações com o mundo e, em seguida, propor hipóteses sobre a intervenção dos processos de criação de significado (p. 16).

No entanto, Bruner (1990) lamenta que, embora com esse objetivo, a revolução cognitiva vai sofrer um deslocamento do significado para a informação que são

assemelhados ao tratamento de dados mecanicista do computador, marginalizando o conceito de ação (sob a influência de estados intencionais), bem como a polissemia e a subjetividade de tais processos.

Deste modo, Bruner (1990) defende a idéia do retorno aos significados e aos processos pelos quais estes são criados e negociados dentro de uma comunidade. Aponta, ainda, que a dinâmica da ação humana está na cultura e na busca do significado dentro do contexto sócio-cultural afirmando que “na maioria das interações humanas, as realidades resultam de prolongados e intrincados processos de construção e negociação profundamente implantados na cultura” (p.33).

Mais recentemente, no campo da Psicologia, destaca-se a abordagem sócio-construcionista, que procura superar a visão *representacionista* do conhecimento e a idéia da cognição como algo preexistente na mente das pessoas e passa a destacar os processos interativos, sócio-historicamente situados, por meio dos quais as pessoas dão sentido às suas experiências e ações. A partir dessa perspectiva, busca-se explicar e esclarecer “os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo elas mesmas) no qual elas vivem” (Gergen, 1985, p.266).

Considera-se, portanto, que os sentidos atribuídos aos eventos do cotidiano são os processos pelos quais as pessoas “compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta” (Spink & Medrado, 1999, p.41), conformando assim a dinâmica da subjetividade.

Segundo Bock, Furtado e Teixeira (1999) a subjetividade seria então:

(...) a síntese singular e individual que cada um de nós vai constituindo conforme vamos nos desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural (...) é o mundo de idéias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica; é, também, fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais (p.23)

A partir dos processos de interação e as trocas simbólicas, as pessoas têm possibilidades de construir e contestar a realidade segundo suas visões de mundo, crenças e valores, sendo central o papel da linguagem organizada em discursos “não só para expressar a realidade, mas para moldar a forma como as pessoas percebem e experimentam o mundo ao redor” (Traverso-Yépez, 1999, p. 46). Contudo, essa autora destaca a necessidade de situar a linguagem ou práticas discursivas no contexto mais amplo de práticas sociais e relações de poder, a fim de evitar o idealismo lingüístico presente em alguns dos defensores da abordagem construcionista.

Em se tratando da experiência concreta da doença, Spink e Medrado (1999) afirmam que para entender os sentidos que esta assume no cotidiano, deve-se considerar a linguagem em ação, ou seja, a não-regularidade e a polissemia das práticas discursivas. Dessa forma, investigar a *doença dos nervos* a partir dessa perspectiva teórico-metodológica é, portanto, mais do que buscar a descrição do problema. É procurar compreender os diferentes sentidos presentes nessa queixa e os processos pelos quais esses sentidos são elaborados a partir das práticas discursivas.

A pesquisa baseada nessa abordagem considera sempre a interanimação dialógica como principal atividade na produção de sentidos.

Considerando os critérios de indexicalidade, inconclusividade e reflexividade citados por Woolgar (Spink & Menegon, 1999), argumenta-se que a investigação a partir das práticas discursivas deve ser pensada através de critérios reconceituados de validade e fidedignidade. Sendo assim, os autores consideram que no caso da indexicalidade, o pesquisador precisa descrever o contexto em que está sendo realizada a investigação para que se explicitem os diferentes elementos nele presentes e sua interrelação com os discursos. É a partir do contexto que o discurso faz sentido para quem ouve e para quem fala.

Considera-se também o critério da inconclusividade, isto é, existe sempre a possibilidade de diferentes sentidos a partir de um mesmo fenômeno dado o caráter polissêmico das práticas discursivas. Ao abrir espaço para o livre falar sobre sua queixa de *nervos*, o processo dialógico estabelecido entre pesquisador e pesquisado pode contribuir para a reflexão e construção de novos sentidos. Dessa forma, não dá para generalizar resultados uma vez que estes são passíveis de outras interpretações. Observa-se aqui o caráter (re)estruturador da linguagem, inclusive na situação da pesquisa, pois ao contar histórias sobre sua experiência de doença, a pessoa começa a ordenar as “peças”, antes desconexas, do seu discurso, contribuindo, assim, para sua organização e reestruturação (Murray, 1999).

O critério de reflexividade refere-se aos efeitos do pesquisador nos resultados da pesquisa partindo do pressuposto epistemológico e metodológico de que sua postura não é neutra. Portanto, sua posição deve ser explicitada tanto na

reflexividade pessoal, que implica a reflexão sobre “quem sou eu-pesquisador, e como meus interesses e valores incidem sobre o delineamento da pesquisa e sobre minhas interpretações”, quanto a reflexividade funcional que “volta-se para a comunidade e para a maneira como *quem somos* influi no processo de pesquisa e em seus resultados” (grifo dos autores - Spink & Menegon, 1999, p. 89).

Nessa abordagem, portanto, a ética passa a ser uma reflexão permanente dentro do próprio processo da pesquisa que traz implícita alguns critérios importantes a serem considerados. Clarificar a investigação e explicitar todo o processo interpretativo fazem parte dos preceitos éticos que devem ser levados em consideração desde a fase inicial da pesquisa, tal como a postura reflexiva do autor, isto é, as motivações que o levaram a escolher determinado fenômeno a ser estudado, a explicitação dos procedimentos e o cuidado na relação entre pesquisador e participante, a fim de gerar a máxima visibilidade sobre todo o processo. Sobre este último item, acrescenta-se a necessidade de explicar os objetivos da pesquisa aos participantes para obtenção do consentimento dos mesmos e a garantia de sigilo quanto às informações prestadas por eles. Além disso, permitir o livre falar do participante sem que este se sinta inibido, evitando da melhor forma possível, por exemplo, a postura de “suposto saber”, prática tão comum nos meios acadêmicos.

3.2 –O percurso metodológico

A pesquisa teve lugar na Unidade Mista de Saúde em Felipe Camarão, bairro periférico da cidade de Natal/RN. O bairro de Felipe Camarão situa-se na zona oeste

desta cidade, tendo como uma das principais características o baixo poder aquisitivo da maioria dos seus habitantes. Os dados do Censo 2000 do IBGE mostram que o valor médio do rendimento mensal dos responsáveis pelos domicílios em Felipe Camarão é de R\$ 203,00. No entanto, do total de domicílios pesquisados, 69,7% dos responsáveis recebem abaixo de R\$ 135,00 mensais; 26,5% entre R\$ 135,00 e R\$ 180,00 e apenas 3,8% recebem entre R\$ 180,00 e R\$ 225,00 (ISM= R\$ 180,00).

A distribuição de pessoas responsáveis pelos domicílios permanentes por grupos de anos de estudo mostra que: 21,9% estudaram até 1 ano; 24,5% estudaram entre 1 e 3 anos; 32,3% estudaram entre 4 e 7 anos e 11,8% estudaram entre 8 e 10 anos (IBGE, 2000). Percebe-se, assim, um nível de escolaridade baixo, podendo-se concluir que a maioria, pelo número de anos de estudo, não terminou o Ensino Médio. O nível de renda precário de grande parte da população em conjunção com o baixo grau de escolaridade pode ser considerado expressão da desigualdade estrutural e uma forma de violência institucionalizada, o que expõe essas pessoas a mais violência. Diferentes formas de violência, inclusive doméstica, são frequentes no bairro onde, segundo as participantes da pesquisa, a distribuição e o consumo de drogas, a ocorrência de assassinatos e roubos nas imediações de suas casas afetam constantemente o dia-a-dia da população.

A Unidade Mista de Saúde faz parte do Distrito Oeste e conta com os serviços de pronto-atendimento, maternidade e ambulatório, e participa do Programa Saúde da Família (PSF). O bairro de Felipe Camarão é dividido em dez áreas de acordo aos critérios utilizados pelo PSF. Porém, este programa abrange, atualmente, somente

seis áreas; cada equipe conta com um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e de quatro a cinco agentes de saúde.

A proposta da presente pesquisa foi apresentada ao diretor da Unidade que viabilizou a realização deste trabalho através da cessão do espaço para as entrevistas e o acesso aos prontuários. Inicialmente, houve uma reunião com os profissionais e agentes de saúde em que foram explicitados o teor e os objetivos da pesquisa. Eles tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas acerca do tema e como seria posto em prática o trabalho de investigação.

3.3) Definição da população-alvo

O trabalho *in situ* iniciou-se, então, com a ajuda dos agentes de saúde, os quais tiveram um papel fundamental, elaborando uma lista de pessoas com a queixa de *doença dos nervos, nervos, problema nos nervos* e similar, e contatando essas pessoas para convidá-las a participarem da pesquisa.

Em primeiro lugar, houve uma análise dos prontuários dos pacientes presentes na lista elaborada pelos agentes de saúde, em que foram levantadas algumas informações relevantes para a pesquisa como o sexo, a idade, os sintomas relatados ao médico, o diagnóstico e a conduta desses profissionais (medicamentos e exames prescritos). A partir da pesquisa, dos 32 (trinta e dois) prontuários, foi observado que 27 (vinte e sete) eram de mulheres e que dentre elas, 24 (vinte e quatro) tinham entre 30 e 59 anos de idade. Coincide com a maioria dos autores estudados, que destacam a alta incidência da *doença dos nervos* ocorrendo geralmente em mulheres.

Considerando esta tendência presente também em nosso contexto, foi definida a população-alvo como sendo as mulheres desta faixa etária.

Como estratégia de coleta de dados, além da observação participante, foram planejadas entrevistas em profundidade através de um roteiro com perguntas baseadas nas questões da pesquisa (Anexo 1). Considerou-se relevante fazer uso da entrevista por permitir a interanimação dialógica entre pesquisador e pesquisados, participantes ativos do processo de produção de sentidos. Além disso, as entrevistas permitiram o livre falar, possibilitando uma maior riqueza do material e uma reflexão, por parte da participante, acerca do seu sofrimento.

O roteiro da entrevista foi desenvolvido em função dos objetivos, porém deixou-se amplo espaço para as participantes se expressarem à vontade. O roteiro foi testado através de entrevistas exploratórias com duas mulheres queixosas que estavam na lista elaborada pelos agentes de saúde e que já estavam com acompanhamento psicológico.

Com o roteiro definitivo, procedeu-se a fase das entrevistas com treze (13) das (24) vinte e quatro mulheres que voluntariamente aceitaram participar logo após terem sido devidamente informadas sobre os objetivos da pesquisa. Foi acordado, entre as participantes e a pesquisadora, o registro em áudio de todas as sessões, bem como a garantia do sigilo, resguardando, assim, suas respectivas identidades. Além disso, foi sugerido um seguimento terapêutico que ficou a critério das mesmas.

IV – SOFRIMENTO SOLITÁRIO, MAL-ESTAR
COMPARTILHADO: CONHECENDO A *DOENÇA DOS NERVOS* EM
UM CONTEXTO ESPECÍFICO

Não há dores imaginárias.
Todos os males são reais desde que o sofremos,
E o sonho da dor é uma verdadeira dor.
Anatole France

Falar sobre as participantes da pesquisa e dos seus sofrimentos é adentrar um mundo onde semelhanças e diferenças caminham juntas, no qual, muitas vezes, as dores são compartilhadas, embora as causas do sofrimento sejam sentidas, quase sempre, de forma solitária. O sofrimento é real e adquire múltiplas formas, diferentes manifestações e, ao mesmo tempo, algumas semelhanças que merecem ser consideradas.

As leituras reiteradas dos depoimentos permitiram uma imersão na vida e nas experiências das participantes; também contextualizaram essas histórias de vida através dos dados sócio-demográficos. Leituras posteriores possibilitaram recortar e classificar o material em função das temáticas, tais como a situação geral de saúde, considerando o estado atual e como este interfere nas atividades do cotidiano; a história do sofrimento através dos sintomas e início dos mesmos; as causas atribuídas a este sofrimento, além de idéias e crenças relacionadas à *doença dos nervos*.

Foram também analisadas as múltiplas facetas desse sofrimento tais como as formas de lidar com o problema, seu(s) agravante(s) e o nível de apoio social percebido tanto pelos profissionais como pelos familiares. Enfatizou-se,

especialmente, à variedade de argumentos que expressam os diferentes sentidos relacionados às temáticas abordadas.

Depois de um longo percurso, em que as participantes têm sido as atrizes principais do processo de construção dos resultados desse trabalho, no qual houve uma verdadeira relação de troca de experiências entre pesquisador e pesquisado, apresenta-se aqui esse pequeno e, ao mesmo tempo, tão grande universo das *nervosas*. Pessoas que precisam ser ouvidas ao invés de silenciadas.

4.1) Quem são essas mulheres?

Como já foi destacado, das treze participantes da pesquisa, sete estão na faixa dos 30-45 anos e seis na faixa do 46-59 anos, de forma que mais da metade está em plena fase produtiva, sobretudo no que concerne à formação e estabilização da família. A prevalência de mulheres com *doença dos nervos* leva a relacioná-la com a situação biológica do sexo, tais como o ciclo menstrual, o parto ou a menopausa, negligenciando os aspectos sócio-culturais das desigualdades de gênero.

Assim, em pesquisa realizada numa comunidade peruana, Barnett (1989) observou que a *doença dos nervos* foi relatada por 80% das mulheres entrevistadas, e que estas estavam justamente no período da menopausa. No entanto, a autora constatou um aspecto cultural, nessa comunidade, que influenciou sobremaneira a interpretação do problema de *nervos*. Nessa população, tanto a menopausa como a *doença dos nervos* são consideradas, principalmente pelas mulheres mais velhas, como um desequilíbrio entre o

frio e o quente o que corresponde às dimensões sócio-culturais que perpassam a interpretação das sensações corporais, enquanto as mais jovens apenas tomam medicamentos e voltam logo à sua vida normal. Low (1989) comenta a possibilidade da relação *nervos X* menopausa, mas afirma que a *doença dos nervos* está presente em diversas faixas etárias e que, muitas vezes, o problema começa ainda na adolescência, fato que também foi constatado na presente pesquisa.

Com relação ao estado civil, sete mulheres são casadas e seis estão separadas, contudo, todas têm filhos que estão, na maioria, na adolescência. Observa-se que as relações de gênero, geralmente opressivas nesse contexto, em conjunto com os problemas domésticos, estão influenciando o nível de saúde e a experiência da doença. Essa conexão também tem sido apontada por Low (1989) e Silveira (2000) que mostram a relação entre gênero, emoções e doença. Low (1989) apresenta a pesquisa com mulheres guatemaltecas, as quais reportam a raiva e irritabilidade, aflição e tristeza geralmente associadas aos problemas com o marido e aos cuidados com os filhos.

O nível de escolaridade das participantes mostra-se precário: duas delas nunca estudaram, cinco são alfabetizadas, isto é, sabem ler e escrever, mas não chegaram ao Ensino Fundamental, cinco não terminaram o Ensino Fundamental e apenas uma completou esse ciclo. Esses dados apontam um problema típico das classes populares: o pouco acesso à educação formal, que tem como causa a necessidade da sobrevivência, através do trabalho, em detrimento dos estudos. Tal situação não apenas limita as possibilidades de ocupações produtivas, como também o acesso aos recursos necessários para enfrentar os momentos de crise:

“Aí sempre trabalhando que a gente como pobre não tem com que sobreviver, não tem com que pagar assim, não tenho casa própria, pago aluguel, tive que trabalhar mesmo doente, aí que é que aconteceu, ia trabalhar e num ia o médico (...) esse problema de trabalhar, é problema da cabeça porque o serviço que eu pego é serviço para subir em escada, pra limpar vidro, é serviço que eu pego... que eu num sei ler, por que serviço bom é pra quem sabe ler... limpar parede, limpar chão eu não aguento com a cabeça toda vida baixa, não aguento” (A, 39 anos)

Realmente, nove das participantes não trabalham, três complementam a renda com a venda esporádica de cosméticos, e apenas uma é dona do seu próprio negócio. Faz-se necessário salientar que a única com Ensino Fundamental completo é dona de casa e afirma ter deixado os estudos para se dedicar aos filhos e ao marido. Observa-se que, embora as mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas ocorridas nos últimos 30 anos tenham modificado os padrões de família e casamento, a ideologia da família nuclear ou organização familiar típica, composta de pai, mãe e filhos, sendo o marido, chefe da casa, ainda está presente em boa parte da sociedade brasileira. Dessa forma, uma das principais características dessa população é a dicotomia ainda fortemente arraigada entre os papéis masculino e feminino: o homem como provedor da família e detentor das decisões/esfera pública e a mulher restrita ao âmbito doméstico/esfera privada.

Porém, algumas participantes não se sentem satisfeitas com esse papel limitado de donas de casa e cuidadoras da saúde da família. Talvez pelo desempenho desse outro papel estão mais familiarizadas com o serviço de saúde e a ele recorrem, não só em busca de tratar seus males e os dos filhos, mas também de um espaço onde encontram as vizinhas, companheiras de sofrimento. É o lugar típico das conversas sobre os problemas da vida, os conflitos conjugais, o desemprego do marido, as preocupações

com os filhos. Não é por acaso que muitas mulheres procurem a Unidade Mista, como se lá fosse uma extensão de suas casas.

Constata-se também o baixo poder aquisitivo dessas mulheres, não passando de 2SM mensais³ para uma média de quatro pessoas no âmbito doméstico. Geralmente, quem detém a renda total da família é o marido, salvo em alguns casos nos quais as mulheres são separadas e/ou quando têm algum tipo de trabalho. Mesmo assim, tal fato caracteriza uma renda *per capita* incipiente e insuficiente para as necessidades básicas da família visto que com esse dinheiro é preciso pagar as contas mensais, adquirir alimentos, roupas, remédios e outros gastos.

As participantes são pessoas com uma renda precária, donas de casa dedicadas à família e ao lar e que devem sobreviver com o pouco que recebem dos maridos. As que estão separadas são as que mais possuem dificuldades, pois continuam dependentes e devem se conformar com a boa vontade dos ex-maridos em lhes dar uma ajuda financeira.

A questão sócio-econômica vinculada à formação educacional também precária está bastante relacionada com o processo saúde-doença e com a forma como o mal-estar é expresso. Como fora apontado, Paez et al.(1986) e Mirowski e Ross (1989) mostraram uma maior incidência de sintomas depressivos e ansiosos, além de maiores dificuldades em lidar com os problemas, no contexto de baixa renda. O presente estudo não teve como objetivo comparar a presença de *doença dos nervos* em diferentes classes sociais, porém, entrelaçados aos discursos das participantes, percebe-se a estreita relação entre as condições de vida e o surgimento e agravamento do problema.

³ 1SM = R\$180,00 em 07/2001

Outros autores não concordam totalmente com uma relação linear entre classe social e sofrimento, justificando que não é por terem menor poder aquisitivo que essas pessoas vão adoecer mais do que as outras. Deste modo, Silveira (2000) e Rapport et al. (1998) apontam para a multi-dimensionalidade do fenômeno, no qual não há uma dimensão mais relevante que a outra. Pelo contrário, se inter-relacionam tão fortemente que, em muitos momentos, parafraseando Silveira (2000), formam um verdadeiro caleidoscópio.

4.2 – Situação geral de saúde

A investigação dos prontuários mostra que nos últimos seis meses anteriores à primeira entrevista, oito das mulheres participantes procuraram a Unidade Mista entre 1 e 3 vezes; dessas, três foram entre 4 e 7 vezes e duas, entre 8 e 11 vezes. Esse dado aponta uma certa recorrência à Unidade Mista com diversas queixas, principalmente de dores, inflamações e ansiedade. Os médicos diagnosticaram os problemas orgânicos e os ditos “psíquicos” receberam, em geral, as conhecidas denominações de DNV, depressão e ansiedade. A impressão é que o termo DNV é usado para satisfazer uma formalidade, isto é, o preenchimento do prontuário, já que foi observado em alguns dos prontuários pesquisados o uso dessa sigla para o diagnóstico de queixas não tão semelhantes entre si. Vale salientar que as participantes que receberam esse diagnóstico não foram informadas sobre seu conteúdo, de forma que muitas delas nem sabem o que existe na sua ficha médica.

Quanto à conduta dos médicos caracterizou-se, geralmente, pela prescrição de medicamentos e, em alguns casos, solicitação de exames. Observa-se, com isso, a tendência em medicar cada sintoma e a tentativa em descobrir a causa do mal-estar através dos exames. Esse quadro retrata uma situação comum na maioria das práticas de saúde, geralmente vinculadas ao modelo biomédico, que enfatizam apenas os sintomas e não a prevenção de doenças e promoção de saúde.

Constata-se, também, que embora a Unidade conte com dois psicólogos, apenas uma pessoa do grupo pesquisado tinha sido encaminhada para esse profissional. Além disso, mesmo havendo outros profissionais da saúde, como nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, esses profissionais quase não são mencionados pelas participantes, observando-se que o discurso ainda está muito centralizado na figura do médico. Tal fato pode ser exemplificado pela recorrência constante à Unidade Mista à procura do clínico geral para tratar os vários problemas, parecendo que, somente ao médico cabe resolvê-los.

As queixas mostram que essas mulheres não se consideram saudáveis acreditando que sua saúde é péssima em função dos múltiplos sintomas presentes no seu dia-a-dia:

“(Falando sobre sua saúde) Mulher, eu considero péssima, sabe? Por que pra começar não é só problema de nervos que eu tenho, mas tenho problema nos ossos, eu tenho tonturas, eu tenho dormência...não sei, o psiquiatra disse pra mim que fazia parte, mas eu boto na minha cabeça que faz, eu sinto dormência e além da dormência, a dor, num sabe, a dor com dormência” (H, 40 anos)

“é tossindo demais, com aquela tosse nervosa e é sempre problema no intestino de num poder comer direito, a barriga fica empachada (...) eu fico toda doida, doente mesmo, fico passando mal. Fico atacada mesmo, aí vou chorar” (E, 45 anos)

Esse tipo de discurso é comum no serviço público de saúde; e dada a sua característica poliqueixosa, o profissional tende a não acreditar que o sofrimento dessas

mulheres seja real. Há sempre a tendência em afirmar que ela está exagerando seus sintomas ou até fingindo, o que resulta nas já conhecidas denominações pejorativas tais como “piti”, “isso é só um nervosismo, não é nada”, “essa mulher é histérica”.

Mesmo recebendo tais “diagnósticos”, os diferentes problemas de saúde continuam perturbando a vida dessas mulheres em todos os aspectos, principalmente no que concerne ao comportamento e estado emocional. A diversidade de queixas é tal que nem sempre parecem estar muito claras para as próprias participantes que se expressam, na mesma entrevista, com depoimentos contraditórios:

“eu num tenho doença, num sabe, eu tenho mais é problema de nervos” (B, 54 anos)

Mais adiante, na mesma entrevista, ela afirma:

“aí fiquei doente por mais de ano, problema de nervos” (B, 54 anos)

É interessante observar que essa participante tem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), assim como outras cinco das participantes. Contudo, para B, a doença é o seu problema de *nervos*. A contradição está relacionada com uma certa dificuldade em considerar o que é ou não doença, justamente porque, tradicionalmente, a doença propriamente dita caracteriza-se por queixas orgânicas. Fica evidente a tentativa em esclarecer o que sente, em compreender a gênese do seu sofrimento, principalmente nas primeiras entrevistas quando o quadro ainda é difuso para ela.

Existem ainda dificuldades em distinguir ou mesmo classificar em que campo encontra-se a *doença dos nervos*, até porque a conexão com outras doenças não é incomum entre as participantes. Em alguns momentos, a crise de *nervos* contribui para o

aumento de pressão; em outros, a participante sente os sintomas de *nervos* quando está com a pressão alta. Talvez, por esse motivo, a *doença dos nervos* ora é considerada doença, ora não.

Outras doenças ditas psicossomáticas também foram encontradas em algumas entrevistadas, como a gastrite, a artrite e a obesidade. Uma das participantes tem o diagnóstico de diabetes. De alguma maneira, a queixa de *nervos* está inter-relacionada com esses problemas, ora desencadeando crises, ora agravando-as.

De um modo geral, o estado de saúde é precário existindo um rol de lamentações, problemas orgânicos os mais diversos e a presença de queixas crônicas que interferem negativamente no cotidiano das participantes. A capacidade de trabalho, por exemplo, é uma das dimensões mais prejudicadas; fato confirmado por algumas delas:

“é o bar que eu fiz na frente e agora já tá fraco de tanto eu num atender as pessoas bem, né? Devido esse problema que eu tô, né? Que as pessoas querem beber, querem conversar e a pessoa doente, como é que vai poder conversar (...) num consigo assim... num tô conseguindo atender as pessoas como eu atendia. O movimento tá caindo” (E, 45 anos)

“(...) no trabalho tinha dia que eu num tinha condição de trabalhar, mandavam eu ir pra casa, aí eu não tive mais condição de trabalhar. Quando eu estava trabalhando, trabalhei 8 meses numa vila, não tive mais condição de trabalhar com uma dor de cabeça, não podia baixar a cabeça, meus nervo atacado e era aqueles problemas na minha vida, que eu tive que sair, deram baixa na minha carteira, eu saí, agora mesmo estou só dentro de casa, me tratando, tomando remédio” (A, 39 anos)

“Fiquei assim, com esse pobrema. Eu trabalhava. Trabalhava direto, trabalhava 6 dias da semana em casa de família. nunca tive esse pobrema. Agora perdi o emprego, perdi tudo. Eu fui uma mulher que tive coragem de trabalhar (...) trabalhava disposta (...) eu ajeitava porta, eu botava água (...) de galão de galão, naquele tempo, no interior, né? Tudo isso eu fazia (...) hoje eu num tenho coragem de fazer mais não” (I, 59 anos)

“Não tenho condições de trabalhar e vivo tirando à força pra mim pagar o INSS” (N, 47 anos)

Essas falas evidenciam uma certa frustração com a perda da capacidade de trabalho como resultado do sofrimento. Ao contrário das mulheres *nervosas* de Saraguro-Ecuador (Finermam, 1989) em que a doença lhes permitia desfrutar um período livre do excesso de deveres e responsabilidades ou ainda a procura pela aposentadoria como no caso analisado por Kleinman (1988), algumas participantes desta pesquisa sofrem justamente por não poderem mais trabalhar. Embora realizem o trabalho doméstico, fica claro que a maioria delas sente necessidade de um emprego formal, embora a maioria não mais trabalhe devido ao seu problema de saúde. Na verdade elas valorizam bastante o trabalho, pois é a forma que têm de sobreviver, de adquirir *status* social e se sentirem produtivas e úteis. Isto fica claro nos trechos a seguir:

“Eu me empenhei demais, só no dinheiro, no trabalho. Só vejo o dinheiro, o trabalho. Eu só vejo o trabalho, pra mim, o trabalho é tudo” (E, 45 anos)

“Que eu sou uma pessoa trabalhadeira, que todo mundo gosta de mim e tudo. E eu com esse tipo de problema/...agir o que eu quero, trabalhar. Eu num gosto de ficar assim parada. Eu gosto de trabalhar, de vê” (A, 39 anos)

Mais adiante, quando questionada sobre sua intenção de voltar ao trabalho, A

afirma:

“É isso que eu tô me tratando e fé em Deus. Eu vou esperando assim de Deus, que eu fiquei boa pra mim continuar. Arrumar um emprego, pra mim trabalhar. Qu’eu num posso viver só dentro de casa. As condições da gente é pouca...(...) Se Deus quiser. Se eu num ficar boa mande o meno uma melhora que eu tenha condições de voltar ao trabalho” (A, 39 anos)

Fica evidente a necessidade de algumas dessas mulheres em exercerem uma atividade produtiva, mesmo que continuem com o serviço doméstico. Esse dado corrobora os estudos já apresentados sobre a importância do trabalho formal para as mulheres (Radley, 1994). No entanto, encontrar um emprego mostra-se bastante difícil nesse contexto, sobretudo pela pouca escolaridade delas. Quando podem trabalhar e encontram emprego, geralmente é o de empregada doméstica, nem sempre valorizado socialmente, além de pouco remunerado.

O sofrimento pode ser agravado pela ausência de um trabalho formal, mas também pelo excesso de deveres e responsabilidades decorrente da difícil situação familiar:

“eu trabalhava, trabalhei muito pra manter meus filhos devido ele ser irresponsável (o marido). Passou a ser alcoólatra, passou a ser irresponsável. Não tinha estabilidade, eu tinha que trabalhar pra sustentar meus filhos e a casa aí são muitos problemas na minha cabeça e isso me preocupava demais, me levou ao estresse, fiquei doente, cheguei a pesar 43 kg, fiquei bem magrinha, uma coisa louca na minha vida, num é, eu chorava direto, perdia o controle da perna, não tava mais em condição de trabalhar ” (D, 48 anos)

Por outro lado, ter a responsabilidade de prover o sustento da casa não parece estar nos planos de algumas dessas mulheres, principalmente quando esperam o marido como provedor. Fica claro o quanto continua forte o papel ideológico do gênero, visto que algumas das mulheres aparentemente não aceitam exercer o papel de chefe de família atribuído ao homem:

“(...) aí eu fui trabalhar, eu fui trabalhar demais, aí foi que deu, aí, fui trabalhar só, sozinha, dia e noite, dia e noite, dia e noite (...) a minha situação tá ficando ruim por que eu tô doente, num tô tendo condições de trabalhar. Não tenho quem me dê, nem tenho como me cuidar (...) tudo é eu” (E, 45 anos)

Acredita-se, portanto, que as condições de trabalho e o excesso de responsabilidades das participantes, principalmente na esfera doméstica, são aspectos inter-relacionados com a *doença dos nervos*. A percepção de saúde está bastante vinculada à questão do trabalho podendo-se afirmar que boa parte dessas mulheres não se considera saudável enquanto estiverem sem sua capacidade para o trabalho e/ou sem poderem exercer as atividades domésticas.

Porém, vale salientar que não dá para estabelecer uma relação de causalidade uma vez que a questão do trabalho por si só é bastante complexa envolvendo sobrevivência, ocupação, renda e a sensação de estar sendo útil e produtiva, fatores bastante valorizados na sociedade brasileira.

4.3 – As mulheres e seus sintomas

Os sintomas da *doença dos nervos*, relatados pelas participantes, foram sistematizados de acordo com os critérios de avaliação do sofrimento psicossocial (*distress*) apresentados por Mirowski e Ross (1989). Esses autores apontaram que o sofrimento caracteriza-se por sintomas de depressão e ansiedade, tanto no que concerne ao estado anímico quanto ao mal-estar físico. A partir desses dados, organizou-se uma tabela ilustrando as queixas mais comuns, lembrando que as participantes citaram mais de um sintoma:

	Depressão	Ansiedade
Estado anímico	Crises de choro: (7) Tristeza: (5) Vontade de morrer: (1) Medo da solidão: (1) Indisposição: (1)	Medo: (8) Irritabilidade/impaciência: (7) Agonia: (7) Pensamentos ruins: (6) Nervosismo: (5) Preocupação: (2) Tensão: (1) Nervo atacado: (1)
Mal estar físico	Dificuldades para dormir: (6) Falta de apetite: (6) Esquecimento: (5)	Dores de cabeça: (11) Tremores: (5) Tonturas: (5) Fraqueza: (3) Dormência: (3) Dificuldade de respirar: (2) Quenturas: (1)

Tabela 1 – As mulheres e seus sintomas – Os números entre parênteses referem-se à quantas mulheres citaram o sintoma

Verifica-se a mesma diversidade e polimorfia de sintomas apontados pelos autores que estudaram a *doença dos nervos* tanto no contexto brasileiro como internacional (Gomes & Rozemberg, 2000; Silveira, 2000; Low, 1989). Embora tais sintomas realmente estejam relacionados com a depressão e a ansiedade, não basta classificar a *doença dos nervos* como uma ou outra porque esses sintomas são tão diversos que nem sempre é possível caracterizá-los dentro de uma entidade nosológica definida. Além disso, observa-se uma variedade de sensações corporais difusas que não são fáceis de serem nomeadas pelas participantes:

“Aquele nervo assim na pele assim, é como se meus pés tivesse, eu não sei nem dizer como é (...) assim doendo, aquela dorzinha no couro, dorzinha de nervo, sabe o nervo que eu tive na perna, é só mais nas pernas, tem dia que eu passo o dia andando dentro de casa, né” (B, 54 anos).

Os termos e metáforas indicam que as sensações corporais são interpretadas de forma peculiar por quem as sente:

“Com aquelas coisas, fico assim, com aquela agonia na minha cabeça, se eu num chorar, eu num fico boa. Passo o dia com dor de cabeça, com aquela agonia (...) chega fica aquele pinicão no meu corpo assim, aquela dor nos ossos, nos meus braços, aquele esquecimento... Aquilo, se eu escuto um tiro no mei do mundo, eu num consigo dormir, fico só dentro da rede, com aquela dor de cabeça, me tremendo. E o médico já passou tanto remédio pra mim e não descobre (...)” (C, 53 anos).

“Eu num vou pra praia, tô com vergonha, penso que todo mundo vai mangar de mim (...) Fiquei assim uma pessoa... presa. Presa assim, eu num vivo, você sabe como é? (...) é assim, dá aquela coisa ruim, aquela falta de fogo, se eu correr pra pegar um ônibus, eu fico tossindo, tusso que vomito” (E, 45 anos).

“Quando a dor de cabeça me ataca, ela ataca isso aqui. Aí dá unas furadas aqui atrás, isso aqui meu, meus olhos parece que fica girando assim... e eu fico dormente com aquela dor forte na cabeça. Não é na cabeça, é na nuca... outro dia eu fiquei com muita dor de cabeça e já fui no hospital (...) fico com o coração nervoso sei lá o que, eu não era assim” (G, 37 anos).

“Eu, só em eu falar assim, eu tô me sentindo cansada, assim, puxando aquela falência, sabe? Uma falência dentro de mim, que eu não tenho assim, aquela coragem de fazer o que eu fazia” (N, 47 anos)

“É, eu me sinto um pouco agitada, tô preocupada, a médica falou que eu era muito preocupada, mas eu não percebo que eu sou preocupada, eu procuro deixar tudo, né, eu faço de conta que não está acontecendo nada, mas ela disse que é, isso aí é por conta que eu sou preocupada, eu fico assim sem poder respirar muito bem, né, como se meu coração quisesse alterar e depois disso, um problema assim, minha pele, meus nervos, eu sinto que estremece é como se a gente tivesse um choque assim, é bem rápido, entendeu?” (L, 38 anos).

Observa-se que os sintomas e as diversas sensações por todo o corpo são expressos através de imagens e metáforas muito vívidas, numa tentativa de explicar e se fazer entender sobre o que estão sentindo. Embora com alguns sintomas semelhantes, as participantes sofrem de diferentes maneiras, seja nomeando-os de agonia ou nervosismo, seja descrevendo suas sensações corporais. Existe mesmo uma preocupação em focalizar a dimensão física do problema, localizando sempre em alguma parte do corpo que esteja doendo, queimando, ardendo, tremendo ou furando.

Percebe-se, ainda, a tendência em separar corpo e mente, provavelmente por influência das práticas tradicionais de saúde associadas à forma dualista de pensamento, “que vê o corpo como uma entidade física, objetiva e a mente como um espaço subjetivo, privado, de pensamentos etéreos” (Yardley, 1999, p.31):

“aí, agora, então, minha cabeça... era o corpo, aí agora já é a mente” (E., 45 anos)

Yardley (1999) aponta que o problema “físico” geralmente é mais valorizado do que o “mental”; este tende a ser minimamente considerado, tratado apenas farmacologicamente ou, ainda, com sarcasmo quando o profissional afirma que é só

“psicológico”. Daí, a necessidade de questionar a dicotomia corpo-mente e os campos da “saúde física” e “saúde mental”, conforme o explorado no cap.2.

Fica evidente que todas as sensações se entrecruzam caracterizando uma síndrome geral que tem como denominador comum o sofrimento, as dores tanto físicas quanto emocionais e, em muitos casos, a perda total do controle:

“... doente, problema na minha cabeça, era nervosa, ia trabalhar, chegava no meu trabalho chorando... se aperreava com tudo, eu gritava dentro de casa, era quebrando tudo, num dormia... era aquela agonia em cima de mim, eu nem sabia o que se passava na minha vida e nem lá no trabalho, me tremia todinha assim”. (A, 39 anos)

“(...) no dia que eu perdi a paciência, foi no dia das Eleição, ele (o marido) foi comigo pra Fundação Bradesco (...) uma coisa que eu nunca tinha feito, nunca tinha passado pela minha cabeça (...) aí eu fui, quando eu chego na casa dele, dela, em frente, ele chegou... aí, eu fui olhá pra cara dela (...) aí, de tanto ela ligar pra minha casa (...) furar a cara dela (com uma tesourinha), aí ele foi e botou a mão (...) porque eu tenho problema de sistema nervoso e também fico toda dormente, sabe, quando eu tenho uma raiva eu fico dormente, muito nervosa mesmo” (F, 42 anos).

Os trechos mostram que são pessoas profundamente sensíveis e, portanto, muito influenciáveis às experiências do dia-a-dia. A investigação realizada por Finermam (1989) mostra que o problema de *nervos* é até valorizado no contexto dos Saraguros-Equador porque demonstra a sensibilidade da pessoa diante de certos eventos do cotidiano. É interessante observar que essa sensibilidade também é comum entre as participantes de Felipe Camarão; porém, no contexto local, não é percebida como um ganho e sim, como uma situação que contribui para a piora do problema:

“Assim, causa mais assim quando eu fico com uma raiva, tenho um aperreio, fico nervosa assim, fico aperreada. Eu tenho que melhorar vou é piorar” (A, 39 anos).

“Eu tô assim, se eu tiver uma raiva grande ou um medo grande... no outro dia fico com isso aqui...” (C, 53 anos).

“Eu sinto muita desimpaciência, às vezes, às vezes, qualquer uma coisa me atinge, eu fico emocionada com qualquer uma coisa.” (H, 40 anos).

A sensibilidade que têm diante de suas sensações corporais também pode levar a um alto grau de irritabilidade:

“E eu sou assim atacada, não tenho paciência os meus filhos vêm dentro de casa” (D, 48 anos).

“Com aquela agonia, aquele aperreio na cabeça, ninguém me aperreie que eu grito. Eu grito mesmo por que eu num aguento ficar calada. Com aquela dor daqui praqui, aquela agonia na cabeça e é de correr mesmo” (C, 53 anos).

Essa irritabilidade contribui para um certo isolamento social, o que dificulta, de alguma forma, sua vida cotidiana:

“ (...) Tem dia que eu não saio nem na porta... por que eu tô de mau humor, mas num é porque eu xinguei ninguém, mas tem dia que se me disser oi, tudo bom, eu não gosto, ninguém tem nada a ver com meu problema; então, eu guardo pra família, eu não guardo pros meus filhos, que são agressivos. Tem dia que eu não quero nem olhar pra ninguém, eu num sei, tá muito difícil pra mim viver. Fico assim todo tempo de mau humor” (G, 37)

Há, inclusive, uma tendência em considerar a *doença dos nervos* como “quase” loucura principalmente diante das diferentes reações emocionais que o sofrimento acarreta:

“Quando a dor me ataca, ela ataca isso aqui. Aí dá umas furadas aqui atrás. Isso aqui meu fica meus olhos parece que fica girando assim... e eu fico dormente com aquela dor forte na cabeça. Não é na cabeça, é na nuca. Outro dia eu fiquei com muita dor de cabeça e já fui no hospital” (G, 37 anos).

“O que eu sentia era só assim, falta de paciência, chorava demais, era aquela coisa assim, desesperadora, sabe? Só que nunca me levou, graças a Deus, a fazer nada de mal, nada de ruim com alguém” (D, 48 anos).

“Quando morre uma pessoa da minha família, aí manda, ninguém manda me avisar, por que eu num posso receber a notícia. Se manda avisar, eu fico morrendo, me acabando, tossindo, vomitando, enquanto não passei aqueles 5 minutos. É 5 minutos de agonia pra mim” (E, 45 anos).

Esses depoimentos mostram que os sintomas e sensações, entremeados às reações emocionais diante de determinados eventos, podem ser fortes o suficiente a ponto de desencadear a perda do controle. Esta perda pode ser agudizada pelas dificuldades de enfrentamento dos problemas e pelo sentimento de impotência, decorrentes das precárias condições existenciais:

“Dá aquele negócio na minha cabeça, eu tô boa, quando eu vejo ele, aí eu me desoriento, sabe, já sofri tanto que eu me desoriento (...) aí de lá pra cá apareceu essa mulher,..., meu descontrole num sabe (...) eu sinto logo a dor de cabeça, o cansaço, fora de mim, meu juízo sei lá, sem controle (...)” (F, 42 anos).

A ocorrência de eventos inesperados e/ou negativos normalmente agravam o sofrimento psicossocial “crônico”. Nesse aspecto, fica claro que a *doença dos nervos* é uma forma de sofrimento psicossocial em pessoas com maior sensibilidade, estando vinculada às dificuldades em lidar com os percalços do dia-a-dia.

Tais dificuldades podem gerar o que Finkler (1989) denomina de perda do senso de coerência, fato que aumenta ainda mais a suscetibilidade da mulher ao adoecimento. Essa perda da coerência geralmente associa-se à forte sensibilidade e irritabilidade, já citadas; e, ainda, a perda do sentido de si mesma, ou seja, dificuldades em reconhecer suas necessidades e, especialmente suas potencialidades e recursos diante de uma certa desestruturação interna:

“Aquelel agonia na cabeça, aquela desimpaciência, aquele mal estar, aquela vontade de chorar, de morrer. Tudo isso já me deu vontade de fazer. Já me deu vontade de dar fim a minha vida, me jogar debaixo de um carro” (I, 59 anos).

Dessa forma, o descontrole emocional, normalmente resultado da crise, dificulta a vida social e doméstica das mulheres que passam a se considerarem e a serem consideradas como doentes e até como loucas. Elas acabam por sofrer ainda mais com o estigma relacionado à loucura, visto que são apontadas como “doidas”, “nervosas”, “histéricas”, o que tende a baixar a auto-estima e incide diretamente em esquemas cognitivos de cunho negativo

“Aí quando eu fico aperreada, me endoideço mais. Em tempo de, naquelas horas, não chegue ninguém na porta pra conversar comigo, por que eu fico doida, querendo atirar pedra na lua, aperreada, agoniada, aquele aperreio em cima de mim. Aquele desespero, aí choro, choro, choro” (A, 39 anos)

Constata-se assim a presença recorrente de pensamentos desagradáveis reveladores do medo, apreensão e ansiedade; estes pouco são mencionados em outras investigações sobre o tema:

“Durmo bem enquanto eu não sinto... me acordo e fico a noite todinha rolando na cama com aquele pensamento, só vem coisa ruim na minha mente (...) Assim, pensamento de morrer, à vista das coisas que eu fiz com meu marido. Só isso, um negócio esquisito mesmo, que eu não sei explicar” (B, 54 anos)

“(...) eu boto cadeado, a chave tá aqui. E ele fica dentro de casa, que a casa é grande, ele pode ficar. Agora, na rua não fica, não. Sei lá, mulher, o que é isso, por caridade. Eu penso tudo na minha cabeça, tudo penso. Não suporto mesmo. Sei não!” (C, 53 anos)

“o corpo fraco, sem dormir, só vindo coisas estranhas na minha cabeça, sabe. (...) é a dor de cabeça, é aquilo na minha mente, aquilo me fervendo na minha mente, aquela coisa ruim, aquela angústia” (N, 47 anos)

A recorrência desse tipo de pensamento denota uma grande preocupação e ansiedade, geralmente vinculadas às dificuldades do dia-a-dia. Muitas vezes, a falta de perspectivas, a ausência de outras atividades, pelo fato de ficarem em casa o dia todo, e a própria sensação de estarem doentes parece facilitar esse tipo de acontecimento:

“(...) quando eu num faço nada, pronto, aí eu fico sem fome, aí, fico o tempo todim só pensando, sai os meninos tudo, aí eu fico só naquele pensamento, de... uma coisa/num vem uma coisa boa na minha cabeça, nada, um negócio bom, assim. Aí, penso no meu pai que/que morreu já, às vezes, eu fico pensando, agora se é meu pai que tá ... fazendo... aí fico pensando, tudo isso eu penso, na minha cabeça” (I, 59 anos)

“sinto aquele nervosismo assim, a pessoa incomodada (...) tem hora que eu fico tão deprimida dentro de casa, pensativa. Eu fico só pensando em meu filho, assim, sentada; às vezes, assistindo televisão. Aí de repente, dá aquele pânico, assim, aquele medo, aquela coisa ruim (...) acho que é devido o que eu faço, de ficar dentro de casa, assim, eu num tenho (...) eu queria mais que ela (a cunhada) conversasse mais comigo, também, poder contar meus problemas pra ela” (J, 30 anos)

Os pensamentos recorrentes e quase obsessivos descritos pelas entrevistadas são concomitantes ao medo associado ao seu problema de *nervos*. O medo e o estado de apreensão permanente contribuem, também, para a perda da coerência de si mesma e do controle da situação. Esse medo geralmente é difuso, pouco claro e não tem definição de algum objeto específico que o causa. A impressão é que sentem medo da vida:

“só vivo chorando, não comia, não dormia, se eu fosse pra rua, eu voltava do meio do caminho com medo de morrer na rua (...) era um medo tão infeliz que eu só faltava me acabar, chorava dia e noite”. (B, 54 anos)

“eu era nervosa, toda vida eu fui uma pessoa nervosa (...) sempre eu fui medrosa, por isso que eu digo nervosa, é por que eu fui medrosa” (L, 38 anos)

“se eu tenho um medo, se eu tenho um nervoso, fico empachada” (E, 45 anos)

“Já a pressão alta, eu sinto aquele medo assim, meus nervos agitados, é uma coisa assim bem diferente”. (J, 30 anos)

O discurso de L, E e J denotam uma similaridade atribuída entre “estar nervosa” e “ser medrosa”. Pode ser até um traço de suas personalidades uma vez que afirmam sempre terem sido medrosas-nervosas. Os trechos de E e J evidenciam, ainda, a somatização do sofrimento (problemas gástricos e hipertensão, respectivamente) que ambas tratam com medicamentos específicos. Sabe-se da necessidade de tratar esses problemas, porém, fica claro que estão associados ao nervosismo e ao medo, de forma que somente um tratamento medicamentoso acaba sendo um mero paliativo.

Costa (1987) e Finkler (1989) mostraram que *nervos* também tende a ser relacionado a susto. Neste estudo, o susto parece estar conectado à ansiedade o que desencadeia reações fisiológicas típicas da situação de estresse:

“por que se eu tivesse um susto, um negócio assim, aí eu fico com os braços, os nervos paralisados, meus nervo é paralisado” (N, 47 anos)

“mas aí há cinco anos atrás eu comecei com essas ansiedade, eu comecei assim, ó, começou assim, a gente sente o corpo, reação do corpo (...) o coração da gente, como é que chama, taquicardia que chama (...) aí começou aquele negócio, susto assim (...) isso é depressão ou junta tudo, entendeu?” (M, 48 anos)

No depoimento de M, há uma diversidade de termos associados entre si, usados por ela com a intenção de explicar o que sente. Fica evidente a tendência das participantes da pesquisa em adquirirem elementos do discurso médico como consequência de suas constantes visitas ao serviço de saúde, de maneira que estes também passam a fazer parte da interpretação que elas constroem sobre sua *doença dos nervos*.

A tentativa das queixosas em explicar as sensações, em esclarecer o que denominam de susto, está bastante presente nos discursos. Considerar essa informação é bastante relevante para a intervenção, pois esclarece para o profissional os significados dos termos utilizados pelas pacientes acerca de seu sofrimento. Também devem levar em consideração que elas fazem a associação do aparecimento dos sintomas com eventos estressantes os quais desencadeiam sentimentos negativos como a tristeza, a frustração e a raiva.

O problema de *nervos* acaba por fazer parte do cotidiano, uma vez que a maioria das participantes afirma ser um mal antigo; sofrem desde jovens, principalmente depois que se casaram. Dessa maneira, parece até que o problema de *nervos* já está incorporado à sua própria existência. Contudo, observa-se que os sintomas são diversos, dependendo de uma série de fatores para a sua ocorrência. Em alguns momentos, eventos da vida desencadeiam os sintomas, em outros, os sintomas agravam o sofrimento, de forma que não fica claro quem causa o quê.

4.4 – Desgostos, preocupações e *doença dos nervos*

As diferentes dificuldades do cotidiano influenciam, de uma maneira ou de outra, a ocorrência dos sintomas da *doença dos nervos*. Os problemas domésticos têm efeito negativo sobre a vida dessas mulheres, a ponto de constatar como a perda desse referencial contribui para o caos geral nas experiências do dia-a-dia:

“Aí, eu me aperreio. Eu olho pra cama, que num vejo ele (o filho), a minha rede assim, junto da cama, que eu boto e num vejo. Pronto! Aquilo, eu num consigo mais dormir e vai

me dando dor de cabeça (...) olhe, os outros chegam do trabalho, ficam dentro de casa. Faça isso. Faça isso pra num me aperrear. Você sabe que eu num posso ter aperreio. Você ficando assim, num posso ficar...dormir sossegada” (C, 53 anos)

“Aí, agora, pronto (...) cada dia mais... só Deus por mim (...) uma filha com um filho nos braços (...) e o problema aumentou, porque os problemas de dentro de casa, sempre vem parar em cima da mãe, né?” (E, 45 anos)

No primeiro trecho, a participante parece avisar a família de que não pode ter preocupações além das que ela já é capaz de suportar. No segundo, E confirma o que é realidade para ela: ser mãe significa toda a responsabilidade pela família, incluindo os filhos dos seus filhos. O que ambos os trechos denotam é a consciência da exigência do papel social esperado.

Outros agravantes como doenças na família e problemas crônicos, como a HAS, também são relatados como motivo de preocupações o que rapidamente leva à perturbação:

“Também, minha vida num é assim direto problema de nervo. Tem dia que, também, dá a pressão, eu num sei se é impressão minha, mas se minha pressão tá normal, eu me sinto bem melhor, mas quando ela tá alta, minha filha!” (J, 30 anos)

As experiências emocionais que trazem a diversidade de sintomas podem ser também desencadeadas por cenas de violência, bastante presentes no cotidiano dessas pessoas:

“Aí, tudo isso me acontece, me aparece. Acontece por lá, é/ e o rapazinho que mataram foi lá na minha rua. Aí tudo isso/ a gente, sabe, a gente fica preocupada, a pessoa que tem filho pensa que vai acontecer com o filho da gente também, tudo isso a gente pensa” (I, 59 anos)

“Tô assim, é, tive um abalo grande, né. Por que perto da minha casa, é, teve um cara que furou dois, dois caras; fiquei aperreada de noite, não pude dormir. (o nervosismo) podia até acabar, se eu tivesse outra vida... não tivesse essa vida que eu tenho hoje (...) e lutando com bebo tendo raiva e tal. Aí eu não tem de que viver (...) aguenta briga, as vezes, revólver, dá de faca” (E, 45 anos)

“Se eu vir, se eu assistir televisão, vê uma pessoa chorando com fome (...) aquilo ali eu fico toda doida / doente mesmo. Aí vou chorar” (E, 45 anos)

O sofrimento diante da violência é compreensível, principalmente quando se considera que é nesse contexto onde vivem e criam seus filhos:

“e a minha vida é essa, sofro dele e sofro com um filho meu... é por causa da droga que tá aí, né?” (F, 42 anos)

“(...) eu também fui filha de pai diferente (...) então a minha cabeça começou a dar nó (...) por que eu perdi minha mãe, tem uma filha que não gosta de mim, as vezes eu pergunto pra quê viver, será que vale a pena?” (G, 37 anos)

“Eu acho que foi derna o começo da bebida do meu menino. Ele começou a beber (...) essa menina e esse menino (...) eu acho assim, que eles num tem muita atenção por mim” (I, 59 anos)

Apesar da presença de drogas, do álcool e da violência, as participantes precisam educar seus filhos mesmo nesse contexto em que vivem. Lutam, geralmente, sozinhas e num espaço bastante limitado, tanto no que concerne à tomada de decisões quanto ao campo de ação, já que em função do “machismo” predominante, elas não contam com o apoio dos maridos para dividir tarefa tão árdua; a maioria dessas mulheres convive numa relação bastante conflituosa com seu esposo. Os estudos de Low (1989), Finermam (1989) e Silveira (2000) destacam também a permanente presença de conflitos com os cônjuges, mostrando mais uma vez que a *doença dos nervos* não é um sofrimento desvinculado do contexto social e, especialmente, da falta de apoio recebido.

De fato, é a situação conjugal e a violência doméstica a que mais se destaca entre as explicações atribuídas pelas participantes, para o desencadeamento da *doença dos nervos*:

“Eu sofri muito na minha vida. Fiquei sem marido com uma ruma de filho, trabalhando... era batendo tijolo (...) chegava em casa dando passamento de fome (...) E de pensar no sofrimento que o meu marido fez comigo. Fiquei assim, eu acho que eu fiquei” (C, 53 anos)

“por que eu tô separada há 1 ano e 5 meses e eu acho que foi o casamento que me levou a aonde estou hoje, com essa minha doença. Eu acho que foi o casamento, né? (...) Lutei 27 anos pelo casamento perfeito e não consegui manter” (D, 48 anos)

“mulher, foi só o sofrimento do meu marido, os problemas porque desde a vez que, dessa vez que eu tentei o suicídio, pronto só que num era desse jeito (...) ele começou com esses problemas, aí teve donas, aí teve uma dona que já foi na minha casa armada até os dentes. Parece que eu tava com uns 8 dias de operada, tinha feito vesícula, ela foi armada até os dentes pra me matar, em casa (...) aí, desse dia em diante, eu fiquei desse jeito” (H, 40 anos)

“Faz nove meses hoje que eu me separei e eu tento me levantar e não consigo, cai, de vez em quando, né?(...) uma corrente, uma tortura mental que o meu marido fazia, entendeu? Era uma tortura mental e tortura mental ficou (...) o que eu acho é que ele continua querendo me perturbar, entendeu?” (M, 48 anos)

O sofrimento aumenta à medida que elas vão se deparando com a violência institucionalizada, isto é, não são bem tratadas pelos maridos até porque eles não são bem tratados pela vida. Um aspecto citado pelas participantes é a falta de emprego dos maridos, muito comum nesse contexto, inviabilizando o sustento e bem-estar de toda a família. As preocupações e problemas parecem deteriorar o relacionamento conjugal de forma que não sobra espaço para manifestações de carinho e afeto, até porque pelo “machismo” ideológico já citado, os homens não são socializados dentro desses valores.

Algumas mulheres também afirmam que o hábito de beber dos seus cônjuges contribui sobremaneira para o aumento do conflito doméstico:

“Lutei pra viver, né?! Conversei com ele, levei ele pra médico, conversei pra levar ele para o psicólogo, ele num quis, ele passou a ser alcoólatra” (D, 48 anos)

“A gente discute, muitas vezes, ele briga por/ ele bebe, aí, as vezes, ele reclama por que num aceita que quando bebe, fica todo descontrolado (...) aí, é com certeza eu ficar (tonta, com mal estar), se num ficar no mesmo dia, mas no outro dia, ficar assim” (J, 30 anos)

Sendo assim, a violência é maior quando o álcool passa a fazer parte do cotidiano desses casais. Além de todos os problemas que a mulher deve enfrentar no seu dia-a-dia, depara-se normalmente com o marido que chega em casa bêbado e, conseqüentemente, violento. A bebida é considerada como uma válvula de escape masculina para os problemas relacionados ao trabalho e às tensões diárias. Silveira (2000) ressalta, inclusive, que o pouco número de homens queixosos dos *nervos* se justifica porque eles encontram outras formas socialmente aceitáveis de liberar seu sofrimento, principalmente através da bebida.

Entretanto, as mulheres expressam seus sofrimentos e suas dificuldades conjugais através de reações emocionais e do problema de *nervos*, passando a “corporalizar”, ou seja, a expressarem todo o sofrimento e o desamparo em si mesmas, sem terem condições de se libertarem desse ciclo vicioso.

A necessidade de amarem, serem amadas e de terem alguém para compartilhar as coisas da vida são constantes no discurso. Quando essas expectativas não são satisfeitas, emergem os sentimentos de desilusão e decepção. Mesmo sofrendo com a traição do marido, a importância do casamento é tal que a participante F ainda cuida do mesmo, exercendo com zelo seu papel de esposa:

“É, perturbando por que eu tô cuidando dele pra ela, ele tem... pra ela, num tem pra mim, tô sendo a outra só, escrava (...) Ele só aparece de mês em mês, quando ele quer e

entende, ele quando tá bêbado de cair, que esse mês ele dava em mim, rasgava minha roupa, que era pra ter relações comigo. Dava na minha cara. Daí fui pegando aquele medo, aquele sistema nervoso” (F, 42 anos)

Constata-se uma situação de violência doméstica que nem sempre chega às delegacias especializadas. Como F aponta ao longo das entrevistas, conviver com esse tipo de problema é “normal”, justificando que não têm condições de sustentar seus filhos, uma vez que depende do esposo para manter a casa e a família.

De fato, boa parte das mulheres entrevistada argumenta que não teriam como sobreviver sem o rendimento do marido, e por esse motivo não se separam. À medida que F vai expondo sua problemática, a conexão entre o seu problema de *nervos* e sua situação conjugal vai ficando mais clara, tanto para ela quanto para a pesquisadora. Ainda assim, não parece fácil sair dessa situação em que se sente impotente, uma vez que não menciona a separação definitiva como possível solução para o seu problema. Diante de sua situação existencial e das condições precárias de vida, torna-se difícil colocar em prática possíveis soluções; ela segue a vida subserviente ao marido e sofrendo dos *nervos*.

O ciúme dos maridos é também citado por algumas mulheres, contribuindo para limitar ainda mais o poder de ação dessas mulheres:

“por que eu acho por que foi, por que meu marido é muito ciumento, ciumento demais. Eu comecei a trabalhar e ele começou a botar na cabeça com ciúme besta, aí comecei adoecida dos nervos, foi isso” (A, 39 anos)

Ao adoecer dos *nervos*, a participante deixa de trabalhar e assume de vez seu papel de dona de casa, para satisfação do marido e padecimento seu, que adocece ainda mais.

Novamente, as iniquidades de gênero se interpõem entre os homens e as mulheres, contribuindo sempre para o sofrimento que se expressa, diferentemente, em ambos.

Todos esses dados apontam para as desigualdades de gênero e as relações de poder presentes na sociedade. Embora o Movimento Feminista dos anos 60 tenha buscado reivindicar maior igualdade entre os homens e as mulheres, ainda é comum, especialmente nos contextos de baixa renda, encontrar famílias em que o marido exerce o papel de autoridade enquanto a mulher permanece em um papel passivo e, muitas vezes, até subserviente. A divisão de papéis é mais marcante para a mulher, normalmente é socializada como frágil, como alguém que deve ser cuidada e protegida. De certa forma, boa parte delas espera segurança, proteção e estabilidade através do casamento. Algumas mulheres, inclusive, acreditam que o casamento é o único caminho possível e não suportam a idéia de ficarem sozinhas ou no “caritó”, “solteironas”. Porém, a situação de dependência ideológica é bastante forte:

“aí pronto foi daí que eu ganhei o estresse forte aí fui vendo que eu tava sozinha, tava sem nada (...) decepcionada com esse amor (...) Tudo isso que houve comigo foi esse home que eu arrumei” (E, 45 anos)

Portanto, separar-se do marido também pode ser um problema para algumas mulheres. É o caso de M que conseguiu se separar depois de 20 anos de casamento. No entanto, ele continua a perturbá-la:

“por que ele queria manter o casamento por senão, não existia nada, por que o casamento tinha acabado, mas o casamento era obrigação”(M, 48 anos)

Fica claro que o “sentido de posse” ainda está presente em muitos homens, fazendo parte da instituição casamento. As mulheres que conseguem sair dessa situação tendem a sofrer uma certa discriminação, principalmente por parte do marido e da família; estes quase nunca aceitam o seu “grito de liberdade”.

Tais fatos parecem intensificar a falta de perspectivas tanto para eles quanto para as queixosas. Resta, então, o consolo de viver a cada dia, “sobrevivendo” da melhor forma possível, mesmo que seja adoecendo sempre. Essa questão raramente é valorizada pelos profissionais de saúde e, menos ainda, pelos governantes, quando estes pouco fazem para diminuir as desigualdades sociais.

4.5. Procurando explicações

Observa-se que, apesar da presença das inúmeras preocupações e dificuldades do cotidiano dessas mulheres, elas contam com limitados recursos materiais e ideológicos para enfrentarem os problemas, sentindo-se impotentes e totalmente sem controle diante da situação. Esses aspectos coincidem com os achados de Mirowski e Ross (1989), quando destacam que as pessoas de menor poder aquisitivo têm um índice maior de obstáculos e menos recursos para resolvê-los.

Talvez, por esse motivo, procurem exaustivamente uma explicação orgânica para o seu problema já que dessa forma ficaria mais fácil controlá-lo:

“eu penso assim é aquele problema meu, da minha cabeça, né?(...) esse problema da minha cabeça (...) desde eu pequena (...) nasci... puxada a ferro, aí fiquei com isso aqui meio alto (...) eu sinto mesmo que é. E dói (...) eu acho que pode ser alguma inflamação,

alguma coisa, né? Na minha cabeça que mistério (?) eu tomo remédio e não fico boa!” (A, 39 anos)

“eu penso, será que tem alguma doença em cima de mim, que os exames de fezes, de urina, de sangue, não deu nada, só as taxas alta, mas está tudo normal, mas as vezes eu acho que tô com alguma coisa ruim (...) esse negócio de leucemia que tá dando no povo” (B, 54 anos)

“Operei a vesícula, tirei. Então, eu voltei novamente o mesmo médico (...) mas, ele disse que não, tá tudo bom. Mas, isso aqui eu sinto aqui dentro. Eu sinto que eu tenho um caroço dentro de mim” (C, 53 anos)

“Minha mente, eu sei que num tá boa. Só vivo assim, coisa ruim... aquela dor forte no juízo (...) tem vez que eu penso que tem até um caroço na minha cabeça” (E, 45 anos)

“será que eu tenho um desvio na mente, no cérebro? Acho que eu tenho algum problema (...) é alguma coisa na minha cabeça, só penso que é algo que vai desmoronando mesmo. Ou (...) o meu cérebro, não sei” (L, 38 anos)

Os discursos citados mostram que as participantes acreditam na existência de um tumor ou na ocorrência de um trauma “orgânico” como cerne da *doença dos nervos*, embora esses depoimentos pareçam contraditórios com os outros trechos, citados no item anterior, sobre a situação conjugal e violência do contexto, no qual estão inseridas, como possíveis explicações para o sofrimento.

Constata-se que há uma preocupação em justificar a ida ao médico, posto que este normalmente procura uma etiologia “concreta” e biológica para o problema. Observa-se, ainda, que é mais fácil lidar com o sofrimento dessa maneira, pois sendo o problema um caroço ou tumor pode-se eliminá-lo através dos medicamentos. Além disso, é uma forma de nomear concretamente essa angústia, por vezes incompreensível em função da complexidade como se expressa, em um caroço, mais palpável e controlável.

Em outros momentos, as mesmas participantes falam de eventos traumáticos ou vão procurando as mais diversas explicações, sempre de acordo com as suas sensações e idéias:

“Mas, que eu não tinha isso. Começou assim, de um trauma que eu peguei; (...) aí eu fiquei com isso na minha cabeça (...) pode ser alguma coisa mesmo na minha cabeça (...)” (N, 47 anos)

“não sei se foi o resguardo quebrado... negócio de família que a minha sogra não gostava de mim, aí ela fez tanta coisa que eu quebrei esse resguardo de raiva, aí fiquei doente por mais de ano, problema de nervo” (B, 54 anos)

“(...) meu pai se separou da minha mãe e eu gostava muito dele (...) foi uma confusão para minha cabeça” (G, 37 anos)

Percebe-se, ainda, que em certas ocasiões se deixam levar pelo que sentem, e cada sintoma passa a ter uma explicação diferente:

“(...) eu acho que é o sangue que não tá fazendo circulação (...) eu acho que a nicotina está acabando com tudo aí não tá mais fazendo circulação no sangue (...)” (H, 40 anos)

“(...) que foi um catimbó que fizeram pra você? Eu digo: não, olhe, num fale isso pra mim não que eu não acredito nessas coisas não (...) só quero pensar em Deus, em catimbó, não” (I, 59 anos)

“eu fiquei muito nervosa com esse aborto, aí eu disse assim: vou fazer ligação (...)” (J, 30 anos)

Os relatos mostram o quanto se misturam as idéias relacionadas à etiologia da *doença dos nervos*, de forma que não é possível pensar em situações de monocausalidade ou relações de causa-efeito. Quase todos esses aspectos são expressos pelas mesmas participantes, ora acreditando que é devido às preocupações, relacionando-os principalmente com a situação conjugal, ora procurando uma razão biológica para o seu sofrimento, ora misturando diferentes tipos de explicações de acordo ao momento e/ou ao que sentem.

Apesar disso, à medida que vão falando sobre a gênese da *doença dos nervos*, as explicações antes projetadas sob a forma de conflitos conjugais e/ou tumores vão dando lugar a idéias relacionadas com o seu próprio bem estar. Nesse sentido, não é o outro responsável pelo seu sofrimento, mas a sensibilidade aguçada pelas preocupações e as agruras do cotidiano que são internalizadas e passam a fazer parte de sua existência:

“o meu problema, eu tenho que botar na cabeça que é mais psicológico, num é? Tem que botar na cabeça que eu não tô doente” (J, 30 anos)

“e isso afeta a memória da gente (...) que eu devo mesmo ter feito de minha mente, do meu corpo, não é mais o que era. Devido isso. Eu vejo muito (...) Eu creio que deve ser por causa da diabete e... a vista turva é. Agora a cabeça é que eu não sei se é por causa da diabete” (N, 47)

“eu acho que agora, deve ser o que eu sofri na minha vida atrás, e agora... me enfraqueceu meus nervos, meus ossos e vive assim (...) talvez meus aperrei, meu nervoso é de viver pensando, pensando devido esse problema que eu tem” (C, 53 anos)

“Mesmo o nervosismo que eu peguei de tanto trabalhar demais, de me esforçar demais e não me alimentar direito, nem dormir, fiquei com essa fraqueza dentro de mim e isso é o sistema nervoso (...) eu sei que vem de dentro de mim. Alguma / é algo dentro de mim, é de mim mesmo isso aí. Que eu num era assim. Mas, de repente, eu acho que foi a vida, a convivência, a vida sofrida, a batalha que eu tive para criar os filhos, só” (E, 45 anos)

“é quando, assim, a vida tá mais preocupada, tá com problema, né, eu acho que seja isso” (L, 38 anos)

Elas começam a compreender que o cerne do sofrimento é bem mais complexo, no momento em que percebem o quanto os problemas contextuais interferiram e interferem no seu cotidiano. Ademais, são mais assertivas na forma de apontar os aspectos de ordem existencial diante das situações de conflito.

De fato, nos depoimentos existe uma interação permanente de aspectos orgânicos, psicológicos e sociais. Essas constatações corroboram as idéias de Yardley (1999) quando esta afirma que a cisão corpo-mente dificulta a legitimação do sofrimento

psicossocial e fortalece a idéia de que este não merece a devida atenção por parte do profissional de saúde já que é “só psicológico”. No momento em que se considera apenas a dimensão orgânica, perde-se de vista a preocupação que perpassa “o aborto”, “a circulação no sangue”, “o resguardo quebrado”, enfim, a vida sofrida. Também não pode se incorrer no erro de acreditar que é somente psicológico, frente a forte presença de sintomas físicos, bem como a relevância das preocupações e angústias relacionadas ao contexto dessas mulheres.

As diferentes explicações são formas de dar sentido ao sofrimento e, portanto, estão vinculadas às formas (totalmente limitadas nesse contexto) de lidar com os percalços da *doença dos nervos*. No entanto, a maior dificuldade reside na falta de sintonia entre as explicações, as formas de se lidar com o sofrimento e o tratamento que, geralmente, está disponível no serviço da saúde pública.

4.6 - Lidando com a *doença dos nervos*

A dificuldade em compreender a *doença dos nervos* tanto por parte dos profissionais, quanto pelas próprias queixosas, pode estar nessa multiplicidade de sintomas e explicações, bem como na fragmentação presente nas práticas de saúde. Esse fato pode ser exemplificado pela fala que se segue:

“(...) os médicos, um diz uma coisa, outro diz outra. Um diz que o problema é renal, né? Ali, um diz que é o coração, aí um diz que devido a pressão que é alta, e outro diz que eu num tenho nada, só nervosismo, somente” (I, 59 anos)

A tendência em classificar o sofrimento dentro da nosologia médica tem como principal consequência o excesso de diagnósticos diferentes, cada vez que a mulher vai ao médico; isto sem mencionar a desvalorização que sofre quando fica ouvindo que seu problema é “só” nervosismo. Entretanto, o médico é procurado como ponto de apoio, sobretudo, pela reconhecida autoridade em poder aliviar os sintomas. Nos momentos de crise, eles são os mais requisitados, mas nem sempre atendem às expectativas dos usuários, o que denota dificuldades em lidar com essa temática:

“ele vai logo passando um remédio pra você ficar logo dopada e acho que isso não é legal. Eu acho” (G, 37 anos)

“tem vezes assim que eu tô tão perturbada (...) tem muitas coisas que eu não digo por que eu acho que quando eu sair eles vão ficar mangando de mim” (H, 40 anos)

“(...) chega aqui tem uma médica aqui que / ‘ah, não, você num tem mais jeito pra você não, (...) você vai terminar tendo um enfarte’ (...) isso num é negócio pra uma médica dizer (...)” (I, 59 anos)

Através dos depoimentos das entrevistadas, e ainda na observação participante e nas conversas com os profissionais, fica em evidência, também, as dificuldades da relação entre médicos e pacientes. Os profissionais acreditam, geralmente, que os pacientes das camadas populares não vão compreender o seu discurso técnico e científico e preferem, então, não entrar em detalhes, no que concerne às explicações sobre os problema dos quais são portadores.

Por outro lado, o discurso dos usuários dificilmente é entendido pelos profissionais. Não apenas porque estes raramente têm tempo para a escuta, mas normalmente por não valorizarem o conteúdo “leigo” da fala popular, apresentando dificuldades em manter uma relação empática com o usuário do serviço, pertencente a

uma classe social muito diferente da sua própria. Portanto, acontece o que Boltanski (1989) denomina de barreira lingüística:

“ele falou assim... eu pensava que era da coluna, eu fui dizer, ele disse: ‘não, isso aí não é problema de coluna, não. Procure um médico de nervo. Isso aí é nervoso’. Aí, eu duvidei, né. Oxente, nervoso fazer isso. Aí, outro dia, eu fui de novo proutro médico. ele também falou: procure um médico de nervo” (L, 38 anos)

“Porque meu negócio é só remédio, eu acho que só vou ficar boa com remédio (...) eu disse (para o médico): ‘olhe, eu tô sem comer já faz 10 dias’, logo no começo da pressão, né? Que eu fiquei muito magra, perdi muito peso (...) aí, eu fui pra ele. Aí, meu negócio era assim eu queria remédio e ele dizia: ‘remédio eu não vou dar remédio pra você’. Aí, passou Sustagen pra mim. Ele disse: ‘vai ser bom você tomar Sustagen. Tome 2x por dia’. Passou um calmante, aí disse: ‘agora, remédio pra você comer, eu num vou passar não. Isso é só psicológico mesmo. Esse remédio, esse calmante, que eu vou passar é o seu remédio. E eu só naquela expectativa que eu tinha que tomar um remédio. Que eu só vou ficar boa se tomar remédio” (J, 30 anos)

Como se pode constatar no discurso de J, ao mesmo tempo em que o médico afirma que é “só” psicológico, dando a entender que o problema não carece de maiores preocupações, ele prescreve um calmante e ainda afirma que é o “seu remédio”. Essa fala expressa duas idéias: a primeira é a de que o sofrimento é “só” psicológico com a conotação de que o problema é irrelevante e fácil de ser resolvido. A segunda, é que o remédio acaba tornando-se objeto pessoal, isto é, passa a fazer parte do cotidiano da pessoa acarretando uma banalização do mesmo.

Os discursos também apontam para um certo descontentamento com o atendimento que recebem, expressos através das críticas e desconfiança ao discurso dos profissionais, bem como a clara sensação de que o medicamento prescrito não é suficiente. Existe inclusive, uma tendência dos profissionais em solicitar exames, até

mesmo pela insistência das pacientes, a fim de “descobrir” a causa da *doença dos nervos*:

“(...) eu tenho lutado tanto, olhe, e não consegui, minha filha, fui pro INPS das Rocas, fiquei lá, aí disseram pra eu ir pro da Ribeira e eu fui, passou o tempo me enrolando, não tenho 60 reais pra pagar particular (...)” (A, 39 anos)

“Já fiz o eletro, fiz o eletro de cabeça há dois anos atrás, né? É tanto que acusou um problema na minha cabeça eu passei muito tempo tomando remédio (...)” (C, 53 anos)

“(...) o médico fez exame de coração, fez um bocado de coisa (...) num deu nada no coração, num dá pressão, minha pressão é boa (...) fiz transvaginal, da barriga, num deu também nada... num deu nada. Problema é só o nervosismo, o estresse, a fraqueza no corpo. A fraqueza que tá abalando o corpo todo e agora, até a cabeça. Num tá nem conseguindo nem sequer, é fazer as coisas direito. Às vezes, eu vou fazer o comer, faço tudo errado. A pessoa pede uma coisa, eu num sei o que pediu mais.” (E, 45 anos)

A última fala expressa uma certa frustração no sentido de que, como não há nada orgânico que possa estar “causando” o sofrimento, a participante parece ficar impotente diante de um problema inexplicável. O próprio serviço de saúde não tem condições de efetuar toda a demanda de solicitação por exames e medicamentos, de forma que a pessoa permanece meses e meses à procura destes, gastando o pouco que têm, investindo tempo e esforço, adoecendo e sofrendo cada vez mais.

Ademais, observa-se uma significativa recorrência ao serviço em busca da “solução infalível”, geralmente prescrita sob a forma de medicamentos e aceito pela maioria delas, embora reclamem da falta de atenção do profissional:

“Eu tenho que marcar uma ficha pra ir daqui pra lá, quando esse remédio terminar, doutora, quando é que eu vou receber esse remédio pra eu tomar, não dá pra esperar, não, num vou aguentar não, porque eu só tô dormindo com esse remédio. Aí, depois que eu comecei a tomar ele, melhorei mais... minha cabeça, meus nervos. Eu era magra, acabada, botei pra engordar, foi desse remédio, tô mais encorpada um pouquinho, mas eu tô pensando quando se acabar esse remédio?” (A, 39 anos)

“aí eu vou tomo o remédio de pressão e depressão, é como eu melhora... mas se eu não cuidar logo, eu venho parar aqui no pronto socorro” (F, 42 anos)

Os depoimentos acima expressam a importância dada ao medicamento, sobretudo os denominados calmantes como o Diazepam. Como fora destacado por Lefèvre (1991), Rozemberg (1994) e Carvalho (2001) a hegemonia do medicamento como “fórmula mágica” para restabelecer a saúde, tem sido bastante discutida, porém, não se percebe tentativas de se propor outras formas de intervenção. Outrossim, como destaca Traverso-Yépez (2001), o uso (e abuso) dos medicamentos é funcional tanto para os interesses econômicos da indústria farmacêutica, quanto para o sistema de saúde vigente, bem como para os próprios usuários do serviço público de saúde.

A sociedade de consumo tem no medicamento psicotrópico, uma mercadoria que confere enorme lucro às indústrias farmacêuticas. O médico, ao prescrever o remédio, de certa forma acredita que o problema será resolvido, enquanto que o paciente realmente tem seus sintomas apaziguados.

As participantes da presente pesquisa disseram terem se sentido melhor ao tomarem medicamentos. Entretanto, tal situação acaba gerando dependência de forma que fazem qualquer coisa para adquirirem os mais diferentes remédios:

“aqui, se eu conseguir hoje, mesmo que não tenha no posto, eu vou dar um jeito de comprar” (F, 42 anos)

“Aí, eu queria marcar uma ficha pra ele, por que ele me dá remédio pra eu tomar. Por que essa fraqueza é... o que tá acabando comigo” (N, 47 anos)

Segundo Silveira (2000), normalmente a prescrição tende a ser inadequada, imprecisa e a duração depende, muitas vezes, do próprio usuário que pára de tomar quando os sintomas desaparecem. De fato, os trechos que se seguem mostram que o uso do medicamento também é feito através da automedicação e reinterpretação da

prescrição uma vez que algumas participantes usam o medicamento de acordo com a sua necessidade, e não como foi prescrito:

“Eu já tomei muito remédio... tomo Buscopam e Neosaldina (...) água de flor de laranja tomo direto. Se eu num tomasse, eu nem aguentava, não. Tomo o remédio, se eu passar dois dias sem tomar um Buscopam, Ave-Maria. No outro dia manheço o dia doidinha dentro de casa, aquela dor de cabeça, chega dá vontade é correr” (C, 53 anos)

“Aí é um comprimido de 200mg de manhã, no almoço e no jantar. Aí quando eu tomava os dois eu não sentia nada, quando eu comecei a tomar o terceiro eu sentia muita dor de cabeça, aí ele diminuiu, passou pra mim tomar só um de 400mg, aí é o que eu tô tomando, mas eu só tomo quando eu tô muito agitada” (F, 42 anos)

“Eu tomei foi um tranquilizante, num sabe? Eu não tava conseguindo dormir, aí eu peguei e tomei pra dormir logo... tomei dois” (H, 40 anos)

Como um dos principais sintomas é justamente a dificuldade de dormir, o calmante aparece como a substância “mágica” que vai permitir o sono tranquilo. De fato, segundo alguns depoimentos, o Diazepam torna-se a única forma de eliminar o problema, mesmo que seja por algumas horas. Essa idéia é bastante reforçada pelas propagandas de medicamentos que prometem sono, tranquilidade e, implicitamente, nenhum tipo de preocupação.

Embora o uso indiscriminado de medicamentos continue sendo reforçado pelo modelo biomédico, outras alternativas de melhora vão aparecendo, sempre de acordo com o contexto cultural em que as pessoas vivem. No caso da presente pesquisa, observa-se que elementos da medicina popular, por exemplo, convivem com os medicamentos alopáticos:

“aí eu fiquei controlando com chá de camomila” (F, 42 anos)

“fazendo chá, tomando chá direto ...” (I, 59 anos)

“eu tomo chá, as vezes, sento um pouquinho, relaxo um pouco” (J, 30 anos)

Contudo, para elas, o chá funciona como um paliativo, enquanto não conseguem um medicamento mais forte, visto que nem sempre é fácil marcar uma consulta com o médico. A procura por outros profissionais, principalmente o psicólogo, não é tão comum, e quando ocorre há uma associação falaciosa com a medicação. O psicólogo tende a ser visto como aquele que vai aconselhar e até funcionar como elo de ligação entre a usuária e o medicamento:

“pra me orientar nessas coisas, me tratar, conseguir uma medicação, né? Me escutar, né?” (A, 39 anos)

Embora predomine o uso da medicação, as próprias participantes procuram o apoio social como forma de alívio, demonstrando a necessidade que sentem de serem ouvidas e compreendidas em sua dor. A impressão é que precisam falar sobre o que lhes afligem, expor sua dor para alguém, que acreditam, poder oferecer uma solução infalível, para acabar de vez com o sofrimento insuportável. Muitas vezes, elas comentam que alguns médicos são apressados e não escutam tudo o que elas têm a dizer. Assim, buscam outras formas de apoio, principalmente advindo da religião:

“Que medicação pode até resolver, né, mas primeiramente é Deus” (A, 39 anos)

“tomei muito remédio, um monte de medicamento... também eu sou evangélica, graças a Deus e me apeguei muito com Jesus e a fé, né, é a fé que cura, né” (B, 54 anos)

“Eu queria que Jesus me curasse, que ele acabasse com essa dor de cabeça, essa agonia que eu sinto na minha cabeça” (C, 53 anos)

“Meu Deus, me ajude, me ajude. Pra eu num cair, sabe?” (E, 45 anos)

“Oro pra Deus a meia noite. Peço tanto pra ele me tirar isso da minha cabeça...” (N, 47 anos)

“quanto mais eu rezo, mais eu peço a Deus e a dor é tão grande na minha cabeça, os nervo agitado, se eu num tomar os medicamento logo meu negócio é correr no meio da rua... é um descontrole que eu num tinha, faz tempo que eu faço tratamento...” (F, 42 anos)

A última fala resume o quanto a Fé pode ser tanto para Deus quanto para o medicamento. Esse entrelaçamento não é incomum, pois acreditam na força do medicamento e também acreditam na Fé para obter a cura. De acordo com Valla (1998) “parece haver indícios de que a espiritualidade e sua manifestação através da religião estejam intimamente relacionadas com a questão do apoio social” (p.160). Nesse sentido, fica clara a necessidade que essas mulheres têm do apoio na forma de Fé, das orações, da participação ativa na Igreja o que, inclusive, permite um espaço de socialização. É uma maneira de buscar o alívio e até a cura, a procura de um novo sentido para a vida. Encontrar esse sentido pode contribuir para a reestruturação da coerência interna e assim, quem sabe, poder lutar por melhores condições de vida.

Contudo, os discursos também mostram que o apoio de outras pessoas é necessário, apontando que o espaço para o livre falar deve ser valorizado, e até incentivado, já que conversar sobre o problema ajuda a aliviá-lo. Algumas participantes afirmam que conversar com outras pessoas tem sido importante para elas:

“as vezes, eu desabafo com aquele menino que entregou a ficha pra mim, que não tenho outra pessoa, mesmo meu próprio irmão, minha irmã, eu não acho ela capaz (...)” (G, 37 anos)

“Procuro conversar com alguém pra mim desabafar por que se eu não procurasse tava pior cada vez mais” (A, 39 anos)

“e eu ficar conversando aquelas conversa, aí passa” (E, 45 anos)

“pronto, se eu tô tão preocupada, eu saio e converso com qualquer uma pessoa que eu tenha confiança, eu melhora, se eu durmo, eu melhora (...) é, eu saindo, eu melhora” (H, 40 anos)

Seis mulheres afirmam ter apoio dos filhos, embora estes também sejam fontes de preocupação em outros momentos:

“e é por que a minha filha me consola muito” (C, 53 anos)

“só o mais velho (...) aí conversa muito comigo, me dá muito conselho” (I, 59 anos)

“Não, eu não conto pra ninguém o que eu passo, só dentro de casa, pra minha filha” (F, 42 anos)

A última fala expressa uma certa tendência em resguardar o sofrimento psicossocial na esfera privada. Talvez esse sofrimento difuso seja percebido como pouco aceito sócio-culturalmente, de forma que, mantê-lo na esfera privada pode ser uma tentativa em não sofrer ainda mais com o estigma da tão temida loucura.

Realizar atividades, tentar pensar em outras coisas, mudar o sentido do pensamento também é uma estratégia utilizada por algumas delas:

“Por que depois eu sossego o facho, também, eu procuro esquecer, procuro... logo, eu tô estudando também de manhã (...) o colégio (...) eu sinto que é muito bom pra mim, eu me sinto bem, entendeu?” (D, 48 anos)

“Aí, trabalhava dia e noite, dia e noite, dia e noite, pra esquecer, tirar da mente o que passou, né?” (E, 45 anos)

“olhe esses dias que eu estou sem tomar, eu estou fazendo o seguinte: eu tô assistindo muita televisão, mas enquanto eu assisto eu fumo bastante. Aí seria bom se eu tivesse dormindo num sono...” (G, 37 anos)

“eu procuro pra não ficar no meio dos problemas, num sabe? Boto, as vezes, quando vem isso na minha cabeça, boto outra coisa bem completamente diferente. Começo a pensar num pessoa, noutra coisa e, assim, vou fazendo, pra ver se eu esqueço” (H, 40 anos)

“eu viro para o outro lado e faço de conta que não está acontecendo nada (...) eu procuro ficar bem quieta que é pra melhorar” (L, 38 anos)

“aí eu fui me curar sozinha (...) eu sofri muito, mas aí eu levanto, tento me levantar e caio (...) eu fui pro médico antes, ele disse que era ansiedade (...) aí passou uns remédios controlados, eu não tomei (...) tenho medo de ficar dependendo daquilo, sabe?” (M, 48 anos)

No momento em que elas procuram outras pessoas para dividirem suas angústias e preocupações, isso parece contribuir, de alguma maneira, para a melhora geral do quadro. Pode-se afirmar que as próprias participantes consideram as diversas dimensões de sua vida no desenvolvimento dos sintomas, embora muitas vezes de forma irrefletida. No entanto, as práticas de saúde normalmente reforçam apenas a idéia de que há uma alteração fisiológica e/ou não valorizam a pessoa que se queixa de problemas considerados “sem fundamento”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado na Unidade de Saúde, em Felipe Camarão, mostrou o quão complexa é a *doença dos nervos*, reforçando a idéia de que este é um problema que precisa ser melhor considerado nos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária. No decorrer da análise dos discursos, constatou-se que as participantes da pesquisa sentem-se doentes, mesmo as que não sofrem de doenças crônicas, como HAS e diabetes. A própria *doença dos nervos* pode ser considerada uma doença crônica, frente à alta frequência e intensidade de sintomas que incomodam e atrapalham o cotidiano dessas mulheres. Elas buscam o serviço de saúde com o objetivo de serem reconhecidas pelos profissionais como pessoas doentes e necessitadas de ajuda, no entanto, nem sempre recebem a atenção que precisam.

Observa-se que os clínicos gerais que atendem as mulheres, em sua maioria, não atuam de acordo com os mesmos conceitos de saúde e doença presentes nos discursos das participantes, uma vez que a ênfase no sintoma orgânico e na cura vai de encontro ao sofrimento relatado por elas. Dessa forma, não há uma consonância na relação médico-paciente, o que contribui para a grande recorrência verificada na Unidade e o progressivo agravamento/cronicidade do sofrimento.

Acredita-se que ao buscar a legitimação do seu sofrimento, a pessoa relata suas diferentes queixas; estas são simplesmente medicadas e/ou examinadas pelo médico, a fim de estabelecer um diagnóstico preciso. A grande questão é que não basta saber o que está fisiologicamente alterado, embora isso tenha a sua utilidade em alguns momentos; mas, compreender o processo subjacente a esse tipo de queixa.

Considerando tais questões e o número de mulheres na faixa etária dos 30-45 anos da presente pesquisa, constata-se que a *doença dos nervos* também não pode ser relacionada apenas à menopausa, uma vez que esse grupo ainda não entrou nessa fase evolutiva. Para além disso, as dimensões sócio-culturais que influenciam a experiência da doença também precisam ser consideradas, já que a forma de sentir e interpretar os sintomas perpassa pelo universo simbólico de cada pessoa.

Uma das dimensões mais presentes na *doença dos nervos* é justamente a questão do gênero. No discurso das participantes fica claro que a submissão diante dos maridos e a sobrecarga de responsabilidades, no âmbito doméstico, contribuem para o desencadeamento dos sintomas de *nervos*.

Verifica-se um sofrimento com diferentes formas de expressão, ainda que todas as entrevistadas o denominem de *doença dos nervos*. As mulheres entrevistadas percebem, sentem e atuam de forma singular sobre os sintomas, as explicações atribuídas e os tratamentos dados, mostrando a influência da história de vida, do contexto familiar e estrutural e da própria subjetividade; aspectos esses que precisam ser lembrados a todo o momento. Infelizmente, essa preocupação ainda não faz parte da realidade do sistema de saúde vigente.

A diversidade de sintomas e sensações corporais que incapacitam, incomodam e aumentam ainda mais o sofrimento é uma das características mais marcantes, e também o que se pode dizer de comum entre as mulheres pesquisadas. Essa multiplicidade de sintomas contribui também para a falta de atenção a essas pessoas, uma vez que os profissionais de saúde tendem a considerá-las poliqueixosas e a se irritar com a

recorrência delas ao serviço de saúde por causa de uma “mera” dorzinha ou “piti”, como eles denominam.

Essas denominações desconsideram a multidimensionalidade do problema presente nos discursos das participantes, tais como as relações de poder vigentes nesse contexto sócio-cultural, os conflitos conjugais, as ansiedades e angústias resultantes das condições precárias em que vivem. Nesse sentido, torna-se evidente a influência dos diferentes aspectos que estão permeando a queixa de *nervos*, corroborando a idéia da cisão corpo-mente falaciosa, visto que mesmo o sintoma físico gera sofrimento e angústia.

Considerando todas essas questões, percebe-se que a *doença dos nervos* não se adequa ao modelo biomédico, muito menos ao paradigma cartesiano, por ser um problema que faz questionar, em muitos momentos, a eficiência desse modelo tradicional. Daí os motivos pelos quais algumas mulheres são (mal) tratadas em alguns serviços de saúde: porque incomodam, colocando em questão a onipotência do médico; este normalmente não sabe o que fazer diante de queixas desse tipo. Este profissional geralmente trabalha sob essa perspectiva reducionista, e não é preparado para tentar compreender o sentido da queixa, o que contribui sobremaneira para uma intervenção incompleta e insatisfatória. De fato, o uso e abuso de medicamentos, principalmente psicotrópicos, tanto pelos médicos como pelas queixosas, torna-se o caminho mais fácil para o alívio imediato dos sintomas.

A busca incessante por explicações mono-causais concretas que possam estar na gênese do adoecer reflete, também, a hegemonia do modelo biomédico e reitera a utilização dos medicamentos, pois estes têm o “poder” de modificar a fisiologia do

organismo trazendo a tão esperada cura. O problema é que nem sempre esses medicamentos são utilizados corretamente, aumentando ainda mais a frequência dos sintomas e trazendo diferentes efeitos colaterais. As próprias usuárias utilizam o medicamento dentro de suas necessidades, modificando ou reinterpretando a receita. Uma outra questão é que o medicamento aparece como único recurso disponível, apesar dos constantes sacrifícios para consegui-los, adicionado ao investimento de tempo e esforço na realização dos exames prescritos o que aumenta a angústia quando não os conseguem. Percebe-se também o quanto o uso (e abuso) de medicamentos contribui ainda mais para a diminuição da renda da família, já que nem sempre o serviço de saúde proporciona ao usuário o remédio prescrito.

Os discursos das participantes denotam a influência das condições de vida e das preocupações do cotidiano na gênese da *doença dos nervos*, porém, diante da impossibilidade de mudar esse contexto, algumas procuram apenas o alívio dos sintomas e, a partir daí, seguem “vivendo como Deus quer”.

Gomes e Rozemberg (2000) mostram que o sofrimento faz parte da vida, mas a ideologia dos tempos modernos reforça a idéia de que não se pode perder tempo com a doença, com o sofrimento, com as dores, sendo o medicamento a melhor maneira de se ajustar a essa situação, pois diante das inúmeras e sedutoras propagandas de medicamentos, a maioria das pessoas acredita no alívio imediato de todos os seus males, inclusive do sofrimento existencial.

Apesar da predominância de medicamentos, algumas mulheres encontram formas alternativas de lidar com seu sofrimento como os chás, os calmantes naturais (suco de maracujá), as “simpatias” ou crenças populares, tais como tomar banho frio, evitar

certos alimentos, entre outros; isso denota uma certa influência da medicina popular. Seria importante resgatar e valorizar esse conhecimento nos serviços de saúde, uma vez que podem resultar eficazes e acessíveis, e são de custo reduzido. Além desses fatores, a intervenção médica aliada às práticas populares pode promover a valorização do conhecimento dos usuários e incentivar a utilização dos seus próprios recursos.

A busca pelo apoio social também tem se mostrado extremamente relevante para aliviar o sofrimento como, por exemplo, conversar com amigas, passear ou conviver socialmente através da religião. No caso específico de uma das participantes, voltar à escola significou não apenas uma possibilidade de convivência com outras pessoas, mas também de ampliação dos horizontes e conseqüente construção de novas perspectivas de vida. Constatou-se que essa participante foi gerando um melhor controle dos seus problemas e um significativo aumento na sua auto-estima.

Fica claro que não é pelo fato de serem mães e donas de casa que elas não possam ter outros círculos sociais, ou a possibilidade de encontrar um trabalho melhor através do progressivo aumento do grau de escolaridade, apesar de todas as limitações do contexto no qual estão inseridas.

A religião também aparece nos discursos como uma importante maneira de encontrar alívio. Tal aspecto mostra um componente saudável nessas mulheres, já que a religião tem sido considerada como uma forma de cuidar da saúde tanto pelo apoio dessa comunidade, como pela busca de um sentido para a vida (Valla, 1998). Essa questão também pode estar vinculada a um dos aspectos relacionados à *doença dos nervos* que é justamente essa perda de coerência de si mesma; de maneira que, ao

buscar o apoio religioso, a pessoa também está procurando se reestruturar, dar um sentido a sua vida na dimensão espiritual.

Esse aspecto, saudável para essas pessoas, deveria ser mais incentivado pelos profissionais de saúde. Infelizmente, o foco de atenção centrado na doença acaba por “cegar” a visão do profissional quanto aos aspectos saudáveis dos pacientes. Este é mais um motivo para estabelecer um conceito de saúde mais ampliado e como um processo.

Fica evidente também a pouca clareza do papel do psicólogo nos serviços públicos de saúde. Este fato torna necessário esclarecer melhor a natureza do trabalho desse profissional. Vários autores tais como Silva (1992) e Martin-Baró (1997) têm discutido e apontado os possíveis caminhos para a formação do psicólogo a fim de promover um trabalho mais adequado à saúde pública, enfatizando uma visão de homem mais abrangente que considere a complexidade dos fenômenos humanos.

Dittrich (1998) argumenta que a sociedade moderna valoriza o individualismo e a competição resultando no aumento do índice dos transtornos mentais. Ele afirma que o sofrimento pode ser amenizado através do trabalho preventivo em escolas, creches e organizações, na forma de promoção da socialização e do contato humano. Dessa forma, o psicólogo pode atuar dentro dessa perspectiva, isto é, incentivando e promovendo espaços onde o contato interpessoal e as relações humanas sejam o cerne da intervenção. A abordagem humanista, conforme se mostrou no capítulo 2, é uma das que privilegia o contato, o valor dado ao ser humano e a importância de uma intervenção centrada nas necessidades de cada pessoa.

Dessa forma, a intervenção psicológica, dentro desses critérios, pode funcionar como mais uma alternativa para o alívio de problemas desse tipo, pois, ao falarem sobre o sofrimento e a experiência da doença, as mulheres garantem, por conseguinte, um espaço para expressar suas histórias, as dificuldades do dia-a-dia, as condições em que vivem, as preocupações com os filhos, as frustrações com o casamento e a falta de perspectivas. Para cada uma delas, falar do seu nervoso é falar de si mesma, de sua vida, do seu universo simbólico.

O próprio método da pesquisa mostrou-se crucial tanto para a apreensão e compreensão dos significados atribuídos à *doença dos nervos*, quanto para facilitar esse processo de reconstrução e ressignificação da experiência com a doença. Nesse sentido, salienta-se a importância de um espaço para o livre falar, que pode ser proporcionado tanto pelos profissionais de saúde como pelos próprios usuários, através dos denominados grupos de ajuda-mútua, propostos por Gomes & Rozemberg (2000). Os psicólogos têm um importante papel a exercerem nesse aspecto; sua formação objetiva justamente o treinamento para a escuta terapêutica. Vale salientar que se faz necessário considerar a multiplicidade de dimensões inerentes ao processo saúde-doença, para que não recaiam no reducionismo e/ou na crença de que a *doença dos nervos* é só de fundo psicológico ou emocional.

Por fim, estar doente dos *nervos* significa dizer que as mulheres não se contentam com as dificuldades impostas pelas limitações sócio-econômicas, nem pela submissão à autoridade, seja do médico ou do marido. Elas dizem, com o sofrimento, que querem algo mais da vida. O adoecer tanto pode ser uma forma de protesto, como a própria luta por uma vida mais digna.

REFERÊNCIAS

- Agustín-Ozamiz, J. (1992) Sucesos vitales y trastornos mentales IN José L. Alvaro, José R. Torregrosa e Alicia G. Luque. Influencias sociales y psicologicas en la salud mental. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Alexander, F. (1989) Medicina psicossomática: Princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alvaro, I e Paez, D. (1996) Psicologia social de la salud mental In Psicología social aplicada. (pp.381-407). New York: McGraw Hill.
- Barnett, E.A. (1989) Notes on *nervios*: A disorder of menopause In Dona L. Davis e Setha M. Low (orgs.) Gender, health and illness: The case of nerves. (pp.67-77). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Bezerra Jr., B. (1992) Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental In S. A. Tundis (org.) Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil. (pp.133-169). Petrópolis: Vozes.
- Berger, P. e Luckman, A. (1985) A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes
- Blanco, A. (1988) La psicología comunitaria: Una nueva utopía para el final del siglo XX? In A. M. González; F. C. Puentes & M. M. García (orgs.) Psicología comunitaria. Madrid: Visor
- Bock, A.M.B.; Furtado, O. e Teixeira, M.L.T. (1999) Psicologias: Uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo: Saraiva.
- Boltanski, L. (1989) As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal.
- Bruner, J. (1990) Actos de significado: Para uma psicologia cultural. Lisboa: Edições 70
- Campos, F. (1992a) A saúde mental e o processo saúde-doença: A subjetividade na afirmação/negação da cura In F. B. Campos (org.) Psicologia e saúde: Repensando práticas. São Paulo: Hucitec.

- Campos, F. (1992b) O lugar da saúde mental na saúde In F. B. Campos (org.) Psicologia e saúde: Repensando práticas. São Paulo: Hucitec
- Campos, G. W. S. (1997). Reforma da reforma: Repensando a saúde. São Paulo: Hucitec.
- Carlini, E.A. (1995) Medicamentos e saúde In E.A. Carlini (org.) Medicamentos, drogas e saúde. (pp.109-118). São Paulo: Hucitec/Sobravime.
- Carvalho, L. F. (2001) Dependência química em mulheres: Um estudo sobre o consumo de medicamentos ansiolíticos no serviço público de saúde de Natal/RN. Dissertação de Mestrado (PPgPsi), não publicada.
- Clark, M.H. (1989) *Nevra* in a Greek village: Idiom, metaphor, symptom or disorder? In Dona Davis e Setha Low (org.) Gender, health and illness: The case of nerves. (pp.103-126). Nova York: Hemisphere Publishing Co.
- Costa, J.F. (1987) Consciência da doença como consciência do sintoma: A doença dos nervos e a identidade psicológica. Cadernos do IMS, 1(1), pp.4-44
- Dittrich, A. (1998) Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental: Ação, renovação e libertação In Psicologia, ciência e Profissão, 18, (1), 46-55.
- Doretto, D. (1998) Fisiopatologia clínica do sistema nervoso: Fundamentos da semiologia. São Paulo: Atheneu.
- Duarte, L.F.D. (1988) Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Zahar
- Edelman, R. (2000) Psychosocial aspects of the health care process. London: Prentice Hall.
- Fadiman, J. e Frager, R. (1986) Teorias da personalidade. São Paulo: Harbra.
- Finermam, R. (1989) The burden of responsibility: duty, depression and *nervios* in Andean Ecuador In Dona Davis e Setha Low (org.) Gender,

- health and illness: The case of nerves. (pp.49-65). Nova York: Hemisphere Publishing Co.
- Finkler, K. (1989) The universality of nerves In Dona Davis e Setha Low (orgs.) Gender, health and illness: The case of nerves. (pp.79-87). Nova York: Hemisphere Publishing Co..
- Fromm, E. (1987) Ter ou ser? Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 4^a edição.
- Gergen, K. (1985) The social constructionist movement in modern Psychology. American Psychologist, 40 (3), pp.266-275.
- Gomes, A. e Rozemberg, B. (2000) Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo/RJ. Psicologia: Ciência e profissão. 4, pp.16-29.
- Hardey, M. (1998) The social context of health. Buckingham: Open University Press.
- Hall, C. S. e Lindzey, G. (1966) Teorias da personalidade. São Paulo: EDUSP/Herder.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000) Censo demográfico
- Kleinman, A. (1988) The illness narratives: Suffering, healing and the human condition. Nova York: Basic Books.
- Lavinas, L. (1997) Gênero, cidadania e adolescência In F.R. Madeira (org.) Quem mandou nascer mulher? (pp.11-43). Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos
- Lefèvre, F. (1991) O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez.
- Low, S. (1989) Gender, emotion and *nervios* in Urban Guatemala In Dona Davis e Setha Low (org.) Gender, health and illness: The case of nerves. (pp.23-48). Nova York: Hemisphere Publishing Co.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV) - (1995) American Psychological Association. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marks, D.; Murray, M.; Evans, B.; Willig, C. (2000) Beliefs and explanations In Health psychology: Theory, research and practice (pp. 249-264). London: Sage.

- Martin-Baró, I. (1997) O papel do psicólogo. Estudos de Psicologia.2(1), 7-27.
- Maslow, A. (1970) Motivation and personality. New York: Longman
- Melo Filho, J. (1992) Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, E. V. (1999). Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec.
- Mérchan-Hamann, E. & Costa, A. M. (2000) Uma reflexão sobre saúde, equidade e gênero In Costa, A. M.; Mérchan-Hamann, E. & Tajer, D. (org.) Saúde, equidade e gênero: Um desafio para as políticas públicas. (pp.19-32). Brasília: Abrasco, Alames, Ed. UnB.
- Mirowsky, J e Ross, C. E. (1989) - Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter.
- Minayo, M.C.S. & Souza, H.O. (1989) Na dor do corpo, o grito da vida In N.R.Costa, C.L. Ramos, M.C.S. Minayo, E.N. Stotz (orgs.) Demandas populares, políticas públicas e saúde. Coleção Saúde e Realidade Brasileira, vol.II. (pp.75-101). Petrópolis: Vozes
- Minayo, M. C. (1998) O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Morais, J. (2001) A medicina doente In Revista Superinteressante/maio/2001. (pp. 48-58). Rio de Janeiro: Abril.
- Muraro, R.M. (2001) Acerca do conceito de gênero In R.M. Muraro & A.B. Puppim (orgs.) Mulher, gênero e sociedade. Rio de Janeiro: Faperj/Relume-Dumará.
- Murray, M. (1999) The storied nature of health and illness In Michael Murray e Kerry Chamberlain (orgs.) Qualitative health psychology: Theories & methods. (pp.47-63). London: Sage.
- Nappo, S.A. & Carlini, E.A. (1995) Benzodiazepínicos no Brasil: Um perfil do consumo nos anos de 1988 e 1989 In E.A. Carlini (org.) Medicamentos, drogas e saúde. (pp. 119-129). São Paulo: Hucitec/Sobravime.

- Nick, E. T. O. e Oliveira, S. B. (1998) Tendências políticas de saúde mental no Brasil. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 47(11): 583-589.
- Paez, D., De La Via, R. e Etxebarria, L. (1986) Procesos psicologicos mediadores explicativos de los transtornos depresivos e ansiosos In Darío Paez (org.) Salud mental y factores psicosociales. (pp.128-180). Madrid: Fundamentos.
- Perls, F. (1977) Gestalt-terapia explicada. São Paulo: Summus. 2ª edição.
- Perls, F. (1988) A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora Ltda. 2ª edição.
- Radley, A. (1994) Making sense of illness: The social psychology of health and illness. London: Sage
- Rapport, L.; Todd, M.; Lumley, M.; Fiscaro, S. (1998) The diagnostic meaning of "nervous breakdown" among lay populations In Journal of personality assessment. 71(2), 242-252
- Ribeiro, P. R. M. (1996) Saúde mental: Dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: EPU.
- Rodriguez-Marín, J., Pastor-Mira, Lopez-Roig, (1988). Salud comunitaria. In A M. Gonzalez (Org.), Psicología Comunitaria (pp. 37-53). Madrid: Visor
- Rogers, C. (1990) Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes. 3ª edição.
- Rogers, W. S. (1991). Explaining health and illness - An exploration of diversity. Harvester Wheatsheaf.
- Rosen, G. (1994) Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec/Abrasco
- Rozemberg, B. (1994) O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. Revista de saúde pública, 28(4): 300-8.
- Sánchez-Vidal, A. (1988) Psicología comunitaria: Bases conceptuales y metodos de intervención. Barcelona: Biblioteca universitaria de ciencias sociales, PPU.
- Saraceno, B. (1995) Psiquiatria e saúde mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 44(8): 389-393.

- Sawaia, B. B. (1995a) Psicologia social: Aspectos epistemológicos e éticos IN Sílvia T. M. Lane e Bader B. Sawaia (orgs.) Novas veredas da psicologia social. (pp.45-53). São Paulo: Brasiliense: Educ.
- Sawaia, B. B. (1995b) Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora IN Silvia Lane e Bader Sawaia (orgs) Novas veredas da psicologia social. (pp.157-168).São Paulo: EDUC: Brasiliense.
- Silva, R.C. (1992) A formação em psicologia na saúde pública. In F. Campos (org.), Psicologia e saúde: Repensando práticas (pp.25-40) São Paulo: Hucitec.
- Silva Júnior, A G. (1998). Modelos tecnoassistenciais em saúde coletiva. São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. (1996). O discurso como produção de sentido. In C. Nascimento-Schulze (Org.), Contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. Coletâneas da ANPEPP, 1-10 (pp. 37 - 47).
- Spink, M.J.P e Medrado, B. (1999) Produção de sentidos no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas In Mary Jane Spink (org.) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano - Aproximações teóricas e metodológicas. (pp. 41-61)São Paulo: Cortez.
- Spink, M.J.P. e Menegon, V. M. (1999) A pesquisa como prática discursiva: Superando os horrores metodológicos In Mary Jane Spink (org.) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano - Aproximações teóricas e metodológicas. (pp. 63-92). São Paulo: Cortez.
- Silveira, M. L. (2000) O nervo cala, o nervo fala: A linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Traverso-Yépez, M. (1999) Os discursos e a dimensão simbólica: Uma forma de abordagem à psicologia social In Estudos de Psicologia 4, (1): pp.39-59.
- Traverso-Yépez, M. (2001) A interface psicologia social e saúde: Perspectivas e desafios. Psicologia em estudo. 6(2), 49-56.

- Valla, V.V. (1998) Apoio social e saúde: Buscando compreender a fala das classes populares In Marisa Vorraber Costa (org.) Educação popular hoje. (pp. 151-179). São Paulo: Edições Loyola.
- Vaitsman, J. (1992) Saúde, cultura e necessidades. In S. Fleury (Org.), Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social (pp.157-173). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Vaitsman, J. (1994) Hierarquia de gênero e iniquidade em saúde In Physis – Revista de Saúde Coletiva 4 (1): 7-22
- Vaitsman, J. (2001) Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea In R.M.Muraro e A.B.Puppinn (orgs.) Mulher, gênero e sociedade. (pp. 13-20). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Faperj.
- Vasconcelos, E. M. (1997) Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. Cadernos do IPUB. 7, 19-43.
- Warr, P. (1997) Work, unemployment and mental health. Oxford: Clarendon Press.
- Yardley, L. (1999) Understanding embodied experience In Michael Murray e Kerry Chamberlain (orgs.) Qualitative health psychology: Theories & methods. (pp. 31-46). London: Sage.

ANEXO

ANEXO 1

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados sócio-demográficos

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Renda familiar:

Número de pessoas no lar:

Situação de moradia:

Atividade/profissão:

I – SITUAÇÃO GERAL DE SAÚDE

- 1) Como você considera sua saúde atualmente?
- 2) Suas atividades cotidianas tem sido interrompidas por algum mal estar ou lesão, nesses últimos seis meses?
- 3) Vem tomando algum medicamento? Se sim, por quê? Foi prescrito pelo médico, ou não?
- 4) Atualmente, você tem alguma doença diagnosticada? Qual?

II – HISTÓRIA E CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA DOS NERVOS

- 1) Pode explicar quais são os sintomas que a senhora denomina de doença dos nervos?
- 2) A senhora se lembra em que época de sua vida, começou a perceber esses sintomas? Houve algum acontecimento em sua vida que possa estar ligado ao início dos sintomas? Qual (is)?
- 3) Que tipo de tratamento ao problema a senhora deu no momento da aparição dos sintomas?

III – APROFUNDAMENTO DO PROBLEMA E CONTEXTO SOCIAL

- 1) Os sintomas são permanentes ou com algum intervalo? Se com intervalo ou deles terem um agravamento a cada certo tempo, pode identificar se coincide com alguma experiência conflituosa ou difícil?
- 2) Os sintomas mudaram ao longo do tempo ou continuam os mesmos?
- 3) Como você vem se sentindo ultimamente?

IV – SITUAÇÃO DO CONTEXTO SOCIAL

- 1) Quais são suas atividades cotidianas?
- 2) Como você acha que pode melhorar?
- 3) O que você acha que contribui para agravar seu problema/doença dos nervos?

V - NÍVEL DE APOIO SOCIAL PERCEBIDO

- 1) Como você percebe a ajuda profissional, dos familiares e dos amigos?
- 2) Como sua família vê seus sintomas?
- 3) Você tem algum tipo de apoio quando está com os sintomas?

VI – FORMAS DE LIDAR COM O PROBLEMA

- 1) O que você faz para diminuir, melhorar os sintomas na atualidade?
- 2) Como você se sente quando consegue superar os sintomas?
- 3) Que outras atividades contribuem para você se sentir bem?
- 4) Quais os aspectos positivos de estar se sentindo melhor?
- 5) Como você considera o que você pode fazer para se ajudar a superar os sintomas?

O que a senhora achou dessa entrevista? Como a senhora acha que pode ter lhe ajudado?