

MARIA LÚCIA DA SILVEIRA

NERVOS E NERVOSAS NA ILHA DE SANTA CATARINA

Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-
Graduação em Antropologia Social,
Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Prof^a. Dra. Esther Jean Langdon.

FLORIANÓPOLIS, ILHA DE SANTA CATARINA
1998

MARIA LUCIA DA SILVEIRA

NERVOS E NERVOSAS NA ILHA DE SANTA CATARINA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora: Prof^a. Dra. Esther Jean Langdon.

FLORIANÓPOLIS, ILHA DE SANTA CATARINA
1998

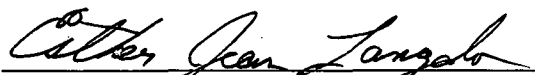
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

NERSOS E NERVOSAS NA ILHA DE SANTA CATARINA

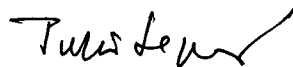
MARIA LÚCIA DA SILVEIRA

Orientadora: Dra. Esther Jean Langdon

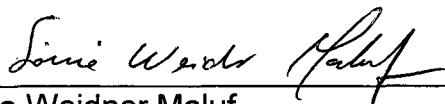
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores:



Dra. Esther Jean Langdon (Orientadora)



Dr. Tullio Seppilli



Dra. Sônia Weidner Maluf

Florianópolis, 27 de agosto de 1998.

Ao Magella, doce lembrança de um amor tão voraz...

A meus pais, Xande e Mariquinha,

e às minhas filhas, Janaita e Muriel:

origem e destino de meus esforços...

Às norvozas e à comunidade do Campeche:

origem e destino deste trabalho

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos se propõe sempre a mostrar que não somos injustos nem ingratos, mas, infelizmente, ao agradecer nosso maior risco é justamente esse: olvidar involuntariamente quem tenha, de alguma forma contribuído para que nossa trajetória chegasse até aqui. Temendo que tal ocorra, registro minhas escusas prévias àqueles, cujos nomes indiscutivelmente deveriam figurar aqui. Entretanto deixo de apresentar o rol de praxe, entendendo que muitos têm sido os colaboradores solidários nesta jornada, que ora passa pelo Mestrado.

A todos quantos sou devedora de uma ou outra forma, consigno, simbolicamente, bem ao gosto dos Antropólogos, meu agradecimento; faço apenas breve registro das pessoas que estiveram envolvidas mais diretamente com a presente produção.

O caminho para a Antropologia se abriu para mim, a partir de suas inspirações cujos artífices cometeram a cruel e involuntária traição de morrer e me abandonar sem que o produto de seu estímulo houvesse chegado; deixaram no lugar da proficua conversa a saudade inesgotável. A primeira inspiração foi dada pelo companheiro inesquecível, Geraldo Magella Soares Vermelho, fotógrafo/poeta co'a luz, aprendiz *da e na* vida, que me ensinou a ver além daquilo que se enxerga e cuja morte frustrou a promessa do primeiro encontro que se renovava na convivência rica e amorosa com um espírito lúcido. A segunda, Paulo Michaliszyn, que compartilhava comigo a sua ambigüidade *médico/antropólogo*, cuja amizade me permitia desfrutar da sabedoria de um mestre exigente mas que, ao mesmo tempo, sabia amainar as agruras do caminho que ele próprio me levava a escolher. Ambos me

devem a solidão como legado e a carga dessa saudade que insiste em ficar (e nem eu quero que se vá ...)

Aos meus colegas do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR, em especial ao Prof. Ipojucan Calixto Fraiz, amigo cuja solidariedade nunca experimentou qualquer vacilo.

Aos meus colegas do Mestrado, personagens novos de sentimentos antigos, em especial aos da República do Campeche: Flávio (que me brindou com suas poesias que são tanto do que eu queria dizer), Margarete, Ledson, Cristina e Carmen aos quais devo, além do apoio nas horas críticas (até da falta de bolsa), as discussões inspiradoras, o carinho e amizade.

À comunidade do Campeche (*Seu* Serapião e Jandira e Ana Carla; Edna, Nido e seus maravilhosos filhos; Regina, Oscar e Jean; Ceci e Maria do posto telefônico; Vera Rocha e filhos; Saul, Rita e filhos..... Olinda Evangelista, que também é nossa colega professora da UFSC; o pessoal da Escola Engenho, tão carinhoso e solidário....) onde eu e minhas filhas fomos acolhidas com simpatia e carinho, onde fiz algumas das amizades mais marcantes de minha vida; que se abriu colaborativa à pesquisa (e da qual ousei revelar alguns segredos) a minha gratidão pessoal e profissional.

Aos professores e funcionários do PPGAS /UFSC pelo apoio e amizade.

Às funcionárias do COMUT, especialmente à Marli Silveira, cuja colaboração e paciência foram vitais para minha pesquisa bibliográfica.

À Prof.^a Jean, orientadora dedicada e atenta, a quem devo a inspiração do tema e a compreensão das minhas limitações, mas também o esforço para me ajudar a superá-las.

A pesquisa de campo só foi possível graças a bolsa de pesquisa fornecida pela Funpesq e o curso de mestrado viabilizou-se graças a uma bolsa do Cnpq.

Porém o trabalho realmente só se efetivou porque um grupo de mulheres resguardadas aqui pelo anonimato imposto pela ética, se dispôs a abrir sua intimidade e contar suas dores e desventuras; espero que eu tenha o mérito de ser ouvida pelo pessoal dos serviços de saúde e que este meu agradecimento lhes chegue através de melhorias no seu atendimento.

RESUMO

Nervos é um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos, mediadores entre o sujeito sofredor e seu meio; constitui uma expressão de distresse ou estresse social. Sua sintomatologia é tosca, polimorfa e imprevisível, suscetível de comprometer quase todo o corpo e funções orgânicas inclusive as mentais, indo desde a ansiedade ou um mal-estar indefinido até crises convulsivas, catatonia ou a cataplexia, passando ainda por formas variadas de agressividade ou apatia; coincide muitas vezes com a descrição clássica da histeria ou com o que os médicos reconhecem como *piti* ou *psico*... É um fenômeno polissêmico, uma explicação, tanto quanto uma forma de expressão para cansaço, fraqueza, irritabilidade, tremores, conflitos conjugais e sociais, cefaléias, ira e ressentimentos, infecção parasitária, aflições, privações afetivas ou materiais, fome... Sua etiologia liga-se principalmente a fatores sócio-relacionais, porém a experiência do paciente é física. *Nervos* fala não só de sentimentos pessoais mas de diversos aspectos da vida, de conflitos sociais, de papéis relacionados ao gênero, de desviantes, da ideologia e da prática médica, entre outros. Não tem na Biomedicina, uma abordagem específica pelo contrário, a consulta médica o despoja de seus significados e conteúdos sociais e a consulta médica, em geral, esvazia, desmerece o sofrimento do doente: isso é só um Nervoso. Propõe-se, portanto, uma abordagem antropológica que leve em conta esses fatores. Dela nasce uma interpretação para o *caso dos nervos* no Campeche (Florianópolis, S.C.) que pode ser resumida em três pontos: 1) Naquela comunidade, *nervos* é um problema das mulheres; 2) Constitui para elas uma linguagem social; 3) Pode representar uma forma dissimulada de exercer violência sobre os circunstantes.

*“El struss
uno de los grandes males
que afectan a la womanidad
antes se llamaba el stress
y antes strass
o Strauss
es como un vals trastabillado
por la mujer sin sombra
no hay drama
está borracha la puerca

el struss “*

(Susana Thénon)¹

¹ Poema citado em: M C GUIRK, Bernard. De volta à sutura: o discurso patriarcal e a *Ova Completa* de Susana Thénon. *Revista USP*. set. out. nov. 94. n. 23. 140-151. Por se tratar de poema preferi manter no original, evitando a tradução.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	1
INTRODUÇÃO	4
<i>O INDIVÍDUO FRENTE A SEU SOFRER</i>	11
POR QUE ESSE OLHAR ANTROPOLÓGICO SOBRE UMA QUESTÃO DE SAÚDE?...	14
<i>NERVOS NA LITERATURA ANTROPOLÓGICA</i>	20
A PESQUISA DE CAMPO	27
<i>PERIPÉCIAS DE UMA MÉDICA (PRETENDENTE A) ANTROPÓLOGA EM CAMPO, OU A SUBJETIVIDADE DA AUTORA NA PESQUISA</i>	27
<i>O ESPAÇO DA PESQUISA: A ILHA DA MAGIA</i>	34
<i>O CAMPECHE</i>	35
<i>AVANÇOS E RECUOS: ESTRATÉGIAS EM CAMPO</i>	42
<i>A NARRATIVA COMO INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES</i>	50
AS NERVOSAS DO CAMPECHE E SUAS QUEIXAS	53
<i>A ETIOLOGIA EXPLICADA PELAS PACIENTES</i>	63
<i>CALMANTE E OUTRAS MEZINHAS</i>	68
NERVOS E NERVOSOS NA BIOMEDICINA	72
<i>DA SUFOCAÇÃO AOS NERVOS: A CONSTRUÇÃO DA REPRESENTAÇÃO MÉDICA DE UM SOFRIMENTO</i>	72
<i>O ESTRESSE</i>	102
<i>OS MÉDICOS FRENTE AOS NERVOSOS HOJE</i>	108
<i>ACALMANDO MÉDICOS E PACIENTES: A RECEITA AZUL</i>	114

BUSCANDO UMA COMPREENSÃO PARA OS NERVOS DAS MULHERES	123
<i>GÊNERO E SAÚDE.....</i>	<i>123</i>
<i>GÊNERO E INIQUIDADES NA SAÚDE.....</i>	<i>125</i>
<i>NERVOS COMO UM PROBLEMA DAS MULHERES.....</i>	<i>127</i>
<i>MESMO QUANDO O NERVO CALA, ELE FALA MAIS ALTO: O NERVOSO COMO</i>	
<i>LINGUAGEM SOCIAL</i>	<i>130</i>
<i>NERVOS COMO CENA NUM DRAMA RELACIONAL.....</i>	<i>132</i>
<i>NERVOS E VIOLÊNCIA</i>	<i>134</i>
COMENTÁRIOS (MÉDICOS) A RESPEITO DA EXPERIÊNCIA ANTROPOLÓGICA	
EM CAMPO E COM O TEMA DOS NERVOS.....	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
ANEXO 01.....	154
<i>ROL DE SINTOMAS DO NERVOSO</i>	<i>154</i>
ANEXO 02.....	156
<i>TEXTO ESCRITO POR UMA PACIENTE A RESPEITO DE NERVOS.....</i>	<i>156</i>
ANEXO 03.....	161
<i>CRITÉRIOS DE OQUENDO, HORWATH E MARTINEZ PARA A SÍNDROME CULTURALMENTE ESPECÍFICA DE</i>	
<i>NERVOS.....</i>	<i>161</i>
ANEXO 04.....	163
<i>DOCUMENTÁRIO FOTOGRÁFICO DO CAMPECHE: ALGUNS ASPECTOS PAISAGÍSTICOS E HUMANOS..</i>	<i>163</i>
ANEXO 05.....	169
<i>FORMULÁRIO PARA A ENQUETE SOBRE MEDICAMENTOS.....</i>	<i>169</i>
ANEXO 06.....	172
<i>DIÁRIO DE CAMPO: DEZEMBRO 1996.....</i>	<i>172</i>
ANEXO 07.....	175

<i>ENREDO DA ESCOLA DE SAMBA COLONINHA, FLORIANÓPOLIS, 1995</i>	175
ANEXO 08	177
<i>VIRANDO UMA DOUTORA: FRAGMENTOS DO DIÁRIO DA ALUNA DE MEDICINA</i>	177
I. Aulas de Ginecologia	177
II. Das aulas de Medicina Legal	179
III. Lições do PA do HC	180
ANEXO 9	182
<i>ESTRESSE: MECANISMO DE AÇÃO SEGUNDO O ESQUEMA DEWITKIN-LANOIL</i> :	182

INTRODUÇÃO

Nervo é um pensamento triste dentro da gente. É uma carência.... Médico, psiquiatra, psicólogo só escutam, escutam, não dão resposta e a gente está procurando resposta. Dizem: **é nervo!** como se não fosse **nada**, mas **é tudo**, **nervo é o equilíbrio da gente, né? (paciente).**

Desde que Hipócrates, contrariando suas outras proposições racionalizadoras para o pensamento médico¹, assumiu as voluntariosas manifestações da *alma animal*², a Medicina Ocidental, dita científica, se viu às voltas com fenômenos cuja natureza rebelde não se deixou prender pelos seus cânones ou dogmas. O desafio contínuo de um deles, o que hoje ainda conhecemos por *nervos*, *nervoso*, ou como muitos dizem na Ilha de Santa Catarina, *nelvos*, é ilustrado, historicamente, pelas denominações (que obviamente indicam esquemas conceituais correlatos) recebidas em diferentes períodos: **sufocação**, **vapores**, **tarantismo**, **histeria** e, na tendência atual, **estresse**³.

Nerves para os de língua inglês, *nervios* entre os hispânicos, *nevra* entre gregos, são algumas das denominações sob as quais é encontrado, pois tem sido observado em vários contextos socioculturais no mundo; a especificidade de sua apresentação e de seus

¹A Hipócrates, médico grego que viveu em 330 a.C., é atribuída a paternidade da medicina ocidental dita científica, porque teria sido ele o responsável pela sistematização do conhecimento médico da época e por uma teoria que considerava como causa da doença, a alteração dos humores orgânicos. Teria também livrado a Medicina das crenças religiosas e mágicas, remetendo-as para o campo da religião. Porém, nesse seu afã não propôs explicação para o quadro, mais tarde chamado de histeria, que não fosse a rendição à misteriosa *alma animal*, habitante do baixo-ventre e poderosa propulsora de comportamentos bizarros.

² Tal como Darci Ribeiro, fico incomodada com aspas e prefiro fazer os destaques no texto com caracteres em itálico e negrito (cf. Darci Ribeiro, *Ensaio Insólitos*, 1979, p.63).

³ Mais adiante mostro uma breve revisão histórica do assunto; no mesmo capítulo se verá mais que estresse é um termo de significado muito vago, aplicado hoje a um sem número de situações, médicas ou não, entre elas aos nervos.

significados são modulados pela cultura⁴, conferindo-lhe o caráter de **sintomas interpretados culturalmente**, mencionados por Low, discutidos também por Davis e Guarnaccia (Low, 1994 p.140; Davis e Guarnaccia, 1989, p.7).

*Nervos*⁵ é um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos⁶, mediadores entre o sujeito sofredor e o seu meio, constituindo uma das expressões de distresse ou estresse social⁷. Essa sintomatologia tosca, polimorfa e imprevisível é suscetível de comprometer quase todo o corpo e as funções orgânicas, inclusive as mentais, indo desde a ansiedade⁸, ou um mal-estar indefinido até crises convulsivas, à catatonia ou à catalepsia⁹, passando ainda por formas variadas de agressividade ou apatia.

É um fenômeno polissêmico, uma explicação, tanto quanto uma forma de expressão, para cansaço, fraqueza, irritabilidade, tremores, conflitos conjugais e sociais, cefaléias, ira e ressentimentos, infecção parasitária, aflições, privações afetivas ou materiais, fome, cuja etiologia liga-se principalmente a fatores sociorrelacionais. Porém, a experiência do paciente é física, porque, tal como assinala Costa: [o paciente] *da experiência de vida, guarda o hábito*

⁴Entendo cultura como uma dimensão social, não natural, decorrente de um processo histórico e, por isso, dinâmica; que diz respeito a um produto coletivo que reflete a realidade social de um grupo, a maneira como ele concebe e organiza a vida social, os conhecimentos, as idéias e as crenças que acumula. Essa forma de conceituar a cultura inclui, portanto, o campo simbólico, e comporta a noção de culturas nacionais e a de culturas dentro de uma cultura.

⁵Duarte (1993, p.51) refere-se a eles como **perturbação** e propõe que a hipótese de uma correlação real entre o sistema nervoso, o acervo vastíssimo das expressões físico-morais da "perturbação" humana [...] e uma doença ou conjunto de doenças permite que se chegue a operar com a hipótese da universalidade do fenômeno, ainda que seja para negá-la ou infirmá-la paulatinamente. Correlaciona essa afirmação à postura da Antropologia Médica norte-americana em relação aos nervos, de aceitar a relativização feita pela ideologia médica através da aceitação do caráter de determinação social ou cultural de suas manifestações, e não pelo caráter originalmente arbitrário de sua existência mesmo.

⁶No ANEXO 01 apresento um rol de sinais e sintomas comumente referidos para os nervos; essa relação resulta de minha experiência clínica e dos relatos das pacientes entrevistadas para este trabalho.

⁷Distresse é um estado desagradável provocado por eventos da vida, evidenciado por mudanças fisiológicas ou psicológicas, como, por exemplo, vertigens, desânimo, tremores ou sudorese das mãos, problemas de sono (cf. Thoits, 1983, p.34).

Estresse é o conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase (Ferreira, 1995, p.279).

⁸Ansiedade: estado psíquico acompanhado de grande excitação ou de inibição, que comporta uma sensação de constricção da garganta (Koogan-Larousse-Seleções, 1982, p.62).

⁹Catatonia : estado temporário de paralisia motora, de natureza emocional.

de oferecer, em primeiro plano, o corpo como instrumento privilegiado de comunicação de conflitos de seu mundo afetivo. Mas, também é mental, e sua expectativa é a de ser reconhecido e seu sofrimento tratado, tanto como um problema físico quanto afetivo (COSTA, 1983 p.14).

Para falar da pesquisa de campo sobre *nervos* e mulheres que realizei no Campeche, localidade ao sul da Ilha de Santa Catarina, em final de 1995 e verão de 1996, parafraseando Albertina Costa¹⁰, é preciso que antes eu me apresente e diga **de onde falo**: ou seja, **do lugar da médica ora inicianda na Antropologia Social**. Colocando-me na intercessão entre essas disciplinas, situo-me no ponto, virtual talvez, em que duas disciplinas oriundas de matrizes teóricas, tão diversas, se cruzam.

A Biomedicina¹¹, tendo abandonado a Filosofia e se distanciado das outras ciências humanas e de sua própria história, permaneceu fortemente ancorada nas ciências naturais das quais herdou o viés mecanicista, a ênfase nas avaliações quase exclusivamente quantitativas e na sofisticação tecnológica¹². Já a Antropologia nasce entre as ciências mais ligadas ao espírito e à cultura, privilegiando a linguagem e o significado. Situando-me entre esses dois pólos, tento, a exemplo de Guarnaccia et cols. (1981, p.51), estabelecer uma *tensão criativa*, entre a abordagem clínica e a antropológica, que propicie uma compreensão mais profunda sobre *nervos*, desenvolvendo uma discussão permanente entre a contribuição de uma e a de outra, pela comparação ou contraposição entre elas.

Cataplexia: fraqueza muscular intensa, passageira, de natureza psicológica.

¹⁰ Refiro-me à apresentação verbal feita por ela na avaliação de **Fazendo Gênero na UFSC, um encontro interdisciplinar**, Florianópolis, maio de 1996.

¹¹ Biomedicina, medicina ocidental, científica, alopatia, são alguns dos termos com que se tem denominado a prática médica hegemônica em nosso meio. Prefiro biomedicina, concordando com a proposição de Kleinman (1983, p.306), que leva em conta o foco primário de atenção desta medicina na biologia humana, mais especificamente, como ele próprio enfatiza, na fisiologia e na patofisiologia.

¹² Não desconsidero, entretanto, os esforços holísticos, mais recentes, de (re)promover a união corpo/mente, cujo divórcio a medicina tanto insistiu em manter e mesmo ampliar, desde que Descartes formulou sua famosa proposição da dicotomia entre esses campos.

Isto posto, fica claro que é na ambigüidade que o trabalho se desenvolveu. Mas essa não é a única, é apenas a primeira das anfibologias a assinalar, por ser a que marca mais fortemente o campo: ora fui a médica ora a antropóloga. Se, por um lado, foi a médica a detentora da credencial que autorizou a falar de doenças, foi a antropóloga, por outro, a que estava, nesse momento e para os propósitos perseguidos, melhor equipada: seu referencial teórico trazia mesmo ferramentas para a crítica à primeira, com a qual pretende dialogar e colaborar, e não concorrer, como levemente se poderia supor. Porém, houve horas em que fui nada mais do que uma mulher, amiga de outras mulheres e com as quais simplesmente conversei com simpatia.

Numa incursão que, por manter o horizonte clínico enquanto considera os papéis sociais, poderia ser chamada de sociomédica ou, com mais propriedade, antropomédica. A pesquisa em si constituiu um estudo transversal, uma intervenção curta e dirigida ao fim imediato, situado no campo diagnóstico, e este no domínio êmico¹³, para identificar e estudar¹⁴ os casos de *nervos* no Campeche.

Não se pretendeu desvendar aqui os mecanismos individuais¹⁵, psicológicos e idiossincráticos que caracterizam a resposta, o fator particular que articula um agente estressante, a percepção e os mecanismos psíquicos individuais e a doença como resposta, mas sim trabalhar com a dimensão sociocultural, com o plano relacional, ligado à gênese do quadro clínico de *nervos*. Por isso, embora ao falar de *nervos* seja possível falar de sentimentos, falar-se-á aqui de várias coisas: de relações sociais, de conflitos e pobreza nos

¹³ Êmico= perspectiva interna, de dentro do grupo estudado (Cf. Scrimshaw e Hurtado, mimeo, s.d. p.8).

¹⁴ Não havia intenção de atuar no plano terapêutico, porém, vez ou outra foi necessário agir no mesmo, pois para uma médica é difícil deixar de intervir, uma vez que a profissão é, por definição, intervencionista, e o fato de estar fazendo uma pesquisa de campo não excluía essa característica, especialmente na perspectiva das pacientes.

relacionamentos, especialmente o conjugal, de pobreza material, de conflitos de geração e de várias outras dificuldades da vida diária, entre elas algumas situações ligadas a questões de gênero. Outra relação que abordei foi a de médico/paciente, cuja fragilidade é bem demonstrada pelo caso dos *nervos*.

Exceto no que diz respeito à minha própria experiência e a umas poucas referências a textos da imprensa médica, a assistência médica foi abordada do ponto de vista das sofredoras dos nervos¹⁶ e daqueles que as cercam. Tal postura foi adotada para atender ao propósito de esmiuçar a apreciação do serviço e a avaliação da relação médico/paciente a partir da percepção daquele que sofre com a doença e, muitas vezes, também com a intervenção sobre ela, uma vez que os procedimentos diagnósticos médicos não só identificam doenças e prescrevem condutas, como podem conferir ou transmutar identidades e atribuir rótulos como doente crônico, estigmatizante no caso dos *nervos*. Pretendia, com isso, extrair algum conhecimento utilizável pelos médicos na clínica geral, entendendo que a reflexão sobre esses pontos, enriquecida pela Antropologia, pode contribuir para esses fins.

Ver pela ótica das pacientes me colocou no lugar do *outro* em relação à prática médica, facilitando o olhar distanciado do observador, não o observador estranho mas o estranhado, que dialogou com a médica e criticou ou orientou a pesquisadora durante todo o trabalho de campo.

Reafirmo, porém, que ao utilizar recursos metodológicos próprios das Ciências Sociais para estudar *nervos* não pretendi fugir da Biomedicina, ao contrário, quis aportar-lhe uma compreensão ampliada, via Antropologia. Promover uma adição de conhecimentos que possam contribuir para o rompimento da parcialidade do discurso e da prática médica.

¹⁶ Individual, neste trabalho, será tomado tal como no âmbito da Medicina, para designar fatos relativos a um único sujeito, em contraposição ao plano coletivo, que, via de regra, se refere apenas à somatória, ao acúmulo de casos, e não para falar das relações implicadas nesse plano.

Considerada esta finalidade, o trabalho pode ser enquadrado como pertencente à Antropologia Aplicada. Por fim, é preciso esclarecer que, contrariando os costumes acadêmicos para o alvo de uma dissertação na área de Antropologia, escrevi não apenas para os antropólogos, mas ansiando por um hipotético leitor médico.

Da confortável posição de moradora há quase dois anos no Campeche, colhi informações profissionais bem como observei a vida cotidiana da localidade, direcionando minha atenção para o fenômeno dos *nervos*, por ter visto casos e a sua relevância, especialmente entre as mulheres daqui, o que me motivou para desenvolver a pesquisa, cujos resultados serviram de mote para a discussão ora apresentada. É um problema importante para elas, ligado principalmente à conjugalidade. Embora seja um problema comum a ambos os sexos, nos homens essa correlação parece não ter tanta evidência, já que eles, com frequência, são nervosos mas não *sofrem dos nervos*, como acentuam os nativos: *nervoso, esse qualquer um pode ter, tanto faz se é homem ou mulher, e por qualquer coisa que não vá bem... já sofrer mesmo dos nervos, felizmente são poucos os que sofrem...*; ou, como diz uma paciente:

Às vezes estou nervosa, mas não me dá nervos. Nervoso todo mundo fica, assim todo dia, você pode ficar nervosa porque falta alguma coisa, ou outra não dá certo como você quer, mas quem tem o nervo, vem de dentro, ataca pelos nervos da pessoa; então atrapalha demais (texto de uma paciente¹⁷).

Ou então, os homens são apontados pela comunidade como *doentes dos nervos* por serem, quase sempre, pacientes psiquiátricos propriamente ditos¹⁸.

Entendendo que *nervos* fala não só de sentimentos pessoais mas de diversos aspectos da vida, de conflitos sociais, de papéis relacionados ao gênero, de desviantes, da ideologia e

¹⁶ Por razões éticas, as entrevistadas foram *diluídas* num único caso, anônimo, e rotuladas simplesmente de *paciente*; porém cuidou-se para que tal não distorcesse os dados.

¹⁷ A reprodução do texto elaborado, a pedido, por uma paciente encontra-se no Anexo 02.

¹⁸ Por vezes muito sutil, há diferença entre um e outro. Mas os doentes dos nervos têm crises rápidas e intensas, manipulam seus medicamentos e nunca foram internados. Já os doentes psiquiátricos, ao contrário, não têm muito domínio sobre si mesmos, têm histórias de internações anteriores. Embora suas crises possam

[Continua...]

da prática médica, entre outros, proponho que três vias de interpretação sejam tomadas para entender o *nervoso* no contexto da comunidade do Campeche¹⁹: primeiro, tomá-lo como um recurso das mulheres, pois embora algumas de suas manifestações possam ser aceitas nos homens como parte de seu *temperamento*, nas mulheres constituem a expressão da perda de controle sobre si mesmas e, então, uma resposta desviante; depois, entendê-lo como linguagem social e como ato ou cena de um drama social; e, finalmente, como forma dissimulada de exercer violência. Esse tripé interpretativo já permite que se perceba o caráter variável e contraditório dos *nervos* enquanto **clichê** ou como **drama** individual e/ou social²⁰ assinalado por Davis (1981).

Abordou-se também o fenômeno *nervos* a partir das possibilidades terapêuticas, através das quais pode-se evidenciar melhor a problemática do atendimento médico para esses casos e as dificuldades da Biomedicina ao fazê-lo.

Assim, a partir das narrativas de doenças, contadas por mulheres reconhecidas em seu meio como sofredoras dessa afecção, introduzo uma discussão sobre a questão de gênero, saúde, violência e *nervos*, e faço uma reflexão sobre a forma de como a Biomedicina vem abordando essa problemática e sobre a contribuição que pode receber da Antropologia. Essa contribuição não se prende apenas ao tema desta pesquisa, mas sim à atuação médica em geral. Nesse sentido, e para esta finalidade específica, *nervos* será tomado apenas como um caso exemplar, entre outros tantos que poderiam ter sido escolhidos.

Tendo como referencial a proposta de Van Schaik (1989) para avaliar a produção sobre

ser raras, são intensas e duram um longo período de tempo, durante o qual precisam ser cuidados mais intensamente por familiares e por especialistas, perdendo muito mais sua autonomia.

¹⁹Enfatizo que estas vias de interpretação parecem apropriadas para o contexto estudado. Souza, Duarte, Sheper-Hughes, Rozemberg, para falar apenas de abordagens dos *nervos* no Brasil, mostram que a polifonia e a polissemia desse fenômeno têm especificidades ligadas ao grupo social e neste a outras condições, como gênero ou trabalhador.

nervos, situo meu trabalho, no que diz respeito aos casos e à sua interpretação, como ligado à linha hermenêutica, enquanto que a discussão da postura biomédica e a de gênero e *nervos* prendem-se mais a uma postura crítica. Da primeira posso exaltar a vantagem de favorecer a evidenciação da etiologia e compreender a determinação sociocultural da doença, como ressaltam Davis e Guarnaccia (1981, p.5). Já na opção crítica, que no meu entendimento não exclui uma fase preliminar de caráter interpretativo, pretendo tirar as sugestões de natureza mais pragmática voltadas à postura e à prática médicas.

O INDIVÍDUO FRENTE A SEU SOFRER

Evocando a explicação proposta por Kleinman (1984, p.146) para as manifestações psicossomáticas entre os chineses, pode-se dizer que *nervos*, a nível pessoal, representa um conjunto de manifestações decorrentes de fenômenos psicobiológicos que, através do que ele chama de processo cognitivo, sofrem a influência cultural, uma vez que neste campo é que são percebidos, rotulados, explicados e avaliados os agentes estressantes. Esse crivo, culturalmente determinado, pelo qual passa a experiência pessoal, define, então, como ela vai se manifestar. Ou seja, vai dar-lhe as feições típicas e específicas de cada cultura, conferindo-lhe a singularidade que se pretende explicitar aqui. Esse processo cognitivo, com sua feição cultural particular, explica porque o que é percebido como estressante em uma cultura pode não sê-lo em outra. Kleinman mesmo exemplifica essa diferença citando Hsu, que demonstrou que a percepção de problemas intrapsíquicos, quando

²⁰ Drama social diz respeito aos acontecimentos da vida social, vivenciados de forma dramática tanto pelo indivíduo quanto por seu grupo, aos conflitos diários e sua negociação, que podem vir a ser expressos de várias formas, uma das quais pode ser através da doença ou de sintomas (nota da autora).

contrapostos aos familiares, é diferente entre chineses e norte-americanos. Os primeiros valorizam os problemas familiares em detrimento dos intrapsíquicos, ao passo que o contrário ocorre com os americanos. A decorrência dessa peculiaridade cultural é o maior número de estresses provocados por problemas familiares entre aqueles, e de intrapsíquicos entre os últimos.

Costa (1987), em artigo sobre a *doença dos nervos*, afirma ser esse tipo de sofrimento uma forma cultural, específica de certos indivíduos em camadas de baixa renda, de reagirem a desestruturações no que ele chama de identidade psicológica. Para ele, esta doença é tudo aquilo que o sujeito experimenta, sente, interpreta como sendo *eu*. Resulta de um sistema de representações, distintos entre si porém articulados, em que cada um se refere ao modo como o sujeito se liga ao universo sociocultural. E mais: a definição dessa identidade, a partir desses sistemas de representação social, portanto, acaba assumindo um caráter normativo, donde a impressão de universalidade e a aparência de *naturalidade* com que acaba se revestindo. Estas características, por fim, lhe conferem maior poder coercitivo sobre o sujeito, colocando-o na situação desviante sempre que essa identidade psicológica (socialmente determinada) é posta em questão, sofre rupturas ou vivencia conflitos, justamente porque tem um valor coercitivo muito grande. Como esse desvio é percebido como um sofrimento diferente daquele de origem orgânica e, também, diferente dos outros conflitos da vida relacional do dia-a-dia, é reconhecido pelo próprio paciente como psíquico e recebe denominações como *doença dos nervos*, *ataque*, *sistema ou estado de nervos*, *nervos* ou *nervosismo*. Por originar-se de um conflito identificatório, originado na esfera psicológica, esse sofrimento é então assimilado à doença. E, ainda, os *nervos*, segundo esse autor, funcionariam como unidades excitáveis e capazes de voltar ou não a um equilíbrio homeostático após a excitação; no segundo caso provocariam o *ataque* ou a *crise de nervos*.

Falando-se de um quadro de fundo indiscutivelmente emocional como o de *nervos*, certamente se observará neste trabalho a lacuna deixada pela ausência de uma análise de caráter mais individual. Porém, não foi a tal tipo de abordagem que ele se voltou, não havendo, nesse movimento, propósito de desmerecê-la, senão a intenção de desenvolver outra reflexão, cujo resultado pudesse ser sobreposto à primeira, enriquecendo-a. Interessava aqui considerar que o fato psíquico cuja manifestação externa é o *nervoso*, se desenvolve a partir de um indivíduo inserido num meio social onde os fatos de sua vida, como Durkheim (1982) há muito já assinalou, não se fazem do nada e nem para nada. Eles acontecem a partir de um substrato social e a ele devem ser referenciados.

Impunha-se, portanto, descobrir como a resposta individual ao estresse (que é socialmente determinado) se articulava com o social e o cultural, e como, através dessa articulação, o indivíduo poderia dizer aos circunstantes que seu limite pessoal foi alcançado e a realidade social tem de ser mudada para que ele sobreviva.

Deixando aos psicólogos a tarefa de analisar o *nervoso* do ponto de vista dos mecanismos internos e de suas manifestações individuais, procurei atuar no contexto mais amplo em que qualquer enfermidade ou distúrbio comportamental de um sujeito só pode ser compreendido em relação à rede de interações nas quais ele vive e atua, e onde a compreensão e a aceção da doença são mais abrangentes do que na Biomedicina, por isso a opção pela Antropologia.

POR QUE ESSE OLHAR ANTROPOLÓGICO SOBRE UMA QUESTÃO DE SAÚDE?

Não há sociedade onde a doença não tenha uma dimensão social, e deste ponto de vista, a doença, que é também a mais íntima e a mais individual realidade, nos fornece um exemplo concreto de ligação entre percepção individual e simbólico social (Augé²¹, 1986, p. 82).

Muito embora o conteúdo subjacente às ações e questões ligadas à saúde e ao cuidado médico permitam uma *leitura* do que elas expressam, dos significados sociais que podem ser reveladores das relações sociais sobre as quais elas se formam e que, ao mesmo tempo refletem, a Biomedicina, mesmo em sua versão mais aberta à problemática social, que é a Epidemiologia, pouco explica sobre o sofrimento (a singularidade e a estranheza de **sentir-se doente**) e, menos ainda, sobre as incontestáveis possibilidades culturais de compreender os fenômenos ligados à saúde e à doença, sobretudo no campo simbólico.

Por outro lado, o interesse dos antropólogos sempre privilegiou, ainda que por vezes apenas no relato, aspectos sobre alimentação, cuidados corporais, plantas medicinais, concepção, morte, diagnóstico das doenças, especialistas de cura (leigos ou religiosos), etc. Desde Rivers, médico e um dos pioneiros da pesquisa de campo na Antropologia, preocupado com a *Medicina Primitiva* no início do século, passando por nomes como Clements, Ackernecht (que também era médico e tem sido considerado o pai da Antropologia Médica nos Estados Unidos), desenvolveu-se um campo que uns chamam de Antropologia Médica, Antropologia da Doença ou da Saúde²².

²¹ As citações de referências bibliográficas cujo original encontra-se em Inglês ou em Francês, como neste caso, foram traduzidas livremente por mim.

²² Para uma visão histórica do desenvolvimento desse campo, ver Langdon (1994, p. 3-11).

Adoto a denominação Antropologia da Saúde, entendendo que ela designa com mais propriedade o vasto campo que abriga o estudo da saúde (reconhecimento do estado de saúde, formas de preservá-lo, alimentação, sono, interações ambientais, etc.) e da doença (sistemas etiológicos e terapêuticos, significados e usos sociais da doença, saúde e doença como processo, etc.), evitando o reducionismo que parece implícito na abordagem da Antropologia da Doença que, ao enfatizar a doença, abandona a abrangência que pode estar contida no campo da saúde. Da mesma forma, como Antropologia Médica submete o seu objeto ao paradigma biomédico, e, desta forma, o reduz ainda mais, já que os limites da fisiopatologia biomédica, com certeza, não contemplam integralmente a pluralidade, a diversidade e a interligação entre os múltiplos aspectos e peculiaridades que marcam a vida humana.

Estudiosos da área da Saúde já têm demonstrado preocupação com essas limitações do conhecimento produzidas pelo modelo biomédico, como por exemplo Minayo, que a elas se refere mencionando *a miopia frente ao social e a falha no recorte da realidade a ser estudada*, produzidas pelo apego ao tratamento quantitativo dado ao fenômeno saúde/doença e pela abordagem anatomofisiológica da Medicina, próprios da Epidemiologia clássica, a partir da qual podem se produzir restrições a uma compreensão mais abrangente do processo saúde/doença. Sintetizando a informação trazida pelos estudos antropológicos de Mauss (1974), de Lévi-Strauss (Introdução à obra de Mauss, 1974) e de Douglas (1971), ela mostra que os fenômenos ligados à saúde e à doença informam sobre:

- a) a visão de mundo do grupo social;
- b) as atitudes coletivas face a infelicidade dominadora;
- c) o rompimento do indivíduo com as normas e regras de sua sociedade, frequentemente traduzidas em códigos morais e religiosos;
- d) o encontro do homem com o que considera infeliz e alienante em sua sociedade (Minayo, 1991 p.234).

Assim, representações²³ e práticas, condicionando-se reciprocamente, determinam o processo saúde/doença, o que, na perspectiva da construção social²⁴, não pode ser definido por si só, mas apenas como um processo socialmente determinado, tanto por condições físicas e coordenadas biológicas quanto pelas modalidades de relações sociais e pelos códigos definidos historicamente pelas comunidades sociais, nas quais os sujeitos inserem e modulam sua individualidade.

Nessa perspectiva, a doença não se restringe a um fato clínico, antes é um fenômeno sociológico:

[a doença] *exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e uma angústia que pervaga o corpo social, confrontado com as turbulências do homem enquanto ser total. À medida que cristaliza e simboliza as maneiras como a sociedade vivencia coletivamente seu medo da morte e seus limites frente ao mal, a doença importa tanto por seus efeitos imaginários: ambos são reais do ponto de vista antropológico. A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem real* (Minayo, op. cit. p.233) (sem grifos no original).

Dentro desse referencial de construção social e de conteúdos simbólicos, é mais ou menos óbvio que se tome saúde/doença, ou o que se lhe relaciona, como capazes de portar ou de constituir mensagens compreensíveis para o grupo social no qual se originam. Quer dizer, o corpo, sadio ou doente²⁵ (Ferreira, 1994), tanto quanto as ações destinadas a manter a saúde ou curar a doença, representam, por si só, *inscrições simbólicas* passíveis de leitura por aqueles que dominam os seus códigos. Rodrigues (1975, p.93) lembra que as mensagens corporais representam uma linguagem, fazendo da capacidade de pensá-las, exprimi-las e identificá-las um fato eminentemente social, donde o limitado sucesso das posturas que restringem a compreensão da doença ao biológico, como é o caso da Biomedicina.

²³ Tomo de empréstimo a Grimberg o conceito de representações sociais como sendo os processos inter-relacionados de perceber, categorizar e atribuir sentido a alguma coisa.

²⁴ Baseada em Berger (1985), entendo construção social como a interferência dos fenômenos sociais sobre a objetivação dos processos e significações subjetivas graças às quais é construído o mundo intersubjetivo do senso comum.

²⁵ Pensando saúde como processo, não deveria ser tão categórica dizendo: **sadio ou doente**, mas utilizo esses termos apenas como um recurso de retórica.

Portanto, para pensar as causas da doença é preciso pensar, necessariamente, a cultura e a sociedade e, estendendo a compreensão da doença como experiência, analisar o significado para o próprio doente e para os que o cercam, buscando as implicações clínicas da relação entre a doença e a cura, e entre a sociedade e a cultura.

Decorre dessa forma de compreender que os cuidados com a saúde constituem um sistema comparável a outros sistemas culturais (parentesco, linguagem, etc.), inseridos no contexto cultural através dos significados simbólicos que contêm e que se apóiam em modelos de interações interpessoais e em instituições sociais. Inclui em sua compreensão de sistema de saúde²⁶ os esquemas de compreensão sobre as causas das doenças, normas para ação, cenários sociais nos quais as ações acontecem, *status* e papéis socialmente legitimados, interação, instituições envolvidas no reconhecimento e no tratamento das doenças. Doença e cura, pacientes e curadores, e as relações sociais, são então tomados como componentes essenciais desse sistema no qual a realidade simbólica é a chave para a conexão entre a realidade social e os processos psicofisiológicos, na atuação destes sobre o organismo e, conseqüentemente, sobre o processo saúde/doença.

Enfatizando a ligação entre a doença e a sociedade, pela apreensão dos significados sociais expressos através dos conteúdos simbólicos inseridos na doença e nas expressões semânticas a ela correlacionadas, mostra ainda a especificidade cultural do adoecer. Com isso aponta para uma diferença do enfoque biomédico, para o qual a doença

²⁶ Sistema de saúde, segundo Kleinman (1984, p.24), é o sistema simbólico ancorado em um arranjo peculiar das instituições sociais e modelos de inter-relação pessoal; é a totalidade das inter-relações que ocorrem em toda cultura, da doença, a resposta a ela, a experiência individual de adoecer e o tratamento e as instituições correlatas. Modelos e crenças explicativos da doença, normas que determinam a escolha e a avaliação do tratamento, status, relações de poder, interação e instituições fazem parte do mesmo. Pacientes e curadores são componentes básicos desses sistemas, bem como a doença e o processo de cura. Eu acrescentaria, num viés sanitário, que o entendimento do que é saúde e tudo que se relaciona com a sua preservação são componentes essenciais desse sistema.

seria uma entidade universal, ao passo que para a Antropologia, ao contrário, a cultura determina a doença e a forma de adoecer, resultando daí racionalidades diversas para uma e outra:

Nesta perspectiva [a de haverem duas racionalidades distintas, para as Ciências Naturais e para as Ciências da Cultura], as ciências naturais se caracterizariam epistemologicamente em estabelecer nexos de causalidade entre os fenômenos. A sua racionalidade seria explicativa e determinista. Em contrapartida, as ciências do espírito procurariam delinear possibilidades de compreensão, inserindo-se no campo textual imantado pelo sentido. A sua racionalidade seria Hermenêutica, indicando, pois, de fato e de direito, os saberes da interpretação (Birmam, 1991, p.14) (grifos no original).

O campo da Antropologia da Saúde se apóia, portanto, em uma dupla base: por um lado, na Biomedicina, da qual retira os modelos para a compreensão dos fenômenos biológicos ligados ao fenômenos orgânicos do adoecer (um apoio, portanto, nas ciências naturais); e, por outro lado, na Antropologia (quer dizer, na ciência social), através da qual procura as implicações culturais e sociais do mesmo fenômeno. Suas explicações surgem dessa tentativa de aproximação entre biologia e cultura, ou seja, da interação entre a natureza e a intervenção humana sobre ela, da qual resulta saúde e/ou doença.

A Antropologia Social, via Antropologia da Saúde, pode trazer a sua contribuição e, indiretamente, atuar sobre os serviços de saúde, facilitando as vias de integração e as abordagens interdisciplinares, graças à ampliação da compreensão desse processo. Porém, abordar antropologicamente a questão da saúde/doença não implica no abandono das dimensões biopsicológicas e econômico/políticas desse processo, mas, sim, no entendimento que os homens as operam por meio de processos ideológicos baseados na experiência pessoal e grupal, em crenças, percepções, atitudes e práticas, histórica e socialmente dadas. Ou seja, no reconhecimento de que o que a pessoa sente é percebido, valorizado, manipulado de acordo com a sociedade da qual ela faz parte, como atesta a presença, na literatura antropológica e mesmo médica, de inúmeros exemplos de diferenças no suportar a dor ou certos sofrimentos, no satisfazer necessidades fisiológicas básicas, como a fome ou até

mesmo o defecar (e.g. Douglas, 1966; Harris, 1988).

Na Antropologia da Saúde, duas correntes ganharam proeminência nos últimos anos: uma, que privilegia as explicações da doença a partir do seu entendimento como uma *experiência* e a sua compreensão no campo simbólico, que é a hermenêutica; a outra, a corrente crítica, traz à discussão como as questões de poder e seus desdobramentos podem perpassar o campo da saúde.

A primeira retém dos pioneiros, Rivers e Ackernecht, a noção de Medicina *na* cultura e a da etiologia como uma porta de entrada muito importante para se entender os procedimentos diagnósticos e terapêuticos; da Etnociência, dos anos 50, valoriza a relativização da Biomedicina, o reconhecimento da existência das *outras* medicinas e sua inserção num contexto cultural mais amplo; e, finalmente, apropria-se da tendência dos ecologistas ao holístico e ao reconhecimento do fenômeno saúde/doença como *processo* (e, como tal, sujeito à dinâmica social que envolve aspectos sociais, econômicos, ambientais, políticos, etc.). A Antropologia da Saúde, finalmente, busca no campo simbólico (e desenvolve-se paralelamente a ele) e na hermenêutica uma compreensão de saúde/doença como experiência plena de significados para o próprio doente e para aqueles que o cercam. Nessa linha, os autores apropriam-se dos conceitos incorporados a partir do estudo de rituais e símbolos, como os de trabalhos de Turner (1981), e daqueles desenvolvidos a partir de uma postura hermenêutica na Antropologia, como os de Geertz (1989).

Já a postura crítica procura ampliar a discussão além do significado inscrito no campo simbólico, agregando-lhe o questionamento advindo de uma análise conjuntural que se aproxima mais da Sociologia, da Economia e da Política. Assim é que correntes teóricas mais ligadas ao marxismo, por exemplo, desenvolvem mais pesquisas de natureza crítica,

especialmente no campo da saúde. Essa corrente busca uma aplicação mais direta do conhecimento que desenvolve, no campo da práxis.

NERVOS NA LITERATURA ANTROPOLÓGICA

{Seja dentro ou fora da assistência à saúde, nervos como uma queixa emicamente derivada e culturalmente construída, popular, variável e de múltiplos usos, transcende a mente, o corpo e a cultura e é melhor compreendida através da investigação e análise antropológicas} (Davis e Guarnaccia, 1981 p.2) (sem grifos no original).

Quanto à sintomatologia, o *nervoso*, em nosso meio, se aproxima muito do *susto* e das descrições de outras síndromes, como *mau-olhado* e *encosto*. Por essa semelhança sintomática que possuem, sugerem que são modalidades culturalmente específicas de respostas a um mesmo problema: o estresse social, seja ele explicado em termos puramente socioculturais, como tento fazer, ou aprofundado na interação desse com as considerações de caráter psicológico sobre rompimentos ou conflitos da identidade psicológica, por agravos de natureza relacional.

Porém, não é a mesma a opinião de Barnett, que estudou *nervos* num povoado peruano; ali, a autora encontrou diferenças entre *susto* e *nervos*, sendo que estes são problemas femininos e ligados à menopausa.

A historiadora Susan Cayleff mostra uma revisão conceitual de *nervos*, gênero e neurastenia, enfocando principalmente a produção médica norte-americana e a abordagem psicológica e suas implicações. Enfatiza a questão de *nervos* como um problema ligado ao gênero e aos papéis femininos. Cayleff (1988 p.1200) evidencia historicamente que o interesse antropológico por esse tema não é novo: Em 1844, no tratado antropológico de

Alexander Walker, *Woman physiologically considered...*²⁷, repetiu crenças familiares sobre vulnerabilidade nervosa da mulher - que era pensada como regra de sua natureza e de toda ação. Walker, com sua noção de suscetibilidade nervosa, na época, estava em sintonia com outras disciplinas -Neurologia/Medicina/Psiquiatria/Psicologia.

O assunto tem suscitado muitas publicações, exclusivas ou não, no mundo todo, sejam elas artigos, números especiais de revistas, tais como o número 12, do volume 26 do prestigioso periódico *Social Science & Medicine*, ou livros como aquele que Davis e Low lideraram a publicação: **Gender, health and illness: the case of nerves**.

No Brasil, o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) patrocinou a pesquisa de Duarte que resultou na publicação de um volume intitulado **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Sintomatologia e determinantes psicossociais semelhantes têm sido descritas, em outras culturas, como síndromes de denominação diversa, porém, em muitos aspectos, superponíveis aos nervos, como é o caso da ligação com os papéis femininos, por exemplo: o *desconforto do coração*, relatado por Good (1957), entre mulheres iranianas. Observou que a *aflição do coração* no Irã, tal como o *nervoso* entre nós, ora é sintoma, ora é doença, ora é causa de outras doenças, porque a estrutura, a construção cultural da doença não é monolítica, ao contrário, pode conter variações individuais de classe, de gênero e de circunstâncias.

A propósito de imigrantes gregas em Québec, Lock (1987, p.87-103) discorre sobre nervos, nostalgia, honra, papéis relacionados a gênero e cuidados médicos, destacando as dificuldades encontradas pelos médicos em tratar do problema por causa do desconhecimento da cultura de origem dessas mulheres .

²⁷ Cayleff refere-se aqui à obra de Walker, publicada em 1844, por Langley, em New York: **Woman physiologically considered, as to mind, morals, terezaage, matrimonial slivery, infidelity and divorce**.

Low (1985 p.187), a respeito de *nervios* na Costa Rica, diz que *nervos* aí é um modo culturalmente aceitável de apresentação de distresse para a família e praticantes de Medicina. Em relação a uma revisão que faz do tema, aponta semelhanças nos sintomas relatados por vários autores, em diversos locais, aos quais são atribuídos significados culturais específicos, mostrando que também há semelhança.

Em 1989, Dona Davis e Setha Low organizaram uma sessão intitulada **Health, Culture and the Nature of Nerves**, no American Anthropological Association Meetings. Do evento resultou a publicação de um número especial do *Medical Anthropology*, do qual alguns artigos serão comentados a seguir.

Davis relata seus achados sobre *nervos* entre pescadores de uma comunidade de New Foundland, Canadá, mostrando que entre eles *nervos* tem um caráter variável, abrangendo um largo espectro de queixas psicossomáticas, bem como emoções, padrões morais e visão de mundo. Diz que o fenômeno reflete a conexão entre biologia, psicologia, sociedade e cultura, tornando-se uma expressão da honra pessoal e coletiva. Como um símbolo central, *nervos* simboliza o poder coletivo e individual do caráter dessa comunidade, e marca um senso emergente de identidade étnica. Para ela, as mulheres em suas *crises de nervos* reafirmam seu pertencimento à comunidade e aos seus valores, fazendo delas um discurso legitimador, fortemente ligado à cosmologia.

Na mesma publicação, Lock comenta o trabalho de Davis, referindo-se agora ao *poder* ligado ao seu uso, destacando as diferenças entre o significado do termo quando usado por aqueles que detêm autoridade e os que não a têm, enfatizando que os oprimidos usam o termo *nervos* atribuindo-lhe um significado mais forte e potencialmente mais poderoso do que aquele definido pela simples apropriação do vocábulo com sua ligação anatômica e definição científica. Lock chama a atenção para a importância de aceitar o plano metafórico como parte

do processo de cura e, mais ainda, como ferramenta no desenvolvimento de uma consciência política. Para ela, o profissional de saúde ou o trabalhador social não pode combater toda a injustiça em nossa sociedade, mas pode aprender a levar a sério todo o sofrimento, mesmo quando ele não tem base orgânica.

Em outro artigo, Davis, juntamente com Guarnaccia, acentua a ocorrência universal do fenômeno *nervos* com uma especificidade de apresentação definida por cada cultura. Além disso, salientam que é um derivado êmico, popular, variável, constituindo-se numa queixa com variados propósitos, que transcende a mente, o corpo e a cultura, e que sua melhor compreensão é obtida através do estudo antropológico. Os mesmos autores, agora em associação com DeLaCanela e Carillo, a partir de um estudo clínico, abordam ainda a problemática entre imigrantes latinos nos Estados Unidos, ligando o fenômeno *nervos* à ira e à dor resultantes da desagregação familiar e do processo migratório. Inserem *nervos* em esferas de poder microfamiliar e no contexto estressante da migração.

Já Dunk (1989, p. 29 a 45), ainda no mesmo encontro, trata da ocorrência de *nevra* no Canadá, entre mulheres gregas, qualificando a ocorrência como expressão de distresse social ocasionado por condições pobres de trabalho, baixos salários e relações de gênero na comunidade grega. Concordando com Low, também classifica *nevra* como sintomas *interpretados culturalmente*. Destaca que a falha em perceber este fato induz à medicalização e à atribuição do rótulo de doente crônico ao paciente.

Entendendo *nervos* como uma síndrome definida, culturalmente, para as pessoas de língua espanhola provenientes do Caribe e residentes nos Estados Unidos, e preocupados com o diagnóstico, Oquendo, Horwarth e Martinez (1992, p.376), valendo-se de sua experiência clínica, propõem uma coleção de critérios biomédicos para se definir um caso, os quais aparecem no ANEXO 03.

Na França, Fainzang (1995, p.109-125) aborda a problemática dos *nervos* associada ao alcoolismo, levantando as representações associadas, independentemente da possível explicação médica relacionada à intoxicação crônica pelo álcool.

Em nosso meio, alguns trabalhos curriculares, como os de Figueiredo (1979), de Mombelli (1992) e de Soya (1994), levantam a problemática de *nervos* ou de DNV²⁸, em diferentes regiões do País: Rio de Janeiro, Santa Catarina e Paraná. Dentro dos limites de sua realização, eles trazem, entretanto, a informação sobre a ocorrência comum de *nervoso* em usuários de serviços públicos de saúde e a impotência dos mesmos em dar suporte conveniente aos doentes; da abordagem inadequada, provocada pelo despreparo médico, e seu efeito imediato, que é a exagerada medicalização²⁹. Outros, como por exemplo o de Cereser (1996) e o de Cartana (1988), em dissertações de Mestrado, discorrem sobre temas diversos ligados à saúde e abordam pontualmente o *sofrimento de nervos*, evidenciando sua ocorrência em comunidades gaúchas, no primeiro caso, e na própria Ilha de Santa Catarina, no segundo. Estudando a comunidade da Costa da Lagoa, esta encontrou os *nervos* como uma doença de grande incidência, tanto entre homens como entre mulheres, cuja sintomatologia varia desde simples alterações no humor até a *doença da loucura*, estando relacionada a um modelo etiológico multicausal, que, no caso das mulheres, se relaciona aos ciclos menstruais, parto etc. Ou seja, a fatos ligados à condição feminina. Pelaez (1989), também entre mulheres da Ilha, observa correlação de mesma ordem, dentro do fenômeno da *recaída* pós-parto. Cereser destaca ainda o papel do *nervos* na gênese ou na manutenção dos estados hipertensivos.

²⁸ DNV = distúrbios neurovegetativos. A *crise de nervos* frequentemente é registrada assim em prontuários médicos.

²⁹ Por medicalização entendo a aplicação exaustiva de recursos da prática médica, envolvendo procedimentos diagnósticos e terapêuticos, especialmente o uso de medicamentos, que nem sempre se justificam dada a natureza do problema que é trazido ao médico. Como é o caso dos *nervos*, em que um sofrimento de natureza psicossocial, definido dentro de parâmetros culturais, recebe cronicamente drogas de ação psicotrópica e efeitos deletérios, num indiscutível processo de iatrogenia, como este trabalho demonstra.

Numa discussão sobre o papel da representação social do conceito de trabalho, do valor atribuído a ele e a constituição da identidade como identidade do **eu**, Jacques (1995) explora a dinâmica da interação entre a instância psíquica (individual) e a experiência laboral (coletiva). Analisa os distúrbios psíquicos agrupados como *doença dos nervos* e a sua relação com a identidade de trabalhador.

Abordando a questão dos *nervos* no Brasil, em trabalhos de maior profundidade, destacam-se Duarte, Souza, Rabelo e Alves, Scheper-Hughes, Rozemberg, Costa e Rebhun.

Souza (1983), em um número especial de uma publicação do Ministério da Saúde, dedicado à área de saúde mental, discorre sobre a *doença dos nervos* como uma estratégia de sobrevivência à exploração e à opressão das classes trabalhadoras. Sua análise baseia-se em entrevistas de segurados do sistema oficial de seguridade social, que se encontravam em processo de reabilitação profissional. A autora observa então que a falência desse processo, pelas dificuldades determinadas pelo mercado de trabalho, gera sentimentos de fracasso e de exploração, que resulta no aparecimento de sintomas *nervosos*. Enfatiza sua vinculação com o desenvolvimento industrial, a crescente urbanização e as diferenças sociais e culturais geradas por esse processo.

Duarte (1986, 1987, 1993 e 1994) é, sem dúvida, o autor que acumula a maior reflexão sobre o tema em nosso País. Complexa, sua obra não pode ser comentada em poucas palavras, e, menos ainda, por uma neófito, como é o presente caso. Portanto, pontuo alguns aspectos da mesma, que inclui a análise teórica, passa pela construção social da pessoa moderna, pela discussão das relações da modernidade com a classe trabalhadora, pela busca de representações do *nervoso* na cultura literária e sociológica do século XIX e início do século XX, e faz a crítica à produção teórica norte-americana sobre *nervos*, e introduz a noção de alterações físico-morais.

Scheper-Hughes (1992) aborda a questão da qualificação da fome e da miséria como doença, através da categoria *nervos* e sua conseqüente medicalização. Rozemberg também discorre na mesma linha, criticando a medicalização de um problema social ao apresentar a problemática de *nervos* entre lavradores, o favorecimento da manutenção do nervoso como fenômeno individual e da cronificação dos casos pelo uso abusivo de calmantes.

Rebhun(1993), estudando *casos de nervos* entre mulheres trabalhadoras do interior do Nordeste brasileiro, observou que esse diagnóstico pode estar associado à ira ou à ansiedade, e que elas podem provocar alterações nos papéis sociais, *usando os nervos* para mudar o comportamento social dos outros em situações nas quais as mulheres, de outra maneira, teriam limitado controle.

Numa perspectiva psicanalítica fortemente *contaminada* pela Antropologia, Costa aborda a problemática dos *nervos* como elemento construtor da identidade do *self* (eu). O mesmo ocorre com os trabalhos de Rabelo e Alves na Bahia.

A PESQUISA DE CAMPO

PERIPÉCIAS DE UMA MÉDICA (PRETENDENTE A) ANTROPÓLOGA EM CAMPO, OU A SUBJETIVIDADE DA AUTORA NA PESQUISA

Eu mesmo fui procurar meus sofrimentos quando socorri mortais (Ésquilo, In *Prometeu acorrentado*, 1968, p.25).

Aceitei da Prof^a Jean Langdon a sugestão de trabalhar com os *nervos* porque em minha experiência anterior, como clínica geral³⁰, e na observação informal no Campeche já notara a sua relevância para as mulheres. Porém, não percebi logo de início a complexidade da empreitada que assumia. Sim, porque logo me vi numa pesquisa de fronteiras muito maleáveis, tanto no que diz respeito à relação objeto/sujeito, pesquisador/pesquisado (que me situava ora aqui ora acolá), quanto ao que se relaciona ao tema: afinal, *nervos*, como dizem os médicos, *não é nada*; mas, como sentem os pacientes, *é tudo na vida da gente*...

Residia já há dois anos no Campeche quando resolvi tomá-lo como campo de minha pesquisa. De início, vivendo simplesmente como moradora, tive oportunidade de conviver com muitos nativos, o que acabou se mostrando muito importante, como um dos elementos facilitadores, tanto como um passe para entrar nas casas quanto para que eu pudesse saber do

³⁰ Exerci atividades como médica, clínica geral e como sanitária, em Curitiba, PR, de 1980 a 1994, em vários serviços e em consultório particular, e o problema dos nervos era trazido à consulta com frequência.

que as mulheres falavam nas suas queixas. Outra vantagem foi poder confrontar, seguindo a velha e boa lição de Malinowski, o que me diziam com o que de fato faziam. A prudência dessa recomendação se mostrou de valor em mais de uma ocasião.

Como moradora, minha experiência se mostrou muito interessante: vinda de Curitiba, conhecida, entre outras características, pela reserva de seus moradores, deparei-me aqui com nativos extremamente hospitaleiros, prestativos, dispostos a logo fazer amizades e, como um deles mesmo qualificou: *o pessoal daqui às vezes é muito invasivo, vai entrando pela tua casa, impondo a sua amizade mesmo que tu não queiras ...*

Essa atitude hospitaleira foi facilitada em relação a mim pelo fato de ser viúva, ter duas filhas pequenas vivendo comigo, ou seja, constituir uma família que se ajusta a um padrão semelhante ao deles, o que já não ocorreu com meus colegas de Mestrado que também moraram um tempo no mesmo bairro. Embora seja relativamente comum por aqui, de uns tempos para cá, que rapazes e moças estudantes morem juntos, em *repúblicas*, isso ainda causa estranheza entre os nativos, o que ficou bem evidente por ocasião dos cortejos do Divino³¹, quando a minha casa sempre foi visitada e as dos meus colegas não, embora a comitiva passasse em frente das mesmas.

Moradora por um tempo, pesquisadora ao fim da estadia, confesso que me senti por vezes realmente muito mais *invadida* do que invadi a vida delas, mesmo a das pacientes entrevistadas.

Volto às questões sujeito/pesquisador, problemática que já aparecia na ambigüidade da qual me constituí: médica e, agora, antropóloga de campo; mulher, porém pesquisadora; paciente de eventuais crises de *nervos*, mas também observadora das crises alheias...

³¹ Um grupo de moradores, os zeladores da bandeira do Divino, visitam as casas levantando fundos para realizar a festa anual. Saem paramentados com opas vermelhas e brancas, carregando a bandeira vermelha, [Continua...]

Paradoxalmente, isso não se constituiu problema, e, sim, me trouxe a permissão para adentrar nas histórias e vidas das *nervosas*: *só te conto isso porque tu és minha amiga e porque tu és uma médica ...* Ou então: *tu entendes, posso falar contigo dessas coisas porque tu és uma mulher como eu.*

Antes de iniciar a pesquisa, vi-me um dia numa situação delicada, em que a ambigüidade médica/amiga ficou muito clara: uma das minhas amigas, que já me chamara várias vezes para atender seu marido que passara mal, acordou-me num domingo muito cedo, dizendo: *queria ver se podes fazer um favor para mim, sei que tu podes, tens o carro, mas não sei se tu vais querer.* Colocadas assim as coisas, não me restava outra saída senão atendê-la, além disso *devia-lhe*³² uns favores e já havia sido acordada mesmo. Perguntei-lhe onde queria ir, disse que ao Morro das Pedras, encontrar o marido que para lá fora de madrugada. No meio do caminho a conversa me fez entender qual era a situação: ela ia tentar flagrá-lo numa suposta tentativa de adultério. Fiquei sem saber o que fazer: ela, reafirmando a confiança na minha colaboração e testemunho; e eu, tentando achar um jeito de me safar e escapar de ser testemunha contra meu paciente, situação absolutamente não-recomendada nos alfarrábios médicos! Talvez por distração, provocada pelo conflito em que me encontrava, não controlei bem a direção e o carro encalhou num atoleiro. Tivemos de buscar socorro na vizinhança e a investigação foi interrompida, livrando-me por pouco de uma situação que certamente geraria muita confusão. Ela voltou muito frustrada para casa, ele chegara muito antes, obrigando-a assim a inventar uma desculpa para ter saído tão cedo num domingo, já que ela sempre lhe pede permissão para sair. Claro que ela disse que eu lhe pedira que me acompanhasse a um local onde eu pretendia ir, e que ela não teve como negar o meu pedido...

encimada por uma pomba de prata, e um recipiente, também de prata, finalmente ornamentado: a coroa do Divino, para receber os donativos. Ver ANEXO 04, documentário fotográfico do Campeche.

³² Impossível não lembrar de Mauss e do seu ensaio sobre a dádiva.

Parece que ele engoliu as suas desculpas.

Desdobramentos da balbúrdia de identidades apareciam também quando a própria pesquisa oscilava e pendia para a *clínica*³³, cujo exercício evitei assumir durante o trabalho de campo, mas que, com alguma frequência, me jogou a posições mais apropriadas a uma profissional da velha tradição de médica da família e de conselheira familiar. Outras situações já me levaram a assumir simplesmente o espaço próprio das amigas, muito embora fosse tempo de trabalhar.

Ainda na elaboração do projeto, uma certa inibição tomou conta da aprendiz de antropóloga: imaginei-me constrangida se começasse por esmiuçar redes sociais que poderiam me levar diretamente às pacientes e, mais constrangida ainda, chegando às suas casas para indagar de uma entidade tão fluida quanto os *nervos* e, por causa deles, ir logo pedindo que me expusessem sua intimidade!

Então, o hábito epidemiológico³⁴ se impôs e planejei *pedir passagem* por intermédio de uma enquete (ANEXO 05) sobre os medicamentos disponíveis em casa, percorrendo os domicílios dos nativos, apresentando-me como médica, perguntando se tinham medicamentos de qualquer tipo em casa, para que eram utilizados, quem prescrevera, etc. Achava que através desses dados obteria pistas de casos de *nervosos* e poderia *puxar* conversa sobre isso.

Seguindo minha própria proposta original, iniciei a enquete. Entretanto, ocorreu o que já me fora advertido a respeito dos perigos dessa via³⁵, uma vez que o tema é muito envolvente para uma sanitarista, e logo me vi tentada a aprofundar as questões a respeito. Só

³³ Clínica é entendida aqui como a prática médica de examinar um paciente, estabelecer um diagnóstico e um prognóstico e prescrever um tratamento ou, ao menos, opinar sobre uma conduta já definida por outro médico.

³⁴ Refiro-me aqui à utilização de questionários e enquetes quantitativas, tão comuns na pesquisa epidemiológica

detectei 2 casos através dela, e logo percebi que aqueles casos que pretendiam o sigilo não seriam revelados pela enquete, e que os casos abordados por essa via se mostravam muito retraídos e demoraram muito a se abrir, o que não aconteceu com aqueles abordados via algum morador.

Ainda assim, percebi que os pacientes sondavam primeiro o grau de confiança que o morador tinha em mim, o meu tempo de moradia por aqui, e só depois se dispunham a falar de seus problemas, de forma muito mais detalhada do que as outras. Tudo isso me mostrou que o fato de estar aqui há mais de ano e meio, tendo feito amizade com algumas pessoas e tendo atendido algumas como médica (aparentemente com acertos), é que me habilitou como pesquisadora. Se houvesse tentado iniciar esta pesquisa há mais tempo, provavelmente encontraria pouca cooperação. Uma paciente diz:

Isso que estou te contando é segredo, nem minhas irmãs, nem essa com quem moro, sabe disso [tentativa de suicídio e sobre seus complexos em relação ao fato de permanecer virgem com 51 anos], eu não contei nem para médico, para aquela médica que eu disse que era muito boazinha, eu não contei tudo, né? Só estou contando para ti porque a gente é amiga há muito tempo [eu nem me atreveria a me classificar como amiga, e sim como uma conhecida há tempos], tu és uma médica e estás fazendo uma pesquisa que vem a ser muito boa para os doentes, né? Senão eu não falava nada, que é segredo meu, não interessa sai falando por aí. (paciente).

Abandonei, portanto, a enquete sem vacilar, antes que ela me fizesse perder muito tempo e passei a uma estratégia mais antropológica, recorrendo às pessoas que eu já conhecia, em especial a uma que trabalhava no Centro de Saúde local. Por intermédio delas, passei então a fazer contato com as pacientes.

Mas não só a pesquisadora ficou pendente dessa fluidez de papéis, o tema em si também permitiu um certo trânsito. Ainda fundada na tradição herdada da Biologia, com suas tendências universalistas e essencialistas, poderia passar a abordá-lo, e às vezes o fiz, do

³⁵ Esses problemas já haviam sido apontado pela Prof^a Jean Langdon, orientadora do projeto, e pela Prof^a Miriam Pillar Grossi, na banca de qualificação do mesmo, quando ambas insistiram que partir de redes seria provavelmente mais adequado; a responsabilidade de insistir na enquete foi, portanto, minha.

ponto de vista dos mecanismos neuroendócrinos envolvidos que explicam a rica e variada sintomatologia dos casos de *nervos*. Depois, abrindo espaço para a antropóloga, admiti um certo *matiz* dado pelas peculiaridades do contexto cultural. Mas outra possibilidade, a que dominou o trabalho, foi a de dar vez e voz às sofredoras dos *nervos*, deixar, parodiando Barthes, que *isso*, que a própria *cena* falasse³⁶. E é através delas que tento reunir os fragmentos teóricos que possam ajudar a encontrar o seu próprio sentido. Ouvindo-as, em suas trajetórias rememorei a da Medicina. Suas via-crúcis me abriram portas de consultórios, e foi com seus ouvidos que ouvi a palavra dos médicos (e, num inusitado eco, a minha própria), ditas nesse diálogo de surdos³⁷ em que freqüentemente se transforma a relação médico-paciente. Suas receitas *azuis* me levaram a uma rede de tráfico de medicamentos psicotrópicos, muleta, arma e talismã de muitos infelizes. Suas lágrimas evocaram algumas que já verti, e me advertiram para não esquecer que é de gente que a Medicina trata.

Em alguns momentos eu é que fui interrogada, questionada, sondada. Minha confiabilidade como médica, como vizinha, como amiga constantemente estiveram à prova. Já da antropóloga, só eu tinha notícias. O passaporte foi mesmo a chancela do diploma médico com um referendun das amigadas. E abrir minha história de vida foi uma das táticas mais freqüentes em campo, porque expondo-me eu provocava a exposição daquelas que eu queria ouvir.

Sujeito/objeto, paciente/informante/médica/antropóloga, onde será que a cada momento eu me situei? Confidente, às vezes confiava meus próprios dramas pessoais, minhas crenças. Por vezes inquiria, mas com freqüência era inquirida, como médica, como mulher. Ora eu era pesquisadora ora objeto de pesquisa: *já te aconteceu isso? como tu fazes se te dá*

³⁶ Alusão à cena comentada por Barthes em seu *Fragmentos de um discurso amoroso*.

uma coisa assim? o que tu achas dos filhos fazerem isso? , e por aí fora.

Terei pesquisado ou partilhado experiências? Importa responder?

Por vezes senti a tentação de pesquisar alguma coisa mais distante do campo médico e da minha condição feminina ou emocional. Não raro, dor de cabeça ou de estômago ou tristeza interrompiam a transcrição de fitas ou a análise das entrevistas. Alguns desses momentos quase me puseram na rota de um **diazepamzinho**³⁸. Enfim, acho que foram riscos inerentes ao *olhar por dentro*, tão dentro que, em adição ao olhar da médica e da antropóloga, lancei os olhares de uma mulher e, mais do que isso, me debrucei sobre meu próprio interior, enquanto uma delas, *nervosa* também, às vezes. Sobre esse trabalho, a médica diz: *recolhi relatos patobiográficos*; a antropóloga: *mediante narrativas de doença...* ; a mulher (de meia idade, vejam só!) fala de diálogos carregados de tensão, emoções a custo dominadas, às vezes expressas, no qual se reviveram e se compartilharam experiências, trocaram-se informações. Assim, as ambigüidades assinaladas, cuja proeminência se tornou manifesta durante a pesquisa, longe de constituírem empecilho foram, isso sim, facilitadoras da investigação. O trânsito transdisciplinar, no vai-e-vem da Medicina para a Antropologia, e vice-versa, facilitou a compreensão do processo saúde/doença, por ampliar as variáveis consideradas para a sua análise.

³⁷ O ANEXO 06 traz a transcrição da narrativa de uma paciente, que ilustra bem esse tipo de diálogo, onde um fala uma coisa e o outro não ouve o que foi dito e sim outra coisa, como se fossem dois surdos que tentassem em vão conversar.

³⁸ Referência ao Diazepam® (Laboratórios Cristália, Vital Brasil, e Novaquímica), um dos ansiolíticos benzodiazepínicos de uso mais comum entre as nervosas.

O ESPAÇO DA PESQUISA: A ILHA DA MAGIA

A Ilha de Santa Catarina, que abriga Florianópolis³⁹, a capital do Estado de Santa Catarina, espaço de grande beleza natural, anuncia-se ao visitante como a **Ilha da magia** e, de fato, o imaginário de seus habitantes parece mesmo ser povoado por muitos sortilégios e encantamentos (cf. Maluf, 1989).

Povoada originalmente por índios da família tupi-guarani, foi colonizada, no século XVIII, por portugueses e açorianos, cuja vinda destinava-se a ocupar os espaços vazios e marcar os territórios que os portugueses temiam perder para os espanhóis. Os primeiros chegaram ao Desterro (na Ilha de Santa Catarina) em 1748- 1756. Aqui organizaram-se em pequenas propriedades agrícolas (cf. Caruso, 1994, p.16; Santos, 1995).

Em geral, é aos descendentes dos açorianos que se aplica hoje o epíteto de **nativo** ou **mané**⁴⁰. Assim os considereirei no âmbito deste trabalho, contrapondo-os aos migrantes gaúchos, catarinenses de outras regiões do Estado, paulistas, paranaenses e mesmo argentinos e uruguaiois, que *invadiram*⁴¹ a Ilha, notadamente de uma década para cá.

Nativos ainda predominam em algumas comunidades como Pântano do Sul, Armação, Freguesia do Ribeirão da Ilha, Alto Ribeirão, Caieiras da Barra do Sul, Canto e Costa da Lagoa (da Conceição). Presentes, mas sem predominância em todas as outras, como no Campeche, vão sendo espremidos, confrontados, assimilados ou confundidos em meio aos

³⁹ A denominação original da cidade, fundada em 1673, era Nossa Senhora do Desterro. Recebeu o nome Florianópolis (hoje motivo de controvérsia) em homenagem ao marechal Floriano Peixoto, em 1º de outubro de 1894 (cf. Santos, 1995, p.92 e CECCA/FEMA, 1996, p.42).

⁴⁰ Mané da ilha, denominação atribuída aos nativos da Ilha àquele que conhece os códigos e modos do lugar, que conhece principalmente a fala daqui (cf. Rial, 1994, p.15).

⁴¹ É freqüente nas conversas com nativos que eles se refiram à chegada desses migrantes como uma invasão da Ilha.

forasteiros, dando a essas localidades a conformação de mosaicos culturais, e possibilitando a assunção de novos *padrões não mais açorianos*, como diz um de meus informantes (ele próprio um médico curitibano que se estabeleceu aqui há muitos anos). Aquelas primeiras comunidades citadas manteriam ainda mais da cultura original do que dessa mistura de padrões.

Nessas comunidades nativas, os papéis e os espaços masculinos e femininos são ainda muito claramente delimitados, e tal arranjo se reflete também nos fatos ligados à saúde e à doença e na sua organização.

No imaginário coletivo dessas comunidades persistem figuras como bruxas, embruchamentos e força do vento sul, como agente etiológico, para alguns males ou estados de agitação nas crianças, como freqüentemente advertiam as minhas vizinhas e como tem sido registrado por Cartana (1988), Maluf (1989) e Cascaes (1992), entre outros.

O CAMPECHE

Originalmente uma colônia de pescadores, isolada do Centro de Florianópolis e localizada na face Leste e ao sul da Ilha de Santa Catarina, o Campeche é formado pelas comunidades de Pontal (a região em frente à Ilha do Campeche), Mato de Dentro e Campinas (próximas à Igreja de São Sebastião da Praia) (Dias, 1994). A grande extensão de praia⁴², margeada por dunas, a pequena ilha fronteiriça à mesma e uma topografia marcada por morros e colinas, de delicados perfis, conferem-lhe uma beleza que o fazem merecedor da qualificação de *paraíso* com que alguns nativos e, sobretudo, forasteiros o agraciam. O

documento mais antigo onde aparece já com esse nome é o Mapa Topográfico de Parte da Província de Santa Catarina, de 1872, que mostra a ilha do Campeche (fronteira à localidade) ao lado da Ilha de Santa Catarina. O nome, provavelmente, decorre do achado pelos espanhóis, em 1777, da árvore *Haematoxylon campechianum*, ou pau-brasil de má qualidade, em grande quantidade na Ilha de Nossa Senhora do Desterro (Junks, 1995, p. 101). (Vide Figura 1)

Seu isolamento começou a ser rompido antes da Segunda Guerra Mundial pela presença da Aviação Francesa⁴³, que utilizava seus descampados e a Lagoa do Peri, que lhe fica próxima, para aterrissagem de seus aviões do Correio Sul. Após aquela guerra, quando então esse contato externo se interrompeu, aos poucos, segundo o relato de alguns moradores, o Campeche foi sendo mais e mais integrado à vida da Capital, pela abertura de estradas e a progressão das linhas de ônibus, que inicialmente deixavam os seus moradores no Saco dos Limões e, posteriormente, no Rio Tavares, ainda com um longo trecho a percorrer a pé. Na década de 50 é que começaram as linhas regulares, que hoje vão até a Igreja de São Sebastião da Praia, no Mato de Dentro.

Hoje em dia, o Campeche se vê *invadido*, como dizem os nativos, por forasteiros que, por um lado, pertencem a camadas médias, em boa parte professores e intelectuais, que aqui têm a possibilidade de achar terrenos e casas ainda a preços mais baixos do que em outras praias; e, por outro, por pobres e miseráveis, expulsos do campo, que compõem uma favela, nas *Areias*, que hoje, segundo informação verbal do Centro de Saúde local, tem perto de 200

⁴² A Prefeitura Municipal informa, em uma placa à sua chegada, que a praia tem 5,8 km de extensão.

⁴³ Esse fato histórico acrescenta ao imaginário local a probabilidade controversa de que o escritor francês, Saint- Exupéry, à época piloto de aviões, tenha feito pousos e paragens na localidade, havendo mesmo nativos que se dedicam à preservação de sua memória. Essa também é a justificativa para que a principal via de acesso ao Campeche tenha recebido a denominação de **Pequeno Príncipe**, título da obra mais famosa desse autor. Mas, os franceses voadores ensejaram outras possibilidades oníricas para os moradores: recentemente, uma escola de samba relembrou um desses casos num samba-enredo, onde conta a história de Zé Maia, que, à moda de Ícaro, construiu asas e tentou voar (ANEXO 07).

famílias.

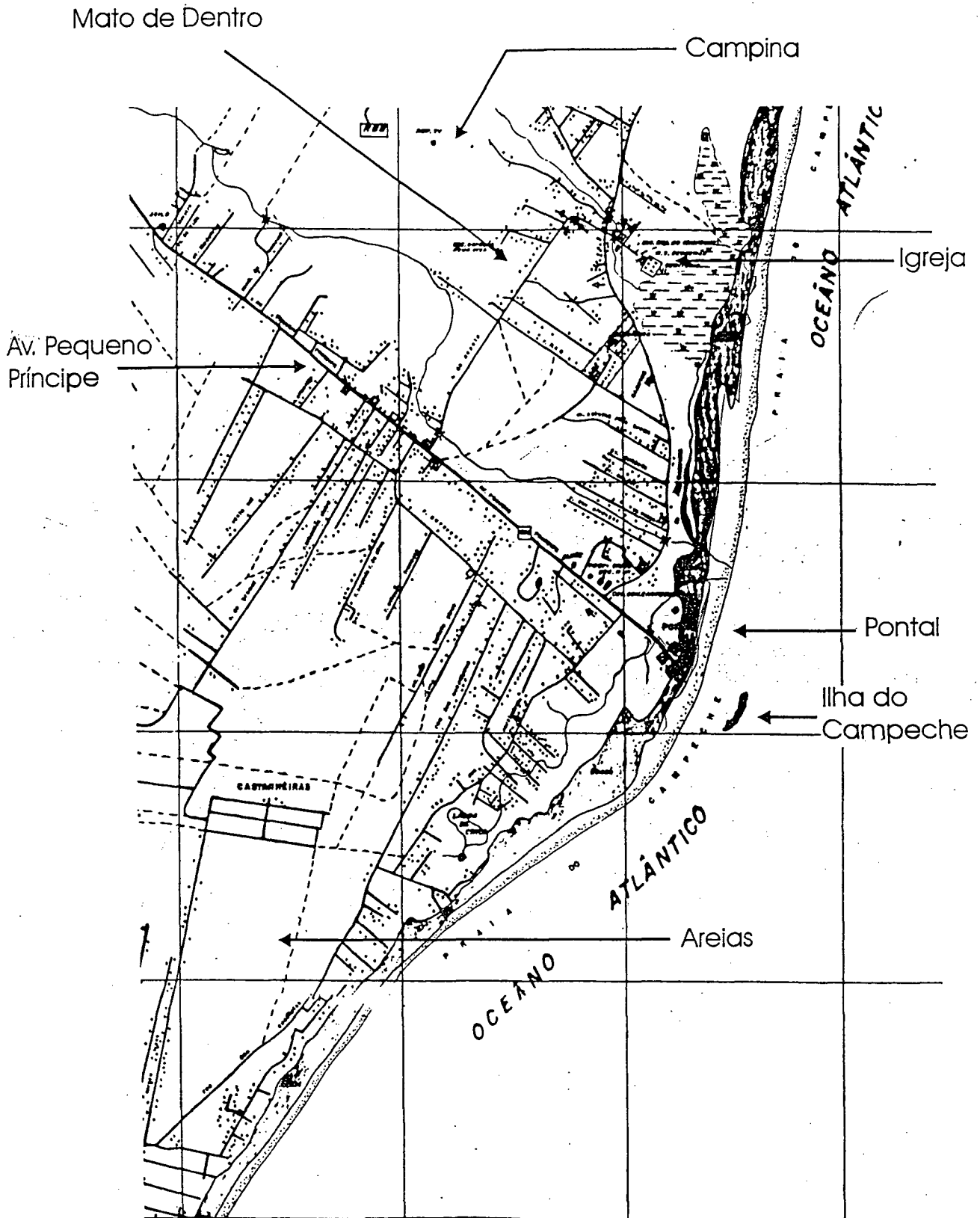


Figura 1 - Mapa do Campeche
Adaptado de DIAS, 1994.

Segundo os dados do Censo Demográfico do IBGE, de 1991, tem 4.511 moradores, dos quais 79,8% são alfabetizados e ocupam 1.188 domicílios, sendo que, à época da coleta desses dados, 89 % destes eram próprios e, embora hajam famílias numerosas, 85% abrigavam no máximo 05 pessoas por domicílio.

Estimativa de vários dos seus próprios moradores situa em 40% a proporção de nativos entre a população local; já Dias (1996), que realizou pesquisa sobre o espaço no Campeche, informa verbalmente estimar em 20% a 30 % o percentual de nativos entre os moradores. O que, confrontado com minha observação, parece se aproximar mais da realidade.

Até poucos anos atrás, o Campeche era uma localidade voltada à agricultura e à pesca de subsistência, sendo que da primeira derivava a atividade dos engenhos de farinha de mandioca, agora residual por aqui. Hoje, segundo um de seus moradores, os nativos *são todos funcionários públicos que pescam para manter a tradição*, fato esse corroborado pela pesquisa, quando tive oportunidade de comprovar a elevada frequência, entre eles, de policiais militares e outros servidores públicos, na ativa ou aposentados.

Minha própria observação como moradora mostra a persistência de um comportamento machista, tanto de homens como de mulheres, na divisão de espaços entre masculino e feminino e, ainda, às vezes, no das crianças. Por exemplo, raramente se vêem mulheres nativas na praia⁴⁴, e mesmo as crianças - seus filhos- vão menos lá do que os progenitores do sexo masculino. Nas dunas, crianças, principalmente os meninos, brincam com frequência. Ali também se vêem forasteiros, porém, mulheres e adolescentes nativas, nem pensar. Se o fazem são logo alvo de comentários. Se dizem que uma adolescente *anda pelas dunas* significa dizer que ela provavelmente está tendo relações sexuais com alguém por lá, ou seja,

⁴⁴ O que reforça a divisão dos espaços masculinos e femininos ligados ao trabalho, pois para o nativo a praia é espaço de trabalho.

fica logo *mal falada*.

As mulheres, via de regra, só entram na panificadora e no mercado. Nestes, permanecem o tempo necessário para as compras, não se detendo para lanches, por exemplo.

Nos bares, e em alguns - como observou um colega também antropólogo, são meio exclusivos dos *manés* - quase não se vêem mulheres: *nunca, desde solteira, eu nunca fui num bar, porque eu acho feio, muito feio mesmo, uma mulher ir num bar!* (paciente). As raríssimas que o fazem, em geral são das gerações mais novas, adolescentes, que muitos apontam como ligadas às drogas, ou então são francamente alcoólatras, como duas nativas bastante conhecidas da comunidade. Essas circulam ainda por todos os lugares tradicionalmente masculinos: a praia, os bares, o ponto do ônibus como local de papo, etc. E são bastante discriminadas e mesmo recriminadas por isso, principalmente pelas outras mulheres.

Homem conversa com homem, mulher com mulher, não tem? Essa foi a advertência recebida por mim certa vez no posto telefônico local.

O filho mais novo de uma família, tem 7 anos e um dia, lamentava-se por ter de lavar a louça sozinho. Ao ser perguntado porque ele não pedia ajuda aos irmãos mais velhos (com 15, 13 e 9 anos de idade) respondeu: *eles não! eles não podem fazer serviço de casa! porque eles já são homem, ora! Só eu tenho que ajudar lá em casa porque os outros [irmãos] já tão homem, né? já não podem mais fazer serviço de mulher!* Os homens nativos só fazem algum trabalho doméstico, como a comida, por exemplo, quando estão de folga e a mulher fora, por causa do emprego ou por alguma razão mais relevante, como acompanhar alguém ao médico. Fora isso, só eventualmente ajudam a fazer churrasco ou preparar um peixe no barraco na praia, que esses são serviços de homem. As mulheres não manejam a churrasqueira nem vão ao barraco de pesca, e a elas compete apenas o fogão de casa. Observei algumas festas

exclusivamente masculinas e nas quais a mulher do dono da casa apenas aparece para servir à mesa, e no mais do tempo fica no interior de sua casa.

Alguns fatos presenciados na localidade, como uma querela entre duas mulheres, ilustram bem a sujeição das mulheres a seus companheiros: duas delas, uma nativa do Campeche e a outra do Centro da Ilha, discutem por um motivo qualquer e ficam sem se falar alguns dias, após o que a nativa daqui foi se desculpar com o marido da outra e não com a mulher com quem havia brigado. É corriqueiro que a mulher tenha de pedir autorização para sair de casa, até mesmo para ir à casa de sua própria mãe, o que, às vezes, é negado sem qualquer justificativa, e a negativa é acolhida e obedecida pela mulher sem oposição. Embora seja comum que o marido entregue o seu salário para a mulher, para que ela efetue os gastos da casa, ela não compra coisa alguma que fuja das aquisições imprescindíveis para a casa e os filhos, nem roupas íntimas para si ou para suas filhas, sem *pedir* para o marido. Quer dizer, o dinheiro é repassado, mas a sua administração, não. Uma das pacientes, contrastando sua vida com a das outras mulheres e com a sua própria antes de adoecer, diz:

... minha cunhada tem inveja de mim, porque que eu, hoje em dia, tenho um pai-marido, que me deixa fazer tudo que eu quero: se eu quero comprar uma coisa eu compro, não preciso pedir para ele, a minha cunhada não, se ela quer comprar uma coisa, ela não pode, ela tem que perguntar pro marido primeiro se pode, se ele disser não ela não compra nem que seja uma coisa de precisão para ela ou para os filhos, pra casa para tudo, né. Eu não, não preciso pedir nada, faço o que quero, até sair, se eu quero sair eu saio, depois só conto para ele aonde eu fui (paciente).

No Campeche, bem como em algumas outras comunidades da Ilha, persistem algumas atividades tradicionais, como os engenhos de farinha de mandioca, a renda de bilro, o crivo. Tive oportunidade de participar de uma feitura de farinha, num engenho pertencente a uma família nativa daqui. Há funções claramente delimitadas para os homens e para as mulheres: eles arrancam a mandioca na plantação, carregam os cestos pesados; as mulheres e as crianças (especialmente as meninas) raspam a casca da mandioca; já o ralador mecânico é acionado pelos homens, que também providenciam a lenha e o fogo para o forno, embora torrar a

farinha e fazer os beijos seja tarefa feminina e, como me explicaram, compete em geral às mais velhas, porque demanda experiência e muita paciência.

Encontrei, entre as nativas, algumas rendeiras e bordadeiras de crivo, todas com mais de 40 anos, que contaram, desanimadas:

As novas já não querem saber disso, não acham mais que uma mulher precise saber essas coisas, no meu tempo não, uma moça mesmo que tivesse que fazer serviço pesado, tinha obrigação de aprender o que uma mulher precisa aprender, vamos supor aprender a costurar, fazer uma renda... certas coisas que a mulher precisa aprender (paciente).

Há na localidade duas igrejas: uma Católica, devotada a São Sebastião, que data do século XVIII, junto à qual fica o cemitério local; e outra, bem recente, Batista. A primeira detém ainda o maior número de adeptos e realiza duas grandes festas no ano: uma em janeiro, em homenagem a seu padroeiro, e outra em junho, dedicada ao Divino Espírito Santo. Ambas mobilizam a comunidade e se constituem em momentos de grande conagração, a começar pelos seus preparativos.

O casamento e a família, legalmente organizada, são ainda muito valorizados, havendo códigos visíveis que se aplicam aos nativos, percebendo-se que aos forasteiros é justificada a transgressão de algumas regras. Uma informante, comentando o caso de uma mulher que tivera um caso com um homem casado, disse⁴⁵:

[...] ficou muito feio porque ela é daqui, se fosse de fora tudo bem, a gente até entendia, né... mas não, ela era daqui mesmo, não podia fazer uma coisas dessas ...ela que fosse para os bailes, tudo bem, está separada mesmo, que fosse para os bailão mas fosse lá pro Saco dos Limões ou no centro, aqui não!

⁴⁵ Junks (1995, p. 85) a propósito de uma mulher que na década de 40 voou com os franceses, coisa à época reservada aos homens no entendimento nativo, que é o caso ilustrativo dessa aplicação discriminatória dos códigos locais, comenta: A esposa de Ville, por sua vez, não é motivo para comentários no local porque é de outro grupo cultural, pouco conhecido. Diferente de Maria, que possui identidade local, que logo é chamada de louca, pois deveria responder aos códigos normalizadores de sua comunidade, que seria a sua identidade generalizadora.

Pais ainda continuam dispostos a pôr para fora de casa as filhas, caso engravidem fora do casamento, e a controlar o namoro delas. Já as mães são mais condescendentes e parecem aceitar melhor as mudanças de costumes:

[...] o meu marido ainda é assim daqueles tempo de não vai, não quero, é o que eu quero e não o que tu queres, então eu acho que não deve sê assim. Eu digo para ele: deixa home, deixa. Tu vê o que nós tamos passando co'as nossa filha, as nossas mãe também passaram, então eu digo: não vai deixar a céu aberto, a liberdade mas se ela tem um namoradinho, deixa, vamos vê se vai dá certo, mas ele não... se ele olha para cara do rapaz, se já não vai com ele, ele não... aí essa minha mas velha fugiu de tanto ele negar, que não, que não, então ela foi morar com o rapaz... (paciente).

O pai não aceitava filha solteira grávida ... porque o cara enrolou muito ela ... então ela fez greve de fome, se trancava no quarto, no começo ela escondeu que tava assim, mas eu logo percebi [...] o pai quis pôr ela para fora de casa, eu não deixei, onde já se viu filha minha amargando na rua? (mãe de uma paciente).

Até o processo de construção urbana deixa ver certas características derivadas da organização familiar, pois o parentesco parece ser um princípio organizador aqui no Campeche: os filhos vão se casando e construindo suas casas à volta da casa paterna, ocupando os espaços antes destinados à agricultura de subsistência. Tanto quanto pude observar, são os filhos homens que mais constróem no terreno familiar. Com a proliferação das construções, as ruas vão se abrindo para *abrir passagem* aos novos moradores, o que é feito por meio de *servidões de passagem*, a maioria verdadeiros becos sem saída, ruelas estreitas que vão transformando o Campeche num mal desenhado labirinto.

AVANÇOS E RECUOS: ESTRATÉGIAS EM CAMPO

Apresentadas as particularidades de campo como experiência pessoal e profissional, passo às estratégias metodológicas propriamente ditas, o que exige a explicitação dos objetivos da pesquisa. O principal era conhecer as representações locais de *nervos* e de

nervoso; a ele seguiam-se objetivos mais específicos: identificar casos de *nervos* ou de *nervoso* entre os moradores do Campeche; entender a causalidade sociocultural envolvida na construção de *nervos*; verificar, da perspectiva dos *doentes*, como tem sido o atendimento médico para os casos de *nervos* no Centro de Saúde da localidade.

Realizei, na fase preliminar ao Projeto, uma pré-pesquisa, conversando com minha vizinhança sobre o tema. Percorri algumas localidades nas quais presumivelmente havia predominância da população nativa da Ilha, e em dois centros de saúde entrevistei informalmente os médicos que ali trabalhavam. As informações, em certa medida díspares, mostraram logo o óbvio: diferenças de sensibilidade entre um e outro para com problemas considerados *não-médicos*, como é o caso do *nervoso*, freqüentemente encarado pelos profissionais como de somenos importância.

Resumindo as principais informações colhidas, então, começo com as daquele que demonstrou que vem se preocupando com esse tipo de problema: ele foi logo me perguntando se eu sabia o que é *nervo* no vocabulário ilhéu tradicional. Explicou que o termo, além de se referir aos nervos propriamente ditos (ou seja, ao uso apropriado do ponto de vista anatomofisiológico) e aos estados de nervosismo em geral, indica também o órgão sexual masculino. Disse que, na sua estimativa pessoal - e invocou o fato de haver trabalhado em muitos centros de saúde por toda a Ilha -, um terço de todas as consultas se dão por problemas de nervos, sejam eles a causa direta ou indireta da procura de atenção. E que o volume de mulheres, acima dos 35 anos, que ingere calmantes, do tipo benzodiazepínico, gira em torno de 25% delas. Ele fala da *pensão* (preocupação) de que as mulheres, freqüentemente, se queixam e que estaria na origem do *nervo*. Classifica-a como uma categoria de preocupações tipicamente açoriana, que teria se originado, no seu entendimento, da apreensão com os companheiros embarcados e da sua longa permanência no mar (o que já não é mais tão

freqüente hoje em dia) e que, ao longo do tempo, se firmou como uma forma de expressar as preocupações cotidianas que dizem respeito à relação conjugal. Destaca, ainda, o fato de ser um problema das mulheres, pois os homens, no mesmo ambiente que elas e vivendo a situação complementar, não experimentam *pensão* alguma.

Já o outro médico entrevistado, embora tido como um estudioso da cultura local, não revelou muita preocupação com o tema. Disse que em sua estimativa o nervoso não chegaria a 10% da demanda de consultas em geral, na área de atuação do Centro de Saúde onde atua, e que estaria diretamente ligado a pessoas velhas, notadamente mulheres, com problemas médicos mais graves: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, câncer. Nas raras - segundo ele - ocorrências entre mulheres mais jovens, estaria correlacionado ao fato de trabalharem fora. Também disse que entre as pessoas mais velhas observa um aumento do *nervoso* provocado pela constante presença das doenças *novas* na mídia televisiva: AIDS, viroses misteriosas e fatais como o Ébola, ou novas formas de câncer, e que entre os mais jovens isso não motiva preocupação. Notei ambigüidade em sua fala mediante uma contradição: disse inicialmente que sua estimativa do número de casos se aproximava de 10%, porém, ao final da conversa, insistiu que eu fosse verificar outras localidades, pois ali *ele só tinha 2 ou 3 casos*, e não se pode pensar que um Centro de Saúde tenha apenas 20 ou 30 pacientes cadastrados no total de seus atendimentos. Assim, percebi que, na verdade, havia ou uma falta de sensibilidade para o problema, ou um desejo que a pesquisa não se efetivasse por ali. Outra afirmação sua, categórica e contraditória, foi sobre a prescrição médica, pois criticou os seus colegas médicos por prescreverem calmantes demais, mas, ao mesmo tempo, informou receitar um produto considerado *não-ético*⁴⁶ em seu lugar, mas que, segundo ele, faria menos

⁴⁶ Os médicos utilizam o termo ético para se referir a medicamentos cujo uso está condicionado à prescrição médica e a venda não é livre, diferindo daqueles de venda livre nas farmácias ou até em outros estabelecimentos, como é o caso do produto recomendado por ele, Maracujina ®.

mal do que os outros. Ou seja, adotava a mesma postura medicalizante para o problema.

Ao sul da Ilha, em outra localidade, conversei com um morador antigo, que conhece todos os outros moradores e sabe tanto de seus costumes quanto de seus achaques. Recebeu-me com muita simpatia e curiosidade, logo querendo saber o tema da pesquisa. Cedendo a suas interrogações, disse-lhe que era sobre o *nervoso das mulheres* e ele, desconsiderando totalmente a última informação, já foi me atalhando e dizendo: *Ah! Muito bom! eu mesmo tenho um filho, o mais velho, que sofre do nervoso e tem um amigo meu que também o filho é nervoso.* Depois, sugeriu outras pessoas com quem eu deveria falar, entre elas sua própria esposa que, ao ser informada dos meus propósitos, foi falando logo sobre seu *próprio nervoso: fico com nelvo, que não consigo falar, quando me incomodo, é só deitar que parece que ele está lá, guardado em baixo do travesseiro... é por causa dele* [aponta o marido e acrescenta, baixinho] *da bebida dele que fico assim...* Segue-se uma pequena alteração entre eles sobre o fato, interrompida porque me constrange e, certamente, à senhora também a presença de outras pessoas. Mas antes da interrupção sou brindada com uma etiologia para o nervoso do filho mais velho dada pelo pai: *ele se criou com leite de cabra, sabes? e os mais velhos, meu pai, meu avô, diziam que dar leite de cabra para criança não prestava, que deixava nervoso, mas a gente não quis ouvir, agora tá, brabo, nervoso, que fazer, né!*

No Campeche, uma nativa afirmou:

É problemas das mulheres mais velhas, como a minha mãe, agora ela já não tem mais, está velha, né? Já não tem mais preocupação com o meu pai, ele já se acomodou, sabes: coisa de mulher, bebida e tal. Hoje em dia os homens já não são brutos com as mulheres. Eu, felizmente não tenho esse problema... (informante).

Foi este o diálogo que me lembrou das advertências de Malinowski (1978, p.29), sobre a diferença entre o que as pessoas dizem e o que fazem, porque eu mesma já a observei em plena *crise nervosa*, causada pela presunção da infidelidade de seu marido. Tal fato firmou também minha inclinação por desenvolver o trabalho de campo no Campeche, por ser este o

local de minha moradia à época da pesquisa, o que me favorecia na validação das informações colhidas, por permitir o cruzamento entre várias fontes, a observação direta e a comprovação se o que me diziam era de fato o que faziam. Ela ainda citou alguns casos conhecidos e atuais de *nervo*, e insinuou que seja um problema das mulheres, ligado à conjugalidade e, nesta, em particular à sexualidade, e que o *nervoso* seria comum a ambos os sexos e sem essa correlação. Algo assim do tipo: a falta do nervo (da relação sexual satisfatória, reduzida à menção do pênis pela metáfora ilhoa do nervo) é que dá o *nervo* na mulher, *o nervoso, esse qualquer um pode ter*.

~~A medida que conversei com outras mulheres e homens, a relevância do tema foi se firmando, e mais, as conversas com os moradores foram mostrando que eles mesmos achavam bom que se estudasse *nervos* aqui, principalmente porque vinham enfrentando problemas no atendimento dos casos no Centro de Saúde local e nos outros serviços de assistência médica da cidade.~~

As informações dadas por conhecidos meus, moradores permanentes do bairro, corroboradas pelas de funcionários do Centro de Saúde e pelas do dono da farmácia local, logo me apontaram 11 mulheres bem conhecidas na comunidade como *nervosas*, ou melhor, como casos atuais de *nervos*, ao passo que a enquete havia me mostrado só 2 delas: um caso atual e outro de uma que havia sofrido dos *nervos* e hoje não sofre mais. As mesmas fontes apontaram, insistentemente, apenas três homens como sofrendores dos *nervos*: um, alcoolista e, ao que parece, psicótico, com várias passagens pela *colônia*⁴⁷ e impossível de ser entrevistado na opinião dos meus informantes; o segundo, um policial sofrendor de Psicose Maníaco-depressiva, com história de várias internações psiquiátricas e uma tentativa de suicídio (entrevistado uma vez); e o terceiro, que parece ser um caso que se aproxima mais das

características dos casos femininos, com quem conversei apenas uma vez, rapidamente, na praia e tive mais algumas informações por meio de uma cunhada sua.

Quanto aos homens, fui informada de que há aqueles que são *nervosos* mas não sofrem dos *nervos*, ou seja, são de caráter mais agressivo, ficam bravos por qualquer coisa, mas não demandam tratamento. É comum a opinião de que essas características são apropriadas para eles, o mesmo não ocorrendo com as mulheres, de quem se espera um comportamento mais dócil e cordato, sem grandes explosões.

A literatura antropológica e psiquiátrica registra várias tentativas de definir critérios diagnósticos para *nervos* e, principalmente, - no caso da última - fazer o diagnóstico diferencial com as doenças psiquiátricas propriamente ditas (*e.g.* Oquendo e cols. 1992). A listagem de sinais e sintomas associados ao nervoso, que apresentei no ANEXO 02, é resultado de minha própria experiência clínica, um produto biomédico, portanto, mas que coincide com as várias descrições encontradas na imprensa. Dos sintomas, importa ressaltar a possibilidade quase inesgotável de associações possíveis, o que lhes confere um caráter caleidoscópico e, por vezes, de difícil abordagem diagnóstica. Justifica-se, portanto, a preocupação presente nas referências bibliográficas com esse item e permite-se a compreensão das dificuldades de natureza mais técnica, enfrentadas pelos médicos, além daquelas decorrentes de tratar dos fatos sociais e das esferas do afeto, áreas para as quais, em geral, são muito mal preparados.

Tendo sempre presentes as dificuldades clínicas do diagnóstico e optando pela descoberta de casos por meio de redes sociais⁴⁸, fiquei, de certa forma, livre desse embaraço, pois a condição para ser incluída como caso foi ser reconhecida na comunidade como pessoa

⁴⁷ Colônia Santana, um hospital psiquiátrico da região.

⁴⁸ Por rede social entendo as pessoas ou instituições com as quais o indivíduo interage e nas quais encontra apoio.

que *sofre dos nervos*, critério esse que se mostrou tão variado quanto os apontados na literatura e na minha experiência. Assim, vi casos que, do ponto de vista médico, eu poderia tranqüilamente catalogar como uma depressão clinicamente definida, até aqueles que seriam dados como conversão histérica, passando por quadros mais ou menos intensos entre esses pólos.

Na busca de validar as informações obtidas em campo, realizei ainda duas entrevistas coletivas em reuniões do Grupo de Mulheres do Campeche⁴⁹, solicitando às presentes que falassem sobre os *nervos*, de forma impessoal, sem citar casos específicos. Mas, qual o quê!, a conversa foi monopolizada por três delas, que relataram ter sido *nervosas* e quiseram logo contar como foram os seus padecimentos. Assim, a entrevista que eu pretendia de uma forma acabou de outra, por imposição do próprio grupo. Mas não se perdeu de todo o propósito inicial: a conversa em meio a elas permitiu que todas as presentes interferissem e referenciassem, tanto as entrevistas do momento como os conceitos que eu trazia das narrativas anteriores. Só que demandou mais tempo do que eu previra e me impôs ouvir mais histórias de *nervos*, numa fase em que eu já estava ficando meio saturada delas, provavelmente por me provocarem emocionalmente de uma maneira muito intensa e, menos, por uma certa repetição que casos de mesma natureza trazem implicitamente no seu desenvolvimento.

O registro de todas as entrevistas foi feito mediante anotações ou gravações consentidas pelas pacientes, ou, em um caso, por apontamentos após a conversa, porque o constrangimento da entrevistada era tão evidente que a prudência desaconselhou outro recurso.

⁴⁹ O Grupo de Mulheres é uma organização que se reúne semanalmente, congregando mulheres de várias idades, para troca de experiências e de informações e a realização de trabalhos manuais, cuja venda redonda em recursos para atividades sociais do grupo, tais como passeios.

Conversas informais e observações casuais da vida do bairro também foram registradas por escrito, logo após terem acontecido, o que se deu em todos os momentos possíveis: conversas de vizinhança, festas e visitas sociais, compras, consultas médicas, participação em atividades coletivas, como a feitura de farinha ou reuniões numa escola local e no grupo de mulheres, procurando sempre me entrosar ao máximo e participar na qualidade de moradora local.

As entrevistas foram feitas na casa das pacientes, porém, duas delas quiseram vir à minha casa, onde ficariam mais à vontade para falar. Outra, sequer se importou em ser entrevistada no local de trabalho.

Nessa fase, ficou evidente um processo de sedução, que comportou aproximações e recuos, que eu taxo de estratégicos⁵⁰: agendas descumpridas pelas pacientes, novas marcações, esperas, buscas, afastamentos... abordagens indiretas....

Quanto à minha identidade, percebia que nesse ínterim havia uma busca de confirmação (por aquelas que ainda não me conheciam) dos vários papéis que me credenciariam: era mesmo médica, mas como, se **não trabalhava** em nenhum hospital, centro de saúde, etc? Quem eu já havia tratado? Tivera sucesso no tratamento? Era mesmo inquilina e amiga de quem eu dizia ser? Afinal, era ou não uma **especialista em nervos**, senão, por que estava interessada nisso? Perguntas cujas respostas nem sempre eram plenamente satisfeitas, mas que foram atendidas de alguma forma e, aos poucos, abriram as portas para a pesquisadora.

Interessante, porém, que todas, até as que vacilaram várias vezes em dar a entrevista, começavam com preâmbulos mais ou menos assim: *é... eu sofro muito, mas nem sei o que*

⁵⁰ Estratégia tanto para mim, que não queria forçá-las, quanto para as pacientes, que completavam a checagem a meu respeito ou passavam ainda pelo processo de sedução simplesmente.

dizer... não gosto de ficar falando sobre isso... vá perguntando que eu respondo, senão nem sei o que dizer... não tenho o que falar disso... Uma pequena provocação, do tipo: fale da última crise... ou, conte da primeira vez que você teve problemas..., e aí era difícil interromper a entrevista ou fazer alguma pergunta ...

A entrevista, que em alguns casos foi repetida mais de uma vez, não obedeceu a roteiro fixo, pois tratando-se de assunto estreitamente ligado à intimidade das pacientes e suas famílias, fazia-se necessário primeiro captar-lhes a confiança e, segundo, deixar fluir o assunto, pois as interferências, embora necessárias por vezes, inibiam mais do que ajudavam. Assim, elas eram apenas provocadas a falar sobre o problema dos nervos. Nos casos em que se mostraram reticentes para iniciar, foram solicitadas a fazê-lo começando pelo relato da última crise, depois foram estimuladas a contar da primeira e a opinar sobre a causalidade, sempre que isso não foi referido espontaneamente, o que aconteceu em quase todos os casos. Como era de se esperar, nessa forma de conduzir a entrevista, as narrativas foram prolixas e nunca se ativeram ao plano que se poderia dizer médico do relato. Ao contrário, envolveram todos os aspectos da vida das pacientes, atendendo assim à expectativa da pesquisa, que era a de levantar um perfil patobiográfico dos casos.

A NARRATIVA COMO INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Ao provocar narrativas de doenças, pretendi obter através delas o que Chiozza chama de *perfil patobiográfico*, um relato de natureza clínica, sociocultural e, em certa medida, (por ser inevitável) psicológica. O estudo patobiográfico coincide, por um lado, com a Biomedicina, por abordar clinicamente o caso (sinais, sintomas e evolução da doença,

tomados como um processo que deriva de uma causa) e, por outro, constituir um estudo *biográfico*, ou seja, fazer um levantamento dos episódios e dos acontecimentos da vida, considerando-os como cenas ou temáticas cujo significado também possui um sentido no conjunto integrado da vida. Essa abordagem considera que a história é mais do que uma coleção de fatos cronologicamente ordenados, por ser o entrelaçamento desses fatos e de seus significados, tanto os que os motivam quanto os produzidos a posteriori deles. (Chiozza, 1987).

Como a história é a narrativa de um drama (do entrelaçar dos fatos), a superposição das histórias de uma pessoa pode revelar o que as pessoas *calam com os lábios*,⁵¹ quer dizer, o drama vital específico de cada pessoa, o *roteiro cinematográfico* individual. De forma que se atua no que ele chama de *terreno histórico-lingüístico*, o que equivale dizer que a doença, a exemplo de outros fatos da vida individual, só ganha relevância no seu próprio contexto social, no qual se fazem as histórias e se vivencia a experiência da linguagem.

Compreensão essa que se encontra também em outros autores, especialmente quando falam de *nervos*, como é o caso de Guarnaccia et. als. (1981, p.59), que acentuam o fato de, no fluxo da narrativa, ao relatar suas histórias, as pessoas criarem a rede simbólica com a qual conectam o significado de *nervos* com a fisiologia na cultura (no caso, latina). Assim, focalizando a história que o circunda e não apenas os seus sintomas, é possível chegar ao centro do significado do *ataque de nervos*.

A narrativa é um recurso metodológico valioso para se apreender as questões relativas à constituição da subjetividade, e funciona muito bem como uma técnica apropriada para

⁵¹ Utilizo aqui a expressão encontrada no trabalho de Chiozza (op. cit.), acima citado, que ele usa para referir-se aos fatos de sua história pessoal, que os pacientes não informam diretamente e sim através da história de seu sofrimento; porém é interessante assinalar que vez ou outra as pacientes usavam expressões semelhantes: há coisas que a gente cala, daí a doença parece que fala o que a gente não acha jeito de dizer ...
[Continua...]

estudar o *nervoso*, como já assinalaram Rabelo e Alves. Esses autores, em vários trabalhos isolados ou em co-autoria, analisaram o papel do discurso sobre a doença mental e, em particular, sobre os *nervos*; a construção da identidade do *self* (eu) através das narrativas, mostrando que o processo de reconstruir a experiência individual de aflição não se dá apenas por associação mecânica entre signos e sinais da doença, segundo modelos culturais internalizados, mas que o doente, ao narrar seu sofrimento, transforma-se em personagem, fala por meio de outros autorizados, defende um argumento, negocia responsabilidade, define identidades e pleiteia direito a determinado tratamento.

Na busca de perceber como as *nervosas* tentam explicar o seu problema para si mesmas e para os outros, tentei ler o discurso da doença contido nas narrativas, feitas por elas mesmas e por circunstantes (familiares ou vizinhos), das suas crises *de nervos*, não apenas como relato de sintomas, mas, principalmente, como uma comunicação coerente que elas faziam sobre si mesmas e sobre suas relações. Pois o *nervoso*, para ser bem apreendido e bem entendido, deve ser tomado como parte de uma dialética da consciência entre a *nervosa* e o seu tempo, suas relações, seu meio social, pois fora daí ele não faz sentido.

ou: a doença [dos nervos] às vezes tira a voz da pessoa, mas ela também faz falar, mesmo que a pessoa fique que nem muda!

AS NERVOSAS DO CAMPECHE E SUAS QUEIXAS

Propositalmente, privilegiei como ponto de observação a perspectiva do sofredor, razão pela qual utilizo o termo **paciente** para os sofredores dos *nervos*, enfatizando-os como **sujeitos** do sofrimento, e reservo **informante**⁵² para as outras pessoas da comunidade que colaboraram com a pesquisa.

Entrevistei 13 mulheres, de idades variáveis e de histórias diversas, reunidas sob um rótulo comum: *nervosa*. A condição para ser incluída no grupo era ser reconhecida por si e pela comunidade como *sofredora de nervos*. Dessas, 10 foram entrevistadas individualmente, uma ou até 05 vezes, dependendo de sua disponibilidade, e uma delas me brindou com um texto que responde a algumas perguntas sobre a natureza do seu sofrimento. Outras três encontrei uma única vez, numa reunião do Grupo de Mulheres do Campeche, e a conversa sobre *nervos*, embora feita com uma de cada vez, deu-se no meio das outras participantes e com freqüentes intervenções destas. Eram casos de mulheres que já haviam sofrido dos nervos mas haviam melhorado após a menopausa (um caso) ou após a separação do marido (dois casos).

Entre as 10 primeiras, entrevistadas individualmente, havia 07 casos em curso e 03 que informaram ter sofrido dos nervos uma vez e terem sarado.

A idade das mulheres, à época da entrevista, variava de 25 a 56 anos, e o aparecimento do problema de nervos de uma foi aos 12 anos de idade; para outra, aos 14; já uma terceira,

⁵² Aos Antropólogos, certamente, agradaria mais o termo sofredor; entretanto, a natureza ambígua deste trabalho me leva a preferir um de uso mais comum na Medicina.

com 20 (as três solteiras ao tempo desse episódio). Todas as outras iniciaram seus problemas com mais de 20 anos e já casadas, algumas após a menopausa. Do conjunto, a mais nova e a mais velha eram solteiras, nunca haviam se casado e nem tido filhos. Entre as demais, 09 eram casadas ou amasiadas (uma das quais casou de novo após uma viuvez) e duas eram desquitadas.

Não observei correlação entre o número ou a idade dos filhos e o surgimento de sintomas. As duas solteiras (uma de 23 e a outra de 51 anos) não os tinham; quanto às outras, tinham de 1 a 6 filhos, cujas idades variavam de 04 a 40 anos (daí se depreende que alguns nasceram de mães adolescentes). A continuidade da pesquisa revelou que por aqui o casamento para elas se deu - tal como entre as suas mães - a partir dos 15 anos, sendo que os pais, ainda hoje, forçam para que isso aconteça o mais cedo possível, tão logo as meninas ultrapassem a puberdade.

Todas residiam em casa própria, cujas condições de conforto variavam, mas tinham luz elétrica e os equipamentos sanitários essenciais (água encanada e instalações sanitárias mínimas, em boas condições). Entre elas, 07 não trabalhavam fora de casa, 02 eventualmente tinham emprego ou trabalho, 03 tinham emprego fixo fora de casa, e 01 era professora de primeiro grau, aposentada. A exceção de uma delas, cujo marido era pedreiro e alternava períodos de emprego, com bom salário, a outros, às vezes longos, de desemprego, durante os quais quem *se vira* é ela, e de outra, cuja família era a mais numerosa e o marido alcoolista, aparentemente, as outras não passavam por grandes problemas financeiros, não se podendo, portanto, ligar fortemente o quadro clínico a condições materiais de vida, embora nem sempre sua percepção a respeito coincidissem com a da pesquisadora.

Todas as entrevistadas relataram o *problema de nervos* como vivenciado por elas mesmas. A esse relato, vez ou outra acrescentavam informações ou faziam comparações com

outros casos, em geral de parentes seus, que também sofriam de nervos. À exceção de três delas, todas as outras experimentavam a doença como crônica, estigmatizante mas não incapacitante. O estigma advém da desqualificação pela qual passam, uma vez que as crises são visíveis, levando-as ao descrédito ou ao menos dando o direito dos outros duvidarem de si, como elas próprias reconhecem: *claro, né. Quem é que pode saber se amanhã eu vou ter cabeça boa para fazer uma coisa assim que exija mais?* (paciente).

Quanto à duração dos casos, uns se arrastam por mais de 20, 30 anos, um por 09, outros duraram alguns meses. Tanto os mais longos quanto os mais rápidos se caracterizaram por se darem em crises recidivantes, às vezes com variações completas na sintomatologia e nem sempre facilmente associáveis a outros episódios críticos em suas vidas, de forma que pudessem ser a eles atribuídos, como disseram as pacientes:

Passsei muito trabalho na vida, agora que sosseguei apareceu a doença. Se fosse de trabalho... mas às vezes estou assim num baile, numa festa, está tudo calmo, era para estar tudo alegre, aí não sei o que é, parece que a gente relaxa e aí dá a crise ... (paciente).

Na 3ª gravidez é que eu tive a crise e isso é que eu não entendo, não sei se a senhora podia me explicar, porque que quando tudo aconteceu [o marido ter amantes, beber muito e desperdiçar o seu salário], tudo tava na pior eu não tive nada e depois, tanto tempo depois é que eu fui ter problema? (paciente).

Embora em alguns casos, ou em diferentes episódios na mesma paciente, haja um acontecimento marcante, com alto potencial estressante, como uma doença, um acidente ou outro fato grave na família ou na vizinhança, seu aparecimento é imprevisível do ponto de vista dessas mulheres. Isto constitui uma de suas grandes marcas e gera muita insegurança, alterando o ritmo de suas vidas, por criar um eixo permanente de preocupação pela eminência constante de, a qualquer momento, vir a sofrer nova crise. Também com certeza representa um sofrimento adicional: o de viverem ameaçadas por uma possibilidade de evolução desfavorável, trazendo-lhes implicações concretas sobre suas vidas e projetos:

As crises dão sem que eu pense em nada, pode ser na alegria, numa festa por exemplo, no meio de gente, sem nada para me aborrecê, não precisa de nada para dá... parece até que quando a gente relaxa dos problema, está para sentir alegria é que vem! (paciente).

No que outras pacientes estão de pleno acordo:

Às vezes eu tenho raiva de mim por sofrer dos nervos, porque uma pessoa que tem esse problema ela não consegue ter muita segurança, a gente vive meia ligada no que pode nos ocorrer e os nervos em todas as formas [...](texto de uma paciente).

Volta e meia estava numa boa, depois parecia que ia morrer (paciente).

[...] não precisava ter motivo, não precisava acontecer nada. Era uma coisa tola, sei lá (paciente).

Na 3ª gravidez é que eu tive a crise e isso é que eu não entendo, não sei se a senhora podia me explicar, porque que quando tudo aconteceu [o alcoolismo do marido, as suas farras, a falta de dinheiro, a perda da casa], tudo tava na pior eu não tive nada e depois, tanto tempo depois é que eu fui ter problema ? (paciente).

As *sofredoras de nervos* são mulheres tidas na sua comunidade como *trabalhadeiras, caprichosas, que gostam de ajudar aos outros*, sendo o seu sofrimento, ou melhor dizendo, suas causas meio incompreensíveis para as outras pessoas. Essa dificuldade de aceitar o sofrimento expressava-se na sua própria fala e na das vizinhas, e fundamentava-se no que elas próprias apontaram e também no fato de que nenhuma delas passava no momento por grandes carências materiais. Embora isso aparecesse mencionado por elas como fato atual ou como tendo tido um período de problemas financeiros, que, em algumas, liga-se à a primeira crise de *nervos*, provavelmente atuou como co-fator desencadeante da mesma. Faltava dinheiro, no seu entendimento, em decorrência de alcoolismo, de doenças ou de casos extraconjugais dos maridos, o que os levava a gastos extraordinários fora do lar.--

O constante nesses relatos é que elas também se autoqualificam como pessoas bondosas, sempre dispostas a ajudar os outros, sendo essa uma das razões pelas quais se sobrecarregam de atividades, muitas vezes geradoras de frustrações e de sensação de menosprezo, uma vez que esperam reconhecimento e retribuição espontânea a seus gestos.

Algumas das crises parecem se dar justamente na tentativa de reverter a situação de abandono ou de desvalorização que vivenciam:

Sempre gostei assim de ajudar, mas não tinha como [...] e tudo que eu faço para os outros não tem valor pra ninguém, né. Eu sinto assim em mim, que as pessoas não gostam de mim, tudo que eu faço ... eu procuro é ajudar. Até hoje [que sou doente], gosto de ajudar, às vezes não tenho meios, não consigo, fico presa ... mas ainda assim mesmo gosto de ajudar. Mas sinto não poder ...sinto também porque as pessoa não dá valor ao que eu faço, trago isso desde pequena, sinto e sei que é assim ...

O que é reconhecido por suas vizinhas:

Ela [uma paciente] gosta demais de ajudar todo mundo, coitada! Está sempre fazendo o bem para os filhos, os vizinhos... Mas parece que ninguém dá valor, o marido, esse então nem se fala... ela se queixa e com razão, acho até que a doença dela é por causa disso... (informante).

Nesse aspecto lembram o registro de Lock (1987) sobre imigrantes gregas em Québec,

a respeito da honra ligada aos papéis femininos e às suas normas de conduta.

A retribuição esperada pode vir na aquisição de objetos cobiçados:

Ah! eu queria um sofá novo, mas não era qualquer um não, que o meu pai, de pena de mim, comprou um, mas não era aquele, aí o meu marido não queria comprar, aí eu não sei o que me deu, aquele nojo, igual o nojo que sinto das coisas velhas dentro de casa, aí eu comecei a chutar tudo, a batê pra quebrá, fiquei louca, disse para ele [para o marido] eu faço tudo, ajudo todo mundo e nem posso ter um sofá do jeito que eu quero! o que adianta fazer de um tudo para vocês! Ele disse tá bom, vamos comprar o que você quer! (paciente).

Hoje [depois que apareceu o problema dos nervos] meu marido me deixa fazer o que eu quero, o dinheiro dele fica na minha mão, eu compro o que quero, não preciso pedir para ele, antes não era assim, ele ia pro bar ou gastava com aquela outra, nem adiantava saber que eu estava ali, em casa, fazendo tudo por ele e por quem precisasse, não valia nada ser boa... (paciente).

Demonstram também que a sensação de abandono é percebida também em relação a sua sintomatologia, e se relaciona à atitude dos familiares, bem como a dos profissionais de saúde:

[...] já estou cansada de falar pros médico, psicólogo, tudo! Mas eles também não ligam para o que a gente sente! é igual meu marido e os filhos, acham que a pessoa quando se queixa está inventando tudo.... (paciente).

[...] ah! eu queria é isso mesmo, que ele me pusesse no colo, me agradasse... quando estou atacada se ele, ou outra pessoa faz isso eu me sinto tão bem! Parece assim que é isso que tá faltando... (paciente).

A sintomatologia, nestes casos, assim como observara antes em minha experiência em clínica médica e na literatura, é rica e sua descrição comporta meandros polimórficos, que levam a detalhes do cotidiano das pacientes, a um esmiuçar de relações extremamente férteis em informações psicossocioculturais que fornecem as pistas para o tripé interpretativo aqui proposto para *nervos*:

Às vezes parece uma coisa que vem daqui [mostra a região do coração], e a preocupação que me atrapalha, às vezes parece uma coisa que me atrapalha, aqui dentro [regiões esplênica e pré-cordial], que vem de dentro de mim, assim... é um aperto, uma atrapalhação que eu passo desde pequena. Afinal de contas, eu sou uma pessoa de sofrer sem reclamar, não sou de contar-isso pra ninguém, de desabafar, né. Eu sou uma pessoa doente desde a minha infância, compreendes? Eu sofri assim de calorão, de frio doído, de viver chorando pelos cantos, tinha medo, um medo, tu sabes o que é um medo de temporais? De gostar sempre assim de querer ajudar, mas não tinha como ajudar, e de tudo que eu fizer não ter valor pra ninguém, né. Eu sinto assim em mim que as pessoas não gostam assim de mim, tudo que eu faço, vamos supor se eu for ajudar, elas acham ruim ... que se eu for ajudar eu só quero ajudar, que eu procuro é ajudar se eu posso, mas o que eu faço as pessoas não dão valor, que eu sinto, eu noto isso; eu trago isso desde pequena e sei que é assim... (paciente).

Na morte do meu primeiro marido, eles não me prepararam, não me disseram um nada assim pra me preparar, eu tava grávida do filho mais moço e eles chegaram assim e disseram que ele tinha morrido na água, lá na Lagoa da Conceição, que às vezes ele ia pescar lá, que ele pescava mesmo era no mar, vivia de ser pescador. Eu sei que eu fiquei presa, eu lembro que eu dava pulo assim [eleva o braço, mostrando perto do teto], parece que eu tava como quem tá louco, parece que eu tava louca ... parece que eu não caía mais. Ninguém me dava um nada, nem me dava um chá nem me dava uma palavra amiga ... Eu não vi se tinha ninguém, dizem que a casa estava cheia, eu não vi nada, ninguém... Só sei que tinha gente que conversava porque eu escutava a voz, só não sei quem era, porque não era comigo...comigo eles não falavam... (paciente).

A minha vizinha quando tem crise fica sufocada, diz que tem muitas dores que começam por baixo, no útero, no ovário não sei... depois parece que ela não pode respirar, o coração dispara, se alguém falar meio áspero com ela vira bicho, parece um animal que vai pular nos outros, acho que ela fica assim por causa do marido que vive meio bêbado por aí, e dos filhos que não obedecem mais ela, mas também ela quer que eles sejam que nem ela quando era moça... não entende que a juventude hoje é diferente... Sei que é feio quando ela está atacada, parece que vai morrer, na mesma hora já parece um não sei o quê, parece que alguma coisa toma conta dela, fica com uma força... Padece muito, tadinha... e os filhos, esses nem ligam, nesse ponto ela tem razão de mangar com eles, né? (informante).

Uma vez, antes disso, fiquei assim, sem poder falar: foi um susto. Eu estava esperando a 2ª filha e tive um susto porque tinha época que eu tinha medo, tinha um incômodo na cabeça, um medo que eu não ia no pátio da frente quando ele não estava em casa; mas também eu não contava pra ninguém, só pras minha irmãs e guardava pra mim. E um dia eu tava sentada, fazendo renda, numa cadeira bem baixinha fazendo renda assim, e no que eu levanto a cabeça deu um estrondo,

sabe assim como se caísse uma coisa fora do lugar, mas um estrondo bem forte, não tem? como se caísse uma coisa, mas bem mais forte, né? Um barulho assim que parece que desabou o mundo inteiro, aí me arrepiou toda assim, também não sei o que era... porque não caiu nada... a gente passava aquele susto.. mas não caiu nada, nada... Aí eu peguei três hemorragias nessa gravidez, mas também não contei para ninguém, não fui pra maternidade, nada, fiquei em casa; na última então eu mandei chamá minha madrasta, porque essa gente antiga assim sabia muito remédio, aí ela veio fazer um remedinho pra mim, aí - graças a Deus - passou tudo (paciente).

Essa minha prima tem crise volta e meia, por isso que anda louca atrás de médico que dê a receita azul, não fica sem ter remédio forte em casa. A última crise foi a da fulana [cita o nome da última amante do marido da paciente], ela desanda a gritar e diz que fica com nojo de tudo que é velho em casa, começa a quebrar tudo, aí o marido tem que comprar tudo novo, senão ela não pára de ter crise... Mas se ela estiver tomando os remédio azul aí ele pode fazer o que quiser que não acontece nada com ela, nem liga se ele tá com outra ou não... (informante).

A crise descrita acima por uma parente, agora contada pela própria paciente:

Meu nervo começou quando meu marido botou uma porta, né. Ele comprou uma porta e botou lá em casa, depois que ele colocou a porta que eu não sentia nada, e depois dos três filhos, ele colocou a porta e eu comecei a passar mal.... ele saiu pro jogo e começou a me dar a crise... só que a minha crise era os pés ficarem dormentes, as mãos... eu me sentia agonizada, só gritava, só gritava, só gritava, e quanto mais gritava mais vontade dava de gritar, mas eu não tinha aquela vontade de avançar, de bater, não tinha aquilo, sabes? Depois, com muito tempo é que eu fui criando um nojo das coisas que eu tinha dentro de casa eu não podia ver nada velho dentro da minha casa, aí eu queria meter os pés, eu chegava, eu não podia ver..... eu queria tudo novo, até o dia que eu quebrei duas cadeiras e a mesa e fiz meu marido comprar uma mesa nova [radiante] e até hoje eu não consigo viver sossegada com uma coisa velha ...Aí fui no médico, o médico disse que eu não podia tomar calmante, que eu não tinha [enfática] nada nos nervos! Aí eu comecei com uma dor na bexiga, que eu não conseguia usar minhas pernas, com dor aqui do lado [aponta a região inguinal direita], que precisou de três pessoas para me levar no hospital, meu irmão veio. Eu não tinha dinheiro para pagar [dramática] um carro, ele pagou para mim. Só que mudou muita coisa depois do remédio, mas depois começou assim... eu olhava pros meu filhos e parecia assim que eu ia morrer... e ia deixar meus filhos ... aí me dava vontade de chorar e vinha aquela coisa ruim, e eu sentia uma coisa assim ruim, ruim, depois de muito tempo que tomei remédio, 2 anos. Eu acho que de uns 4 anos pra cá é que eu fiquei mais ou menos, mas mesmo assim eu me sinto assim, que eu queria ter uma vida melhor.... Aí o meu marido começou a me trair, me traiu 7 vezes! A última vez me traiu com uma velha de 50 anos! [risos]. Porque 50 anos hoje.... Pô! tem mulher que tem 50 anos que... mas ela não, ela é uma velha nojenta! Ele teve um ano inteiro com ela, eu aceitei tudo isso, eu aceitei ele de volta, por causa dos filho [...]mas ... até hoje eu não aceito, eu queria ter uma vida melhor, queria ter as coisas dentro de casa melhores, que ele botou muito dinheiro fora... ele saía, perdia na rua... e tudo isso... Eu acho que em vez de melhorá eu compliquei tudo... Mas eu nunca pensei assim que eu vou tomar uma caixa de remédio pra tudo se acabar, que eu vô tomá um veneno porque eu tenho que me matar, eu nunca pensei assim, né. Que tem gente que pensa isso, né? Eu...se eu não tomar o remédio, eu não consigo dormir, eu fico sem dormir a noite inteira! Aí eu começo a pensar: o que que eu vou fazer amanhã, se vou ter o dinheiro pra comprar o pão, o que que meus filho vão comer? Se meu marido está trabalhando tudo bem, senão.... agora se meu marido está trabalhando eu sou uma pessoa, se tá desempregado, sou outra... Sabe, eu sou bem assim... não sei... e se eu estiver trabalhando a minha doença fica lá no serviço, eu venho para casa boa, eu não sei se é porque quando eu estou trabalhando eu tenho meu dinheiro, vou comprar o que que eu quero! e não fico pensando essas coisa boba, não! A doença sai de mim! (paciente).

Presenciando a conversa entre ela e uma amiga, confirmo que as crises de nervos são designadas pelo nome das amantes do marido, e que aparecem quando ele tem mulher na rua,

gasta muito com ela, deixando a família em má situação. Nessas situações é que ela *garra nojo* das coisas que tem em casa, fica *atacada dos nervos*, quebra tudo e obriga o marido a comprar novos objetos e, conseqüentemente, o deixa sem condições materiais de manter a amante. Como eu já entrevistara como *nervosa* a que emprestou o nome para a última crise dessa paciente, em outra ocasião procuro sua amiga para saber sobre o problema da amante. Sua resposta mostra como a comunidade efetivamente lê alguns significados nas crises:

Se ela também sofre dos nervos? [risada que mostra discordância] O que ela tem? é assanhada que só, é separada e vive por aí nos baile, se mete com tudo quanto é homem... Ih! precisas ver o que tem de história dela por aíuma hora vamos sentá e eu te conto... e ela tem crise mesmo nas festas, mas é porque se mete com o marido das outras e aí tem que ter um ataque pra livrar a cara!

As próprias pacientes indicam outros sintomas e situações associadas, por vezes, à leitura que fazem da sua própria *crise de nervos*:

É só alguém gritar que tem alguém doente, mesmo que eu não conheça, ou outra notícia ruim, uma morte por exemplo, que já vem o problema, fico ruim, tenho que vomitar, fico zozna, dá uma tremedeira, tenho que correr para o banheiro, aí passa, é só vomitar que eu já melhora... [A filha intervém novamente reforçando sua opinião de ser apenas ansiedade⁵³]. Passei muito trabalho na vida, agora que sosseguei apareceu essa doença... se não tomo o remédio já começa a parecer, arroxear tudo... não dói nem nada, mas fica muito feio, todo mundo vê, parece que eu apanhei, mas nem tenho homem⁵⁴ desde que me separei... Tinha crise de bronquite quando era criança até mais ou menos oito anos atrás, tomava Filinasma®, tomei três anos sem parar, a bronquite passou antes um pouco de eu me separar... (paciente).

Eu, quando me dá a crise, só quero ficar deitada, quero chorar sem motivo, não quero que ninguém fale comigo e eles [marido, filhas e, eventualmente, amigos ou outros parentes] ficam no desespero, não sabem o que fazer. Mas hoje em dia parece que eles não agüentam mais-me ver assim, dizem que é pra eu reagir, sair, fazer alguma coisa, que está tudo bem. Meu marido diz assim: o que você quer que eu faça? te ponha no colo, faça cafuné? (paciente).

Desde a primeira crise, quando eu tinha doze anos, vinha uma coisa pelas pernas, subia, parecia que a cabeça ia estourar, parecia que ia morrer; às vezes dava raiva, às vezes dava para chorar; não conseguia dormir; quando vou ao médico eu explico que parece que tenho um grande susto

⁵³ A filha desta, que tem um discurso muito psicologizado, compete com a mãe ao discursar sobre nervos, interrompendo a narrativa materna por várias vezes para contar de seu próprio sofrimento com nervos e como conseguiu controlá-lo só com a força de vontade! (sic da filha).

⁵⁴ Esta paciente, por coincidência, foi amante do marido de outra, e era por seu nome que esta designava sua última crise. Interessante que, na entrevista, que durou mais ou menos duas horas, ela afirmou, categórica, pelo menos por três vezes não ter tido homem desde a separação do marido, que ocorrera perto de três anos antes!

dentro de mim, fico perplexa, parada. Quando vai dar, sinto uma depressão, uma tristeza; antes não conseguia me controlar, tinha que tomar injeção, remédio; agora faço algumas coisas e me controlo. Dá de várias formas. Às vezes tenho que vomitar, pôr para fora. Para ser sincera, uma coisa horrível! Como se eu saísse fora do ar; se eu acreditasse, às vezes parece que é uma coisa ruim que tá na gente (paciente).

Ah!, é um negócio horrível, tem tanta coisa que a gente sente, chega a ter vez que eu já cheguei a ir no posto⁵⁵ andando assim parece um boneco, toda desmontada, toda desconjuntada, as mulheres [funcionárias e pessoas que estão a espera de consulta no Posto de Saúde] diz tem coragem, tem coragem, que coragem que nada!, é um negócio horrível, tenho que agüentar sozinha, vou lá pra cama e me deito e não me levanto, tem vez que tem que deitá de barriga pra baixo, tem hora que tem que ficar de barriga pra cima, tem hora que tem que gritar; tem hora que tem que rir; tem hora que tem que chorar. Tem às vezes que eu gosto de ficar perto de alguém, assim com as meninas, mas elas sabem que eu não gosto que faça pergunta [...] (paciente).

Outros sintomas referidos: *embucho, aperto na garganta, sensação de morte iminente, tremedeira, insônia, medo de morrer, avião roncando dentro da pessoa, dor de cabeça, ruindade por dentro, bola na garganta que sobe e desce⁵⁶(tanto na garganta quanto na barriga e, eventualmente, no tórax), tristeza profunda, ficar com a cabeça leve, sensação que a cabeça vai rodando, dormência nos pés e/ou nas mãos, sentir agonia, vontade de gritar e, em alguns casos, impossibilidade de fazê-lo, como uma paciente que refere que nas crises não pode falar, sente vontade de gritar mas só consegue soltar um guincho como um animal....* Desse caleidoscópio sintomático, que tanto é individual (pois varia de uma crise para outra e dentro de uma mesma crise) quanto varia de paciente a paciente, deriva a dificuldade acima apontada de se estabelecer um padrão que defina o que é uma *crise de nervos*.

Os ciclos relacionados à fase reprodutiva da mulher são percebidos como diretamente ligados à gênese das crises, porém, as pacientes discordam quanto ao comportamento da doença durante as várias fases, especialmente no tocante à gravidez.

Diz uma delas:

⁵⁵ As idas ao Centro de Saúde local ou ao posto de assistência médica da previdência social são todas mencionadas como idas ao posto.

⁵⁶ Em Medicina, especialmente na Psiquiatria, esse sintoma é designado como **bolo histérico**.

Quando estava grávida, acho que é uma bênção divina, eu não tive nada, não precisei de um comprimidinho sequer. Eu sempre quis ter um filho e quando fiquei grávida não quis tomar nada. Depois só tive crise quando ela [a filha] tinha um ano e meio quando o pai dela morreu, fiquei mais de dois anos sem crise (paciente).

Enquanto outra:

Todas as minha gravidez eu passava mal, desde o primeiro dia; naquele dia que ficava grávida parecia que acabou o mundo. Pra ficar grávida ficava fácil; mas não sei se era dos nervo, depois... era dor demais, né. Ficar grávida era preparar o sofrimento, a dor, mas dor mesmo, demais! e ficava abatida, tinha algo diferente, assim parece que acabou-se tudo pra mim, os nervos decerto, só podia ser, nunca tinha dado pensamento nenhum em mim ... só podia sê nervo, né? e foram sofridas todas as minha gravidez foi sofrida.(paciente).

A primeira crise me deu na 3ª gravidez, os problemas já tinham passado, não entendo porque começou isso. Uns dizem que eu rejeitei, está certo eu não queria engravidar... até hoje que já estou na menopausa tenho medo de engravidar, Deus me livre! Ele é que evita [coito interrompido], que hoje em dia ele é muito bom pra mim...então dizem que eu adoeci porque eu rejeitei, mas eu não acho que rejeitei a minha filha, não fiz nada assim pra abortar...não tomei um chá, não fiz nada... mas não sei porque me deu os nervos... (paciente).

E em relação à menstruação:

Na última vez que deu a crise estava pra ficar menstruada, parece que tem uma leve tendência com ela [a menstruação] fica mais nervos (informante).

Se suspende [a menstruação] pode provocar qualquer coisa na mulher, tem umas que ataca os nervos que nem a que mora ali, ela sofre muito por isso e volta e meia ela tem suspensão... (informante).

Muitas crises ela teve porque não se cuida, toma friagem ou lava a cabeça quando está menstruada ou a regra está para descer.. Ai não tem jeito, no mesmo dia já ataca os nervos,também não se resguarda como uma mulher tem que fazer... (informante).

Uma vez ela lavou a cabeça, tava menstruada, deu uma crise de nervos muito forte, quando a gente foi saber, tava-internada-no-hospital (informante).

A mesma disparidade, quanto à importância na gênese e ou na manutenção das crises, pode ser observada em relação à menopausa. A paciente, cujo caso era o de sintomatologia mais exuberante e que apresentava as crises mais freqüentes, sendo reconhecida também pela comunidade como o caso *mais grave*, contou sua experiência com esse evento:

Agora na menopausa o que que eu quero, né? Não tem que sê honesta? tem que ser honesta, né? Ai a menstruação começou a faltar né, que ela nunca atrasava, era sempre adiantada, e tinha lá um mês que vinha duas vezes no mês, aí começou a faltar, com 44 anos. Chegava os dias,

*começava a vim um poquinho, vinha aquele poquinho e eu deitada, não podia fazer nada, mas eu não posso ficar deitada, não posso caminhar, não posso fazer nada, não posso falar, nem deitar de barriga pra cima, que parece que dá um negócio assim, parece que o coração parece que abafa ... vai fazê três meses, foi quando a menstruação começou a faltar porque é assim, a minha menstruação começou a faltar com 44 anos, com 44 anos eu me lembro muito bem, eu fiquei menstruada e daí eu não sei, por nada, por nada, não sei contar porque eu não me incomodei com nada nem com ninguém, eu sei que como dizem os antigos *suspendeu*, aí eu fui vermelhando, vermelhando, com aquela dor, aquela dor, que já dava de solteira, aquilo fica lá dentro, estorva, estorva, estorva, não dá pra dizer o que que é, né (paciente).*

Para umas, as que sofrem desde cedo, o problema parece que alivia quando as regra se acabam, mas pra mim foi o contrário, eu era boa de tudo até que começou a suspender, aí quando era tempo de vim e não vinha, me dava uma ruindade, um vermelhão, parecia que ia sufocar, até agora, dá isso nos dia que era de vim as regra... já faz três anos que não vem mais, mas o calorão, os nervos, isso continua nos dia certos... parece que o corpo sente e daí ataca até a cabeça... parece que ficou sujeira no corpo da gente que precisa sair e não tem mais por onde, daí ataca... acho que sobe pra cabeça por isso que dá nos nervos.... (paciente).

Já para outras, as coisas se dão desta forma:

Pra mim foi diferente, sofri muito até suspender, eu ficava atacada, sou professora e nem podia dar aula quando tinha os nervos, sei lá, acho que se eu fosse para a sala de aula era capaz de matar um aluno de tão fora de mim que eu ficava, geralmente me atacava mais quando tava menstruada, aí quando foi parando foi aliviando, agora faz dois anos que não tive mais nada. Também me separei do marido, não sei se foi uma coisa ou outra, mas teria sido bom se minha doença tivesse sido ao contrário, eu não teria tido tanto problema na escola... Agora estou aposentada mesmo, tanto faz que tivesse crise ou não... (paciente).

Em geral, suas queixas mórbidas se entremeiam com as de natureza sociorrelacional, como já se pôde observar em alguns dos exemplos citados acima, bem como apontam para o estigma associado ao *sofrimento dos nervos* e aos privilégios que a situação de *nervoso* confere.

A ETIOLOGIA EXPLICADA PELAS PACIENTES

As causas propostas pelas pacientes e pela comunidade para os *nervos* são várias e, segundo eles, pode acontecer que duas ou mais causas concorram para o aparecimento do problema. As mais citadas podem ser agrupadas,—segundo sua natureza, em causas

hereditárias, em problemas relacionados aos ciclos femininos (menstruação, gestação, puerpério, menopausa), fraqueza constitucional (que nem sempre se ligaria a fatores hereditários, seria uma espécie de qualidade individual, inata mas não herdada, que inclui tanto a fraqueza orgânica quanto a afetiva ou moral, como a das pessoas *fracas*, que não podem ver o sofrimento alheio, as injustiças, sem adoecer também), deficiências alimentares, excesso de problemas materiais ou afetivos, susto⁵⁷, inveja, causas transcendentais ou religiosas (ação de espíritos, trabalhos feitos contra alguém, possessão demoníaca, vontade divina, culpa por pecados e erros, etc.), excesso de trabalho físico ou mental, fraqueza moral e, finalmente, falta de homem (de relações sexuais) e, ainda, contágio em outro caso.

Essa profusão de etiologias, entrecruzadas na maioria das vezes, reflete-se nos itinerários terapêuticos adotados que, por sua vez, também lançam mão de práticas muito diversas, visando atender cada um dos modelos explicativos da doença.

Esse modelo explicativo final, que resulta de vários cruzamentos de modelos absolutamente diversos e, por vezes, conflitantes entre si, pode ser exemplificado num único caso, ouvindo-se tanto a paciente quanto sua mãe:

Minha mãe diz que a primeira crise, quando eu tinha doze anos, foi por causa de um susto: eu estava numa kombi que meu pai tinha, com o meu irmão dormindo em meu colo e pensei que ele tinha morrido porque eu não conseguia perceber a sua respiração; um mês depois tive a primeira crise.

[...] *Na última vez que deu a crise estava pra ficar menstruada, parece que tem uma leve tendência com ela (a menstruação), a pessoa fica mais nervosa (paciente).*

Acho que eu tenho assim uma fraqueza, dentro de mim, sei lá, é uma coisa da pessoa mesmo, parece que alguns têm, outros não, não sei explicar por que, mas é assim, veja lá em casa, eu tenho essa fraqueza, minhas irmãs não, não sofrem nada...

⁵⁷ Susto foi explicado como uma comoção muito forte, diante de um fato inesperado, que provoca um desequilíbrio funcional do corpo e da mente, provocando o aparecimento de qualquer um dos sintomas associados aos nervos. Não se observou aqui a caracterização de susto como perda da alma, tal como descrito em outros países da América Latina. Aqui o termo se refere ao desequilíbrio fisiológico e afetivo provocado por um acontecimento inesperado e assustador.

Às vezes eu penso que seja hereditário, a minha tia, irmã de meu pai, sofria dos nervos, a minha prima também, desde criança, a gente brincava junto e parece até que começamos a sofrer juntas... a minha avó dizia que era por causa de um trabalho que a namorada do meu avô fez contra ela, coisa feita com coisa de cemitério, trabalho muito forte, então eu e a minha prima, que éramos crianças naquele tempo, brincávamos no quintal da casa dela, onde a talzinha tinha enterrado coisa de cemitério, um trabalho contra a Vó, que casou com o namorado dela, né, aí nós que éramos mais fracas do que os grandes pegamos os nervos por causa disso... [por serem crianças e, por consequência, fracas] (paciente).

Aí acho que ela ficou com aquele susto dentro dela, um impacto né? Depois comeu caqui, e o médico disse que foi do caqui que deu isso, eu acho que foi do susto, cada vez que ela leva um susto assim de alguém que morreu ou ficou doente, tem problema, já volta tudo. O susto provoca o sistema nervoso da pessoa, onde a pessoa fica assim, se rompe por dentro dela, já não presta mais (mãe).

Mas a mãe mesmo, a cada momento, apresenta uma outra explicação:

Acho, às vezes, que é falta de alimentação, tem época que se alimenta mal, dá isso, parece uma fraqueza que ataca tudo...

Ela puxou a família, é hereditário. O pai também é nervoso, loucão, tem dois comportamentos: um para as pessoas de fora, estranha, vai parar na cidade, é conhecido, em cada canto alguém fala com ele; pros estranhos ele é delicado, trata com carinho; é outro para a família, aí ele fala alto, grita, é autoritário outro jeito. A tia dela, minha irmã, também sofre dos nervos e o meu filho também, consulta no psiquiatra de vez em quando e toma remédio da receita azul...

Numa família se tem um que sofre pode procurá que vai ter outro também, não tem?

Tem o nervo, vem de dentro, ataca pelos nervos da pessoa.

Quando deu a doença nela passou para ele, os dedos ficavam duros, deformados. Ele tinha dez anos. Arreganhava os dedos assim [mostra, trançando uns sobre os outros], ficava durinho; ficou um tempo abalado. Ele é mais nervoso que ela, apesar de nunca ter tido ataque de nervos como ela. Acho que saíram assim porque eu tive eles muito nova, casei com 14 e com 15 nasceu o primeiro filho, os três primeiros foi com 11 mês cada, depois é que ficou 5 anos pra vim o outro, passei muito trabalho..... Os dois são os mais problemáticos, os únicos que me dão problemas.

Acho que tem problemas com ela mesma, acho que isso é ter um sonho com ela mesma, sonhar com uma vida pra gente mesmo, que a gente não tem, aí fica revoltada com a vida, com ela mesma, não tem? Tem muito problema dentro de si, que não passa para os outros, ela é muito sofrida, desde a infância; porque sabe como é, os filhos com os pais nunca se abrem, não dizem o que eles sentem...

Outras pacientes formulam mais explicações para a etiologia de seu sofrer:

Aí foi no centro espírita e eles disseram que foi um espírito que entrou nela e ela dizia mesmo, quando tava atacada: eu vim pra levá vocês, não vou deixar ninguém aqui não, vou levar todo mundo, fui mandado levar todos! Parecia mesmo que não era ela que falava, era um jeito mau

que não é o jeito dela de falar. Daí eles fizeram um trabalho e livraram ela disso, nunca mais deu nada.

Eu não sei se a senhora acredita nisso... mas... sei lá... parece que quando uma pessoa tem inveja assim, muita inveja de outra ela pode provocar o mal pra outra, deixar doente, não sei... mas eu acho que é isso... para mim só pode ser isso [mal provocado por inveja] porque eu mesma penso e todo mundo me diz isso: como é que eu posso ficar com a depressão, se eu não tenho razão pra isso. Minha vida agora tá boa, antes não, antes eu tinha motivo né, naquele tempo que ele bebia botou tudo fora, mas agora, agora que a gente vive bem; tenho um pai-marido, que me deixa fazer tudo que eu quero: se eu quero comprar uma coisa eu compro, não preciso de ordem de ninguém [e esse pode ser o motivo de inveja de sua cunhada cujo marido a subjuga].

Mais próxima da explicação freudiana está a paciente que localiza em traumas longínquos, sofridos na infância, a causa de seus padecimentos atuais:

Eu digo que meu problema vem da infância, sabes! Por quê? Porque eu não conheci a mãe, e tive uma infância muito sofrida, muito sofrida, muito trabalhada, fui muito maltratada, até eu mesma percebi com tudo isso, não tem? e muito sofrida pela minha madrasta, que a minha madrasta, que Deus me perdoe! [...] Mas sinto não poder [ajudar mais as pessoas, ter recursos para fazer isso]... sinto também porque as pessoa não dão valor ao que eu faço, trago isso desde pequena, eu sempre percebi que os outros não dão valor, posso fazer o que for que ninguém liga se fui eu que fiz ou quem foi...

Para outras, a razão está na sua fraqueza para enfrentar o cotidiano, dizem não poder ver o sofrimento dos outros, brigas, encrencas familiares. Alegam também falta de amor, de carinho. Uma explicava que um sofrimento tão grande como o de *nervos* só poderia advir de praga de mãe.

Apenas uma paciente atribuiu seu sofrimento a um descontrole dos nervos passível de controle pela própria, dependendo, portanto, dela mesma, ter ou não *o nervoso*; no seu caso, referia ter perdido o controle dos nervos por tristeza, após a morte de uma filha, pois, segundo ela: *o nervo é a gente que faz!*

A explicação derivada do conceito de falta de homem apareceu apenas duas vezes, mencionado pela mesma pessoa, uma nativa; uma vez, logo ao início da pesquisa, quando contou de sua mãe, insinuando que quando ela era mais nova e o pai saía para suas farras e amantes deixava-a carente e, por isso, ela sofria dos nervos; a segunda vez foi quando me apresentou uma paciente que já fora atendida em serviços médicos várias vezes e, numa

dessas:

[...] o pessoal [a médica e os outros funcionários da Unidade de Saúde do Campeche] ficou dizendo que o que ela precisava era de homem, porque só se acalmou depois que o dentista chamou ela pra sua sala e ficou um tempão conversando com ela, ela já tinha consultado com a médica, por isso que ficaram falando que o negócio dela era falar com um homem, tadinha ... mas até parece que era mesmo, porque ficou bem melhor depois que ele conversou com ela ...

Porém, ao ser instada a falar mais sobre isso, ficou pensativa e então se corrigiu: tadinha, acho que a gente pensou mal dela, talvez ela não tenha em quem confiar, pra quem desabafar... e o dentista é muito legal, ele sempre está disposto a conversar com quem vai lá!

Colocações, das pacientes mesmo, fazem o contraponto a esta explicação baseada na *falta de nervo* (como diriam alguns ilhéus):

Quando está dando o problema dos nervos eu nem quero nada de sexo, nem sinto nada; quando não, eu tenho relação normal, não é aquela fogueira, mas é normal.

Aí é que tá, gente nervosa, nervosa mesmo, que ansiedade todo mundo tem, mas quem sofre do problema nervo, lá dentro ela não é assim, não tem desejo sexual, claro eu posso estar um pouco nervosa e posso ter uma relação sexual e relaxar um pouco mas ter aquele orgasmo que algumas dizem que tem, ah! isso não! (paciente)

Se a pessoa está com um problema maior ela nem consegue ter cabeça, pra isso [para ter uma relação sexual), nem vai sentir nada [...] Mas quem tem a doença de nervo mesmo, aquela coisa estranha, aí não tem nada pra gozar, porque o nervo mesmo não tem nada pior do que isso (paciente).

Ao longo deste trabalho, procura-se discutir o atendimento médico destes casos e, como uma das hipóteses é a que estabelece um paralelo entre a síndrome popular de *nervos* e a *histeria*, cumpre assinalar aqui que o estado de bem-estar na gravidez, dado como característico das histéricas (cf. *Israel, 1995, p. 194*), nem sempre aparece nas nervosas, pelo contrário:

Todas as minhas gravidez eu passava mal, desde o primeiro dia, naquele dia que ficava grávida parecia que acabou o mundo. Para ficar grávida, ficava fácil mas não sei se era dos nervos, depois... era dor demais, né. Fiquei grávida era preparar o sofrimento, dor, mas dor mesmo, demais! Ficava abatida, tinha algo diferente, assim parece que acabou-se tudo para mim, os nervos dicerto, só podia ser, nunca tinha dado pensamento nenhum em mim ... só podia ser nervo, né? e foram sofridas, todas as minha gravidez foram sofridas (paciente)

Ela [a paciente] já não andava boa dos nervos e, aos 6 meses de gravidez, o pai descobriu e ela ficou histérica, gritava com todos, passamos sufoco com ela.. Ela se vingava, passava sem comer, dizia que ia morrer; o que valia era a amizade dela com a prima (mãe de uma paciente).

Todo mundo diz que eu rejeitei [a gravidez], que quando está na depressão sente, sente.... eu não sentia nada, eu só sentia vontade de não querer trabalhar, e não tomar banho, e não escovar dente, não sair de casa, ficar só deitada no sofá, é isso que eu sentia, mas nunca senti vontade de me matar, nunca! Agora não sei porque que me acontecia isso... as pessoas dizem que eu rejeitei, por isso fiquei daquele jeito, atacada dos nervos... (paciente).

CALMANTE E OUTRAS MEZINHAS

Bem no começo da minha doença, com 12 anos, a Vovozinha me benzia, me dava das fumaça das ERVAS e fazia orações na minha roupa, sabe, me sentia com uma paz dentro de mim, aquele cheiro de alecrim queimado me fazia relaxar e realmente melhorei por um bom tempo... (texto de uma paciente).

Para falar de tratamento dos nervos é preciso que se tenha presente e se aceite a proposição antropológica de itinerários terapêuticos, assim como sua multiplicidade e simultaneidade no uso dos vários recursos disponíveis na sociedade. Aliás, nervos talvez seja um dos casos mais ilustrativos dessas duas características das possibilidades terapêuticas tomadas por alguém quando em busca de alívio para um sofrimento.

Na consulta médica, a paciente busca alívio ou referendo social para a sua condição e explicações sobre o seu sofrer. Busca também um ouvinte solidário, um que entenda do sofrimento e por isso seja capaz de lhe dar, senão a cura, ao menos a atenção de quem compreende o que ela está passando. Entretanto, esta última expectativa parece ser a mais frustrada, pois as queixas relativas ao descaso, à pressa, à incompreensão na consulta médica são muito freqüentes nas histórias dessas mulheres e de seus familiares.

A postura indiferente do médico contrasta fortemente com a dos outros agentes de

cura, como os benzedores, por exemplo, que são freqüentemente lembrados pela sua paciência e compreensão. Era comum que, ao se referirem a eles, usassem expressões como ele sabia do que eu estava falando..., até parece que já tinha passado por isso, indicando claramente que seu sofrimento era perfeitamente compreensível e, por isso, aceitável para estes agentes, o que nem sempre acontecia com os médicos, sempre a insistir que isso [os nervos] não é nada! Outro aspecto, sobre o qual médicos e profissionais de saúde insistem, é o da possibilidade de controle por parte do paciente, o que contraria frontalmente sua representação do problema dos nervos, que aos pacientes se afigura como uma situação totalmente fora do controle. No choque dessas representações é impossível estabelecer-se uma relação terapêutica profícua.

Interessante notar que o descaso, real ou aparente, dos médicos pela condição de *nervosa*, longe de desestimular as crises parece provocá-las ainda mais, principalmente quando se trata de obter *receita azul* ou referendo para a condição de doente crônico. Ir ao médico e tomar remédios, tanto quanto buscar outros recursos terapêuticos, atua sobre representações pré-existentes, mas também cria e estimula a formação de novas representações, que tanto podem funcionar subsidiando positivamente o papel do doente e gerando atitudes propícias, quanto podem favorecer o processo de cronificação e ou de estigmatização.

Atendendo a suas várias, sobrepostas e simultâneas explicações para a doença, recorrem da mesma forma a mais de um tipo de tratamento, ao mesmo tempo ou sucessivamente. Assim, uma vai ao médico no mesmo dia ou logo antes e, às vezes, depois de ter ido a um benzedor ou médium espírita. No primeiro, busca, principalmente, a exclusão ou a confirmação de causa orgânica, a receita de um calmante ou tranqüilizante (a famosa *receita*

azul)⁵⁸; do segundo, espera solidariedade, compreensão, identificação com o problema e uma intermediação com o sobrenatural.

Esta intermediação pode ser na forma de rezas, pedindo a cura ou o alívio da doença; perdão para faltas cometidas e cujo castigo possa ser o sofrimento ora experimentado:

Eu acho que todo esse meu problema foi por causa de eu abortar uma filha, que até hoje eu não me esqueço, eu tenho a consciência pesada por isso. A primeira, a mais velha, que ela vai fazer 19 anos, e acho que ninguém esquece isso. Eu sei que isso é a causa da minha doença porque eu fui num Centro lá no estreito e o médium disse que ele viu a minha filha, essa que eu abortei quando eu tinha 15 anos, atrás de mim e da irmã dela, ele disse que ela tem ciúme da irmã porque ela tá aqui na Terra com os pais... Eu não posso mais esquecer isso que eu fiz, por isso que sofro demais... Ele [o médium] está me ajudando, orando, pedindo perdão a Deus por mim, que eu era bem dizer criança quando aconteceu isso, o que que eu podia pensar, se era certo ou errado? (paciente).

Agora eu estou com esperança de melhorar um pouco... fui na Igreja Universal e o pastor me fez dar um testemunho, eu falei tudo de mim, do meu sofrimento, dos ataques que me dá, do aborto que fiz, é eu fiz um aborto, tava com uma semana de gravidez e tomei uns chá, não sei porque mas fiz isso, sim senhora [a afirmação é dirigida para a filha adolescente que ouve estarecida a confissão da mãe], os problemas da bebida do marido, da falta de dinheiro, tudo, a dificuldade com os filhos que parece que eles não ligam para a mãe... aí o pastor me disse que eu tava com câncer no estômago, que tudo que me dava de mau era por causa de um demônio dentro de mim, aí eu fiz uma doação para a Igreja e ele orou e me disse : a senhora tem que orar muito, não deixar a Igreja. Agora eu tenho certeza que posso me curar, eu já me arrependi de tudo que foi mal que eu fiz, pedi perdão a Deus e ao pastor também... (paciente). ...

O benzedor pede a Deus pela gente, reza pedindo forças pra ele, pra dá remédio certo e pra gente poder vencer os nervos... (paciente).

As crises são atendidas pelos parentes e vizinhos, fazendo a doente cheirar noz-moscada, tomar água com açúcar ou chás diversos (entre os quais os mais usados são de noz-moscada, que é forte e faz sair logo da crise, de laranjeira, de erva-doce, de alecrim, que é muito bom para os nervos, de hortelã) e abanando, porque é comum que haja sufocação. Acudir uma pessoa em crise envolve também acalmá-la, aliviar-lhe a carga de trabalho ou de *pensão* (preocupação).

⁵⁸ As normas de comercialização de medicamentos de ação psicotrópica no Brasil determinam que sua prescrição seja controlada através do uso de um formulário de cor azul, que, por omissão (e às vezes ignorância médica) acaba substituindo a própria receita médica (que poderia ser em papel de qualquer cor). Assim, o formulário de controle acabou sendo popularmente conhecido como receita azul.

Assim, numa teia de esforços (pela cura) e reforços (à doença), tecidas por elas e pelos circunstantes, inclusive pelos agentes de cura, as *nervosas* vão sobrevivendo, mantendo seus *nervos* e confundindo seus médicos, nesse emaranhado de práticas religiosas e leigas nos quais se sustentam.

NERVOS E NERVOSOS NA BIOMEDICINA⁵⁹

DA SUFOCAÇÃO AOS NERVOS: A CONSTRUÇÃO DA REPRESENTAÇÃO MÉDICA DE UM SOFRIMENTO

A construção refere-se ao processo material lento e prático pelo qual as inscrições se superpõem e as descrições são mantidas ou refutadas (Latour e Woolgar, 1997, p.226).

O fenômeno ora estudado sob a denominação de *nervos*, do ponto de vista biomédico e histórico, coincide com o quadro da histeria, cujos conceitos e interpretações na Medicina Ocidental tiveram uma tal influência que repercutem ainda na atenção aos *sofredores de nervos*, permeando-a de preconceitos desfavoráveis. Cabe, por isso, relembrar sua trajetória desde os tempos hipocráticos, pontuando aqui momentos exemplares que contribuíram decisivamente para a formulação presente da representação médica da histeria e de *nervos*⁶⁰, pois, como disse Cayleff:

⁵⁹ Deve-se ter em conta que o modelo biomédico que caracteriza o modelo oficial de assistência médica vigente no País é baseado no modelo "flexneriano", no qual os fundamentos cartesianos são acentuados, conferindo-lhe, além da postura mecanicista e biologicista, um caráter individualista. Decorre daí sua organização em especialidades cada vez mais fragmentadas e fragmentadoras e a sua preocupação curativista. É o que se rotula em Saúde Pública como modelo assistencial flexneriano gerado no Positivismo (nota da autora).

⁶⁰ Seria desejável que o fizesse de fontes primárias, porém, dificuldades de várias ordens, entre as quais a impossibilidade no momento de acessá-las, levaram-me a uma revisão histórica parcial, baseada em alguns autores, e.g., Foucault (1993), Israël (1995), Porter (1993), Sasz (1971), Trillat (1991), Vieth (1973) que têm se ocupado da histeria e da loucura.

Desta forma, enquanto o conceito tem recebido vários rótulos através da história, incluindo: sofrimento pela migração uterina, possessão demoníaca, tarantismo⁶¹, melancolia, histeria, simpatia⁶² nervosa, nervosismo e neurastenia o caráter composto permanece o mesmo. O conceito central tem sobrevivido através do tempo, a despeito de mudanças nas relações de gênero no presente, onde a observação acadêmica recente mostra que a ideologia de gênero ainda informa amplamente sobre a atribuição de rótulos para as doenças, o diagnóstico médico e o manejo de certos aspectos da fisiologia feminina- particularmente aqueles associados com seus nervos. (Cayleff, 1988, p.1199) (sem grifos no original).

Para tal empreitada, convém considerar a advertência de Reis (1986):

É do lugar do outro, portanto, que começamos a falar e recontar estórias e a fazer uma outra história. Uma dessas histórias é a que tem nos contado a Ciência, mais particularmente a Biomedicina. Essa é uma das difíceis estórias a recontar, porque os seus atores codificaram hermeticamente a sua fala e a revestiram de uma aura de neutralidade. Desmentir essa neutralidade é quase uma heresia. (sem grifo no original).

Bem como é prudente que se renovem os seus votos:

Esperando que dessa vez não nos venham novamente com fogueiras; queremos contar a nossa parte nesse drama.

Correndo paralela com a Epilepsia, com quem vez ou outra é confundida, a Histeria é esse quadro polimórfico de sintomas e sinais variados, profusão de manifestações emocionais e somáticas, que popularmente é tido como *nervos*, e que nos consultórios médicos, hoje em dia, pode ser tomado como histeria mesmo, estresse ou, de acordo com outras modas atuais, depressão ou Tensão Pré-Menstrual, a hoje popular TPM⁶³.

O termo **histeria**, semanticamente, remete à ligação com o útero (do grego, *hystera*) e sobre a idéia, que remonta à Antigüidade (cerca de 2 000 anos a.C.), do útero como um organismo-vivo análogo a um animal, dotado de uma certa autonomia e de condições de deslocamentos pelo corpo.

⁶¹ Referência à tarântula, uma espécie de aracnídeo. Refere-se também ao Golfo de Taranto, Itália, região onde a doença foi comum.

⁶² Simpatia, designa, como proposto por Trillat (1991, p.81), a propriedade dos nervos de transmitir sensações de um ponto a outro. Num sentido mais amplo, designa também a relação fisiológica entre dois órgãos mais ou menos afastados ou à influência mórbida de um órgão afetado sobre outros órgãos não diretamente afetados (Dicionário Enciclopédico Koogan-Larousse -Seleções, 1982 p.810)

⁶³ A TPM nem sempre pode ser enquadrada como histeria, mas seus sintomas freqüentemente se superpõem e se confundem, a ponto de embaralhar o diagnóstico. Daqui para a frente, fiz uso da abreviatura por que ela já é de domínio leigo nos últimos tempos.

De pleno domínio das mulheres e das parteiras, essa noção acabou por influenciar o fundador e organizador do corpo disciplinar da Medicina Ocidental, século IV a.C, Hipócrates. Este, em que pese o esforço dispendido em situar a Medicina no campo do natural, do racional, do inteligível, rendeu-se entretanto à idéia da presença no ventre feminino de um pequeno, voraz e passeador animal, que serviu de matriz teórica para a histeria até o início da era cristã. Esse eixo, não só de conceitos mas também de preconceitos, se estendeu além do processo histórico para outras afecções que atacam as mulheres, e que mesmo em dias atuais sofrem iniquidades na atenção à sua saúde, derivadas dessa visão primordial, como portadoras de um conteúdo animal impossível de ser domado.

Hipócrates, em sua **Obra Completa**, dedica 250 páginas às *doenças das mulheres*, referindo-se freqüentemente à mobilidade do útero pelo corpo, sendo que a doença provocada por essa migração é a *sufocação da matriz*⁶⁴. A descrição hipocrática se presta para descrever com muita precisão alguns dos quadros relatado por *sufredoras dos nervos* hoje em dia:

Eis como isso ocorre: a mulher tendo os vasos mais vazios que de costume e estando mais cansada, a matriz ressecada pela fadiga se desloca, visto que ela está vazia e leve; a vacuidade do ventre faz com que haja lugar para que ela se desloque. Estando deslocada, ela se joga sobre o fígado, adere a ele e se dirige para os hipocôndrios. Com efeito, ela corre e vai para o alto em direção ao fluido, visto que ela foi demasiado ressecada pela fadiga. Ora, o fígado está cheio de fluido. Quando ela se joga sobre o fígado, ela causa uma sufocação súbita, interceptando a via respiratória que está no ventre. Por vezes, ao mesmo tempo em que a matriz começa a se jogar sobre o fígado, desce fleuma da cabeça para os hipocôndrios, dado que a mulher está sufocada; e por vezes, com essa descida de fleuma (ou pituíta, humor frio), a matriz deixa o fígado, retorna a seu lugar e a sufocação cessa... Quando a matriz está no fígado e nos hipocôndrios e produz a sufocação, o branco dos olhos revira, a mulher fica fria e mesmo, por vezes, lívida. Ela range os dentes, a saliva flui à boca e ela se assemelha aos epiléticos. Se a matriz fica muito tempo fixada ao fígado e nos hipocôndrios, a mulher sucumbe, asfixiada. [...] Ela experimenta esses acidentes subitamente, em plena saúde (Hipócrates, apud, Trillat, 1991, p.20).

O que parece perfeitamente superponível à descrição do mesmo quadro por um paciente da atualidade:

Eu sinto que a crise está começando porque me vem uma coisa, parece uma dor, não sei explicar bem... aqui de baixo, parece que uma coisa aqui, não sei se é o útero ou o que é, uma coisa aqui se retorce e parece que sobe, parece um bicho se mexendo lá por dentro, vem assim pelo lado esquerdo, daí passa para o lado de cá [o direito e aponta a região anatômica que corresponde ao fígado] quando chega aqui essa dor provoca uma agonia, parece que vou ficando sufocada, prende a respiração, parece que não tenho mais ar, aí sobe mais um pouco e me ataca o coração, aí ele bate descompassado, às vezes parece que vai parar, as vezes parece que vai atropelar de tão depressa que bate, acho que vou morrer... parece que fecha minha garganta, não consigo falar, às vezes só dou uns guincho que nem animal! Aí a vista escurece ou então me dá um branco na vista que não vejo mais nada, nessa hora se ainda não cai eu caio, não vejo mais nada, perco o conhecimento, depois eles é que me contam que eu fui ficando esquisita e caí... Tem dia que a crise dá e eu escuto tudo, só não posso falar, não consigo dizer o que tá acontecendo comigo, às vezes eu me bato que nem quem tem ataque, me babo, eles dizem que até os olhos eu retorço quando a crise é feita mesmo... Isso dá assim, sem mais nada, não precisa acontecer nada antes, o ataque vem por ele mesmo e, assim como veio, vai embora, deixa uma zonzura, uma fraqueza ruim, uma tristeza funda na gente...

Mas não só o médico pensava dessa forma. Hipócrates, na verdade, partilhava o pensamento da época, que pode ser visto também em Platão, filósofo grego, seu amigo, cuja preocupação era situar o homem no Universo e compreender sua natureza, o que o leva a dissertar sobre a organização do corpo humano, sobre o lugar e as funções dos órgãos. Na visão platônica, o baixo-ventre, nas mulheres, seria habitado pela alma animal, representada pelo útero, a respeito do qual ele diz:

Nas mulheres, o que chamamos matriz ou útero é um animal dentro delas que tem o apetite de gerar filho; e, quando fica muito tempo sem fruto, esse animal se impacienta e suporta esse estado com dificuldade; erra pelo corpo inteiro, obstrói as passagens do fôlego, impede a respiração, lança em angústias extremas e provoca outras enfermidades de toda sorte (Platão, citado por Nasio, 1991, p.65) (sem grifos no original).

Se a migração da matriz representava o movimento animal dentro do corpo feminino, as técnicas que iriam recolocá-la no lugar eram táticas de atração para o seu local de origem. Assim, justificavam-se pessários com substâncias de odor agradável para atraí-la de volta, ao mesmo tempo que a paciente devia inalar substâncias irritantes ou desagradáveis, para forçar a sua expulsão da localização indesejável. Recursos adicionais, como ataduras nos hipocôndrios, para manter a matriz no lugar ou ingerir certos alimentos, que também favoreciam essa situação. Havia ainda os recursos preventivos que se resumiam a medidas

⁶⁴ Segundo Trillat (op. cit.p:19), Hipócrates utiliza apenas o termo sufocação uterina, e teria sido Litré, no [Continua...]

para evitar a *secura* da matriz: para as moças, o casamento; para as casadas, o coito; para as viúvas, a gravidez.

Essa compreensão persiste por séculos, com pequenas variações conceituais, que incluem a redução da *alma animal* a uma comparação [...] *de modo que a matriz é inteiramente para a mulher como um animal dentro de um animal* [...] feita por Arétée de Cappadoce, médico radicado em Roma, no primeiro século (citado por Trillat, 1991, p.26). Aparentemente, ele foi o primeiro a levantar a possibilidade de uma histeria masculina, denominada *catoche*, que se manifestaria igualmente por uma sufocação e perda da voz.

Os registros indicam que por essa época fazia-se uso de substâncias esternutatórias⁶⁵, por se acreditar que os espirros pudessem fazer descer a matriz. E, nos casos que apresentavam perda de consciência, usava-se esfregar o rosto ou puxar os cabelos de forma a provocar dor e, dessa forma, reverter a crise.⁶⁶

~~Essa compreensão só se alteraria com Soranus de Éfeso, o *Príncipe dos Metódicos*, que ao final do primeiro século de nossa era, em Roma, propôs que a matriz seria fixada por membranas delgadas aos órgãos que a rodeiam. Assim, seus movimentos, diferente do que até aqui se acreditava, são relativamente pequenos e dever-se-iam à sua dotação com o sentido do tato, que o tornaria sensível ao toque e passível de contrair-se pelos adstringentes e relaxar-se pelos emolientes. Porém, ainda mantinha a possibilidade de uma certa ascensão do útero em decorrência de inflamações que provocariam uma *constrição*. Para os metódicos, não era mais a *secura* que provocava os movimentos da matriz e, por isso, recomendações como o incentivo ao coito não eram mais necessárias. Pelo contrário, Soranus via como benéfica a prática da abstinência sexual para ambos os sexos, sendo o exercício da~~

século XIX, que o substituiu pelo termo histeria.

⁶⁵ Esternutatório: que provoca esternutação ou espirros.

sexualidade um mal necessário à reprodução da espécie. A doença da sufocação aparecia mais facilmente após repetidos abortos, partos prematuros, viuvez prolongada. Sua terapêutica era suave e consistia em instalar a doente em um quarto quente e claro, distender suavemente os membros contraídos, aquecer as articulações, aplicar cataplasmas emolientes, banhos de assento e pessários igualmente emolientes. Passada a crise, era preciso restabelecer o equilíbrio geral por meio de passeios, leituras, recitações, banhos, unções, se necessário, viagens por terra ou por mar, águas termais. A rejeição aos métodos anteriores se deu por receio que eles pudessem agravar as inflamações, o mesmo se dizendo então do coito, que precisava ser evitado, porque, no entendimento dos metódicos, sempre debilitaria o organismo. Como entendiam que a concepção só podia se dar por vontade da mulher e que o útero não era um animal a cujas vontades a mulher ficaria sujeita, eles contribuíram decisivamente para que a mulher tomasse posse dessa parte do corpo que lhe escapava e a histeria fosse integrada ao corpo da Medicina.

~~Um século mais adiante, Galeno, um médico oriundo da Ásia Menor que se instalou em Roma, descreveu três formas de histeria: na primeira, a forma letárgica, a sufocação e a forma, a motora. Quanto a sua causalidade, estabeleceu uma teoria sexual ou seminal, ou seja, a doença agora seria devida a uma retenção da semente feminina. Criticando e abandonando as idéias de Platão e de Hipócrates, atribuiu à mulher a emissão de uma semente análoga ao esperma masculino, assim como entendeu que os órgãos genitais dela seriam semelhantes aos masculinos, só que situados internamente ao seu corpo. A semente da mulher, que, segundo ele, era mais úmida e mais fria que a dos homens, possuiria grande força e, caso fosse retida, impregnaria o corpo de maus humores, produzindo-lhe prejuízos com uma potência muito maior do que a retenção das regras, pois sua potência seria igualável~~

⁶⁶ Ainda há médicos que advogam e utilizam medidas dessa natureza, como injeções de éter (França, [Continua...])

a de um veneno. Suas explicações colocam os primeiros marcos de dois tipos de explicação que voltarão freqüentemente a partir do século XVII: a explicação tóxica ou química e a explicação neurológica ou física. Atendo-se à explicação tóxica, Galeno ainda ressaltou a hipótese da predisposição, para que se dê no organismo a corrupção dos humores; teoria essa que culminará, séculos adiante, na teoria da degenerescência.

Galeno desfez a confusão, que persistia desde Hipócrates, com o uso do termo *nervos* para designar indiscriminadamente tendões, nervos propriamente ditos, músculos e ligamentos, devendo-se a ele uma sistematização da Medicina Helênica, com a ampliação dos conhecimentos anatômicos e fisiológicos e o reconhecimento da interligação entre os nervos e o cérebro. Talvez a ele se deva também a base para a elaboração primordial da metáfora dos *nervos*, por ter reconhecido neles a ligação mente/corpo. Porém, embora relacionasse-os à teoria humoral, não restringiu a sua compreensão dos nervos como entidades meramente físicas: permaneceu supondo que os agentes da comunicação seriam espíritos animais ou essências produzidas no cérebro, e que circulariam pelo corpo produzindo tanto efeitos físicos quanto mentais, ocupando, portanto, uma posição intermediária entre mente e corpo, razão e ação (cf. Davis, 1988, p.1210).

Pela teoria galênica, seriam mais suscetíveis à histeria as mulheres que vinham tendo relações regulares com os homens e foram bruscamente privadas delas. Isso explicaria porque a freqüência alta entre as viúvas, que fariam a retenção da semente feminina e ficariam sujeitas a padecer da *distensão dos nervos*, pelos mecanismos acima expostos. E a retenção da semente masculina provocaria efeitos patológicos no homem, um pouco diferentes do que na mulher:

Conheci indivíduos dotados de uma tal natureza que por pudor, abstendo-se de prazeres venéreos, caíram no torpor. Outros, semelhantes aos melancólicos, estavam tomados de uma tristeza sem razão e de desespero, de desgosto pelos alimentos e tinham más digestões (Galeno, apud Trillat, 1991, p.35).

Deslocando do útero (órgão exclusivamente feminino) para a semente (produto análogo ao do homem), essa etiologia tornou possível então que o mesmo mecanismo de retenção (desse produto comum aos dois sexos) provocasse a doença em ambos, possibilitando reconhecer a histeria masculina, embora clinicamente fosse um pouco diversa da feminina.

Galeno substituiu a explicação filosófica pela fisiológica, a *alma* pela função, e reinterpretou as antigas concepções dos filósofos sob uma luz materialista, com a observação rigorosa e objetiva dos fenômenos biológicos. Distinguiu, quanto à origem da afecção, dois tipos: a primitiva, ou idiopática, do órgão afetado; e a secundária à afecção de outro órgão: afecção *simpática*. A histeria, sendo a afecção direta do útero ou do órgão sexual, era uma doença primitiva. Porém, suas manifestações neurológicas evidenciavam que o encéfalo foi atingido *simpaticamente* pela histeria.

Galeno também promoveu a clivagem ciência/fé, ao mesmo tempo que introduziu uma distinção entre causas *naturais* e *não naturais*: coisas contrárias à natureza da alma, que provocariam afecções e não dependiam de causas naturais. Com isso, o último médico da Antigüidade deixa a brecha para que, mais tarde, na Idade Média, a histeria seja dominada pela Demonologia e entendida como uma possessão demoníaca.

Entretanto, após Galeno:

[...] a Medicina abandonou o Ocidente [...] encontrou refúgio em Bizâncio e no Islã, onde ficou salvaguardada a herança da Antigüidade [...]. O culto de Esculápio, preservado até o século III, cede lugar ao culto do Cristo Redentor [...]. As manifestações mais espetaculares, mais teatrais, mais intrigantes, aquelas precisamente que a Antigüidade havia desde sempre atribuído às causas físicas, ao útero, a seus caprichos ou a seus humores, aparecem de agora em diante como os efeitos de uma punição divina, também como os de uma possessão diabólica, à qual se oporão orações e exorcismos (Trillat, 1991, p.41).

O adjetivo *nervoso* aparece no século XIII, com o sentido que lhe era atribuído na língua latina, ligado ao vigor derivado da fibra, o *nervus*, e que não era o mesmo sentido que tinha o *neuron* grego, que viria a se transformar no *nervo*, cujo sentido, no mínimo ambivalente, não se reduz apenas a uma designação anatômica, mas, destacando-se do contexto morfológico, adquire, com frequência, um tom pejorativo, *a meio caminho entre a patologia e a dor* (Israel, 1995, p.206).

Na Renascença, as forças antinaturais propostas por Galeno foram tidas como emanando do Diabo. A histeria e a melancolia passaram a ser vistas como resultantes da ação dessas forças. Nessa época, a consciência dos médicos estava impregnada de magia, astrologia, ocultismo e alquimia, e os nomes que se destacaram entre eles são bem o testemunho disso: Paracelso, Cornelius Agrippa e seu discípulo Jean Wier. Os três foram defensores das bruxas, mulheres então caçadas pela Inquisição, acusadas de pactuarem voluntariamente com o Diabo. A importância deles, em termos da história da histeria, se justifica porque mais tarde e, retrospectivamente, as bruxas foram identificadas às histéricas convulsivas e o debate médico-teológico, que pretendia distinguir possessões demoníacas, simulação e doenças como a histeria e a epilepsia, se prolongou por toda a Inquisição, permitindo digressões, que em parte retomaram e modificaram as explicações propostas por Galeno, preparando o terreno para a teoria dos vapores, que virou moda no século XVIII.

Por essa época, em Taranto, na Itália, e no sul da Europa, foi descrita uma doença, por vezes identificada com a doença (ou dança) de São Vito: o *tarantismo*, que seria provocada pela picada de uma aranha, a *tarântula*. Suas vítimas eram camponeses, jovens e mulheres, e manifestava-se por um *desejo de dançar*. Além disso, a doença provocava depressão e apatia em suas vítimas. *Tarantismo e possessão demoníaca*, como acentua Cayleff, possuíam as mesmas características sintomáticas e semelhanças epidemiológicas com

os nervos e a histeria do século XIX. A autora ressalta ainda que comportamentos passíveis de punição, como gestos sexuais explícitos, ataques incontroláveis, e liberação de tarefas e papéis, passavam a ser toleráveis se determinados pela doença (Cayleff, 1988, p.1200).

Ao fim do século XVII, a histeria volta à discussão médica. Associaram-se à sufocação dos médicos da Antigüidade um bom número de manifestações somáticas e retomou-se uma discussão recorrente sobre a natureza da histeria. Afinal, era ou não uma doença como as outras?

Distinguiram-se, então, duas teorias para explicar a histeria: uma, seguida por ginecologistas e parteiros, ou seja, especialistas das doenças das mulheres, que desenvolvem uma teoria vaporosa baseada nas, então recentes, descobertas da química e da física dos gases; e a outra, onde se encontravam os neurologistas, que se apoiavam em teorias neurológicas modernas. Ambos, entretanto, continuavam a se referir às teorias humorais e lançavam mão dos *nervos* como estrutura anatômica capaz de fazer fluir os seus *vapores*, porém, permaneciam acreditando em *espíritos* animais⁶⁷.

Mas, na segunda metade do século XVIII, apareceu uma variação na explicação do quadro ligada aos nervos e proposta por Pomme em seu *Tratado das afecções vaporosas*: sua causa era o endurecimento dos nervos pela evaporação dos fluidos que servem para lubrificá-lo. Esse endurecimento provocaria movimentos desordenados dos espíritos animais, visto que os nervos seriam seus reservatórios e canais. O ressecamento dos nervos se aplicaria também aos vasos e a outros órgãos, especialmente ao útero, o que provocaria espasmos nervosos que se espalhariam por todo o corpo, resultando nos paroxismos histéricos. Ou seja, retomou, de forma um pouco modificada, a sufocação da matriz. Esse arcabouço teórico

⁶⁷ Parece que àquela época o uso da palavra *espírito* estaria ligada ao caráter fluido, imaterial até, de alguma coisa que, por ser indomável, seria de *natureza animalesca*. Não teria, portanto, o sentido que corriqueiramente se lhe atribui hoje, mais ligado à espiritualidade ou ao campo religioso.

serviu para justificar uma proposta terapêutica *suave*, a hidroterapia, sob todas as suas formas: diluentes, umectantes, banhos prolongados⁶⁸, pedilúvios, lavagens refrescantes, as tisanas, as fervuras, entre outras.

A teoria dos *vapores*, a partir dos conhecimentos trazidos pelas descobertas de Harvey sobre a circulação sangüínea, tomava os nervos como a via para a circulação dos *mesmos*, e estes como resultantes de *efervescências viciosas* dos humores orgânicos. Essa teoria é proposta por Lange, em 1689, no *Tratado dos vapores*. Para ele existiam quatro tipos de fermentos suscetíveis de provocar os vapores: os voláteis (distinguindo-se pouco dos espíritos animais, provocariam a epilepsia), os glandulares, cujos vapores determinariam manifestações viscerais; os esplênicos, que liberariam vapores melancólicos e, finalmente, os fermentos seminais, responsáveis pela liberação dos vapores histéricos (Lange, apud Trillat, 1991, p.63).

Concepções curiosas explicavam a ação desse elemento: os vapores seminais se distribuiriam de maneira diferente nas pessoas: nos sábios, seriam liberados de maneira contínua, com pressão regular e constante, o que faria com que eles fossem pessoas boas, doces, amorosas, sem problemas sexuais; nos homens, sua liberação seria em uma forma extremamente volátil, que não daria tempo para os vapores chegarem ao cérebro, deixando-os assim a salvo da histeria; ao contrário da mulher, cujo fermento seminal conteria elementos fixos, pouco voláteis, freando o transporte dos vapores para os órgãos sexuais, que seria o lugar que lhes é reservado pela natureza; se houvesse abstinência sexual, agravar-se-ia a fermentação pelo acúmulo da semente não excretada e os vapores nascidos dessa fermentação subiriam para o cérebro pelos nervos, provocando a histeria, entre outros males possíveis

⁶⁸ Nessa época, os banhos e as abluções em geral eram desaconselhados por se entender que aumentariam a fragilidade do corpo às doenças...

como o inchaço do ventre, o delírio, a mania ou a possessão demoníaca:

[...] o diafragma fica comprimido [pelos vapores] de modo que parece que o corpo do útero, como uma grande bola, se dirige até esse lugar. Se os vapores se dirigem aos nervos dos pulmões, eles aí produzem a asma convulsiva. Quando eles são empurrados em direção aos do coração, eles produzem a pulsação convulsiva e as palpitações. Quando eles sobem aos nervos recorrentes, eles produzem a constrição e a sufocação. Enfim, quando eles são elevados até o cérebro, eles aí provocam os acidentes mesmos que nós explicamos na epilepsia (Lange, citado por Trillat, 1991, p.64).

Dos comentários de Lange, destaca-se que nunca se observariam *vapores histéricos* na mulher casada ou nas moças joviais, e que a abstinência sexual poderia levar à histeria, donde sua recomendação de exercícios físicos às mulheres que se encontrassem reduzidas a uma situação de abstinência. Lange retomou, portanto, a histeria como doença sexual, cuja sede é o útero. Por essa época, outros autores, adeptos da teoria dos vapores e da corrupção da semente fria e venenosa, iam acrescentando explicações e valorizando a participação do útero na histeria. Com esse pressuposto, os vapores se propagariam de baixo para cima, do útero para o cérebro.

A seguir, o avanço no conhecimento anatômico veio mostrar a impossibilidade da circulação dos vapores pelos nervos e reconhecer, cada vez mais, a importância do cérebro como sede do entendimento e de sua responsabilidade pelos movimentos organizados e deslocamentos do corpo. Possibilitou, então, o surgimento de nova proposição teórica diversa da anterior, que dela reteve a hipótese dos *vapores*, porém, dizia que eles se originariam no cérebro e se propagariam por uma via descendente. A sede da histeria deixava de ser o útero e a doença se dessexualizava. Tomando o cérebro como sede ficava mais fácil compreender como a agitação desordenada do corpo se acompanhava de perda do entendimento, de movimentos espasmódicos e anárquicos. Localizando os espíritos animais na mesma residência que a alma espiritual, era possível compreender a influência das emoções sobre o corpo e começava-se a construir um esquema teórico que desembocaria mais tarde numa interpretação neurológica para a histeria.

Cabe lembrar aqui que, nessa época, a teoria médica se baseava na *força vital*, e pressupunha uma quantidade limitada de vida que se encontraria, principalmente, no sangue e no esperma. Quem atuaria como mensageira entre as várias partes do corpo seria a *energia ou força dos nervos*, uma entidade finita, que podia ser determinada tanto por predisposição como por excitação. As mulheres eram então qualificadas como particularmente sensíveis a ambos os fatores.

Em 1758, o *Tratado das afecções vaporosas do sexo*, de Raulin, faz *tábula rasa* de tudo que vinha sendo mencionado até então sobre a histeria e os vapores, e, embora usando a designação *afecções vaporosas*, atribuía a sintomatologia histérica a uma muito vaga *irregularidade* no sistema nervoso. Com isso, abriu suas explicações para o desenvolvimento de uma teoria das paixões, dos excessos de alegria, de tristeza e de cólera aos quais a mulher estaria particularmente exposta, por ter uma natureza mais sensível e as fibras de seu corpo *num extremo de delicadeza*, constituindo assim uma fonte de sintomas vaporosos, muitas vezes violentos (Raulin, apud Trillat, 1991, p.79).

Dessa obra, destaca-se o fato de sugerir causas que não se ligavam só à ordem da natureza mas à da cultura: a ociosidade, a falta de exercícios físicos, às deploráveis condições de higiene alimentar e moral. Afirmava que todo o mal vinha da educação imposta às moças, da leitura de romances, da futilidade da vida das mulheres da sociedade, das quimeras, da imaginação desenfreada, das intrigas de alcova, onde a mulher tanto era joguete do desejo masculino quanto usava os seus encantos para obter poder e dinheiro. Essa compreensão teve um desdobramento na proposição de uma postura para o médico, de moralista e guardião dos costumes.

Na Inglaterra, ainda no século XVII, o médico, filósofo, anatomista e fisiologista Thomas Willis, que pertencia a uma corrente iatroquímica, atribuía o quadro a uma afecção

do cérebro e dos nervos. Sem abandonar o papel determinante dos espíritos animais, renovou essa teoria com o aporte dos princípios da Química, então nascente. Entendia-os como equivalentes dos fermentos que sofreriam distensões bruscas e provocariam convulsões. Destacou a ocorrência da histeria em mulheres de todas as idades e condições: ricas ou pobres, virgens, casadas ou viúvas, antes da puberdade ou depois da menopausa, e também nos homens.

A ele se contrapôs o seu contemporâneo, Nathanael Highmore, que tendo assimilado os princípios da circulação sanguínea descritos por Harvey⁶⁹, deu uma explicação *circulatória* para a histeria como resultante da circulação de *sangue flatulento* no coração e nos pulmões.

Persistia, porém, a dúvida colocada séculos antes: a histeria é ou não uma doença como as outras?

Quem se propôs a responder, ainda no século XVIII, foi Sydenham, figura médica de grande destaque neste tema. Foi chamado de *Hipócrates da Inglaterra*, por ter resgatado os princípios hipocráticos da prática médica, combatendo modismos então vigentes. Atribuindo a histeria ainda aos *vapores e aos espíritos animais*, dizia que ela não era uma doença como as outras, colocava-se acima de todas, em superposição, imitava a todas, dava uma imagem enganadora: *é a grande falácia*. Para ele, os espíritos animais seriam um conceito, não passível de serem tomados como objeto de experiência. A doença sobreviria por um desequilíbrio ou má repartição deles na economia corporal, que provocaria prejuízos tanto nos órgãos em que eles faltassem quanto nos quais estivessem sobrando. A força ou a fraqueza do temperamento propiciaria condições de suscetibilidade ao desregramento dos espíritos

⁶⁹ William Harvey, médico e anatomista inglês que viveu entre 1578 e 1657, descobriu a circulação do sangue no corpo humano.

animais. Assim, para ele, as mulheres, cujo temperamento seria mais fraco, eram mais atacadas pelos vapores do que os homens.

Sua proposta era a de uma relação mente-corpo monista, na qual a desordem dos espíritos animais acarretaria uma viciação dos humores. Tanto quanto o corpo, os humores, o sangue, as fermentações estariam implicados no desenvolvimento das paixões. A nível do corpo, o sangue seria a fonte dos espíritos animais; e os vapores, a tradução clínica da desordem dos espíritos, funcionando assim num *continuun* do corpo até a alma, no qual os espíritos ocupariam o lugar central.

De seu entendimento resultou uma proposta terapêutica que poderia eventualmente incluir a sangria, mas que deveria, sobretudo, fortificar o sangue por meio de remédios retirados do ferro⁷⁰ e de uma farmacopéia derivada do ópio, da quinina, de sais minerais, de unguentos e cataplasmas, aos quais se acrescentavam medidas de higiene alimentar ou corporal, como a prática de equitação ou caminhadas. Na crise histérica, recorria à Medicina tradicional com a inalação de substâncias de odor fétido ou fumaças e, se a crise fosse acompanhada de dores violentas, prescrevia a sua descoberta contra a dor, o láudano. Seu tratamento poderia incluir pessários uterinos, para modificar a opressão nessa área supostamente congesta e a ooforectomia (retirada cirúrgica dos ovários), que igualmente poderia remediar a situação (Cayleff, 1988, p.1202).

Sydenham propôs um esquema nosográfico em que classificava as doenças em agudas e passageiras (2/3 dos casos) e as doenças crônicas (1/3 dos casos), das quais a histeria representaria a metade dos casos. Em seu entendimento, portanto, ela seria a responsável por 1/6 da patologia total.

Retomou a preocupação a respeito do caráter simulador da histeria, enfatizando a

questão do diagnóstico diferencial:

Essa doença é um proteu que tomou uma infinidade de formas diferentes: é um camaleão que varia sem fim suas cores... Seus sintomas não são somente em número muito grande e muito variados, eles têm também isso de particular entre todas as doenças, o fato de que eles não seguem nenhuma regra, nem nenhum tipo uniforme, e não são senão um ajuntamento confuso e irregular: daí resulta que é difícil fazer a história da afecção histérica (Sydenham, citado por Trillat, 1991, p.73).

Sydenham discordava de Hipócrates por atribuir a sede cerebral e a teoria dos vapores em vez da sede uterina e do mecanismo da sufocação da matriz. Destacou o caráter ubíquo da doença e o papel de causas externas desencadeantes, como as agitações da alma, produzidas subitamente pela cólera, pelo medo, pela dor ou outra paixão semelhante. Descreveu o *furúnculo histérico* (cefaléia localizada, acompanhada de vômitos, equivalente talvez das nossas modernas enxaquecas), a tosse histérica, crises dolorosas abdominais que exigem o diagnóstico diferencial com as cólicas hepáticas ou renais, as contraturas, etc.

Aproximou a histeria da hipocondria, ambas com seu caráter camaleão, tomando uma como o equivalente da outra. A primeira, própria das mulheres, e a segunda, dos homens. Mas essa aproximação teve seus inconvenientes, por ser a hipocondria uma doença essencialmente crônica e contrastar com o aspecto das crises da histeria, às quais ele pouco se dedicou, constituindo esse o ponto fraco da nosografia de Sydenham.

A Medicina, nessa época, mantinha obscuridades ao mesmo tempo que promovia encontros e vivia contradições entre as teorias antigas e as descobertas das primeiras pesquisas propriamente científicas no domínio da Física, da Química e da Fisiologia. E foi nesse tempo que a sede da histeria migrou do útero para o cérebro, muito embora a teoria uterina mantivesse defensores até o século XIX, e talvez ainda hoje os mantenha.

Ainda no século XVIII, Whytt, um médico e fisiologista escocês, pôs abaixo a

⁷⁰ Propunha o uso de um xarope fabricado a partir de uma infusão fria de limalha de ferro em vinho.

teoria dos vapores, adotando a compreensão de *doença dos nervos*, atribuindo a histeria e a hipocondria a

[...] *uma constituição fraca ou contranatural dos nervos* [...]. Nós sabemos que os nervos têm a faculdade de sentir e que está igualmente provado que há uma simpatia generalizada agindo sobre todo o sistema nervoso da economia animal, e que há entre as diferentes partes do corpo uma simpatia particular muito sensível (Whytt, citado por Trillat, 1991, p.81).

Como fisiologista, interessou-se pelo efeito das emoções sobre o sistema nervoso, o que hoje é chamado de psicofisiologia.

Seu contemporâneo, William Cullen, celebrizou-se por inventar a palavra *neurose*, cuja função era afirmar a preponderância da neurologia, pois para ele todas as doenças podiam ser interpretadas em termos neurológicos, de contração e de relaxamento. Retomando a Medicina dos metódicos, repudiou a Medicina hipocrática e humoral e, por consequência, Sydenham também. Entendia a histeria como uma neurose (no sentido por ele proposto de *doença dos nervos*), porém, ainda a ligava ao útero e aos ovários.

Historicamente, é preciso lembrar que, por essa época, as áreas de influência relacionada a gênero começavam a diferenciar-se mais: tornava-se norma que as funções organizadas, públicas, econômicas e políticas fossem exercidas idealmente pelo homem, ao passo que o poder da mulher colocava-se crescentemente no âmbito doméstico, no cuidado dos filhos, na restrição das emoções à esfera privada, na preservação da casa como um oásis separado da competição política, de mercado e da influência nociva das reformas sociais. Os propósitos assim perseguidos diziam respeito a uma ética individualista de acumulação e no estabelecimento de vínculos que visavam a manutenção sociofamiliar, esferas essas não separadas, porém complementares, e baseadas em diferenças, mais percebidas do que reais, da superioridade moral da mulher, a par da grande racionalidade do homem. As relações sociais estabelecidas sobre essas bases revelavam, primariamente, relações de poder fundadas nas relações de gênero. Foi nesse contexto que a ideologia da grande vulnerabilidade física e

emocional da mulher emergiu e ganhou força. Característica essa, tida então, como própria da natureza feminina e necessária para gerar e dar a luz os seus filhos, o que, por sua vez, explicava e reforçava seu papel doméstico. Convém assinalar que as diferenças propostas para o gênero feminino dependiam da classe social, sendo aplicáveis às camadas socialmente mais favorecidas, uma vez que entre os pobres perdurava ainda o trabalho escravo ou escravizado, de tal forma que as regras acima apontadas não faziam sentido entre esses grupos, uma vez que a concepção médica, a visão de mundo, a perspectiva regional e as crenças ligadas a essa forma de viver não eram comuns entre eles. Por consequência, papéis ligados a gênero, assim como diagnósticos médicos, não eram⁷¹ similares ou operativos para os trabalhadores, minorias étnicas e raciais e para os pobres (cf. Cayleff, 1988).

Por outro lado, na Europa especialmente, ocorria o que Trillat assinala como o *período inglês* da história da histeria (no qual se situam Sydenham, Willis e Whytt), marcado tanto pela influência das descobertas no campo da neurologia quanto pela mentalidade puritana da Inglaterra, quando era necessário abandonar toda referência ao exercício da sexualidade e a histeria de origem uterina era totalmente inconveniente: *Os vapores são agora assunto de toda a sociedade; são uma calamidade social cuja origem definitivamente deve ser pesquisada mais ao lado dos costumes que do lado da Medicina* (Trillat, 1991, p.83).

Essa compreensão provocou um esvaziamento teórico, pois estando a psicofisiologia em seus primórdios e a teoria de Whytt que, embora exumasse a velha noção de simpatia, mantinha-se, porém, em prudente reserva, enquanto a noção de neurose permanecia insatisfatória.

Na segunda metade do século XVIII, esse vazio propiciou o desenvolvimento,

⁷¹ Mais adiante, tratarei das desigualdades relativas a gênero que ainda hoje intervêm na prática médica.

pelo alemão Franz Anton Mesmer, de uma outra concepção, a do magnetismo animal⁷². A princípio, utilizando-se de uma prática já comum por essa época em Viena, desenvolve um aparelho que permite a passagem de uma corrente magnética através do corpo, com o qual trata com absoluto sucesso uma jovem histérica, cujo quadro clínico incluía até a cegueira histérica. Depois, desviou sua explicação do magnetismo do aparelho para o de seu próprio corpo: não era mais o aparelho que tinha a propriedade curativa mas o próprio médico, graças a seu *magnetismo*.

Da vida turbulenta de Mesmer, agitada por suas descobertas sensacionais e pelas duras críticas da Medicina oficial, guardou-se o pioneirismo das práticas de tratamento em grupo e os fundamentos do sono magnético, do qual se desenvolveria, mais adiante, a hipnose. A importância de sua obra reside no fato de suas curas espetaculares de casos de histeria terem firmado a impressão de que ela não seria uma doença de fato, mas sim uma simulação passível de controle, um fingimento, uma representação teatral controlada pela paciente, o que, a meu ver, é uma crença que perdura até hoje no meio médico.

Para Trillat, Mesmer, anunciando a ligação do homem com o Universo por meio do *fluido animal*, prenunciou o Romantismo do século XIX, que seria, para a histeria, o período mais científico e, portanto, o menos romântico e, por conseqüência, o mais médico em sua história.

Até aqui, mesmo que descrevessem casos masculinos, os autores mantinham concordância quanto à histeria: ela continuava sendo um problema predominantemente das mulheres, e foi com essa referência feminina que o Romantismo a tratou. Condenando a mulher vaporosa e o mesmerismo, deslocou a mulher do estado de objeto sexual para o de

⁷²Em 1956, o trabalho de F. A. Pattie, referido por Trillat (1991, p.87) revelou que Mesmer, na verdade, plagiou o trabalho de um médico inglês chamado Richard Mead, publicado em Londres em 1704, sobre a ação do Sol e da Terra sobre o corpo humano.

pessoa sensível. Ao final, tomou a mulher como objeto da experimentação científica e colocou a discussão sobre a histeria no bojo de uma discussão maior, sobre a natureza da mulher e o papel da sexualidade nas diversas etapas psicossociais de sua vida (puberdade, casamento, viuvez).

Embora o imaginário romântico, que colocava a mulher num pedestal, afetasse os médicos que tratavam dessa questão, recolocava-se o útero no centro da discussão sobre a nosologia feminina. Foi por esse tempo que os fisiologistas descobriram a ovulação, evidenciando na mulher o seu papel gerador e ativo na reprodução.

Se não emancipou a mulher, o Romantismo, ao menos, reconheceu nela um ser sexuado, completamente diferente do homem, o que motivou os médicos a procurarem o que diferenciava sua natureza da dos homens, e permitiu que se retomasse, novamente, a reunião da histeria e da hipocondria como uma mesma doença, tal como propusera Sydenham.

O bretão Louyer-Villermay, no início do século XIX, retomou a tese da localização uterina da histeria e afirmou que as perturbações observadas seriam resultantes de lesões funcionais do órgão. Para ele, a histeria seria a neurose da mulher, assim como a hipocondria era a do homem. As contrariedades no amor e as desordens do órgão genital, que ele julgava ser vital na mulher, seriam as causas da histeria feminina; enquanto que o genital masculino poderia ser retirado sem que isso comprometesse a vida do homem. Reconheceu que o útero tinha funções muito mais importantes e estaria sobrecarregado na puberdade, na gravidez e no parto, com a lactação. Por essa razão, era necessário preservá-lo em suas funções. Propôs uma terapêutica sexual sem excessos, que contribuiria para seu bom funcionamento e, ao mesmo tempo, serviria para evitar excessos venéreos.

Mais à frente, Pinel, Esquirol e Charcot⁷³ dominaram o pensamento médico na Europa, no século XIX. Pinel criticou e abandonou as idéias de alguns de seus predecessores, voltando também à origem uterina da histeria. Entendendo-a como uma *continência austera*, viu o casamento como tratamento e a diferenciou do *furor uterino*. A única concessão que fez aos seus contemporâneos foi ao classificá-la como uma *neurose* (Szasz, 1971, p.102).

Esses autores fizeram a defesa das bruxas por reconhecerem-nas como doentes e interpretarem as possessões demoníacas evocadas pela Inquisição como perturbações mentais.

Charcot reviu os processos de bruxaria da Inquisição, além das pacientes da Salpêtrière⁷⁴, e tratou a histeria como um tópico da neuropatologia, aplicando-lhe o método anatomoclínico, fazendo o inventário cuidadoso dos sintomas, a experimentação (que inicia a partir do trabalho de Burq e do método desenvolvido por Claude Bernard) e a hipnose. Julgou poder explicá-la como uma perturbação funcional ou dinâmica dos nervos ou dos centros nervosos, atribuível a uma *impressão* traumática anterior, e dizia que os histéricos seriam sugestionáveis no mais alto grau, quer a sugestão se exercesse por influências externas quer por auto-sugestão. Essa descoberta de Charcot, do papel das representações na gênese dos acidentes histéricos, influenciaria também Janet e Binet e Freud, colocando a histeria como uma doença mental que se caracteriza pela existência de complexos ideofetivos separados da consciência.

Voltando-se para essa doença, Charcot retomou a teoria uterina e, num texto em que criticava o abandono dessa via explicativa, postulou uma histeria ovariana, o que

⁷³ Os três são tidos como os fundadores da Psiquiatria contemporânea como uma disciplina positivista e médica.

⁷⁴ La Salpêtrière, hospital parisiense criado por Luís XIV, em 1656, para indigentes e presidiários, no qual Charcot desenvolveu, a partir de 1862, seus famosos estudos sobre doenças nervosas (Cf. Nova Enciclopédia Barsa, 1997 vol. 4, p.114).

repercutiu, logo a seguir, em médicos norte-americanos⁷⁵ que passaram a proceder à retirada cirúrgica dos ovários como forma de tratamento, atitude que o revoltou por ter sido mal interpretado, uma vez que não preconizara tal prática.

Descreveu o quadro clínico da histeria, distinguindo nele quatro fases: 1) Aura: pode ser a dor ovariana prenunciando a crise; 2) Fase chamada epileptóide ou do ataque propriamente dito: grito, palidez, perda de consciência, queda, rigidez muscular; 3) Fase clônica ou clonesca: nela, segundo Charcot, *tudo é histérico*: grandes movimentos, contorções intencionais, gesticulações teatrais que imitam as paixões, o pavor, o medo, o ódio, etc. 4) Fase resolutiva, marcada por soluços, choro, riso.

A grande contribuição de Charcot, que efetivamente sobrevive a ele e constitui a última parte de sua obra, é o reconhecimento da *histeria traumática*, que aparece em homens, como consequência de traumatismos⁷⁶.

Outra contribuição sua para a histeria foi ter estabelecido o seu diagnóstico diferencial com a epilepsia, pois, ao longo da história, elas freqüentemente foram confundidas e tidas como uma só doença.

Após a morte de Charcot, a histeria traumática cai em descrédito, porém, permanece o termo Neurose Traumática, proposto pelos alemães para designar o mesmo quadro, como forma de evitar o preconceito ligado ao termo histeria, entre outras razões, pela insistência que havia em entender a histeria como um fenômeno eminentemente feminino.

O famoso neurologista Babinski, discípulo de Charcot, rompeu com as

⁷⁵ Szasz (1971, p.351) refere o tratamento cirúrgico da histeria, em 1885, pela extração do ovário em Paris; do clitóris em Londres e Viena e pela cauterização do clitóris em Heidelberg.

⁷⁶ Charcot estudou pacientes cujos quadros haviam sido desencadeados pela maquinaria, principalmente das estradas de ferro, que na época estavam em pleno desenvolvimento. Esse quadro clínico foi reconhecido na Inglaterra (onde as máquinas haviam aparecido primeiro) antes que na França. Classificava-se em shocks traumáticos, que causavam danos corporais, e shocks nervosos, essencialmente emocionais, provocados por

[Continua...]

concepções do Mestre por entender como histérico tudo que não fosse neurológico. Jogou com a oposição soma/psiquê relegando a histeria para o campo da Psicologia, não sem antes lançá-la no campo da moral, pois em uma comunicação sua à Sociedade de Neurologia, em 1901, falou de uma oposição entre o Bom e o Mau, apondo sugestão contra persuasão. A primeira representaria a *má insinuação*, ao passo que a última seria a insinuação boa, que levaria alguém a aceitar uma idéia razoável e sensata. Dessa oposição procedeu sua definição de histeria: as perturbações históricas eram aquelas passíveis de serem reproduzidas por sugestão e de desaparecerem por persuasão.

Definindo a categoria nosográfica pela terapêutica, aproximou-se das concepções do professor Bernheim, de Nancy: os sintomas históricos nada mais seriam do que sugestão, e que a psicoterapia faria a distinção entre os sintomas psíquicos e os orgânicos.

Entre a via fisiológica de Charcot à sugestão de Bernheim, surgiu, a partir das considerações do médico e psicólogo Janet, uma terceira possibilidade que refutava a proposição do primeiro, mas também não aceitava as do último, e propunha que a histeria fosse compreendida como fenômeno psíquico e que a ela, portanto, fossem aplicados métodos psicológicos. Retornou à hipnose, porém, trabalhando com as idéias subconscientes, que segundo ele estariam fixas, indisponíveis para o sujeito por serem dele desconhecidas. E, disse ele: *é no espírito que nós temos mais chances de encontrar os estigmas um pouco mais permanentes, coexistindo com todos os outros sintomas.* (Janet, apud Trillat, 1991, p.195).

Segundo Trillat, Janet foi quem pela primeira vez introduziu a dimensão histórica do sujeito num sistema teórico e numa Psicopatologia, explicando a histeria como o desdobramento da personalidade, a consequência imediata da fraqueza da síntese psíquica dada pelas características fundamentais dos históricos: o estado de subconsciência ou

traumatismos em geral mínimos, com pequenas lesões corporais que se acompanhavam de manifestações

[Continua...]

dissolução da consciência e o estreitamento da consciência.

Sua nosografia não partiu do sintoma, mas da consideração do campo da consciência, na qual o modelo de funcionamento psíquico era dado por dois eixos: um horizontal, do funcionamento automático ou subconsciente; e outro vertical, o da função de síntese exercida a cada instante pela personalidade. A histeria se organizaria em torno do primeiro eixo, ao passo que a Psicastenia, doença de caráter depressivo, inventada por Janet no rastro da neurastenia americana, se situaria no segundo. Ambas seriam suscetíveis de variações e de possibilidades de combinação.

Em 1870, Abert Hayes, autor de *A medical treatise on nervous affection*, a *doença americana*, atribuiu um caráter geográfico ao nervosismo, relacionando também esse mal-estar às condições da vida moderna urbana na sociedade industrializada, junto com os já considerados fatores emocionais e situações estimulantes, inclusive alimentares. Assinalou a maior suscetibilidade das mulheres jovens *dos círculos mais respeitáveis da sociedade*. Nessa proposta etiológica deixava clara a influência da ideologia de gênero sobre a abordagem médica do problema.

Outro médico americano, Beard, em 1879, descreveu a neurastenia, um quadro bastante próximo da melancolia e da hipocondria. E, assim, chegou-se ao final do século XIX com outro diagnóstico diferencial se impondo: era preciso diferenciar a histeria da neurastenia de Beard, um estado de fadiga física e psicológica, acompanhada de múltiplas indisposições de expressão corporal.

Começava-se então a abandonar os fatores até então tomados como responsáveis para tais quadros, como hereditariedade, clima, educação, paixões, emoções, tóxicos, etc., pois a etiologia proposta por Beard para esse quadro trocava-os por fatores sociais,

implicando na sua gênese o *stress* provocado pelo desenvolvimento da sociedade industrial, que levaria a um esgotamento energético que estaria na base das neuroses.

A doença virou moda na Europa, adquirindo um certo prestígio, principalmente por carregar um certo tom de *modernidade*.

Diferente das concepções anteriores, a neurastenia não era problema exclusivamente feminino, e outros fatores causais foram então invocados para explicar o equivalente masculino da histeria: o estresse provocado pelo trabalho cerebral (ocupação essencialmente masculina e condição da moderna sociedade industrial) e traumatismos, especialmente os decorrentes da guerra. Teóricos médicos propunham, por essa época, tipos e causas diferentes para a neurastenia masculina e a feminina.

De acordo com um deles, o famoso neurologista Weir Mitchell, a propensão das mulheres neurastênicas em distorcer os fatos era muito maior que a dos seus pacientes masculinos. Ele e seus colegas achavam que o homem tornava-se neurastênico por sobrecarga de trabalho, competição e perda de poder aquisitivo. Já o sofrimento da mulher resultaria de atividade intelectual não moderada durante as flutuações hormonais, de prestar cuidados a algum familiar doente e da socialização excessiva [?].

Mas a aproximação do século XX, com suas incertezas e mudanças sociais e políticas, trouxe o que os historiadores chamariam depois de neurose *fin-de-siècle*, e a histeria passou também a ser situada num contexto sociológico, à medida que avançavam as reivindicações femininas pela igualdade de direitos, emancipação e afirmação da própria identidade.

Em 1901, Babinski propôs substituir o termo histeria, caduco para ele, por *pitiatismo*, referindo-se a uma classe de fenômenos mórbidos suscetíveis de serem curados pela persuasão. Achava que esse neologismo poderia contribuir para sair da ambigüidade

suposta pelo termo histeria, pois para ele os distúrbios curáveis pela persuasão compunham um grupo homogêneo bem distinto (Bercherie, 1980,p.212).

Por essa época, foi propalado um desaparecimento da histeria refutado por Janet, que atribuiu o pretense desaparecimento a um fenômeno ligado à moda, argumentando que ela apenas aparentemente teria desaparecido, pois, segundo ele, não estava sendo pesquisada adequadamente na clínica, por isso prosseguia defendendo a ocorrência da histeria-doença. Outro fator que contribuiu para essa impressão de desaparecimento foi a influência da proposta de Babinski, que teria gerado medidas práticas como evitar a sugestão involuntária e a contra-sugestão.

No nível sociopolítico, o desaparecimento da histeria foi explicado pela pretensa satisfação das aspirações individuais de liberdade, uma vez que seu aparecimento estaria ligado, em suas raízes, a uma repressão de ordem política. Isto também explicaria que grandes manifestações operárias pudessem ser tomadas como formas de histeria coletiva.

Por esta época, já não importava muito mais a explicação e sim a cura da histeria, não se fazendo mais experimentação em cima do fenômeno histórico. Seu tratamento foi então buscado em bases pragmáticas, o que lhe conferia um caráter de superficialidade, só rompido por Freud na proposta psicanalítica, que surgiu justamente por causa do fenômeno histórico.

Freud era neurologista e anatomopatologista, interessara-se pela histeria desde 1882, quando seu amigo, o médico Breuer, lhe apresentou o famoso *caso Anna O*. Foi a Paris, em 1885, à Salpêtrière, com a finalidade de desenvolver suas pesquisas neuroanatômicas, porém, ao ter contacto com a histeria e com as teses de Charcot, enveredou pela Psicopatologia. Em 1895, juntamente com Breuer, publicou os *Estudos sobre a histeria*, marco fundador da Psicanálise e da revolução por ela desencadeada.

Ao início de seu trabalho com as histéricas e outros neuróticos, Freud utilizou a hipnose, método que gradualmente abandonou, por perceber que, mesmo sem ela, as pessoas falavam bastante ou às vezes mais do que hipnotizados. Residia nesse ponto o grande mérito desse médico, justamente o que o diferenciou dos médicos de seu tempo⁷⁷, e lhe permitiu estabelecer as bases da Psicanálise. Ele não só permitiu, porém, e de fato, *escutou* as falas de seus pacientes, como assinala Israël: *Freud escutou as histéricas, e foram elas que o ensinaram a se calar, a não tentar mais impor suas questões, a deixá-las livres para falar, como nunca tinham tido a oportunidade de fazer* (Israël, 1995, p.296) (sem grifo no original). Escutando-as, Freud percebeu que o discurso consciente, na verdade, era a emanção de outro discurso: o discurso inconsciente, que é feito do desejo e de suas articulações e variantes.

De sua estada em Salpêtrière e do convívio com Charcot, Freud reteve a noção de uma divisão de consciência e a hipótese de que uma idéia sugerida pudesse viver no aparelho psíquico e que pudesse dominar o estado mental no momento de um choque. Essas idéias seriam mais tarde reconhecidas por ele como precursoras da sua teoria sobre a histeria e sobre o papel do inconsciente e do trauma, e lhe serviram de ponto de partida para a Psicanálise (Trillat, 1921,p.161).

Freud desenvolveu a teoria dos níveis de consciência e propôs que traumas e repressões severas, especialmente aqueles ligados à sexualidade, estariam na origem do fenômeno histérico. Para ele, a histeria era causada não por um trauma ou uma agressão externa, mas pelo vestígio psíquico da agressão, e que a origem do sintoma histérico estaria nesse traço, nessa marca excessivamente carregada de afeto, isolado e doloroso para o eu: a

⁷⁷ Inclusive de Charcot, que não costumava ouvir as histéricas. Sem dúvida, as pacientes contemporâneas, se indagadas a respeito, acrescentarão: tanto quanto os médicos do nosso tempo...

irrupção da histeria remontaria quase que invariavelmente a um conflito psíquico, a uma representação inconciliável posta pela defesa do *eu*, cujo recalçamento provocaria os sintomas.

De Freud é muito conhecida a abordagem falocêntrica, que imprimiu à feminilidade uma identidade pela negação: *a mulher é o que o homem não é*, marcando-a com a inveja do sexo oposto. A grosso modo, remeteu a causalidade de muitos distúrbios psíquicos e psicossomáticos à esfera da sexualidade, tal como fez com a histeria.

Após Freud, as contribuições dos médicos e dos analistas ao conhecimento da histeria já não vem mais a ter o caráter revolucionário das suas propostas, e constituem, de maneira geral, contribuições ao pensamento psicanalítico. Mas como ficou o pensamento médico fora da Psicanálise, após essa revolução?

Até Freud, a história e o tratamento da histeria, dos vapores, *nervos*, tarantismo, ou como quer que tenha sido denominada a cada momento, vinha sendo dirigida pelos clínicos, neurologistas e cirurgiões, cujas opiniões, diante da Psicanálise, já não faziam mais sentido. Os fundamentos, sobre os quais apoiavam sua abordagem terapêutica, guardavam resquícios nada científicos, já que se baseavam em crenças e ligações anatômicas e ou fisiológicas tornadas insustentáveis pelo conhecimento do corpo humano, decifrado por anatomistas, químicos e fisiologistas. Já não mais podiam sustentar teorias uterinas como antes, ainda que se referissem a lesões *simpáticas* provocadas pelo útero em outros órgãos, como o Sistema Nervoso Central.

Seria de se esperar, portanto, que tratamentos empíricos até então utilizados, como a inalação de substâncias de odor forte, como o amoníaco, por exemplo, perdessem definitivamente o seu lugar, uma vez que os sistemas de referência a que estavam ligados foram contestados. Todavia, a grande importância dada pela Psicanálise à sexualidade parece

que influenciou ainda mais a prática médica desde então. Talvez porque ela encontrou aí uma forma de perpetuar a sua idéia de correlação da histeria com o sexo e, por conseqüência, a noção médica ligada ao diagnóstico popular de *nervos*, envolvendo nessa implicação quase que exclusivamente o sexo feminino, e a interpretação da histeria como estreitamente vinculada à insatisfação sexual, a fantasias sexuais mal ou não-resolvidas, reduzindo-a, enfim, a um atributo feminino ligado ao exercício sexual apenas, e não ao papel sexual feminino (o que comportaria muito mais do que o sexo propriamente dito).

Porém, para visualizar essa postura é preciso que se recorra a informações acumuladas durante a formação médica, naquilo que se convencionou chamar de *curriculum oculto*⁷⁸. Àqueles conhecimentos que não se encontram nos compêndios médicos, mas que são repassados, informalmente, às vezes, ao longo das atividades próprias do curso. Ou que se desenvolvem paralelamente a ele, e que não são encontrados nos textos médicos, mas influenciam fortemente os profissionais (Bol. Org. Panam, 1995)⁷⁹, inclusive na manutenção de preconceitos e estereótipos. É justamente isto o que tem ocorrido em relação a *pitiáticos* e *nervosos* em geral, no âmbito da assistência médica.

Após o término da II Guerra Mundial, a Medicina, tal como outras áreas do conhecimento humano, passou por transformações radicais e por um processo de incorporação crescente de tecnologia para diagnóstico e tratamento das doenças que começaram, então, a parecer perfeitamente vencíveis. A crença nos poderes ilimitados que

⁷⁸ Segundo o Boletim da Oficina Sanitária Panamericana acima referido, *curriculum oculto* abarca tudo que o estudante absorve de seus professores e colegas, nas aulas e nas visitas: as estruturas hierárquicas que mantêm os mentores dignos de emulação, os estudos de casos e os chistes e anedotas apresentados de maneira que perpetuam os estereótipos raciais, étnicos e de gênero; e a tendência a menosprezar a introspecção e a reflexão frente a memorização constante de dados. Alerta que o *curriculum oculto* está cheio de contradições não-expressas que produzem no estudante um relativismo moral e uma atitude cínica frente aos princípios que, se presume, devam sustentar a atitude profissional. Minha vivência como aluna e depois como professora universitária vem atestando diariamente a propriedade desse termo.

essas conquistas pareciam trazer possibilitou uma crescente medicalização⁸⁰, principalmente de problemas sociais, iatrogênica, muitas vezes.

A psiquiatria tradicional, na década de 50, ganhou potentes aliados: os benzodiazepínicos, drogas de amplo uso como calmantes, e a Psicanálise, propondo-se, como ensinara Freud, a fazer emergir os conteúdos reprimidos do inconsciente, pareciam capazes de manter sob controle as manifestações antes indomadas, como a histeria. Novamente chegou-se a propalar o seu desaparecimento (no meio médico, vez ou outra isso é considerado).

Porém, o que se observa é que esse diagnóstico perdurou no setor popular sob o rótulo de *sofrimento dos nervos*, ao passo que a medicina inventou, há quase 50 anos, um sucedâneo muito mais abrangente: o estresse. E, mais recentemente, tem jogado com o diagnóstico de depressão e, por vezes, com o de TPM, mantendo ainda, no plano orgânico, uma forte associação etiológica com o útero e os órgãos genitais femininos, e no plano relacional, com as relações sexuais. Joga, agora, até mesmo com o atualíssimo diagnóstico de *Síndrome do Pânico*, na ânsia de justificar os incontáveis dependentes químicos que criou.

⁷⁹ Refletindo sobre isso, lembrei-me de apontamentos piches de indignação que fiz durante algumas atividades do curso médico que realizei na década de 70. Exumando-os numa arqueologia pessoal, coloco-os no ANEXO 08 para ilustrar o argumento acima exposto.

⁸⁰ Obviamente a tecnologia não é o responsável isolado pela crescente medicalização observada nas décadas mais recentes, mas certamente ao desenvolvimento farmacêutico deve-se boa parte dela (e.g. Cordeiro, 1980, p.63-7; Barros, 1995, p.21-32, entre outros).

O ESTRESSE⁸¹

O homem é o único ser vivo capaz de ser seu próprio agente agressor, através de seus pensamentos, angústias e inseguranças diante da vida [...] muitas pessoas experimentam sensações físicas de desconforto quando submetidas a situações de ansiedade (Bonamim, 1994, p. 26).

Os efeitos das condições da organização social e da sua desintegração sobre o comportamento e a formação da personalidade da pessoa foram assinalados já nos primórdios da Sociologia, no final do século passado, por Durkheim. Na Biologia, Hans Selye, médico e cientista austríaco, publicou, em 1936, suas primeiras observações sobre o estresse, e desde então muito se falou e se publicou na imprensa científica sobre o assunto. O próprio Selye (citado por Helman), em revisão publicada em 1976, mostrava que em 40 anos haviam sido publicados 110.000 trabalhos sobre o assunto! E, talvez agora, esteja mais do que nunca fazendo parte das conversas corriqueiras das pessoas, face à secularização e à vulgarização intensa do conceito de estresse (eg. *Feminina*, [199?]; Treichler et. al. 1986). O que atingiu também de certa forma as áreas científica e profissional, a ponto de provocar indignação, como manifestou um psicanalista: *neste caso* [na possibilidade de estabelecer-se um vínculo entre um acontecimento e a resposta somática], *atualmente os biólogos falam com frequência de "stress", conceito sacro sem fundo, de uso prático.* (Dejours, 1988, p.16) (o primeiro grifo

⁸¹ Ao trazer aqui umas breves notas sobre o estresse corri duplo risco: por um lado, de estender excessivamente esta revoada sobre a construção dos conceitos médicos sobrepostos à síndrome popular de nervos; e por outro, de ser parcimoniosa na abordagem de tema tão discutido na imprensa médica. Só fiz isto com o estresse, não o fazendo com TPM e com a Síndrome do Pânico, por entender que os mecanismos envolvidos na reação ao agente estressor explicam, de fato, o que se passa no nível orgânico com as nervosas e daí deduzi a utilidade dos comentários acima expostos, uma vez que o que se propõe neste trabalho é justamente promover uma interação cooperativa entre a Biomedicina e a Antropologia. Além do que, o estresse tem sido tema corriqueiro de matérias na imprensa leiga (jornais, programas de televisão, etc.) e servido de justificativas para inúmeras situações tal como a derrota da Seleção Brasileira de Futebol na Copa do Mundo, atribuída ao estresse de um jogador. E mais: pelas descrições veiculadas, quer me parecer que o

[Continua...]

é do original, o segundo, não).

Esse uso, tipo *saco sem fundo*, ou seja, como amplo reservatório no qual se jogam todas as coisas cuja causa é ignorada ou se pretende ignorar, é largamente visto na área médica, principalmente. Mas implica num alargamento conceitual, uma vez que passa a comportar situações tão diversificadas em sua natureza e gravidade, podendo se referir a ansiedades geradas por motivos de somenos importância, no relacionamento pessoal com amigos, por exemplo, no trauma cirúrgico ou, ainda, ser vista em afirmações como esta: *você está estressada porque eu mandei que faça dieta*, até a angústia que sucede grandes tragédias, como a do sujeito que acaba de perder mulher e filhas carbonizadas num acidente automobilístico.

Mas, então, o que é o estresse? Nos termos propostos por Selye, constitui um mecanismo fisiológico que prepara o organismo para reagir face às exigências ambientais. Decorre daí a compreensão de que nem todo estresse é deletério e indesejável. Num nível moderado (*eutresse*) promoveria a proteção e a adaptação do indivíduo ao ambiente. Só em níveis mais acentuados (*distresse*) pode causar lesões patológicas, orgânicas ou psíquicas, e até mesmo levar à morte.

Os fatores estressantes podem ser de natureza física, psicológica ou sociocultural, e sua atuação provoca no organismo uma resposta manifesta em 3 estágios básicos: 1. alarme, em que há a conscientização da presença do agente estressante e a mobilização química, física e psicológica para enfrentá-lo; 2. resistência ou adaptação, com a ativação do sistema neuroendócrino com a conseqüente reação e recuperação orgânica; 3. exaustão, quando o organismo não é capaz de se recuperar, porque a persistência ou intensidade do agente estressante está além da sua capacidade. Assim, as mudanças fisiológicas se tornam

mesmo teve uma crise típica de nervos, mas como é homem, jogador de futebol... esperança da Nação... diz-
[Continua...]

patológicas, resultando, por fim, em doença ou morte.

Dada a natureza ambígua deste trabalho, pareceu-me imprescindível apresentar os mecanismos neuroendócrinos envolvidos na chamada Síndrome Geral de Adaptação, que é a reação aos agentes estressantes, o que faço no ANEXO 9, utilizando o excelente e descomplicado resumo encontrado em Witkin-Lanoil (1985).

É interessante ressaltar que os mecanismos são inespecíficos, isto é, são ativados dessa forma independentemente da natureza do estressor, o que, por vezes, pode ser exagerado ou inadequado, já que um de seus resultados é a chamada *reação de fuga*, porque nos primeiros momentos o organismo é preparado para correr, afastar-se do agressor. Imagine-se agora uma situação estressante contemporânea: ficar preso no trânsito ou ter de enfrentar uma cirurgia (tanto no papel do cirurgião quanto do paciente). Como ficam os sistemas todos ativados? Como sua ativação vai repercutir sobre o indivíduo que não pode ou não deve correr ou fugir? Certamente, intensificando aquelas respostas e desencadeando outras. Não fica difícil, portanto, imaginar o resultado das situações cronicamente estressantes, como viver numa grande cidade hoje em dia, ou conviver com a carência continuada de recursos materiais, ou, ainda, com relações conflituosas e frustrantes.

Decorre daí, provavelmente, o deslocamento conceitual de estresse que parece ter havido, deixando de ser entendido como uma reação normal e passando a designar um desequilíbrio, como se encontra em alguns autores como, por exemplo, Maes Vingerhoets e Van Heck, que falam de um estado de desequilíbrio da pessoa por uma disparidade entre a demanda ambiental e a capacidade pessoal de lutar. De forma que eventos atuam como estressores quando excedem os recursos adaptativos da pessoa.

O estresse provoca efeitos psicofisiológicos diretos sobre a saúde, por exemplo:

se que ele teve stress!

doenças imunológicas, alergias, mudanças no funcionamento hormonal. Pode levar ao enfraquecimento das condições pessoais e a um comportamento doentio (enfraquecimento dos hábitos para a saúde), ou influenciar o curso de uma doença preexistente, pela superposição de outros sintomas (distúrbios do sono, anorexia, etc.), retroalimentando-a e provocando o seu agravamento ou o surgimento de novas patologias ou comportamentos inadequados, como assinalam Maes, S; Vingerhoets, A. e Heck, G. Van, (1987, p.567).

Assim, estresse é hoje uma rubrica complexa, que consiste de processos inter-relacionados, onde entram, além do sujeito, fatores mediadores entre os estressores ambientais e a doença, quais sejam, estilo de reação (repressão, inibição das expressões de emoção e engajamento com interações agitadas com o ambiente); características de personalidade e das redes de apoio social.

O já citado Dejours fundamenta sua crítica ao uso indiscriminado do estresse na Medicina, na Psiquiatria e na Psicologia, dizendo que usar o conceito de estresse

Evacua aparentemente a dificuldade em distinguir entre emoção e emotividade⁸².[...] Libera-se também da distinção entre angústia somática e ansiedade psíquica. O stress se presta à objetivação, pouco importa a vivência do sujeito em estado de stress.[...] basta que se possam seguir as variações de grandeza biológica e que se possa lhes dar um índice de significação em relação com a situação ansiogênica estudada. [...] a mensuração do stress pode dispensar o sujeito que o vive.[...]Assim, o primado do mensurável se impõe em detrimento da vivência subjetiva, a ponto de torná-la acessória, até mesmo suspeita. Trágica orientação, pois do que falamos junto com o stress? De uma angústia supostamente isolável do sujeito que a vive (Dejours, 1988, p.26) (sem grifo no original).

Do ponto de vista psicossocial, o estresse pode ser visto de várias perspectivas, a partir de sua associação com papéis, estilos de vida, eventos da vida diária, etc. Pearlin assinala que para estudar o estresse pessoal é necessário que se considere também o estudo

⁸²Para ele, a emoção atua mais a nível visceral, na musculatura (motricidade digestiva), motricidade vascular (vasoconstrição, vasodilatação, taquicardia, hipertensão arterial), motricidade respiratória (taquipnéia diafragmática ou intercostal, espasmo brônquico); lágrimas, riso, animia também fazem parte das manifestações de emoção; já a emotividade se distingue da emoção: indica o modo particular de reagir, manifestações privilegiadas de certos indivíduos face às situações exteriores e às excitações (Cf. Dejours, 1988, p.25).

dos papéis sociais, pois, como ele observou, muitos deles se associam à manutenção das instituições como família, profissão, economia; e que as pessoas são socializadas para valorizar muito o seu papel e para investirem, a si mesmas, nos papéis institucionais. Assim, o estresse ligado a eles relaciona-se tanto à vida, à individualidade do sujeito, quanto ao funcionamento e à manutenção das estruturas sociais. Portanto, o estresse não é uma circunstância fortuita na vida de uma delas, e o estudo dos papéis sociais tem de integrar, necessariamente, a pesquisa do estresse pessoal tanto quanto o do estresse social (Pearlim, 1983, p.6).

Entendendo *nervos* como uma das formas que algumas culturas, principalmente as latinas, enfrentam o estresse social, priorizei a abordagem dos papéis sociais, pois me interessavam, em particular, as questões de gênero e nestas, as relacionadas às mulheres, o que será abordado mais adiante, no capítulo sobre gênero e *nervos*.

Goldeberg, em interessante artigo sobre a problemática do atendimento ao estresse na Atenção Primária à Saúde (APS), reconheceu a existência de três grupos de distresse psicossocial: o primeiro, mais leve, no qual os mecanismos homeostáticos têm condições de promover sua recuperação após um certo tempo e que provavelmente não se beneficiará de medicação⁸³; o segundo, que seriam os neuróticos de longa duração, associados com problemas de interação social e problemas pessoais, cujo tratamento corresponde a uma intervenção social; e o terceiro grupo, o dos doentes, que se beneficiarão da medicação, tratamento comportamental e medicamentoso. Também discutiu as habilidades necessárias aos médicos para tratarem desses pacientes, chamando a atenção para algumas que **não podem ser adquiridas na escola médica**: habilidade para o aconselhamento, para tolerar o

⁸³ Acrescento: é quase certo que esse grupo não precisará da medicação, a não ser, em raros casos, por curtíssimo período de tempo.

paciente que não melhora, o interesse continuado no ajustamento social e na melhora física do paciente e saber quando pedir ajuda social. Acentua que os jovens médicos, por não terem essas habilidades desenvolvidas, tendem a ajudar seus pacientes através da prescrição múltipla de fármacos, e que isso não é bom porque os pacientes gastam seu dinheiro com remédios ao invés de fazê-lo com outras coisas, e porque as drogas, freqüentemente, interagem deixando o paciente mais doente ainda. Além disso, incorrem em erro porque de qualquer forma é um engano primitivo do mundo da suposição que problemas sociais crônicos possam ser resolvidos pelos psicotrópicos (Goldeberg, 1992. p.192).

Outra questão freqüentemente levantada, quando se fala de estresse e de nervos, é a da somatização que, segundo Kleyman, é tanto a expressão de queixa física na ausência de patologia orgânica quanto a amplificação de sintomas resultantes de patologia física definida (Kleinman, citado por Dunk, 1981p. 37). O fenômeno da somatização, um dos componentes dos quadros de nervos, repercute sobre os serviços de saúde. Aqueles que tendem a expressar seu desconforto, pessoal ou social, através do corpo, vão encontrar má vontade e barreiras de preconceito e desconhecimento entre os profissionais de saúde, especialmente entre os médicos, como será visto mais adiante.

Pude constatar a força das representações acumuladas pela Medicina, nessa sua longa história, ao saber que os alunos da Universidade Federal do Paraná ainda recebem o mesmo tipo de orientação que recebi há mais de vinte anos. A única diferença é com relação aos textos ora utilizados, que são muito mais compreensivos com a problemática socioafetiva e sugerem o trabalho médico a partir de uma conceituação ampliada e em termos do processo saúde/doença.

OS MÉDICOS FRENTE AOS NERVOSOS HOJE

Nervos é uma doença popular com uma constelação sintomática que constitui uma síndrome socialmente reconhecida, à qual, como já foi visto, corresponde uma abordagem terapêutica e padrões de comportamento: tabus, regras de respeito ou de desculpa para com o doente, etc. Mas que não existe como síndrome ou entidade nosológica, do ponto de vista biomédico, o que para ser comprovado basta consultar, por exemplo, um dos livros-textos mais utilizados em nosso meio por estudantes e médicos, o famoso Cecil⁸⁴, ou algumas revistas médicas, pois mesmo as da área de Psiquiatria⁸⁵ nada trazem sobre *nervos*.

A síndrome popular do *nervoso*, compreendendo uma gama de sinais e sintomas emocionais e orgânicos, em associações e intensidade diversas, coincide, em geral, com a descrição clássica da histeria ou com o que os médicos reconhecem como *piti* ou *psico*⁸⁶. Engloba sintomas e sinais de natureza e de intensidade variáveis, não exclusivos. Muitos deles podem ser encontrados em doenças orgânicas como em algumas infecto-contagiosas, ou nas consumptivas ou, ainda, nos estados depressivos. É difícil precisar o sutil limite que faz com que um médico classifique um caso como depressão, por exemplo, ou -ao contrário- diga que não passa de um *nervoso qualquer*...

A exemplo de outras doenças culturais como o *susto*⁸⁷, que também não é

⁸⁴ Refiro-me aqui ao *Cecil Textbook of Medicine*, editado várias vezes nos Estados Unidos por Saunders Company e no Brasil, também por muitas edições, traduzido por Guanabara-Koogan Editores, extremamente utilizado por médicos e, principalmente, por estudantes de Medicina.

⁸⁵ Sobre histeria, sim.

⁸⁶ *Piti*, de *pitiático*, *histérico*, que tem sintomas que aparecem pela sugestão e desaparecem pela persuasão (cf. Aurélio Buarque de Hollanda, 1960. p. 940); *psi*, radical que se refere a alma, espírito, aqui usado pejorativamente para indicar os que nada têm de sofrimento localizável organicamente.

⁸⁷ *Susto* é uma doença de caráter cultural, encontrada entre os latinos, cujos sintomas muito se aproximam de *nervos*, e que se explicaria pelo roubo da alma do indivíduo; e que aparece em situações de conflito ou estresse social, e que parece incidir mais freqüentemente em mulheres e crianças (e.g. Rubel, 1964; Seijas, [Continua...])

reconhecido pela Medicina oficial, o *nervoso* não tem uma abordagem específica. Pelo contrário, a consulta médica o despoja de seus significados e conteúdos sociais e o tratamento, **dar um remedinho**⁸⁸, raramente provê o doente de outros signos socialmente valorizáveis. A consulta médica - exceto pela pequeníssima parcela que recebe uma prescrição medicamentosa - esvazia, desmerece o sofrimento do doente: *isso é só um nervoso*. (cf. Navarro, 1989). Como consequência, há a redução do contexto pessoal, ou seja, o impedimento de associações extrabiológicas (como psicológicas, sociais, culturais, político-econômicas) intervenientes na determinação da doença que, afinal, promove a falta de articulação entre o nível biológico e o macro das determinações sociais da doença (cf. Verani, 1989).

Compartilho com Duarte (1987 P.94) e Costa (1987 . p.7) a idéia de que os usos, popular e médico, do diagnóstico e do rótulo de *nervoso* constituem uma apropriação recíproca de saberes. Se, por um lado, o setor popular, localizando no corpo, ou seja, nos *nervos*, um distúrbio mal definido tenta adequar-se à abordagem mecanicista da Biomedicina e proporcionar uma rubrica admissível para uma categoria popular de doença: *é o corpo doente que explica as dificuldades de intercâmbio com o ambiente social* (Souza, 1983 p.138); por outro, o médico lança mão de um termo de uso popular (que já foi de uso médico, como se verá mais adiante) para definir, explicar ou até mesmo se livrar de definir, estados que envolvem situações tidas como clinicamente vagas, de múltiplos significados, quase sempre tomadas como idiopáticas (no sentido que o sujeito é assim mesmo, nada há a fazer...) que com um pouco mais de boa vontade seriam chamados de psicossomáticos, mas que,

1972; Uzzel, 1974; O'Neil e Rubel, 1980; Bolton, 198; Trotter, 1982; O'Neil e Selby 197; Rubel, O'Neil e Collado, 1990; Holloway, 1994).

⁸⁸ Enfatizo essa expressão por ser muito comum entre os médicos, para se referirem aos pacientes, e o que - a meu ver - faz parte de um processo de desvalorização do paciente, não só de suas queixas, mas, como de seu conhecimento, através dessa forma mais apropriada às crianças.

principalmente, não merecem do profissional maiores preocupações além de um remedinho calmante ou para dormir!

Verhaake e colaboradores, assim como Goldeberg, apontaram as dificuldades que os médicos clínicos gerais têm para diagnosticar os casos de problemas mentais quando eles se apresentam só com queixas somáticas. Já Lolas mostra os vieses subjetivos dos médicos: experiência, conhecimento, afetos e que fazem parte constitutiva do processo diagnóstico (Lolas, 1985; Goldberg, 1992; Verhaake, 1992).

Scheper-Hughes ilustra bem o embaraço biomédico de lidar com síndromes culturais ou com sintomas re-significados-pela cultura, pela dificuldade que a Medicina tem de apreender o real significado deles. Analisando o *nervoso* no Nordeste brasileiro, essa autora percebeu que, na verdade, quando as pessoas se referem aos *nervos*, estão, quase sempre, se referindo à fome ou às suas decorrências. O *nervoso* lá é o duplo da fome, ao passo que a leitura biomédica o vê apenas nos seus aspectos somáticos, desconsiderando a causa real do sofrimento e servindo como um agente de controle social. Então, *nervos* como parte da prática discursiva, transforma os sintomas da fome para termos politicamente menos carregados de ansiedade emocional, e de uma patologia individual, cuja terapia é tranqüilizante mais do que a redistribuição de comida, riqueza e poder, uma vez que em virtude de sua mediação medicamentosa faz o sofredor calar a sua miséria, assim

[...] um rico esquema conceitual folk para descrever as relações mente/corpo/corpo social é apropriado pela Medicina e transformado completamente em outro: a doença biomédica que aliena a mente do corpo e oculta a relação social da doença. Assim, a experiência de privações é transformada em um problema pessoal, psicológico, que requer medicação (Scheper-Hughes, 1992, p.169).

No seu entendimento, a atuação dos médicos pode ser vista à luz das teorias críticas e do conceito de hegemonia de Gramsci, como desempenhando o papel de intelectuais *tradicionais*, cuja função é, em parte, identificar mal, falhar em ver a secreta indignação da

doença da pobreza expressa no *pouco desenvolvido idioma dos nervos*. Atribui ainda à Medicina a tendência etnocêntrica de standardizar nossas próprias estáticas mente/corpo (culturalmente construídas e prescritas) e rotular como desviantes, patológicas, irracionais ou inadequadas as estáticas dos outros (no caso estudado por ela, dos pobres) (op. cit. p.185).

A irresolutividade da consulta médica é mediada também por outros fatores como, por exemplo, o autodiagnóstico (atribuição pessoal ou social do rótulo de *nervoso*) trazido à consulta médica que é um espaço, por definição, antipático ao autodiagnóstico e à automedicação, comuns nos *nervosos* (*se sabe o que tem e/ ou o que tomar, por que veio consultar?*; ou, *o médico aqui* [aquele que sabe, que está autorizado a falar de doenças] *sou eu!*, é o revide corriqueiro de médicos impacientes). Por outro lado, sendo o *nervoso* uma categoria estranha ao médico, pode até compor uma constelação sintomática mas não tem o substrato etiopatogênico que dá consistência ao ato médico. Causalidade (social, emocional), sinais, sintomas, tudo é muito fluido, muito comum a vários estados para comporem, de *per si*, um conjunto convincente, particularmente preocupante para o médico. Costa assinala ainda que: *Da Medicina o indivíduo reproduz as próprias incertezas do conhecimento psiquiátrico sobre a natureza da doença mental* (Costa, 1987, p.14) (sem grifo no original).

E mais: para a Biomedicina existe uma oposição entre *nervoso x realmente doente* que desvaloriza muito o doente e sua experiência de sofrimento, bem como desconsidera o que ele está querendo expressar através do mesmo:

A gente sente tanta dor, se é real ou se é a cabeça da gente que inventa eu não sei, mas não interessa né? O que interessa é que a gente sente mesmo e chega no médico eles até tiram sarro da gente, ficam perguntando: é o dedinho do pé que dói? porque não diz logo que o dedão também está doendo? isso é sério né. Se é a cabeça que faz não sei, mas que a gente sente, sente dor mesmo e os médico não acreditam (paciente).

Só que às vezes eles [os médicos] pensam que é brincadeira ou que é uma mentira minha [...] eles ficam dizendo que é besteira, que é só do estado dos nervos (paciente).

Apesar de sua irresolutividade, no entanto, a consulta médica é buscada. Algumas

razões podem ser apontadas para tal: primeira, constitui um cenário ideal para uma narrativa de "queixas", monólogo no qual se afirma a identidade e o papel do queixoso e da própria queixa; segunda, a consulta tem a capacidade de legitimar socialmente o papel do *nervoso* como um doente, em seu meio (cf. Lock, 1987, P.100); terceira, detém a capacidade de dar resolução pragmática para alguns sintomas: o remédio para dormir, para a dor de estômago, o calmante, etc. : *A validade da doença é confirmada pela procura de suporte de médicos, familiares e amigos; pela prescrição de "remédio para os nervos" e "shooks" e pela hospitalização pelos nervos* (Schaik, 1989, p.22) (grifos no original).

Buchillet (1991, p.33-34) e Rubel (1990, p.279), entre outros, também assinalaram as mesmas conveniências da consulta para situações até certo ponto comparáveis a dos *nervos*, como no caso do *susto*, descrito por esse último autor. O mesmo disseram algumas pacientes, como esta:

Eu já penei de dor, de fraqueza, de nervo, de um tudo, já. Quando eu vinha da maternidade com dor, com ponto, fazia tudo sozinha, eu não fazia nem um luxinho...[...] ainda hoje passo incômodo, é muita coisa... Então nem adianta contar que é muita coisa, nem vou conseguir contar direito ... e outra: se eu contar isso para os médicos o que eles vão dizer para mim? O que que eles vão fazer com isso? Só vou no médico para pegar a receita né, o que vai adiantar contar para eles? (paciente).

A Biomedicina, que também se constitui em uma representação social construída por meio de categorias cognitivas, biologicamente embasadas, cujos conteúdos ideológicos têm implicações no reconhecimento e tratamento das doenças, adota e valoriza o estresse, mesmo o que se poderia qualificar como *social*, nas camadas médias e altas da sociedade. No entanto, tem dificuldades em lidar com o *nervoso* que, embora seja seu equivalente para as camadas populares, é adotado na consulta apenas como um facilitador, mas não é valorizado naquilo que significa e a sua abordagem clínica se reduz à eventual prescrição de algum calmante ou sonífero. Quer dizer, seu tratamento é confinado à esfera biológica, mesmo que sua causalidade seja localizada no âmbito emocional e social.

Nesse jogo de construções, as populares, por um lado, e as médicas, por outro, evidencia-se aquilo a que Chiozza se referia como constituindo a dependência do doente somático às instituições e estruturas da assistência médica que, em última instância, despojam de sentido a sua sintomatologia, encurralando-o no espaço mais estreito definido pela subcultura médica⁸⁹ (Chiozza, 198 p.39). Entendimento semelhante é encontrado em outro autor:

O processo dialógico com agentes terapêuticos e outros significativos de sua comunidade possibilita ao sujeito a criação ininterrupta de explicações para a doença. Modelos interpretativos desenvolvidos são essencialmente processuais, pois resultam dos constantes contatos e das discussões mantidas ao longo da enfermidade (Alves, 1994).

Esta estreita vinculação do diagnóstico às estruturas contidas num modelo teórico preso a formulações mecanicistas, biologicistas, e que mantêm a dicotomia corpo/mente, explica porque, mesmo na sua versão mais aberta à problemática social, que é a Epidemiologia, a Biomedicina pouco esclarece sobre o sofrimento, sobre a singularidade e a estranheza do sentir-se doente e, menos ainda, sobre as incontáveis possibilidades culturais de compreender os fenômenos ligados à saúde e à doença, sobretudo no campo simbólico, nas quais se inserem as possibilidades de leitura dos significados sociais que podem ser reveladores das relações sociais sobre as quais elas se formam e que, ao mesmo tempo, refletem. Entre as consequências da postura médica, uma das mais graves é, sem dúvida, a da medicalização excessiva e o uso abusivo de medicamentos psicoativos, como os calmantes e hipnóticos, o que não se faz sem graves riscos pessoais e sociais (e.g. Malavolta, 1994; Lima e Esmeraldino, 1995). Adiante, essa problemática será discutida mais amplamente.

A ida ao médico serve ainda como uma forma de sair da crise, de resgatar a dignidade

⁸⁹ Utilizo subcultura médica sem outras conotações conceituais, apenas querendo aproveitar da praticidade da expressão para me referir a aspectos restritos da cultura, próprios de um segmento da sociedade, no caso o profissional biomédico.

peçoal, principalmente quando ela se deu por manifestações muito extravagantes em relação ao comportamento habitual:

Quando me dá o ataque dos nervos fico tão louca que nem sei o que faço... até rasgar a roupa lá no Posto de Saúde eu já rasguei uma vez; aí eu fico com muita vergonha, então eu vou no médico que é pras vizinha, pros parentes dele [do marido] verem que eu faço isso por doença mesmo, que não é por falta de vergonha... (paciente).

Um vez me deu uma crise no baile, dizem que fiz o maior escândalo, eu nem me lembro direito, daí eu melhorei e o pessoal em volta dizendo que era pra ir no hospital, eu já estava boa, mas fui só de vergonha, daí me deram um calmante e eu voltei pra casa dormindo, só sai de casa dali uns três dias... se eu não tivesse ido e tomado a injeção não tinha cara de enfrentar as pessoas, mas daí, como o médico me deu até injeção, ninguém ficou falando, senão já viu como ia ser o falatório do povo, não iam acreditar que eu fiz sem querer... (paciente).

Às vezes eu acho que ela vai no médico só pra não passar vergonha depois do que fez quando estava atacada (informante a propósito de uma paciente).

Quando eu vejo que me descontrolei demais, daí eu vou ao médico para não ficar muito chato, assim se ele me dá uma receita ou um atestado... todo mundo se cala... (paciente acima).

ACALMANDO MÉDICOS E PACIENTES: A RECEITA AZUL

*Eu não entendo, algumas vezes fui com a minha prima no médico; quer dizer, em mais de um... aí eles falavam para ela bem assim: **isso não é nada, é só dos nervos, da tua cabeça, é só querer que se controla, mas davam uma carrada de receita, tudo de remédio forte, receita azul né, e diziam que ela não podia passar sem eles, agora acho até que ela já está assim que nem esses drogados, fica louca se tiver se acabando o remédio e ela não puder ir pegar mais receita... O médico às vezes dá receita azul como quem dá cheque: pré-datado!** (informante).*

Ao abordar a forma de como os médicos encaram e se posicionam frente a *nervos*, e sem abandonar, mesmo que temporariamente, o ponto de vista das pacientes⁹⁰, busquei no outro lado, na perspectiva médica do tratamento de *nervos*, alguns elementos que pudessem

⁹⁰ Ponto de vista é, como diz Lefèvre, o ponto no espaço, no caso, sociocultural, de onde alguém vê o mundo e que condiciona, determina, limita o que ele vê (Lefèvre, 1991, p.26).

esclarecê-la melhor. Essa é uma problemática tão complexa que merece não só uma dissertação à parte⁹¹, mas o concurso de outros profissionais (farmacêuticos, bioquímicos, semiólogos, especialistas em educação médica, entre outros) para uma abordagem mais acurada, razão pela qual, ao invés de tentar a sua análise, preferi pontuar aqui, para reflexão, alguns de seus aspectos mais marcantes.

O tratamento de histéricos e *nervosos*, como foi visto, acompanhou os modelos conceituais subjacentes. Porém, hoje mostra a persistência de alguns comportamentos terapêuticos que não se explicam por essa via, e sim por outros componentes do imaginário médico e popular que estão, ao que parece, muito ligados a preconceitos de gênero e a conteúdos simbólicos ligados aos medicamentos.

Historicamente, viu-se desde recomendações de abstinência, moderação ou ênfase na atividade sexual; inalações de odores desagradáveis e pessários perfumados; em dado momento foram indicados banhos, contra-indicados em outros; até leituras entraram nesse rol, ora aprovadas ora desaprovadas!

Algumas medidas persistiriam até nossos dias, textualmente ou não. Umas, milenares até, mostraram enorme resistência, tanto nas escolas médicas quanto no setor popular, porque embora seu modelo explicativo tenha caído em desuso há centenas de anos, ainda se mantém, como é o caso da inalação de sal amoníaco ou da noz-moscada. Outras mais agressivas, pouco admitidas, se empregam ainda hoje em serviços de pronto atendimento, como o famoso *tapa na cara* ou a *injeção de água destilada ou de éter*⁹², ambos tidos como de

⁹¹ As referências sobre psicotrópicos ou sobre tratamentos psiquiátricos, psicológicos e psicanalíticos nas bases de dados bibliográficos de qualquer biblioteca da área de saúde são quase inesgotáveis, transformando a revisão bibliográfica numa tarefa hercúlea.

⁹² Em 1998, o jornal *Folha do Paraná* publicou a história de uma mãe que em Foz do Iguaçu, PR, num serviço público de saúde, recebeu uma injeção de éter (muito dolorosa) na região tibial, dada, segundo ela, pelo médico, para acalmá-la, pois estaria, segundo ele, muito nervosa. Ela, ao contrário, afirmava que só estava preocupada com o estado de saúde de seu filho. No local da injeção houve necrose local e esse era o

[Continua...]

grande eficácia por médicos e outros profissionais, para acabar com o *fingimento de pacientes histéricos*⁹³.

Entretanto, a década de 50 trouxe uma novidade terapêutica de enorme repercussão: os benzodiazepínicos, então introduzidos na prática médica-psiquiátrica. Trata-se de medicamentos tranqüilizantes, de ação psicotrópica e efeitos sedativos, que provocaram o desenvolvimento de uma disciplina específica, a Psicofarmacologia⁹⁴, e que hoje tem uso amplo e muitas vezes abusivo.

O controle, não só das histéricas mas dos pacientes psiquiátricos em geral, ganhou reforço com esse método químico de contenção. Para Szasz, seu uso confirma *a crença de que as perturbações psiquiátricas são doenças médicas, curáveis com medicamentos específicos* (Szasz, 1971, p.359). Porém, se suas descobertas trouxeram benefícios indiscutíveis para os pacientes e facilidades para os médicos⁹⁵, provocaram uma iatrogenia específica, desencadeada, principalmente, pelo mau uso desse recurso terapêutico.

Esse grupo de drogas, embora não tendo banido definitivamente antigas práticas terapêuticas, tomou um assento definitivo junto a médicos e pacientes, como atesta a substância chamada diazepam (a mais conhecida representante dos diazepínicos), usada diariamente por muitos milhares de brasileiros de todas as camadas sociais. No Brasil, existem pelo menos 228 produtos comerciais contendo benzodiazepínicos ou assemelhados. Drogas desse grupo, como o Valium®, o Lorax®, o Dienpax®, etc., são bem conhecidas, tanto entre os médicos quanto entre leigos, e largamente utilizadas. Não bastasse essa abundância, ainda:

[...] Há uma propaganda indiscriminada desses produtos [...] Um exemplo dessa difusão, em revista médica, apresenta uma propaganda cínica: uma moça bonita seminua, numa cama de casal em que o outro lado está propositalmente vazio... Após o uso do benzodiazepínico ela dorme muito bem... Estava angustiada, tensa, sentindo a falta de alguém... Então tomou o remédio e

motivo da denúncia que ela fazia, pois estava sujeita, em decorrência dessa lesão, a ter de fazer um enxerto (França, 1997).

⁹³ Na verdade, em minha vida, tanto como estudante de Medicina quanto como profissional, não tive notícia de paciente (masculino) histérico haver recebido tapa na cara. Já de mulheres, eu mesma presenciei esse tipo de tratamento!

⁹⁴ Carlini assinala que o uso desse termo é muito anterior ao surgimento desse grupo de medicamentos: em 1545, foi publicado um livro intitulado *Psychopharmacom*, de cunho teológico, que se propunha ensinar as pessoas a bem viver para bem morrer (Carlini, 1995, p. 90).

⁹⁵ Piadinha recorrente em serviços de pronto atendimento: o paciente ganhou uma receita de calmantes para que o médico pudesse dormir! [e não ser incomodado por um piti].

dormiu, não precisa mais da companhia que lhe fazia falta (Carlini, 1995, p.86) (sem grifos no original).

Portanto, não é de se estranhar que consultar um médico *por problema de nervos* pareça resultar quase sempre numa *receita azul*, conforme informaram as pacientes entrevistadas. Sua informação coincide também com o que se ouve de médicos mesmo:

Os caras por aí [os outros médicos] encham esses pacientes [sofredores de nervos] de remédio, não adianta nada entupi-los de Lexotan®; eu, ao contrário, tenho me saído bem com um maracujá, uma melissa, qualquer desses chazinhos resolve esses casos; até Maracujina®⁹⁶ tenho dado para isso e dá certo.... (médico, ilhéu).

Aquela mulher volta e meia liga no meio da noite e quer que eu vá ao consultório atendê-la... era só o que me faltava! O jeito, para ela sossegar, é não deixar a receita azul faltar. Se ela aparece no Posto de Saúde, dou logo receita para uns dois meses! (ouvido por acaso, de um médico, a propósito de uma paciente de nervos).

Barros (1995, p.134) informa que os tranqüilizantes estão em quarto lugar em volume de vendas no Brasil, o que, se confrontado com as principais causas de adoecimento e morte⁹⁷, evidencia o exagero com que são prescritos. Distorções no seu uso devem-se tanto a indicações imprecisas ou inadequadas quanto a doses e, principalmente, a duração do tratamento.

Nesta pesquisa, os achados coincidem com o que os outros pesquisadores têm mostrado: medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros não passíveis de se beneficiarem com calmantes, erros na dosagem e uso prolongado de agentes psicoativos, com graus de dependência variáveis (eg. Gudex,1991; Gabe Ebury,1991; Malavolta, 1994; Rozemberg, 1994; Lima e Esmeraldino, 1995).

Mesmo o proprietário de uma farmácia pública no Campeche acha exageradas as receitas que recebe:

⁹⁶ A maioria dos médicos considera este produto não-ético por ser de venda livre e fazer parte de um receituário popular, de automedicação, no senso lato do termo.

Essa [paciente] tinha um tempo que vinha demais aqui, não sei onde ela conseguia tanta receita azul, até nós falávamos para ela que assim [tomando muitos calmantes] iria se viciar, agora faz tempo que ela não vem...

O que mais sai aqui é Lexotan®, antes era o Diazepam ®... Lexotan® é o da moda agora...

Algumas vezes, aquela outra paciente já veio com mais de uma receita no mesmo mês!

Além do poder simbólico de representar a Saúde, o medicamento carrega outras propriedades semióticas: as pacientes, de maneira geral, negam o uso exagerado de calmantes, mas tal posse lhes confere uma espécie de autoridade e de poder, já que substâncias *fortes*, como elas mesmas reconhecem, passam a ser de sua competência, e tanto podem recorrer ao medicamento, como bem lhes aprouver, como podem socorrer pessoas em situações semelhantes às suas, ou, ainda, manipular o grupo familiar ou o de vizinhança, estabelecendo uma verdadeira rede de tráfico de medicamentos:

Tenho um vizinho que quando falta o remédio para ele eu empresto, senão ele fica louco e quer se matar, ele já esteve até na Colônia. Para ele eu empresto sim, que ele já toma há 25 anos! Só que às vezes o médico dele não quer dar a receita ou está viajando, aí eu empresto, depois ele pega as receitas dele e me traz de volta... se eu não faço isso ele pode até se matar.

A médica já disse que estou dependente, também nove ano [tomando calmantes] né? só tinha que viciar. Quando vou ficando só com uma caixa vou enlouquecendo de medo de acabá e eu não ter outra receita, mas também não sou igual aquela [a que tomou os comprimidos na frente dos médicos].

Eu sei que é forte né, mas por isso mesmo é que não gosto que falte em casa, se eu preciso... ou às vezes, eu posso ajudar uma pessoa que está passando por uns nervos, já que não tenho outro recurso mesmo... posso valer com um remédio forte, bom para ela... (paciente).

Ter a medicação em casa permite que a própria paciente faça a profilaxia das crises, das suas e das prováveis crises dos outros. Talvez para os profissionais esta seja uma atitude desejável até:

⁹⁷ As principais causas de adoecimento e morte, no Brasil, são devidas ainda a doenças infecciosas e ao crescimento mais recente das doenças crônico-degenerativas, como pode ser verificado no **Boletim Epidemiológico**, publicação regular do Ministério da Saúde do Brasil.

Eu gosto de ter bastante remédio em casa, assim eu vou tomando como eu acho que é preciso... Mas também gosto de servir os outros, se acontece assim, por exemplo, uma morte de alguém conhecido quando eu vou na guarda eu já levo um pouco do calmante, se precisarem, se tiver alguém muito nervoso, eu pego e dou uns comprimido. Se a gente que é doente não tiver um pouco de sobra nessas horas fica difícil ajudar né? (paciente).

Às vezes, aqui em casa, eu digo: quem está nervoso são vocês! Ai eu pego do meu remédio e dou para as filhas, até o marido eu já fiz tomar uma vez para ele me dar sossego e não sair pro bar... (paciente).

Agora, se não tomo Diazepam, não posso ouvir uma notícia ruim, uma doença, uma morte de alguém, seja quem for, já me dá a crise ... (paciente).

*Tem uma médica num posto de saúde que já me dá receita azul para uns meses, ela diz: **assim a senhora me dá um pouco de sossego!** Mas não é só ela não, tem muito médico aí que quer ver a gente pelas costas, se eu lhe contar a senhora vai se arrepiar que a senhora é médica também, pode não gostar da gente contar isso... (paciente).*

A maioria dos médicos não está nem aí se a pessoa vai ou não melhorar, se pode se matar com o remédio ou dar para um que não pode tomar aquilo, eles dão receita para muito remédio que é para a pessoa que sofre de nervos ficar bastante tempo sem voltar, também, coitados! eles também cansam de tanto atender gente com nervos! (informante).

Duas pacientes apenas entre as entrevistadas demonstraram ter algum conhecimento sobre os efeitos colaterais e a prudência no seu uso, até mesmo recusando-os, como contou uma delas:

Eu tinha um barulho no ouvido, tomava calmante por causa disso, mas não gostava de calmante, me deixava ruim; depois um psicólogo me ensinou controlar com a respiração e uns chá, de chá eu gosto, do cheirinho de mato, de alecrim, de cidreira, dá uma sensação de paz, um macumbeiro que eu fui uma vez também mandou tomar chá, sei lá de chá eu gosto, acho que faz bem e não tem perigo que nem calmante, de viciar ou fazer mal, não sei...

Algumas pacientes contam que no início de seus tratamentos tinham medo de *remédio controlado*, porque *eles são fortes*, mas que os próprios médicos e alguns balconistas de farmácia lhes garantiram tratar-se de *remédios bons; bom para ter em casa, que não viciam, nem fazem mal, só acalmam ou ajudam a dormir....* Porém, uma autoridade em Farmacologia diz o contrário:

A abstinência aos benzodiazepínicos, principalmente aqueles de curta e média ação (triazolam, midazolam, lorazepam, etc.), tem sido cada vez mais descrita na literatura. Nos casos mais graves são observadas alucinações, convulsões generalizadas, e depressão geral da consciência.

Entretanto, são muitos os casos de descrições de síndromes e abstinência após a retirada de benzodiazepínicos de ação longa, como o diazepam e o clordiazepóxido (Carlini, 1995, p.96) (sem grifos no original).

[...] Atualmente, a título de profilaxia da dependência, a Organização Mundial da Saúde vem recomendando que a terapêutica com benzodiazepínicos não deve ultrapassar quatro semanas em qualquer circunstância (Carlini, 1995, p.96) (sem grifo no original).

A abordagem terapêutica evidencia uma grosseira incongruência entre o diagnóstico e o tratamento, pois ao mesmo tempo que o médico diz isso não é nada!, não se dispendo a dar um pouco de atenção que seja à paciente, dá-lhe receitas azuis a mancheias, sem certeza alguma do uso que ela pode fazer da fatura de psicotrópicos!

Uma perspectiva que certamente pode contribuir para que se entenda melhor a complexidade da análise da prescrição médica é a apresentada por Lefèvre (1991) em seu livro *O medicamento como mercadoria simbólica*. Considerando-se, como ele propõe que:

Portanto, não se nega – o que seria um absurdo – que o medicamento cura, controla e previne (dimensão quimioterápica/médica); não se afirma simplesmente que aliena e domina (dimensão social e psicossocial) e que representa e simboliza (dimensão semiótica e simbólica).

[...]É pois dentro desta perspectiva mais ampla que buscamos entender o objeto medicamento, localizando-o em regiões mais críticas do tecido social das formações sociais capitalistas como a brasileira, o que implica em entendê-lo como uma mercadoria, que traduz um processo de reificação da saúde; como um agente quimioterápico, que funciona aliviando, curando e controlando processos mórbidos ao nível do organismo e como símbolo que permite que a Saúde (ou mais precisamente, a saúde “biologizada”) esteja representada no medicamento (Lefèvre, 1991, p.19) (sem grifos no original).

Buscando-se razões para uma prescrição aparentemente excessiva de calmantes, dentro do espaço explanatório proposto por esse autor, poder-se ia levar em conta que para o médico o medicamento além de, obviamente, simbolizar a saúde ou cura, simboliza a própria relação terapêutica, e que a mantém mesmo diante de sua insegurança. Reproduz, ainda para ele, o poder que o medicamento tem para o paciente, na medida em que ele é o prescritor do medicamento e através da sua prescrição administra esse poder (op. cit. p.80).

A situação mais grave quanto à prescrição medicamentosa, encontrada na presente pesquisa, diz respeito à forma de como o serviço público de saúde de Florianópolis, na

tentativa de coibir o seu abuso, organizou a distribuição de receitas azuis: os pacientes de *nervos* eram, à época da pesquisa, encaminhados a um psiquiatra da rede pública uma vez por semestre. O psiquiatra, após uma consulta rápida⁹⁸, avaliava o problema e fornecia uma autorização para a prescrição de psicotrópicos, válida por 6 meses, que lhes permitia pegar receita uma vez por mês e, eventualmente, o medicamento também (gratuitamente), em qualquer centro de saúde do município, independente de serem examinados por um médico. A prática comum, segundo elas, era a de que, estando de posse de uma autorização, a paciente percorresse vários postos da Ilha, e mesmo do Continente, em busca de receitas, e que colecionasse em casa remédios ou receitas prontas para serem aviadas⁹⁹.

Porém, *nervos* carrega muito mais significados do que aqueles propostos para a histeria ou a própria concepção médica de *nervos*, calcada na negação: *isso não é nada*, ou no preconceito: *ela precisa é de homem!* E, ao romper os limites desse modelo explicativo biomédico, exige mais do que a abordagem medicamentosa e não aceita a negação que lhe é sistematicamente imposta nas consultas: *não é nada, é só nervos...* contrapondo-a freqüentemente com a prescrição:

Mas se eles [os médicos] dizem para a gente que nervos não é nada, que é só a gente se controlar, por que dão tanta receita de remédio azul? Por que eles não ensinam como fazer para se controlar? Parece que só querem se ver livre da gente! (paciente).

Eu não fico sem meus remédios da receita azul, já viquei e a culpa foi dos médicos mesmo, eles vivem dizendo que isso que eu tenho não é doença, mas eles mesmos entopem a gente até se viciar... (paciente).

⁹⁸ Muitas das pacientes referiam ter marcado no relógio, e que as consultas não chegavam a 15 minutos de duração.

⁹⁹ Ao final da pesquisa de campo ela foi apresentada, a pedido, para a equipe então atuante no Centro de Saúde do Campeche. Nessa reunião, evidenciou-se que os profissionais de saúde desconheciam as peculiaridades de obtenção, uso e manipulação das receitas de psicotrópicos pelas nervosas e demais pacientes. A informação causou grande preocupação entre eles e motivou um compromisso de levarem o fato ao conhecimento de seus supervisores, com a proposta de discutir uma forma de estabelecer um controle rigoroso do fornecimento de receitas azuis e de medicamentos controlados.

Evidenciou-se que, ao menos da perspectiva das pacientes e de seus familiares, a medicalização de problemas sociais tem funcionado mais como solução para o médico, pois as pacientes, a despeito do uso de calmantes, continuam a ter crises. Voltando para a sociedade seu gume mais afiado, qual seja, o do agravamento do sofrimento dos nervos com a adição medicamentosa, criando cada vez mais viciados em drogas legais, iatrogenicamente cevados pelos seus médicos.

Deixando a questão terapêutica dos nervos ainda aberta para reflexão e discussão futuras, consigno aqui a opinião de um médico atuante na Ilha (e que se mostrou sensível à problemática dos nervos) sobre o uso de benzodiazepínicos, também qualificado por ele como abusivo:

Os médicos que dão benzodiazepínicos represam o rio ou querem que ele corra contra seu curso natural, por isso o tratamento não é eficaz. Já as benzedeiros deixam o rio correr livremente e sua atenção é melhor nesses casos. Os diazepínicos propiciam uma passagem da vida cotidiana, problemática, para um local imaginário no qual ela pode viajar e se sentir bem¹⁰⁰. O diazepínico para a mulher e o álcool ou outras drogas para o homem é a vagina, a passagem que propicia o nascimento, a passagem para o imaginário, para esse lugar sem problemas, o gargalo do funil. A benzedeira não faz isso, ela deixa o rio fluir e a situação que gerou o nervoso se resolver, porque com o remédio ela persiste, e quando falta a paciente é trazida de volta, abruptamente, para o mundo real, onde estão os seus problemas à espera de serem resolvidos, e começa tudo de novo....

¹⁰⁰ Irônico, acrescentou: onde há um homem de capa preta montado num fogão Brastemp® à espera dela. Aludia ao sonho do príncipe encantado e a um sonho de consumo das mulheres, fartamente alimentado pela mídia televisiva na época.

BUSCANDO UMA COMPREENSÃO PARA OS NERVOS DAS MULHERES

GÊNERO E SAÚDE

Através dos séculos, uma poderosa ideologia foi construída para determinar a imagem da mulher e seu papel na vida social: conceitos de inferioridade, **emotividade**, falta de lógica e fragilidade, refletidos nas diversas instituições sociais, limitando o pleno desenvolvimento da capacidade feminina em igualdade de condições com os homens. Também desenvolveram-se as noções de **saber e autoridade masculina, de posse do homem sobre o corpo e os atos da mulher**. Até hoje o sistema aplica leis e usa mitos, alimenta costumes e usos, estabelece toda uma cultura para instrumentalizar a repressão à mulher (Prochmann, 1986, p.2) (sem grifos no original).

[...] fiquei traumatizada, durante anos, pelo modo como vivi meu primeiro parto. Cada hora vinha um médico diferente me examinar, me sentia um pedaço de carne, exposta, e ninguém me explicava nada (Zanetti, P.3).

Homens e mulheres, indiscutivelmente, diferenciam-se biologicamente, porém, suas diferenças recebem amplo reforço e suas similaridades esmaecem-se sob a ótica cultural, em especial nas sociedades machistas como a nossa (cf. Wallen et al, 1979; Costa, 1983, p. 273, entre outros).

Como aponta Witkin-Lanoil, a biologia feminina expõe a mulher, diferentemente do homem, a ciclos, hormônios e funções que a torna mais vulnerável a muitos agravos: o homem **não** menstrua, **não** engravida, **não** pare, **não** tem útero caído ou cistocele, **não** sofre com os calorões ou passa por mudanças tão dramáticas quanto as da menopausa, **não** amamenta, **não** tem TPM... Por não maternar, o homem não sofre alguns constrangimentos

culturais, como os de ter de provar seu estado civil, a ausência de gravidez, a virgindade.... Porque a cultura valoriza, ela precisará ser *feminina* e atraente, porém, jamais *oferecida*; terá de ajudar na economia doméstica com seu salário, mas sem descuidar jamais de ser boa dona de casa, mãe carinhosa e, sobretudo, uma boa mulher para seu homem. É bom que ela seja afirmativa mas nunca agressiva, que seja responsável mas mantenha um espírito pueril para deleite dos homens... E mais: em geral cabe ainda à mulher algumas tarefas extras ligadas também ao ciclo da vida: cuidar dos velhos e das crianças, dos deficientes físicos e mentais, ser professora de pré-escola e das classes de alfabetização, compor a maioria da mão-de-obra nos hospitais, asilos e assemelhados. Num livreto que se propõe a apresentar os *melhores pensamentos* sobre as mulheres, encontra-se o seguinte: *Ninguém se opõe a uma mulher que é uma boa escritora, escultora ou geneticista se ao mesmo tempo ela conseguir ser boa esposa, boa mãe, ter boa aparência, bom temperamento, enfeitar-se bem e ser pouco agressiva* (Leslie MCIntyre, Citada por Hexley, 1996, p.35).

Por aí se vê que cultura e a biologia se imbricam de forma a proporcionar reforço recíproco uma à outra, e a criar condições para que se possa falar de situações ligadas à saúde/doença que excedem o pólo biológico dessa relação, precisando que se procure no outro pólo a lógica de seu aparecimento. Tal é o caso dos *nervos* que, embora não exclusivo do sexo feminino, parece nele predominar e, aproveitando-se das diferenças fisiológicas deste, apresentar uma exuberância de *manifestações* e de usos culturais não vista entre os homens *nervosos*.

Freud repôs (e advogou) tratamento catártico para a histeria e desordens nervosas relacionadas, com o método psicanalítico. Significativamente, a vulnerabilidade feminina (baseada no útero) tem sido repostada com um, equivalente psicológico. Teoria psicanalítica falocêntrica reivindica que desordens mentais e comportamentais femininas originam-se do

desajustamento de seu papel feminino e sua fisiologia falha (carente). A forte associação entre mulheres, nervos e Medicina americana, embora algo renomeada, continua (Cayleff, 1988 p. 1205).

GÊNERO E INIQUIDADES NA SAÚDE

Já se comprovou, no que diz respeito às mulheres, que gênero constitui uma variável preditiva de morbidade, junto com outras variáveis sócio-econômicas com as quais está inter-relacionado, como índices de emprego e desemprego, estado civil, renda, etc. (e.g. Dohrenwend e Dohrenwend, 1976; Wallen, 1970; Havio-Manilla, 1986; Meddin, 1986; Krieger, 1990; Meininger, 1986; Zadoroznyj e Svarstad, 1990; Arber, 1991; Kandrack, 1991; Anson et Cols. 1993; Mcewam, 1993; Popay, 1993; Staltonstall, 1993; Walters, 1993;).

Além disso, tem motivado o atendimento diferenciado na assistência médica, seja pela especificidade de suas características médico-fisiológicas, seja pelos preconceitos e estereótipos médicos ligados ao gênero. Estudos como o de Zoccolillo e Cloninger (1986) mostram que entre mulheres que somatizam há um número excessivo de internações hospitalares e intervenções cirúrgicas, atribuídas por eles à deficiência de informação na educação médica, em especial nos livros-texto de Medicina. Os dados desses autores, que revisam a literatura sobre o assunto desde 1951, mostram que mulheres somatizadoras são 2 vezes mais operadas do que as *clanicamente* doentes, e 3 vezes mais do que as sadias! Há ainda extenso rol de publicações que mostram que, além das iniquidades decorrentes de condições socioeconômicas, como desemprego ou subemprego, baixo poder aquisitivo e outras, as mulheres sofrem, ainda, algumas paradoxais como, por exemplo, receber com mais

freqüência o rótulo de *somatizadoras* e, em contrapartida, quando se trata de avaliar prognóstico, ser-lhe atribuído maior número de prognósticos sombrios!

Já mencionei o fato de que em minha formação médica também fui treinada a considerar grave, por princípio, um caso masculino de uma pessoa aparentemente em coma, mas a pensar em piti, em primeiro lugar, se for uma mulher. Recentemente uma nota em um jornal nacional de grande circulação, cuja chamada era **Enfartadas e confusas**, informava que as mulheres demoram mais a chegar ao hospital quando apresentam sintomas de infarto e que lá não são atendidas com urgência, porque os médicos não reconhecem (nas mulheres!) tais sintomas de ataque no coração, porque estão acostumados a considerá-las somatizadoras e, como tal, não merecedoras de cuidados imediatos! (**Jornal do Brasil**, 1998, p.82).

O que se passa com o atendimento às nervosas nos serviços médicos é sintomático das outras iniquidades ligadas a gênero; até a receita azul permite perceber o recorte de gênero e suas implicações práticas:

Aqui, de 4 receitas azul, 3 são para mulheres e só uma para homem. É... umas 3 receitas chegam por semana. Não que as mulheres sejam mais fracas ou os homens mais fortes [...] (dono de farmácia no Campeche).

Destacando nervos na multiplicidade de afecções que podem atingir a mulher, a pesquisa mostrou como elas próprias se sentem frente à Biomedicina e como esta as trata, ensejando que um olhar perscrutador e crítico estendesse a reflexão para outras situações. Nesse sentido, nervos serviu de mote para se pensar sobre as iniquidades no atendimento à saúde derivadas das questões de gênero, tais como as acima comentadas.

NERVOS COMO UM PROBLEMA DAS MULHERES

A sociedade em que vivemos está estruturada para o homem e pelo homem, motivo pelo qual a identidade da mulher é fragmentada pelas várias funções que desenvolve. A mulher não é reconhecida a não ser em sua função reprodutora. Reduzida a essa, sofre as repercussões dessa limitação, e se escapa do mundo doméstico, sofre a esquizofrenia da inserção na produção, em oposição às tarefas de casa. Tudo isso repercute em sua saúde mental e ela fala através do seu corpo dos problemas que não pode expressar e que estão inscritos na ordem patriarcal. Entretanto, o reconhecimento desse problema não passa pela simples reivindicação de igualdade, e sim pelo respeito à diferença. (Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, outubro de 1986, Relatório Final, p.17).

O *nervoso* não é um atributo feminino¹⁰¹, tanto que em nosso País os autores que o têm abordado, como Duarte, Costa, Sheper-Hughes, Souza, Mombelli, entre outros, mostram tanto homens quanto mulheres *atacados dos nervos*. Porém, esses e outros, em pesquisas não direcionadas ao *nervoso*, mas que, no entanto, o acharam em proporções chamativas, como é o caso de Elsem, aqui mesmo na Ilha de Santa Catarina, mostram que o problema tem uma incidência maior entre as mulheres. Cogitam que os homens teriam mais válvulas de escape para os *nervos*, socialmente sancionadas, como o álcool, maior frequência de espaços públicos, maior convívio com amigos e, sobretudo, menor sobrecarga de tarefas estressantes, como o cuidado dos filhos, por exemplo, que é atribuição feminina; explicações e, ao que parece, diferenças atribuíveis à variável sexo, semelhantes às referidas por O'Neill e Selby para o *susto* em povoados zapatecos no México.

Na visão das próprias pacientes, o *nervoso* pode incidir indistintamente em homens ou mulheres, mas lhes parece que a exteriorização do sofrimento feminino é mais fácil, talvez socialmente mais legítima:

¹⁰¹ Uma *crise de nervos* tirou o ânimo não só do jogador *Ronaldinho* como de toda a Seleção Brasileira de Futebol na Copa recentemente disputada na França (Cf. Gomes e Pastore, 1998, p.88).

Eu conheço homens e mulheres que sofrem; só que nós mulheres contamos o que sentimos e não temos vergonha e eles não, são mais fechados, mas quando ocorre a doença eles cedem, porque nervos é fogo, é uma crise terrível, aí não tem homem nem mulher, naquelas horas nos tornamos frágeis e com medo de tudo; o que queremos é ser ajudados de qualquer forma! (*paciente, texto*).

Ou, talvez, para os homens estejam disponíveis, socialmente, mais válvulas de escape para as tensões quotidianas do que para as mulheres:

[...] eu acho que os homens têm mais formas de esporecer, saem, vão para o bar, bebem um pouco, fumam, conversam, vão pescar, e as mulheres não têm isso.... (dono de farmácia no Campeche).

Relacionar *nervos e nervosismo* com as mulheres é coisa corriqueira, meio anedótica até. O vulgo o faz diuturnamente, sem nem pensar mais nas razões que o levaram a assim proceder. No entanto, o *nervoso*, mesmo não sendo seu predicado exclusivo, se abate sobre elas com frequência, e são as mulheres que, em nosso meio, costumam deixá-lo manifestar-se nas suas formas menos dissimuladas, mais abertas e exuberantes:

Meu tio mesmo sofre dos nervos, só que acham que para um homem dizer que sofre dos nervos fica muito feio, então na frente dos outros ele se controla, só estoura com a mulher e os filhos... já uma mulher, não, não se segura [...] se precisa gritar, grita, se bate, não consegue ficar quieta se está estourando por dentro, estoura para fora também... (paciente).

Sei de uns [homens] que sofrem dos nervos, vivem tomando remédio controlado, mas a gente nunca viu eles fazerem barulho que nem uma mulher que seja nervosa. Já vi umas serem levadas no posto de saúde arrancando as roupas, berrando que nem animal, gritando o tempo todo, sem ninguém entender nada. Só acalmam com uma injeção de calmante, aí se acalmam um pouco! (informante).

Acho que é da natureza das mulheres terem o nervo assim, parece que não podemos segurar... os homens parece que podem sofrer mais calados... (paciente).

Mas havia quem percebesse a ação da cultura implícita na possibilidade ou não de expressar-se por meio de uma crise de nervos:

Ah! Claro que eles também têm problemas, só que se um homem se agitar assim que nem uma mulher nervosa, passa muita vergonha, né? (informante).

Razões para predispor-las à suscetibilidade ao nervoso estão presentes em toda a literatura que trata de mulheres e dos seus papéis. Começam por aqueles que buscam referendo biológico para fundamentar suas posições a respeito da mulher, conferindo-lhe, em geral, posições de desigualdade (com implicação de inferioridade) perante os homens, decorrentes de sua diferença biológica, até as posições mais atuais, que procuram desnaturalizar a questão, deslocando o eixo da biologia para a cultura, espaço no qual é construído o conceito de gênero que adotei neste trabalho. Reconhecendo que masculinidade e feminilidade não são contingentes ao sexo mas ditadas pela cultura, assim, ao falar de gênero, refiro-me também às construções simbólicas do feminino e do masculino, das articulações de poder, da dominação tradicional das mulheres pelos homens e do espaço de poder feminino no interior de cada cultura. (Grossi e Miguel, 1990).

Em **O autoritarismo e a mulher: o jogo da dominação macho-fêmea no Brasil**, Dávila Neto (1980) localizou as origens dessa dominação na permanência de traços da sociedade patriarcal, mesmo no meio urbano atual, da qual derivaram também os preconceitos, os tabus e os complexos (eu preferiria conceitos) de virilidade e virgindade. A evolução dos papéis fundando-se ainda em estereótipos tais como: carreiras masculinas x carreiras femininas.

Há referências na literatura médica e antropológica de correlação entre fatos ou períodos da vida da mulher, como os fisiológicos, ligados à reprodução (menarca, ciclos menstruais, gravidez, puerpério etc.) e perturbações, sendo que uma das mais comumente apontadas é o *nervoso*.

[...]quando eu fiquei moça eu estava trabalhando, aí vinha aquela borra ... parou a menstruação... eu não falei nada para a patroa, eu não era de contar mesmo... aí passei o dia inteiro co'aquela dor [...] (paciente).

[...] nas gravidez desde o primero dia eu sabia que estava grávida, tudo se acabava para mim, desde a primeira foi assim [...] às vezes a menstruação continuava a vir, noutras dava outros sintomas, mas sempre eu tinha problema e os nervo incomodando... (paciente).

Até hoje eu acho que todo esse meu problema foi por causa de abortar uma filha, que até hoje eu não me esqueço, eu tenho a consciência pesada por causa disso [...] Comecei com isso [com as crises de nervos] acho que porque fiquei com aquilo [o aborto] na minha cabeça...(Paciente).

Este trabalho não comportava um levantamento extenso de toda a vasta bibliografia, de fundo conceitual, que se acumulou a propósito da discussão sobre gênero no Brasil e suas implicações sobre o papel feminino. Pontuei, modestamente, apenas as questões mais básicas, relacionadas ao problema do *nervoso*.

MESMO QUANDO O NERVO CALA, ELE FALA MAIS ALTO: O NERVOSO

COMO LINGUAGEM SOCIAL

[...]flico com nervo, que não consigo falar, o que até é bom, porque às vezes quando está nervoso a gente fala o que não deve, dá arrependimento depois [...] (paciente).

O *nervoso*, constituindo uma linguagem e um discurso socialmente compreensíveis e aceitos, permite que os circunstantes saibam o que o doente está expressando através dele e ajam de acordo com esse significado. Condensa uma experiência pessoal na vida social, funcionando como um idioma social reconhecido, permitindo ao doente o acesso a uma situação de privilégio: atenção especial ao doente, alívio de certas obrigações, proteção, divisão não usual de tarefas, etc. Como representação social, o *nervoso* é um projeto coletivo, ou seja, tem um significado que pode atingir qualquer pessoa a qualquer tempo.

O *nervoso*, por ser socialmente reconhecido, e, portanto, abordado dentro de padrões terapêuticos e de comportamento próprios, corresponderia ao que Verani e Morgado

(1991) chamam de síndrome cultural: um fenômeno com implicações de várias ordens, inclusive a biológica, que a cultura local define com mais precisão do que a Medicina ou a Epidemiologia, por localizar a relação indivíduo e sociedade no contexto da articulação da cultura com a biologia.

Como idioma, pode demonstrar experiências semanticamente expressas e redes de interação social, permitindo ainda que se destaquem da vida social alguns papéis que dele se utilizam com frequência, como os femininos. Tem usos e finalidades. Pode demonstrar opressão da ou na vida diária, problemas da sexualidade, dificuldades de relacionamento social, etc. Por isso o interesse em relacionar as coisas que o provocam ao seu significado, considerando-se que a doença não é meramente um acontecimento biológico, mas um acontecimento que expressa uma conjuntura pessoal, social ou política adversa (s):

Sou o homem e a mulher da casa, dobra tudo para gente que é sozinha (Júlia, 46 a., paciente)

[...]o problema dos nervos é horrível porque é uma falta de amor, de carinho, sei lá... (paciente).

[...]teve um tempo que ele bebia, me incomodava demais, eu chorava muito, meu consolo era chorar... (paciente).

A síndrome pode representar um meio de expressão de insatisfação ou de funcionamento social inadequado:

Eu não podia ver nada velho dentro da minha casa que me dava vontade de meter os pés, eu chegava... até o dia que eu quebrei duas cadeiras e uma mesa e então o meu marido comprou tudo novo [...] (paciente).

Se a gente está mal, quer mesmo é que todo mundo saiba, parece que a gente tem que dizer de algum jeito que as coisas não vão bem. Aí se a gente não consegue falar, no começo da crise parece que eu fico muda, ou eles não prestam atenção, dá aquela vontade de gritar, de sair que nem louca, berrando... parece que nunca mais a gente vai ter controle sobre aquilo... só quer berrar mesmo! (paciente).

Aqueles casos em que há lesão orgânica, como a hipertensão arterial, as úlceras pépticas e outras, mostram que a patologia serviu de um significante ao qual foi atribuído significado

social e cultural pelos nativos. Casos assim reforçam, social e culturalmente, a síndrome (Verani E Morgado, *op.cit.*) por darem uma expressão corporalizada, culturalmente informada de conjunturas pessoais, sociais ou cosmológicas adversas.

Ele [o médico] me examinou, mandou tirar radiografia, ai na radiografia deu a coluna desviada, deu bico de papagaio, deu não sei que mais, que já estava com coisa incuráveis [...] (paciente).

E, em outra ocasião:

[...] elas mediram a minha pressão que estava bem alterada, estava alta né, também do jeito que eu estava, como estavam os meus nervos, né? (paciente).

...

NERVOS COMO CENA NUM DRAMA RELACIONAL

Levar a representação às últimas conseqüências. O que fazemos todos os dias (representar) mal é porcamente, o que nos humaniza, assim cheios de pontas irresolvidas que somos... (Tezza, 1995 p.51) (sem grifos no original).

Na sua multiplicidade de apresentações, usos e finalidades, pude compreender os casos de *nervos* entre as mulheres do Campeche como atos ou uma cenas representativas de crises dentro do dramas sociais que se desenvolvem às custas de situações relacionais, que demandam formas coletivas para se resolver ou para re/equilibrar o grupo social envolvido.

A *cena dos nervos*, nesse caso, faria parte de um jogo relacional, ligado principalmente a relações conjugais. Como parte do drama, levava ao ápice dramático quando esse jogo deixava de ser suficiente para manter mais ou menos equilibrados os participantes. Poderia, nesse caso, ser entendida como um equivalente da *cena barthesiana*: *A cena é, pois, interminável, como a linguagem: ela é a própria linguagem, apreendida no seu infinito, essa adoração perpétua que faz com que, desde que o homem existe, isso não pare de falar.* (Barthes, 1991. p.38) (grifo do autor).

Ou da *cena* descrita por Gregori em *Cenas e queixas* (Gregori, 1989), que, além de preparar a guerra, abriria espaço para permitir que a vítima emitisse seu pedido de socorro e que a relação se reequilibrasse.

O *sofrimento de nervos*, por vezes, atuaria assim, em suas inúmeras recorrências, como uma espécie de estribilho dramático, um solo denunciador, secundado por muitas vozes que se rendem às suas ordenações enviezadas:

Eles não tavam nem ligando para o que eu dizia... mas daí, quando comecei a gritar que nem uma louca e a me bater, que eu não conseguia me segurar mais, eles tiveram que me acudir, se não eu ia cair da escada, então eu disse: é só assim que vocês me escutam? Quando eu peço para me ajudarem a pendurar a roupa que eu não posso tomar sol que me dá a tontura, vocês fazem de conta que não escutam ou não acreditam, então é preciso eu cair para virem me acudir? (paciente).

Parece que só me ouvem quando eu estou ruim mesmo, se peço gritar e me bater aí sim, correm me ajudar... saber o que eu quero.. porque não vem antes quando eu peço? (paciente).

Os filhos dela andam por aí, nem ligam para a mãe, só ficam por casa e ajudam quando dá as crises nela... (informante).

Narrando suas dores e mal-estares, as pacientes mostram que sua vida é um caleidoscópio sintomático, cujos significados giram com eles e se recombina na mesma medida, gerando a cada episódio uma nova interpretação ou uma nova necessidade. Nesse ponto, na representação desse drama da existência concreta da vida de cada uma, é que parece situar-se a grande diferença entre *nervos* e o diagnóstico médico que o reduz à histeria e trata-a com toda a carga dos preconceitos historicamente acumulados.

Nervos insiste em *exibir*, em tornar públicos os dramas da vida privada buscando reanimar, refazer os liames de uma rede social que em certos momentos se afrouxa. *Nervos* medicalizado simplesmente, domesticado pelas drogas (em que pesem ser medicamentosas) perde sua visibilidade social, tirando de cena, não só um dos atores mais destacados, mas o próprio drama social!

NERVOS E VIOLÊNCIA

*Ora, se utilizamos o conceito de gênero como categoria analítica das relações homem/mulher, é evidente que masculino e feminino são construções simbólicas e históricas que inexistem separadamente. Portanto o imaginário e o uso da violência nas relações de gênero implica, sim, uma relação concreta entre cada mulher e cada homem em cada relação conjugal/emocional determinadas, relação da qual as mulheres são **participantes ativas** e não passivas do desejo alheio. O lugar de passividade **pode fazer parte do jogo relacional**, mas não necessariamente remeter a uma visão estática de um feminino a-histórico e a-cultural. (Grossi, 1994, p.19) (sem grifos no original).*

A protagonista do drama dos *nervos*, pela manipulação que exerce sobre os outros atores, ou pelo menos sobre um deles, aquele com quem o seu relacionamento está mais comprometido (no sentido duplo de ser aquele cuja atenção o interessa mais e, ao mesmo tempo, aquele que mais o afeta, mais lhe causa mal-estar), age com violência, se a tomarmos pela definição de Chauí:

[...] em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é a conversão de diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar como a ação que trata o ser humano não como sujeito mas como uma coisa. Este se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (Chauí, 1985).

Assim, a crise pessoal e/ou social, representada pela cena dos *nervos*, teria um potencial coercitivo, subliminar talvez, distinto de outras formas de exercer violência (como as físicas, por exemplo), mas que pode manipular os circunstantes, fazendo com que ajam de forma indesejada, só para amenizar a crise e permitir seu refluxo:

Não quero que ninguém fale comigo [na crise] e eles [marido e as filhas] ficam no desespero, não sabem o que fazer. Ele pergunta: o que você quer que eu faça? (paciente).

[...] vocês não me escutaram não? [...] agora daqui para frente eu não vou gritar mais, [...] então vou deixar quebrar, de algum jeito, ou da pancada ou de bater em algum lugar, vou deixar quebrar minha cabeça... para eles sofrer! Tem que sofrer, eu vou sofrer, mas quem vai sofrer também são eles porque não tão nem aí ... mas pelo menos eu vou ter que ficar mais tempo na cama e não sei como eles vão poder sem mim, como vão se arranjar ... (paciente).

O marido desinteressado da esposa ou infiel, cujo machismo recebe aval dos

padrões locais, para ter casos com outras mulheres fora do casamento ou para demorar-se nos bares e locais de encontro dos homens, pode ser *arrastado* de volta para casa para atender uma mulher doente:

*Aí me deu 10 crises dessas, todas as 10 deram às 6 da tarde [pouco antes da chegada do marido que por essa época estava com uma nova amante e costumava visitá-la nesse horário; com a repetição das crises da esposa ele deixou de fazer isso, vindo para casa tão logo deixasse seu labor]Aí eles me mandaram para o hospital S. José, o médico não me deu calmante[...] me levaram numa benzedeira.Ela falou que a minha doença era esgotamento nervoso. **Ai ele não teve outro recurso, teve que largar dela e vim me cuidar**, que todo mundo [vizinhança e parentes] pegou no pé dele, que eu estava doente por causa do que ele me fazia... (paciente).*

*Ele [o marido] não quer me ajudar em casa, diz que é feio um homem fazer serviço de mulher; só mesmo se me der a crise, aí ele faz tudo, até limpar bunda de nenê se precisar, faz comida, lava roupa. Ele diz que eu tenho os ataques só porque não agüento os serviço de casa e os filhos. **Mas é assim mesmo, só eu ficando atacada é que ele me ajuda...** (paciente).*

Tanto o marido como os filhos, que já são rapazinhos, só querem saber de ir num bar, de ver televisão e sair com a turma deles por aí, pela praia, futebol, cinema... nada de ajudar... só se ela tiver uma crise, aí sim eles fazem tudo para ela... às vezes chego a pensar que inventa a doença para eles ajudarem, mas quando vejo com crise, tadinha! fico arrependida de pensar assim, coitada ela sofre demais! (informante).

Aí eu disse pro meu marido bem assim: voce vê, eu estou aí sofrendo dos nervo, tudo por tua causa, tu fica lá com aquela dona e eu aqui sofrendo com os filhos! Tu tem que decidir! ou eu ou ela! daí ele escolheu eu, e voltou para casa (paciente).

Na e pela crise, manipula-se também o pessoal dos serviços de saúde para obter atendimento imediato e, principalmente, para obter novas receitas azuis:

*Ela, uma vez tomou uma caixa inteira de calmante lá no INPS só porque o médico disse que ela ainda tinha e que ele não ia dar outra receita, aí ela disse: **ah! então vocês vão ver!** Pediu uma água, agarrou tudo e pôs na boca, de uma vez só! Engoliu tudo na frente deles, ela quase quebrou tudo por lá, aí o doutor teve que dar outra receita para ela! (informante).*

Quando vou ficando com pouco remédio, que eu não tenho mais receita azul, vou no Posto, se eles não querem me dar mais, já vou me atacando, aí uma delas [das funcionárias] vai lá e fala pros médicos que já me conhece e sabe como eu fico quando me dá o nervo, então o doutor faz a receita e manda entregar o remédio... (paciente).

Uma vez a doutora que estava aí no posto do Campeche disse que chegava de dar remédio azul para mim, que eu parasse... aí foi me dando um desespero, eu garrei a pensar como faria se voltasse a dar as crise,o que que ia me socorrer e desandei a chorar, aí ela viu que eu não podia mesmo ficar sem ele e me deu receita para dois meses... (paciente).

Ela ia ser a última a ser atendida, dizia que tava mal e ninguém [entre os funcionários do serviço de saúde] ligava, então ameaçou tirar a roupa e saiu correndo para a praia, dizendo que ia se atirar no mar! Então correu todo mundo, até que tava para ser atendido no Posto e agarraram ela e aí a doutora atendeu primeiro, foi o único jeito dela sossegar... [informante].

A imprevisibilidade da crise cria condições de manipulação, principalmente do grupo familiar, uma vez que se as pacientes *sofrerem incômodos, passarem preocupação*, podem vir a ter uma. Assim, cobram constantemente do marido, dos filhos e dos pais a atenção a seus pedidos e ao seu sofrimento:

[...] óh! manda as meninas buscar a roupa que eu vou deitar para não cair, senão eu vou cair, porque a minha cabeça estava rodando [...] (paciente).

Aí quando eu tive crise de nervos eu vim pra casa da minha irmã [saindo da casa de um irmão e da cunhada que a maltratavam], que estava mais bem de vida, ela foi me buscar, me levou no médico, até hoje ela cuida de mim, é carinhosa comigo, faz tudo pra que eu não me incomode! (paciente).

Hoje [depois que ela começou a sofrer dos nervos e ele abandonou a bebida e as amantes] vivo muito bem com meu marido, ele me paparica muito, também tem o maior medo que uma hora dessa me volte tudo, que pode voltar a qualquer hora, né? (paciente).

Quando ela tem as crises dela, o pai, que é nervoso também, prefere fazer tudo que ela exige para não se incomodar. Então parece que ela se aproveita da doença, numa dessa já fez o pai dar uma casa só para ela que está alugada, agora quer que ele faça outra para ela morar sozinha, ele disse que não mas eu tenho certeza que é só ela ter um ataque que ele vai dar o jeito de construir como ela quer! (mãe de uma paciente).

Os filhos só acodem quando a gente está mesmo muito mal, senão dizem que não tem tempo, mas quando me dá a crise vem correndo... (paciente).

As pacientes, com suas *crises dos nervos* e suas manipulações, conscientes ou não, parece que ajudam a manter certos agregados sociais a sua volta, garantindo a manutenção de algumas práticas tradicionais, como a dos mais novos prestarem ajuda aos de mais idade, ao mesmo tempo que subvertem um pouco a ordem ditada pelos valores locais, como é o caso do deslocamento do trabalho doméstico para os homens.

COMENTÁRIOS (MÉDICOS) A RESPEITO DA EXPERIÊNCIA ANTROPOLÓGICA EM CAMPO E COM O TEMA DOS *NERVOS*

Estudar *nervos* possibilitou à médica, formada dentro dos limites estreitos de uma prática clínica e científica baseada no paradigma cartesiano¹⁰², utilizar recursos metodológicos da Antropologia Social para a pesquisa de campo e compreender como a Antropologia pode servir como uma via para o médico conhecer melhor o seu paciente. Foram necessários, para isso, estranhamentos sucessivos com a profissão médica e com minha própria condição de mulher e, eventualmente, de *nervosa* também.

Entretanto, o esforço parece ter me conduzido a bom resultado: possibilitou firmar as noções e implicações de gênero; perceber como a prática médica está longe de ser satisfatória para os pacientes enquanto permanecer alheia às nuances e aos significados culturais da doença e indiferente ao desencontro de seus próprios códigos com o dos pacientes e de outros especialistas em cura; e como, no caso contrário, permanecerá repetindo os tantos diálogos de surdos que se vêem por aí; ver que não basta ao médico ser *bonzinho* ou simpático se o faz sem *traduzir* estas expressões para formas culturalmente compreensíveis para o paciente; perceber que temas como cultura, gênero, estereótipos, preconceitos, representações sociais, linguagem, tabus, etc. também têm de fazer parte das discussões clínicas.

O trabalho possibilitou perceber que a Antropologia, por evidenciar as diferenças e permiti-las sem dissimulação, pode facilitar a superação das desigualdades e se constituir

¹⁰² O paradigma cartesiano se funda na famosa dicotomia corpo-mente e na consideração metafórica do corpo humano como máquina.

num instrumento de encontro, permitindo ao médico que, mais do que atender, ele possa se relacionar com o sujeito que sofre:

É claro que em situações correntes o enfermo acode ao médico não por sua doença mas pelo seu sofrimento, que é o que o preocupa, não só para estabelecer um diagnóstico preciso que lhe sirva de base para o tratamento, mas para atender com eficiência e compreensão as moléstias que constituem seu padecimento. Quando se exerce dessa maneira, que em minha experiência é a regra em lugar da exceção, a Medicina inclui dentro de seus interesses e ações não só o fenômeno biológico conhecido como doença, mas o ser humano que a padece e sem o qual o processo patológico não existiria, assim como o nicho social e cultural onde ocorre o episódio. Em outras palavras, no exercício da boa Medicina, o conceito biomédico não se contrapõe ao conceito biopsíquico e sociocultural da doença, porém ambos se complementam (Tamayo, 1988, p.236) (o primeiro grifo é do original).

Porém, se do próprio trabalho foi possível perceber que a abordagem antropológica amplia a análise da doença, em especial a dos *nervos*, com o deslindar de significados e com o aporte crítico desenredando tramas de poder e manipulação de sujeitos, é preciso ter em mente a advertência feita por Low, sobre os riscos de abandonar perigosamente as variáveis biológicas que, se não são as únicas intervenientes no processo saúde/doença, têm no mesmo um peso considerável, por constituírem um elemento de interação recíproca, moduladores da ação da cultura sobre os corpos dos indivíduos. Essa autora, em interessante ponderação a respeito, chama a atenção para a negligência do corpo biológico, por vezes praticada por antropólogos da saúde, porque: 1. Em parte por causa das limitações técnicas e da tradição epistemológica da disciplina; 2. Em parte porque sua preocupação tem sido trazer o significado social, político, econômico e cosmológico da doença para a atenção do mundo médico e, 3. Porque os aspectos biológicos e físicos do corpo sensível não podem ser vistos ou comentados assim facilmente pela pesquisa sociocultural.

Estudando o *nervoso* (como diz o povo, ou a histeria e, às vezes, o estresse, como dizem os médicos) pude perceber ainda que ele evidencia o dilema histórico, ainda vivido pela Medicina, resultante, por um lado, de sua incapacidade de lidar com certas situações e casos e, de outro, da onipotência com que tenta revestir sua prática. Dilema esse que

representa uma relação dialética entre o *novo*; no caso de Hipócrates, o científico; e o *velho*, a alma animal, indomada e por vezes cruel. Representa ainda os limites paradigmáticos propostos pela Medicina para o ser humano em confronto com as infinitas possibilidades que ele próprio descobre diuturnamente. Na verdade, evidencia-se aí apenas uma situação de confronto entre o que consegue abordar e resolver com aquilo que lhe é estranho por fugir dos seus modelos explicativos e de sua racionalidade habitual. À época hipocrática, tal como agora, toda vez que a Medicina carece de proposições resolutivas (já que tem para si que é uma profissão resolutiva) toma o problema como objeto do campo metafísico; colocando-o em outra dimensão, excusa-se da necessidade, que ela própria impôs, de resolvê-lo. Tal é o caso dos *nervos*, que hoje não encontra mais espaço nos textos médicos, exceto naqueles fortemente influenciados pela Antropologia (eg. Costa, 1983,1987).

Os casos entrevistados mostraram aspectos interessantes do *ataque e do sofrimento dos nervos*, permitindo uma leitura e uma interpretação que diferem daquelas propostas para o diagnóstico médico de histeria, muito embora sua apresentação permita esse diagnóstico. A interpretação clássica da histeria, reforçada pela Psicanálise, tem seu fulcro na sexualidade e resulta, na prática da atenção às doentes, em sua redução ao âmbito meramente genital da doença, o que, nesse ponto, iguala a compreensão médica desse sofrimento à metáfora ilha do *nervo* como representativo da falta de pênis que, se não foi refutada, ao menos não foi evidenciada nos relatos das pacientes. A sexualidade entronada por essas visões não aparece nos relatos espontâneos das pacientes e, a menos que se force, aparece pouco na interpretação fornecida por elas também. Ao cabo desta pesquisa, e por ela autorizada, faço uma leitura de *nervos* que se aproxima mais daquelas como a de Shepper-Hughes e a de Rozemberg, que entendem que *nervos fala* de outras coisas além da sexualidade. Fala da pobreza dos relacionamentos, de pobreza e de miséria materiais, de

incapacidades, de desejos insatisfeitos, de dificuldades, de opressão (Shepper-Hughes, 1992; Rozemberg, 1994 Chiozza, a).

Uma das dificuldades de lidar com os *nervos* talvez resulte da impossibilidade de reduzi-lo ao modelo de atendimento no qual a imagem que os agentes terapêuticos têm dos pacientes apenas refletem, como diz s experiências de enfermidade que se adequam às estruturas cognitivas, aos estereótipos pertinentes à essa instituição. Como a experiência dos *nervos* foge aos propostos pela instituição biomédica, esta não só tem dificuldades de prover subsídios para o seu atendimento adequado como tende a ignorar, reduzir e escamotear os seus significados. Por isso, talvez seja prudente seguir o senso popular e desistir da aproximação *nervos/histeria*, uma vez que ficou patente que a conformação dada pela cultura local aos sintomas e, principalmente, aos significados da síndrome dos *nervos*, quase nada tem em comum com aquela, além da apresentação freqüentemente espetacular.

Considerando que compreender é pegar o sentido, captar o significado de alguma coisa, *nervos*, para ser compreendido, exige a colocação de um ser humano diante de outro. Quer dizer, um sujeito que conheça o significado, diante de outro que porta o significante. Ou seja, requer muito mais que o propalado humanismo da Medicina. Para atender a essa condição, seria necessário que o médico se colocasse diante do sofredor como uma pessoa passível também de eventuais *ataques de nervos* e, ainda, detentor, ele próprio, do mesmo código de significados culturais que a crise de *nervos* têm para os pacientes. Porém, o ensino médico, especialmente no chamado *curriculum oculto*, promove justamente o contrário: a desumanização do médico, criando condições de afastá-lo cada vez mais dos pacientes e, simultaneamente, promovendo sua aproximação com a doença e com a fisiopatologia (Bol.

Org. Panam, 1995).¹⁰³

Nesse panorama, poderia parecer desanimador pensar na possibilidade de resolver, via Medicina, um problema como o dos *nervos* ou outros similares. Porém, esforços sendo feitos para quebrar o isolamento dessa disciplina, pela humanização de sua prática e pelo aporte de conteúdos de outras áreas do conhecimento, e.g. das ciências sociais e humanas, no domínio antes inexpugnável do conhecimento e praticas médicas. Assim, acertado é o comentário de Schepper-Hughes a propósito:

A Medicina, o hospital e a clínica (no sentido abrangente de Foucault) pode ser isolada, fechada em relação ao mundo externo e ao mundo da experiência dos pacientes. Ou eles podem prover um espaço onde se abram novos caminhos de acesso e de respostas à miséria humana. Desde esse indistinto panorama de necessidades humanas, algumas vezes se levantam em dor e fome, protestando sua própria impotência. Uma dessas vezes é a dos nervos. Nós podemos concluir perguntando o que a Medicina pode transformar, além dos fins humanitários que ela esposa, o que poderia ver no sofrimento que entra na clínica como uma expressão da trágica experiência do mundo. Nós podemos ter a base para a liberação da Medicina, uma nova Medicina, como uma nova teologia, fundada na esperança (Schepper-Hughes, 1992, p.. 215).

Nervos, histeria, piti ... Como quer que seja chamado, o tema é intrigante e, por certo, ainda será assunto de muita dissertação tanto quanto de descaso. Preferindo a primeira possibilidade, evoco as palavras de outra autora para exprimir o que sinto neste ponto do trabalho, quando a fase que o liga a uma proposta acadêmica está por se encerrar:

Não se trata de concluir, fechar. Se este livro levantou mais questões para o leitor do que aquelas que ele se colocava no início da leitura, ele atingiu seu objetivo. Até mesmo a questão de saber se a histeria é, ou não, uma doença não foi respondida. O certo é que ela se refere a todos nós: O médico não pode ficar indiferente à histeria. Ele pode trazer-lhe uma grande contribuição. E, ao mesmo tempo, ao seguir a histeria, ele mesmo pode ganhar muito. Tratemos também do amor e da morte, da mentira e da verdade. Uma verdade que não pode ser saciada, e que deixa tudo a desejar (Israel, 1995, p.326) (sem grifos no original).

¹⁰³ Carapinheiro (1993, p.168) chama a esse processo de *cinismo* crescente, presente no processo de formação médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Paulo César. O discurso sobre a enfermidade mental. In _____ e MINAYO, Maria Cecília (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.
- _____ e RABELO, Miriam Cristina. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da doença. In: PITTA, Áurea M. da Rocha. (org.): **Saúde e comunicação**. São Paulo: Hucitec. 1995. p.217-236.
- ANSON, Ofra; PARAN, Esther; NEUMANN, Lily e CHERNICHOVSKY, Dov. Gender differences in health perceptions and their predictors. **Soc. Sci. Med.** v.36, n.4, p.419-427. 1993.
- ARBER, Sara. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. **Soc. sci. med.** V.32 , n.4 . 1991. p.425-436.
- _____ gender and inequalities in health in later life. **Soc. Sci. Med.** v.36, n.1, p.33-46. 1993, (número especial: Women, men and health).
- AUGÉ, Marc. L'anthropologie de la maladie. **L'homme.** 97-98. jan-juin. 1986. XXVI (1-2) p.91-89.
- BARNETT, Elyse Ann. Notes on *nervios*: a disorder of menopause. In DAVIS, Dona Lee, e LOW, Setha. **Gender, health, and illness: the case of nerves**. New York: Hemisphere Publishing Co. 1989. p.67-78.
- BARROS, José Augusto Cabral de. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1995, 222 p.
- BARTHES, Roland (compilado por). **Fragmentos de um discurso amoroso**. Tradução de Hortênsia dos Santos. 11^aed. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1991.
- BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1989.332 p.

- BIRMAN, Joel. Apresentação: interpretação e representação em saúde coletiva. *Physis Revista de saúde coletiva*. v. 1, n.2 . p.7-22. 1991.
- BONAMIN, Leoni Villano. O estresse e a doença. *Ciência Hoje*. v.17, n.99, p.24-30. 1994.
- BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In _____ (org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. MPEB/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. 1991.
- CAMINO, Linda A. Nerves, worriation, and black women: a community study in the American South. In DAVIS, Dona Lee, e LOW, Setha. **Gender, health, and illness: the case of nerves**. New York: Hemisphere Publishing Co. 1989. p.203-222.
- CARLINI, Elisaldo Luis de Araújo. **Medicamentos, drogas e saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME. 1995. 255p.
- CARLSON, Eric T. e SIMPSON, Meribeth. Models-on the nervous system in eighteen century psychiatry. *Bull. Hyst. Med.* v.43, n.2, p.101-115. [19?]
- CARTANA, Maria do Horto-Fontoura. **Rede e suporte social de famílias**. Dissertação de Mestrado (enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- CARUSO, Mariléia M. Leal e CARUSO, Raimundo C. **Mares, e longínquos povos dos Açores**. Florianópolis: Insular. 1995.
- CASCAES, Franklin. **O fantástico na Ilha de Santa Catarina**. 3ª ed. Florianópolis: UFSC, 1989. 98 p.
- CASCAES, Franklin. **O fantástico na Ilha de Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC, 1992.v.2.
- CAYLEFF, Susan . 'Prisoners of their own febleness': women, nerves and western medicine - a historical overview. *Soc. Sci. Med.* v.26, n.12. p.1199-1208. 1988.
- CECCA/FNMA. **Uma cidade numa ilha: Relatório-sobre os problemas sócio-ambientais da Ilha de Santa Catarina**. Insular. Florianópolis, SC. 1996 .248p.
- CERESER, Helena Luzia. **A vivência familiar da mulher com hipertensão arterial essencial**. Dissertação de Mestrado (Assistência de Enfermagem).UFSC. 1996.

- CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Coleção perspectivas antropológicas da mulher**. n.4. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- CHIOZZA, Luis. **Porque adoecemos: a história que se oculta no corpo**. Tradução Maria José D.R. da Silva Peres. Campinas: Papirus. 1987. 166p.
- CLARK, Mari H. *NEVRA* in a greek village: idiom, metaphor, symptom, or disorder? In DAVIS, Dona Lee, e LOW, Setha. **Gender, health, and illness: the case of nerves**. New York: Hemisphere Publishing Co. 1989. p.103-126.
- COSTA, Jurandir. A mulher "nervosa": cliente dos médicos, inimiga do homem. In _____ **Ordem médica e norma familiar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983. p.271-274.
- _____ A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a "doença dos nervos" e a identidade psicológica. **Cad. MIS**. Rio de Janeiro: v. 1; n.1, p. 4-44. 1987.
- DAVIS, Dona Lee. Historical and cross-cultural perspectives on nerves. **Soc. Sei. Med.** v. 26, n.12, p.1197. 1988.
- _____ e GUARNACCIA, Peter. Health, culture and the nature of nerves. **Med. Anthropol.** v.11, p.1-13 (Introduction). 1989.
- _____ e WHITTEN, Richard. Medical and popular tradition of nerves. **Soc. Sei. Med.** v.26, n.12. p.1209-1221. 1988.
- _____, BEARD, George e PINKHAM, Lydia: Gender, class, and nerves in late 19th century America. In : _____ e LOW, Setha. **Gender, health, and illness: the case of nerves**. New York: Hemisphere Publishing Co. 1989. 223p.
- _____ e LOW, Setha. Preface. In _____ e _____ **Gender, health, and illness: the case of nerves**. New York : Hemisphere Publishing Co. 1989. p . xi.-xv.
- DEJOURS, Christophe. **O corpo: entre a biologia e a psicanálise**. Tradução: Doris Vasconcellos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- DIAS, Vera Nehls. **Tantos Campeches quantas imaginações: um estudo sobre o espaço no Campeche**. Dissertação de Mestrado (Geografia), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.

- DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1966. p.228.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa da classe trabalhadora**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- _____. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. **Physis: revista de saúde coletiva**. vol. 3. n.2. 1993 .p. 43-74.
- _____. A representação do *nervoso* na cultura literária e sociológica do século XIX e começo do século XX. In **Anuário Antropológico**. Brasília: Tempo Brasileiro/UNB. 1987. p. 93-116.
- _____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1994. p. 83-90.
- DUNK, Pamela. Greek women and broken nerves in Montreal. **Med. Anthropol.** v.11, p. 29-45. 1989.
- DURKHEIM, Emile. **As regras do método sociológico**. Tradução de Maria Isaura Pereira dos Santos. 10 ed. São Paulo: Ed. Nacional. 1982.
- EHRENREICH, Barbara. Gender and objectivity in medicine. **Int. Journ. Health Serv.** v. 4, n.4, p.617-623. 1974.
- EXLEY, Helen (org). **Mulheres: os melhores pensamentos**. Tradução de Outras Palavras. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996. 61p.
- FAINZANG, Sylvie. L'alcool, les nerfs, le cerveau et le sang. **L'Homme** v. 135, p.109-125. 1995.
- FEMININA. **Estress: inimigo invisível?** [199?]. p.38-43.
- FERREIRA, Jaqueline. **O corpo sígnico**. XVIII Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, MG: 1994.
- FIGUEIREDO, A. **Análise da categoria "sofrer dos nervos"**. Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ (datilo). 1979.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. 3ª edição. São Paulo: Perspectiva. 1993. 551 p. Coleção: Estudos.

- FRANÇA, Antônio. Doméstica de Foz denuncia erro médico: mulher desmaiou e teria recebido uma injeção de éter no joelho ao ser atendida por um médico de um posto de saúde. **Folha do Paraná**. Londrina, 27 de junho de 1997. Folha Cidades, p.3.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Tradução? Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 323p.1989
- GOLDBERG, David. A classification of psychosocial distresss for use in primary care setting. **Soc. Sci. Med.** v.35, n.2, p.189-193. 1992.
- GOOD, Byron J. The heart of the what's the matter: the semantics of illness in Iran. In **Culture, medicine and psychiatry**. 1:25 -58 . 1977.
- GREGORI, Maria Filomena. Cenas e queixas: mulheres e relações violentas. **Novos Estudos CEBRAP**. n. 23, março 1989 . p. 163-175.
- GRIMBERG, Mabel. La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica. **Cuadernos de Antropologia Social**, Universidad de Buenos Aires. n.5.año 1991. p 9-32.
- GROSSI, Míriam Pillar. **Repensando a violência contra a mulher no Brasil**. Relatório de Projeto Individual de Pesquisa-/CNPq. Florianópolis, 1994 (mimeo).
- _____ e MIGUEL, Sonia Malheiros: **a trajetória dos estudos de gênero nos estudos sobre a mulher no Brasil: reflexões iniciais**. XVII reunião da Associação Brasileira de Antropologia. Florianópolis. 1990.
- GUARNACCIA, Peter e FARIAS, Pablo. The social meanings of *nervios*: a case study of a Central American women. **Soc. Sci. Med.** v.26, n.12 . p.1222-1231. 1988.
- _____ ; CANCELA, Victor de la e CARRILLO, Emílio. The multiples meanings of *ataque de nervios* in the latino community. **Med. Anthropol.** v.11, p.47-62. 1989.
- HAAVIO-MANNILA, Elina. Inequalities in health and gender. **Soc. Sci. Med.** v.22, n.2, p.141-149. 1986.
- HANSON, B.S. e ÖSTERGREN, P.O. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects on some results from the population study "men born in 1914", Malmö, Sweden. **Soc. Sci. Med.** v.25, n.7, p.849-899. 1987.

- HARRIS, Marvin. **Vacas, porcos, guerras e bruxas: os enigmas da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1978. p.205.
- HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. Tradução: Eliane Mussmich. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. 333p.
- HOLLOWAY, Geoff. Susto and the career path of victim of an industrial accident: a sociological case study. **Soc. Sci. Med.** v. 38, n. 7, p.987-997. 1994.
- HUBBARD, Ruth. Algumas idéias sobre a masculinidade das ciências naturais. In GERGEN, Mary McCanney. **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento**. Tradução de Ângela Melim. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos. 1993. p. 21-36.
- ISRAËL, Lucien. **A histérica; o sexo e o médico**. Tradução: Célia Gambini. São Paulo: Escuta. 1995. 326p.
- JACQUES, Maria da Graça Corrêa. Saúde mental e trabalho: a construção da identidade de trabalhador. **Cad. Sociol.** V.7, p.167-175. 1995.
- JANERICH, Dwight T. Can stress cause cancer? **Am. Journ. of Public Health.** v. 81, n 6, p.687-688, jun. 1991.
- JENKINS, Janis. Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: a cross-cultural comparison of mexican-americans and anglo-americans. **Soc. Sci. Med.** v.26, n.12. p.1233-1243. 1988.
- JORNAL DO BRASIL. **Enfartadas e confusas**: 01 de mai: 1998.
- JUNKS, Kátia Regina. **Eles franceses voadores lá, nós ilhéus cá**. Trabalho de conclusão do Curso de História da-UFSC. Florianópolis, 1995.
- KANDRACK, Mary-Anne, GRANT, Karen R. e SEGALL, Alexander. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. **Soc. Sci. Med.** v.32, n.5, p.579-590. 1991.
- KAY, Margarita E PORTILLO, Carmen. *Nervios* and dysphoria in Mexican American widows. In DAVIS, Dona Lee, e LOW, Setha. **Gender, health, and illness: the case of nerves**. New York: Hemisphere Publishing Co. 1989. p.181-203.

- KLEINMAM, Arthur. Culture, health care systems, and clinical reality. In **Patients and healers in the context of culture**. California: University of California Press. 1980.
- _____. **The illness narratives**. New York: Basic Books. 1983.
- LANGDON, Esther Jean. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994.**
- LIMA, Karla Casagrande e ESMERALDINO, Luis Everton. **Consumo de benzodiazepínicos em farmácias públicas e privadas em municípios da Grande Florianópolis**. Trabalho acadêmico apresentado à Disciplina de Estágio Supervisionado do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.
- LOCK, Margaret. Nerves and nostalgia: Greek-Canadian immigrants and medical care in Québec. In **Anthropology of medicine**. 7/91 p.87-103.
- LOLAS, Fernando. The psychosomatic approach and the problem of diagnosis. **Soc. Sci. Med.** v.2, n.12, p.1355-136. 1985.
- LOW, Setha M. Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes: a cross-cultural review of nerves. **Soc. Sci. Med.** 21(2): 187-196. 1985.
- _____. Health, culture and the nature of nerves: a critique. **Med. Anthropol.** v.11, p.91-95. 1989.
- _____. Gender, emotions, and *nervios* in urban-Guatemala. In DAVIS, Dona Lee, e LOW Setha. **Gender, health, and illness: the case of nerves**. New York: Hemisphere Publishing Co. 1989. p.23-48.
- _____. Embodied metaphors: nerves as lived experience. In: _____ **Embodiment and experience**. (ed.?)1994. P.139-162.
- MACINTYRE, Sally. Gender differences in the perception of common cold symptoms. **Soc. Sci. Med.** v.36, n.1, p.15-20. 1993, (número especial: Women, men and health).

- MAES, S; VINGERHOETS, A. e HECK, G. Van. The study of stress and disease: some developments and requirements. **Soc. Sci. Med.** v.25, n.6, p.567-578. 1987.
- MALAVOLTA, Luiz. Itapuí quer reduzir o uso de calmantes. **Folha de São Paulo**, 21 de novembro de 1994.
- MALINOWSKI, Bronislaw Kasper. **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural (col. Os Pensadores). 1978. p.29.
- MALUF, Sônia Weidner. **Encontros perigosos: análise antropológica de narrativas sobre bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. PPGAS /UFSC. Florianópolis: 1989.
- MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. Trad. de Lamberto Puccinelli. São Paulo: EPU. 1974.
- McEWAN, Peter J. (ed). Women, men and health. (special issue, collated by Margaret Stacey and Virgínia Olesen). **Soc. Sci. Med.** v.36, n.1. 1993.
- McGUIRK, Bernard. De volta à sutura: o discurso patriarcal e a *Ova Completa* de Susana Thénon. **Revista USP**. set. out. nov. 94 .n.23 .p.140-151.
- MEDDIN, Jay. Sex differences in depression and satisfaction with self: findings from a United States National Survey. **Soc. Sci. Med.** v.22, n.8, p.807-812. 1986.
- MEININGER, Janet. Sex differences in factors associated with use of medical care and alternative illness behavior. **Soc. Sci. Med.** v. 22, n.3 , p. 285-292. 1986.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Abordagem Antropológica para avaliação de Pesquisas Sociais. **Ver. Saúde Pú.** São Paulo 25(3): 233-8.1991.
- MOMBELLI, Raquel. **A doença dos nervos no cotidiano brasileiro**. Florianópolis: 1992. Trabalho acadêmico apresentado à Disciplina de Antropologia da Saúde, do Mestrado em Antropologia Social da UFSC.
- NATIONS, Marilyn, CAMINO, Linda A. e WALKER, Frederic B. 'Nerves': folk idiom for anxiety and depression? **Soc. Sci. Med.** v.26, n.12 . p.1245-1259. 1988.
- NAVARRO, Roberto Campos. Curanderismo urbano: estudio de caso en la ciudad de México: In **América Indígena**, vol. XLIX, num. 4, octubre-diciembre de 1989.

NOVA ENCICLOPÉDIA BARSA, v. I, p.214. Rio de Janeiro/São Paulo:

Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1997.

O'NELL, Carl W. e SELBY, Henry A. Sex differences in the incidence of *susto* in two Zapotec pueblos: an analysis of the relationship between sex role expectations and a folk illness. In LOGAN e HUNT (org). **Health and the human condition** Massachussets. Duxbury Press. 19(?). p.271-280. Reimpresso, sob permissão, de **Ethnology**, 7: 95-105, 1968.

_____ e RUBEL, Arthur. The developmment and use of a gauge to measure social stress in three mesoamerican communities. **Ethnology**. v.19, p.111-127. 1980.

OQUENDO, Maria; HORWARTH, Ewald e MARTINEZ, Abigail. Ataques de nervios: proposed diagnostic criteria for a culture specific syndrome. **Cult. Med. Psych.** v.16, p.367-376. 1992.

PELAEZ, Maria Cristina. **Suspensão y recaída: analisis de dos problemas gineco-obstétricos de la Medicina Popular brasileira**. Florianópolis: PPGAS/Universidade Federal de Santa Catarina. 1989.

POPAY, Jeannie; BARTLEY, Mel e OWEN, Charlie. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity. **Soc. Sci. Med.** v.36, n.1, p.21-32. 1993, (número especial: Women, men and health).

PORTER, Roy. **Uma história social da loucura**. Tradução Angela Melim. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1990. 328p.

RABELO, Miriam Cristina e ALVES, Paulo-César. **Tecendo-self e emoção nas narrativas de nervoso**. Trabalho apresentado na V Reunião de Antropologia-Merco Sul. Tramandaí. 1995.

REBHUN, L A Nerves and emotional play in Northeast Brazil. **Med. Anthropology Quarterly** v.7, n. 2, p.131-151. 1993.

_____ Swallowing frogs: anger and illness in Northeast Brazil. **Medical anthropology Quarterly**. v.8, n.4, p.360-382. 1994.

RIAL, Carmen. Mané da Ilha. **Folha da Cultura**, Florianópolis, mai-jun. 1994, p.15.

- ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares**. Rio de Janeiro: Rocco 1994.
- RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé. 1975. 174p.
- ROZEMBERG, Brani. O consumo de calmantes e o “problema dos nervos” entre lavradores. **Rev. Saúde Publ.** 28(4).p.300-308. 1994.
- RUBEL, Arthur J. The epidemiology of a folk illness: susto in hispanic America. **Ethnol.** v.3, p.265-283. 1964.
- RUBEL, Arthur J; O’NELL, Carl W. y COLLADO, Rolando. La enfermedad popular de susto. **Interciência.** Sep-oct. 1990. vol. 15 .n.5. p.278-286.
- SALTONSTALL, Robin. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. **Soc. Sci. Med.** v.36, n.1, p.6-14. 1993, (número especial: Women, men and health).
- SANTOS, Sílvio Coelho dos. **Nova história de Santa Catarina**. 3^a edição. Florianópolis: Terceiro Milênio. 1995. 136 p.
- SCHAIK, Eilen Van. Paradigms underlying the study of nerves as a popular illness term in Eastern Kentucky. **Med. Anthropol.** v.11, p.15-28. 1989.
- SZAZ, Thomas S. A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental. Tradução: Dante Moreira Leite. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1971, 408p.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy. Nervoso: medicine, sickness, and human needs. In _____ **Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil**. Berkeley, L. AL. University of California Press. p. 167-215. 1992.
- SCRIMSHAW, Susan C. M. e HURTADO, Elena. **Procedimento Avaliativo para Pesquisa Antropológica Rápida (PAPEAR)**. Prefácio da primeira edição em Português (Brasil) Maria Beatriz Ferreira, Universidade Estadual de Campinas, (s.d) (mimeo).
- SEIJAS, Haydée. El susto como categoria etiológica. **Acta cient. Venezolana**. 23 (supl 3): 176-178. 1972.

- SLUKA, Jeffrey A. Living on their nerves: nervous debility in Northern Ireland. In DAVIS, Dona Lee, e LOW, Setha. **Gender, health, and illness: the case of nerves**. New York: Hemisphere Publishing Co. 1989. p.127-153.
- SOUZA, Maria Cristina Gueiros. "Doença dos nervos": uma estratégia de sobrevivência. **A saúde no Brasil**. (3) jul./set. 1983.p.134-139.
- SOYA, Roseli Ribas. **Características do paciente atendido no Hospital Universitário de Londrina, PR com diagnóstico de DNV**. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina. (mimeo) 1994.
- TAMAYO, Ruy Pérez. **El concepto de enfermedad: su evolución a través de la historia**. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.
- THOITS, Peggy A. Dimensions on life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. **Psychosocial Stress**. New York: Academic Press, 1983. p.33-78.
- TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. Tradução: Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991.
- TURNER, Victor. **O processo Ritual: estrutura e antiestrutura**. Tradução de Nanci C. de Castro. Petrópolis: Vozes, 1974, 247 p.
- _____. Social dramas and stories about them. In: MITCHELL, W. J. T. **On narrative**. U.S.A.: The University of Chicago Press. 1981.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos**. 2ª edição. Curitiba: UFPR/Governo do Estado do Paraná, 1992. 8 vol.
- VAITSMAN, Jeni. Hierarquia de gênero e iniquidade em saúde. **Physis Rev. de Saúde Pública**. v.4, n.1 p.7-22.1994.
- VEITH, Ilza. **Histoire de l'hysterie**. Paris: Seghers, 1983. 285 p.
- VERANI, Cibele B. L. a construção social da doença e seus determinantes culturais: *a doença da reclusão* do Alto Xingu. In SANTOS, Ricardo V. E COIMBRA J. R., Carlos E. A. **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994. p.91-113.

- _____ e MORGADO. Fatores Culturais Associados à Doença de Reclusão. In: Saúde de Populações Indígenas, Número Temático de **Cadernos de Saúde Pública**. VII(4): 515-538. 1991.
- VERBRUGGE, Lois M. How physicians treat mentally distressed men and women. **Soc. Sci. Med.** v.18, n.1, p.1-9, 1984.
- VERHAAK, Peter F. E TUHIS, Maria A. R. Psychosocial problems in primary health care: some results from the Dutch National Study of Morbidity and Preventions in General Practice. **Soc. Sci. Med.** v. 35, n.2, p.105-110. 1992.
- ZADOROZNYJ, Maria e SVARSTAD, Bonie. Gender, employment and medical use. **Soc. Sci. Med.** v.31, n. 9, p.971-978. 1990.
- ZOCCOLILLO, Mark S. e CLONINGER, Robert. Excess medical care of women somatization disorders. **Southern Med. J.** v.79, n.5, p.532-535.1986.
- WALLEN, Jacqueline. Physician stereotypes about female health and illness: a study of patient's sex and the informative process during medical interview. **Women & health**, v.4(42), summer 1979.
- WALTERS, Vivienne. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. **Soc. Sci. Med.** v.36, n.4, p.393-402. 1993.
- WITKIN-LANOIL, Georgia. **A síndrome do stress feminino: como reconhecê-la e viver com ela**. Trad.? 1ª ed. 1984. Rio de Janeiro: Imago, 1985.
- WOORTMANN, Klaas. **A família das mulheres**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; Brasília: CNPq. 1987.

ANEXO 01

ROL DE SINTOMAS DO *NERVOSO*¹⁰⁴

- ansiedade; angústia; agitação; apreensão pelo futuro e/ou pelo desconhecido ;
- Sensações Corporais Diversas, tais como:
 - . alterações dos batimentos do coração: coração querendo sair pela boca;. bate muito rápido; parece que vai parar; às vezes dá um soco no coração; fica fraco, parece quevai morrer; bate atropelado;
 - . bola que sobe e desce, o mais comum da garganta para o estômago; mas às vezes na barriga;
 - . dores que caminham pelo corpo; dores de cabeça que apertam , queimam por dentro ou parece que a cabeça vai estourar de tanto doer;
 - . gostos diferentes na boca, em geral desagradáveis;
 - . boca travada, impede a deglutição;
- vontade de morrer;
- vontade de matar ou agredir alguém sem motivo;
- desejo de ficar só ao mesmo tempo que se ressentido do abandono;
- falta de vontade de comer embora, na maioria dos casos sintam fome, mas a comida simplesmente não “vai “;
- perturbações do sono: dormir demais e não estar descansado ao acordar; insônia; sonhos agitados/pesadelos; sono leve: ‘acorda por qualquer coisa”;

¹⁰⁴ Os sintomas foram listados à partir de minha memória clínica; coincidem, no entanto, com os listados na literatura sobre *nervos, susto, mal olhado* e com algumas descrições médicas para ansiedade e estresses, bem como praticamente todos apareceram na pesquisa de campo, às vezes numa só paciente e num único episódio de *nervos!*

- instabilidade emocional: pegar briga por qualquer coisa; chorar à toa, sem motivo aparente, sem saber porque ou por motivo de pouca importância; apatia, deixar de se interessar pelas suas obrigações diárias ou por coisas que lhe interessavam antes; achar que nada mais presta, ou tem graça; não achar nada mais bonito ou bom; tanto faz que as coisas aconteçam de uma forma ou de outra; não se importar com o que faz, se bem ou mal feito; quer falar, mas não consegue;
- esquecimentos, às vezes não sabe o que estava fazendo ou não lembra o nome dos filhos ou marido;
- indiferença sexual; muitas vezes deixa que o parceiro faça o que quiser com seu corpo

ANEXO 02**TEXTO ESCRITO POR UMA PACIENTE A RESPEITO DE *NERVOS***

O que você acha que é
os nervos?

Os nervos para mim parecem
uma 'prova' porque nunca
tem cura realmente, ele
até ameniza nos de vez
em qdo ele volta, com
sintomas e reações diferentes
agora se revolta, devido
a uma dorça que intransita
em todos os aspectos, to
falando profissional, amoro
tudo de na vida geral

Eu até hoje não sei porque
acontece isso, não sei se é
medo, fomeça, coerência,
infelicidade, e acredito que
não há ninguém com uma
explicação certa e definitiva
para isso, às vezes acho
que é a minha mente que
produz, às vezes acho que
é da infância, e por fim
acho que pode ser que exista
realmente algo após a morte
e nós somos "Espíritos" sensíveis
que podemos sentir sensações
que ~~sent~~ as pessoas não
estão acostumadas, porque
o que de repente não precisa
criar uma situação, em
qualquer lugar, para ele

de repente agudo acontece,
no fundo o que eu
acho de Verdade que
Nervos é uma "Peste" que
Infelizmente tenho que
conviver pelo resto da
minha vida.

Como os Nervos influem
na vida de uma pessoa?

Influem de uma forma
horrível, ele atropalha
Em tudo, pelo agente

que tem esse doenças,
Nós temos um pouco de
medo que ocorre os
sintomas em situações
importante da vida,
as vezes eu tenho raiva
de mim, por sofrer dos
Nervos, porque uma pessoa
que tem esse problema
ela não consegue ~~ter~~
~~segurança~~ ter muita
segurança agente vive
muito ligado no que pode
nos ocorrer, e os Nervos
em todas as formas, porque
tem vários, tem o

pânico, tem a dor,
 tem a depressão,
 tem a ansiedade
 e tem muitos outros
 sintomas que não
 conseguimos explicar e
 a pessoa que realmente
 sofre dos nervos,
 concordaria comigo que
 os nervos surgem de
 uma forma péssima na
 vida do gente, nos
 deixando às vezes
 sem ar nas situações

porque qdo oone parece
 que a gente esquece do
 mundo lá fora, a
 briga é entre nós mesmos.

O que você acha que causa
 o problema dos nervos?

Realmente não sei tenho
 opções pode ser Susto,
 pode ser hereditário, ^{psicológico} pode
 ser espiritual (reencarnação
 e' claro),
 até hoje pergunto para
 mim mesma porque eu
 sofro dos nervos?

Nervos é o problema dos
 homens ou mulheres ou
 dos dois?

Não acho que deve
 ser do ser humano,
 por que que tem nervos
 tem tanto faz, homem
 ou mulher, eu conheço
 homens e mulheres que
 sofrem; só que nós
 mulheres ~~estamos~~ ^{estamos} ~~estamos~~
 que sofremos, e não
 temos vergonha, e-

elas são mais fechadas, não
 qdo oone a doença ~~os~~ ^{os} ~~os~~
 além, porque nervos é fogo
 é como crise terrível aí
 não tem homem nem mulher
~~fora~~ ^{fora} ~~fora~~ ^{fora} ~~fora~~
 nos tomamos friozinho e
 com medo de tudo, o
 que queremos é ser ajudados
 de qualquer forma;

Como você se sentiu nos
 consultas sobre NERVOS?

Por ser sincera já fui
 a tudo: psicólogos, psiquiatras,
 urologos, Espíritos,

Bem no começo da
 minha doença ^{em 12 anos} a Uvovile
 me benzia, me dava dos
 fumos dos ERVOS e fazia
~~os~~ ^{os} ervos na minha roupa,
 hoje, me sentia com uma
 paz dentro de mim, aquele
 cheiro de ~~erva~~ ^{alecrim} queimado
 me fazia relaxar e
 realmente melhorei por um
 bom tempo, mas ele disse
 pro meu pai que eu tinha
 um "santo" e precisava trabalhar
 com ele, senão o problema,
 as crises voltaria

Só que era Norimlia e
 não dei muito valor ao que
 ela disse fiquei uns
 4 anos sem nada, ela me
 fechou o corpo. Só que
 depois de muito ele ~~se~~ ^{se}

O que Uvovile acha que
 melhora de fato o problema
 dos NERVOS?

Para mim, as vezes eu
 penso como parece a
 medicina este tipo
 avançado, mas falham
 com os nervos

eles não acabam
 definitivo com essa
 doença, por isso
 prefiro a "Uvovile" por
 me ajudar muito com
 seus ERVOS, de o
 que ela disse foi o
 Verdade ou mentira
 Não sei, Talvez fosse
 o carimbo, a vontade
 de me ajudar, ou
 eu não sei por
 de todos ele foi o
 melhor remédio que
 tive até hoje.
 Sinto muito saudades
 dela.

ANEXO 03

**CRITÉRIOS DE OQUENDO, HORWATH E MARTINEZ PARA A SÍNDROME
CULTURALMENTE ESPECÍFICA DE *NERVOS***

OQUENDO, Maria; HORWATH, Ewald e MARTINEZ, Abigail. Ataques de nervios: proposed diagnostic criteria for a culture specific syndrome. **Culture, medicine and Psychiatry**, 16. 1992 p.376

- A. Ocorrer em pessoa de fala espanhola das Ilhas do Caribe(Cuba, República Dominicana, Porto Rico).
- B. Aparecimento dentro de uma semana após um estressor psico-social severo.
- C. Uma severa e repentina mudança no comportamento caracterizada por dois ou mais dos seguintes fatos
 - 1. Comportamento repentino ou impulsivo, tal como tentativa de suicídio, jogar-se ao chão, ataques convulsivos, agressividade, posições ou agitação.
 - 2. Experiências dissociativas (a ou b)
 - a. alteração no nível de consciência, *e.g.* falta de resposta a estímulo verbal, resposta diminuída a dor.
 - b. amnésia localizada ou seletiva, *e.g.* o paciente não pode se recordar de um período de tempo circunscrito/ou de comportamentos que se seguiram ao

estressor.

3. Distúrbios de comunicação (a, b, c ou d)

a. mutismo

b. neologismos (e.g. falar em idiomas)

c. incoerência

d. guinchos

4. Leves sintomas psicóticos (a ou b)

a. alucinações auditivas

b. alucinações visuais

D. Duração. A síndrome pode durar horas ou dias, mas não mais que uma semana e é seguida pelo retorno ao funcionamento básico.

ANEXO 04**DOCUMENTÁRIO FOTOGRÁFICO DO CAMPECHE: ALGUNS ASPECTOS
PAISAGÍSTICOS E HUMANOS**



Foto 1. Avenida Pequeno Príncipe que é o principal acesso à Praia do Campeche, na área chamada de Pontal. Ao fundo vê-se a Ilha do Campeche e a esquerda a Unidade de Saúde local.



Foto 2. Placa indicativa, assinala-se o caráter afirmativo da inscrição, a respeito da controversa passagem de Saint Exupery pelo Campeche.



Foto 3. Vista parcial da praia, no Pontal, com a Ilha do Campeche a frente.

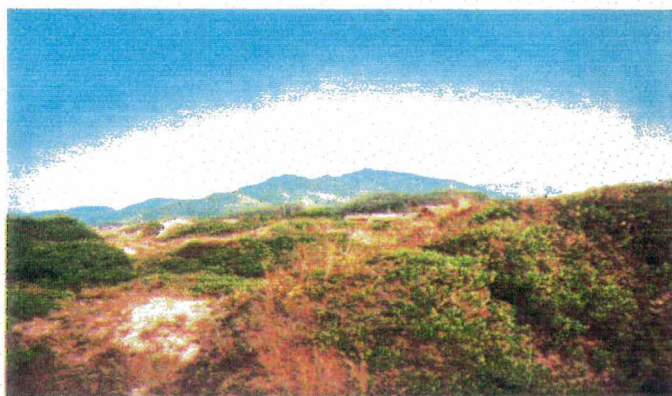


Foto 4. As Areias, as dunas da praia do Campeche, que em muitos pontos foram invadidas por construções.



Foto 5. Igreja de São Sebastião da Praia, situada na Campina. Note-se que existem capelas ao seu lado e a sua frente.



Foto 6. A bandeira do Divino Espírito Santo e alguns integrantes do Cortejo.



Foto 7. Menino nativo do Campeche, caracterizado como São Sebastião, para participar da procissão em honra a esse Santo, em sua festa no mês de janeiro, *pagando uma promessa* feita por seus parentes, para que sarasse da meningite que o acometera no início do ano.

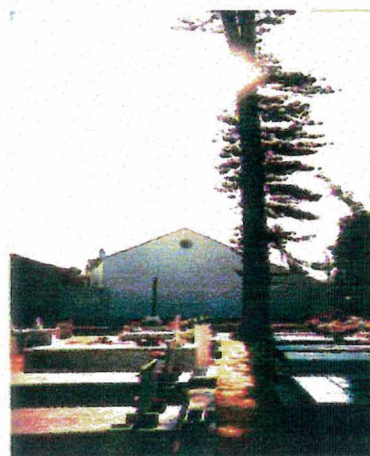


Foto 8 Cemitério localizado nos fundos da Igreja de São Sebastião da Praia. Alguns acreditam que o material retirado daqui teria servido para *trabalhos*, que teriam provocado a *doença dos nervos* em uma paciente.



Foto 9. Carro de Boi: transporte ainda hoje utilizado no Campeche.



Foto 10. Antigo engenho de farinha de mandioca, hoje abandonado.



Foto 11 Tarefa para mulheres e crianças: descascar a mandioca para fazer a farinha.



Foto 12. Detalhe do engenho, mostrando o cocho de saída do ralador e, ao fundo, o forno de escagem da farinha.

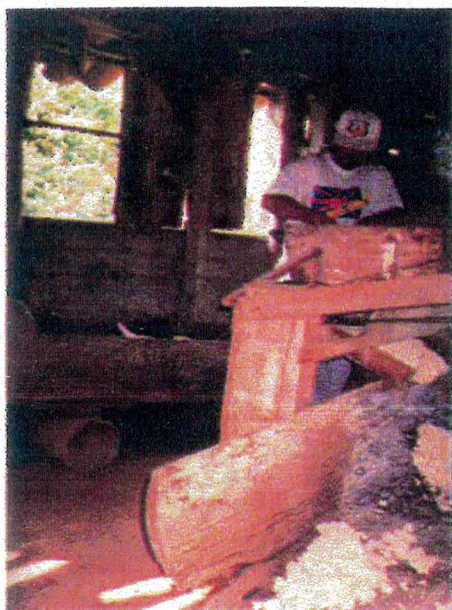


Foto13. Feitura da farinha: homem operando o ralador da mandioca.



Foto 14 Forno de secagem da farinha. Na foto vê-se a secagem dos *beijus*, petisco feito da massa da farinha e mumuito apreciadO.



Foto 15. Detalhe do engenho de farinha de mandioca pertencente a família Rocha.

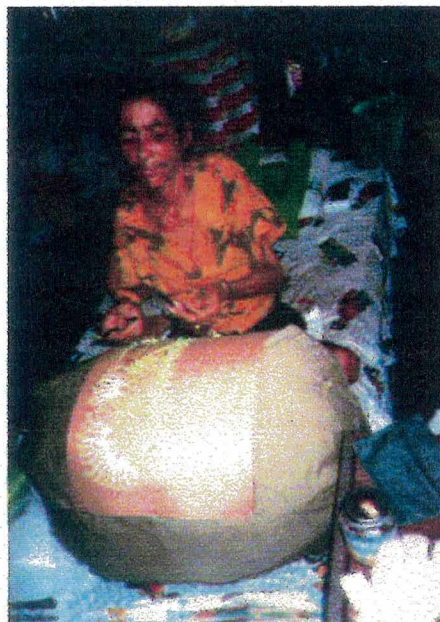
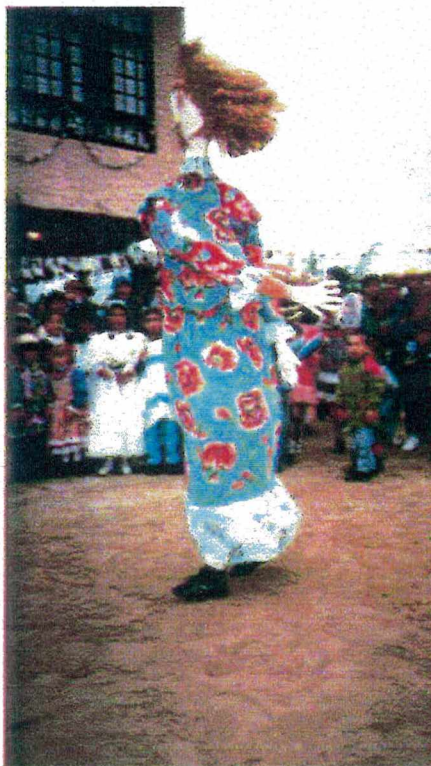


Foto16. Uma das coisa que uma mulher precisa aprender: fazer uma *renda* (uma das rendeiras remanescentes no Campeche).



Fotos 17 a 19. Cenas de uma apresentação do Boi de Mamão, numa festa escolar no Campeche. Acima a Bernunça, ao lado a Maricota, e abaixo o Boi de Mamão, alguns dos personagens dessa peça do folclore ilhéu, anualmente revivido por ocasião dos festejos juninos.



ANEXO 05

FORMULÁRIO PARA A ENQUETE SOBRE MEDICAMENTOS

FAMILIA.....
 ENdereço

COMPOSIÇÃO FAMILIAR : moradores permanentes

n.	idade	pos. famil.	nome	ocupação

TEM ALGUM MEDICAMENTO EM CASA ?

MEDICAMENTO	PRESCRITO POR	PARA QUEM	INDICAÇÃO	USADO POR OUTRA PESSOA	COND. DE ARMAZENAM.	VALIDADE

ANEXO 06

DIÁRIO DE CAMPO: DEZEMBRO 1996

Com o diagnóstico na cabeça!

Conta uma paciente:

*Em uma das crises mais fortes, eu tava mesmo muito atacada com aquela dor que começa aqui embaixo [aponta a região pubiana] e se retorce pela barriga, aperta o fígado, tira o fôlego, e nada da dor melhorar, nem mesmo com os calmantes e chás que tomei vários, muito fortes, continuou por vários dias, durante os quais sofri muito, muito mesmo. Aí eu percebi que o que eu tenho é câncer, de útero ou de ovário, talvez dos dois, que os médicos não quiseram me contar.... Aí como o sofrimento era demais, a dor era muita resolvi ir no médico lá na Lagoa, que lá, tem o Dr. Pedro, que é muito bom, escuta muito as queixa da gente. Ele me atendeu muito bem, até fiquei incomodada que tinha bastante gente esperando a vez e ele me examinou tudinho, ia apertando aqui e perguntando: dói aqui? apertava de novo, perguntava e assim ia, me examinou bem mesmo, e me disse que o que eu tenho **está na minha cabeça**, mas que prá eu ficar mais socegada ia me mandar fazer uma ecografia. Fui lá no outro médico, muito bom também, conversou bastante comigo, perguntou o que o Dr. Pedro tinha dito, colocou os aparelho e ia me perguntando as coisa enquanto ia vendo lá o que eu tinha, e ia explicando tudo o que via a uma pessoa que estava lá, não sei se era uma enfermeira ou uma aluna, que ele tinha jeito de ser professor. Por fim me perguntou quantos filhos tive, se foi parto normal ou não. Eu contei que tive 6 filhos, todos de parto normal, uns eu tive quase sozinha né, ele ficou admirado e me disse: Dona, nem parece que a senhora teve esses filhos todos de parto normal e tá assim perfeita! O Dr. Pedro tem razão: sua doença tá na sua cabeça; a única coisa que a senhora precisa fazer, se quiser, é uma plástica de barriga, mas isso **tá na sua mão resolver**. Aí eu me desesperei, voltei lá*

no primeiro médico levar os exames prá ele ver, ele olhou e disse: então, viu só como tava tudo na tua cabeça? Vai prá casa, cuida do marido e dos filhos e não pense mais nisso! Ai eu comecei a ir na Igreja do Reino Universal e lá eles me disseram que eu tenho mesmo essa doença[câncer] por castigo, por causa de um aborto que eu fiz há muitos anos, que o pastor chama a gente lá na frente e manda confessar todos os pecado, senão a gente fica tomado pelo Satanás e eu disse tudo o que eu achava que não era certo que eu já fiz na minha vida.... aí o pastor disse que era pecado muito feio esse de tirar um filho, que é o mesmo que matar uma pessoa, é uma vida que tá lá e que só Deus pode fazer isso e que por isso é que eu sofro, mas que ele ia orar prá Deus ter pena de mim e não me castigar tanto que o meu sofrimento é demais... Faz dois anos que fiz esses exames e de lá prá cá sei que esse câncer tá aí e só rezo prá Deus ter pena e não me fazer sofrer demais, que tem dia que eu penso que vou ficar louca de tanta dor e agonia...

Como tenho algumas informações de seu caso obtidas junto a conhecidos seus e parentes e também minha observação me mostra que não há evidências de que ela, há dois anos seja uma cancerosa tento convencê-la do contrário. Um dos argumentos que uso é o da evolução que seria esperada nesse tempo, mas ela revida apontando casos que viveram anos com a doença antes de morrer. Ai pergunto-lhe : mas o médicos falaram em Câncer mesmo? a senhora disse que estava sozinha nessas ocasiões e em geral um médico não fala nisso para uma pessoa desacompanhada. Aí ela diz:

Mas então! Tanto um como outro disseram que a minha doença era mesmo o que eu tinha na cabeça, a senhora não vê que eles concordaram comigo que era Câncer mesmo? E depois se disseram que só o que eu precisava era um plástica da barriga, mas que isso tava na minha mão decidir!

Revido novamente dizendo: Claro, a plástica a senhora é que sabe se quer ou não... Ela me corta:

Que nada, isso quer dizer que o meu caso já tava passado, não tinha mais esperanças! Se fosse tempo ainda prá operar a senhora acha que um doutor ia deixar na mão de uma pessoa doente decidir? Só deixou na minha mão porque tava passado mesmo, já não tinha mais o que fazer...

Estarrecida me dou conta que houve ali um tremendo desencontro de informações; a paciente tinha razão na sua interpretação: o que ela *tinha na cabeça* era o diagnóstico presuntivo de câncer que inadvertidamente fora confirmado quando os médicos lhe disseram que *a sua doença estava na sua cabeça!* Certamente queriam dizer que ela estava hígida e que o diagnóstico de câncer não passava de imaginação ou temor. O mesmo ocorreu com a sugestão da plástica, que por se tratar de cirurgia eletiva, de caráter estético,

deveria ser decidida por ela própria, mas foi entendida como um *lavar as mãos* frente ao caso desenganado pelo câncer (da sua cabeça, ou seja dos seus pensamentos).

Vou para casa, e me vejo, como médica, cada vez mais preocupada com essas armadilhas da comunicação que selam um engano, mantendo-o contra todas as evidências lógicas.

ANEXO 07

ENREDO DA ESCOLA DE SAMBA COLONINHA, FLORIANÓPOLIS, 1995

Corta a corda, Chica

Imaginação, fantasia

Viajam nesse sonho fascinante

Que o poder da nossa mente cria

Imaginação, fantasia

Viajam nesse sonho fascinante

Que o poder da nossa mente guia

O homem quer descobrir

O homem quer conquistar

Quem é que nunca sonhou

Seu sonho realizar

Zé Maia nosso Ícaro ilhéu

Sonhou um dia conquistar o céu

Corta a corda, Chica

Que o bicho “qué avuá”

Quem tem asas voa longe

Eu chego lá
No Campeche aconteceu
Fatos que marcaram uma era divinal
A Ilha foi servida à francesa
Se fez um intercâmbio cultural
Moda, teatro, cinema
Vedetes, poesias imortais
Será que existe guerra nas estrelas
Será que existe disco voador
Se hoje o ser humano vai à lua
Será que outro ser nos visitou
Como será o amanhã, se hoje a era é do computador
Pra recordar Exupery
À França eu digo *mercy*
E o Carnaval da Coloninha
É isso aí
Corta a corda, Chica
Que o bicho ‘qué avuá’
Quem tem asas voa longe
Eu chego lá.

Autores: Paulinho Carioca, Vanderlei do Cavaco, Márcio Martins, Dica e mais a
ala dos compositores

ANEXO 08

VIRANDO UMA DOUTORA: FRAGMENTOS DO DIÁRIO DA ALUNA DE
MEDICINA*I. Aulas de Ginecologia*

Quase reprovei em Ginecologia... também pudera! Como eu me colocava na sala de prática era para qualquer professor me por para fora, mas não dava para agüentar! Aquele alemãozinho truculento berrando para as pobres coitadas que vem ao HC¹⁰⁵ cheias de corrimentos, podridões da sua pobreza, para mim econômica, para ele parecia que de caráter, moral, sei lá o quê! **Deite aí! abra as pernas, mais, assim não enxergo nada! prá fazer não precisou ninguém mandar, ou precisou? mas abriu não abriu?** [as pernas, para uma relação sexual presumida por um professor/médico que nem sequer fazia a anamnese relativa a vida sexual da paciente, mal e porcamente perguntava dos sintomas e iniciava o exame ginecológico, desconsiderando pudores ou qualquer outro constrangimento] **agora fica aí, de chiliques pro exame. Abre que sou médico, é pro exame!** e por aí afora. Pergunto-me hoje, como àquela época: o que ele tinha a ver se ela abriu ou não as pernas para

¹⁰⁵ HC , Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

alguém, isso era lá da sua conta? E se abriu para quem ela quis, ou talvez, para quem foi preciso abrir, isso seria suficiente para supor ou determinar que ela não tivesse vergonha de fazê-lo na hora do exame, com aquele monstro aos berros e um bando de 7 rapazes com as caras mais curiosas do mundo?

Encolhida a um canto eu me perguntava se esses moleques, meus colegas, se todos eles já tinham visto, de verdade, mulheres peladas na sua vida ou se seriam uns fanfarrões, loucos para ver uma xota de perto pela primeira vez? e mais: eu, esta tonta que aos 23 anos também nem conhecia direito meu próprio corpo! pois é, a tonta aqui, morta de raiva e vergonha, toda enrubescida na sua virgindade que parecia estar exposta na genitália de cada paciente, sem jeito para falar, o que fazia? cruzava os braços, emburrava a cara e ficava de lado. O professor não dizia nada, apenas incitava a todos que examinassem cada paciente; eu ia ficando ficando de lado: por pena, vergonha, protesto e tudo o mais que emboladamente sentia. Assim lá se foram dois meses de aulas e eu ainda não havia examinado uma paciente sequer. Até que ele anuncia que não faria prova prática de gineco, iria dar nota pelo desempenho nas aulas; meus colegas vibraram, todos tem sido *fominha* e botado a mão em todas as pacientes que tinham vindo ao ambulatório naquele período.

Continuei na minha teimosia, até que um dia o professor falou para um dos meus amigos que se até o final do semestre eu não examinasse alguém iria reprovar, o colega veio preocupado e insistiu que eu o fizesse; relutei me enraiveçi, mas acabei cedendo. Então examinei uma mulher que tinha um tumor, falei: tem uma coisa aqui, nas 5 horas¹⁰⁶!

professor escarnece um pouco: *nunca examinou alguém e vai dizer que tem problema por ai!* Insisti, ele veio examiná-la e sua face imediatamente demonstrou preocupação,

¹⁰⁶ Em Ginecologia usa-se uma comparação com a posição dos ponteiros do relógio para indicar a localização de lesões na cavidade vaginal ou no colo do útero.

pediu material para coleta de exame citológico e marcou a paciente para uma biópsia; ela realmente tinha um tumor, o que foi dito assim, escancarado, sem um preparo qualquer, a não ser o consolo meio ignorante dos estudantes, em especial o meu, porque o professor... ah! esse tinha que correr porque isso tudo havia atrasado sua saída para o consultório particular, onde clientes pagantes e recendendo a rosas de desodorante íntimo, o aguardavam ansiosas...

Da desgraça da vida de uma miserável cancerosa veio a média que me salvou naquele semestre... E alguém ainda queria chamar a isso de sorte...!

II. Das aulas de Medicina Legal

Cabeça meio careca, meio encanecida, ar aparentemente bondoso... Mas quando se tratava do tal exame de conjunção carnal em lugar do pai ou avô bondoso transparecia o sátiro! Pobres meninas que chegavam ao IML¹⁰⁷, em geral trazidas por um Pai, às vezes um padrasto, que mais do que preocupados com elas pareciam machos enciumados, corneados ... e que caíam então nas mãos do laureado professor de medicina legal para o tal exame. Encolhidinhas, às vezes tão ignorantes da vida que nem sabiam direito o que lhes ocorrera e porque tinham que estar ali, se despir e se expor a tantas pessoas, quase todos homens. As ordens para fazê-lo vinham no tom autoritário e pouco respeitoso que sempre notei nos ginecologistas no serviço público: *tira a roupa, deita aí, abre as pernas*, e outras tão refinadas quanto essas! Aqui [no IML] recebiam uns complementos, pois mesmo que se tratasse de uma história de estupro o vovô/sátiro tinha uma expressão aterrorizadora para as mulheres/meninas, incriminando-as pelo ato da conjunção carnal e tirando-lhe o caráter de violência, substituindo-o pelo de ato consentido: *quem guiou o ceguinho? Não vá me dizer que o ceguinho achou o caminho sozinho?!*

III. Lições do PA do HC¹⁰⁸

Afobadamente populares e funcionários recolheram uma maca com uma paciente aparentemente em coma. Eu, no 3º ano e iniciando as disciplinas profissionalizantes do curso de Medicina fiquei apavorada, tal como os meus colegas de turma, mas a reação dos internos do 6º ano é completamente diferente da nossa, um ou outro mostra alguma preocupação, os outros fazem um ar de aborrecimento, mais para o enfado do que para inquietação, o residente de clínica médica que se aproxima logo começa com as piadinhas e aponta para o tremor das pálpebras, indica os suspiros e a respiração entrecortada e vai dizendo: *já sei o que está faltando para essa aí...* Falta-me o cinismo que, embora não recomendado no livros médicos, em breve apreenderia nesse curso paralelo, para perceber ou sub-entender nas linhas desse seu discurso malicioso a que ele se refere: *a falta de homem!* O residente percebendo minha confusão passa então a me explicar: *é uma piti, pitiática, histérica, deve estar precisando de homem, aqui o que a gente pode fazer é escolher entre algumas alternativas de tratamento para que ela pare de simular que está doente: podemos fazer uma injeção de água destilada, porque isso dói terrivelmente e não há fingimento que resista, pode-se também dar um tabefe na cara (mesmo efeito), fazer cheirar alguma coisa como amoníaco ou noz-moscada em pó que fazem espirrar o que também desarma a cena, ou então...*(risadinhas muito maliciosas) *um remedinho que você não tem condição de dar, quem sabe algum dos alunos e interesse de dar o que ela está pedindo (sexo!), só que essa paciente não é lá grande coisa...* (ou seja, a paciente pobre e mal cuidada não é muito atraente aos olhos classe média dos circunstantes). Encabulada tanto quanto irritada com as explicações saio de perto, não sei o que fazer, estou com uma pena danada da mulher, mas já ouvi algumas coisa de Psicologia Médica, alguma

¹⁰⁷ IML, Instituto de Medicina Legal.

¹⁰⁸ PA do HC, serviço de Pronto Atendimento do Hospital de Clínicas.

coisa relacionada ao pensamento de Freud a respeito da Histeria e não sei o que pensar.

Não concordo muito com isso mas não sei o que pensar a respeito, nem o que fazer por ela. Dou um tempo, volto e vou conversar com a paciente, que já sofrera com a inalação de amoníaco. Ela então conta como vai sua vida, cheia de tropeços e problemas, solidão, perdas materiais e afetivas, dificuldades com os filhos, encrencas com as vizinhas, tanto problema para uma pessoa só!

Dias depois outra cena parecida com a primeira, só que desta vez o paciente era um homem; notei logo os mesmos sintomas, porém o tratamento foi diverso: o residente pôs-se logo a discorrer e a providenciar um diagnóstico diferencial: *afinal era um homem e poderia ser coisa séria, poderia mesmo estar em coma, afinal os homens não ficam histéricos!* Foi sua resposta à minha perplexidade! Depois de uma azáfama de exames e técnicas diagnósticas a conclusão: era mesmo um piti! Comentando esses casos com um R2 ele critica levemente o seu colega, alertando que sabia do caso de uma senhora que fora dada como piti e morrera de crise hipertensiva severa, que era bom se cuidar...

Se mulher podia ficar histérica por falta de homem, não entendia porque o contrário não podia ocorrer e se um homem que parecia estar em coma no entendimento destes médicos tinha que ser investigado, porque o mesmo não era para ser feito com uma mulher? No momento não tinha respostas, mas não me parecia muito certo nem muito justo esse modo de pensar e agir; eles me gozavam dizendo que penso assim porque sou mulher, até a Tânia que queria ser Psiquiatra e já andava estudando Freud, tirou um sarrinho de minha cara, fiquei achando que é porque eu ainda não sei nada sobre sexo... fiquei com raiva de minha inexperiência nessa área e de ser tão reprimida que não tinha coragem de falar com algum professor sobre isso. Droga! Se eu que já estava com meio curso de medicina nas costas não conseguia conversar com alguém, imagine as pacientes, quantos silêncios reprimidos!

ANEXO 9

ESTRESSE: MECANISMO DE AÇÃO SEGUNDO O ESQUEMA DE WITKIN-

LANOIL¹⁰⁹:

Dentro do sistema nervoso, as mensagens de stress percorrem três caminhos. Eles vão do cérebro, através dos nervos motores, até os braços, as pernas e outros músculos esqueléticos, preparando-os para o movimento. Vão também do cérebro até o sistema nervoso autônomo, que eleva a pressão sanguínea, o ritmo cardíaco e o nível de açúcar no sangue, libera glóbulos sanguíneos vermelhos de reserva, necessários para conduzir oxigênio até os músculos, e retarda os movimentos intestinais (de vez que numa emergência, a digestão não constitui uma prioridade) finalmente, vão do cérebro até o interior das glândulas supra renais que liberam adrenalina na corrente sanguínea, como estimulante geral.

O hipotálamo também recebe mensagens de stress, transmitidas do cérebro ao longo do sistema nervoso, mas, de lá, um segundo sistema, o hormonal ou endócrino é ativado. Este sistema funciona mais lentamente que o nervoso na reação ao stress, mas pode manter seus efeitos no corpo por maiores períodos de tempo.

Imagine-se que o hipotálamo seja o centro de controle de emoções no cérebro. Dele, mensagens de stress podem ser despachadas para muitas glândulas diferentes. Quando a pituitária recebe um sinal do hipotálamo, libera na corrente sanguínea, hormônios que ativam o córtex supra-renal. Este libera hormônios semelhantes que, juntamente com aqueles, elevam a contagem de glóbulos sanguíneos brancos (influenciando algumas respostas imunológicas e alérgicas), alteram o equilíbrio de sais e água (elevando um pouco a pressão sanguínea, pela mudança dos padrões de excreção) e estimulam a glândula tireóide (aumentando o metabolismo) (Witkin-LanoiL, 1985, p.14).

¹⁰⁹ Esquema certamente insuficiente para os médicos, porém como eles têm à sua disposição um volume imenso de publicações a esse respeito deixo a seu encargo, caso o desejem, aprofundar-se nesta questão. Para os outros interessados, caso queiram informações um pouco mais detalhadas sugiro um interessante artigo de Bonamin (1994).