

DIFERENÇAS CULTURAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CLIENTELA ACERCA DO NERVOSO: DA DISTÂNCIA À COMPREENSÃO DA DIVERSIDADE

Cultural Differences Between Health Professionals and Clients on Nervousness: From Distance to Comprehension of Diversity

Maria Liana Gesteira Fonseca¹

RESUMO

O presente artigo visa traçar um panorama a respeito das publicações acerca do nervoso, código cultural hegemônico entre as classes populares para designar estados de sofrimento simultaneamente físicos e mentais. Esta revisão tem como objetivo relativizar os referenciais culturais dos profissionais de saúde que costumam receber este tipo de queixa em seu trabalho cotidiano. Tais estados de sofrimento, chamados de nervoso ou doença dos nervos, constituem-se como importante demanda nos serviços de saúde. A metodologia usada foi a revisão bibliográfica não exaustiva, através da consulta aos principais autores da área, assim como suas próprias referências. As conclusões apontam para a diferença entre as concepções de corpo, dor e sofrimento das visões médico-psicológicas e a concepção do nervoso, hegemônica entre as classes populares, usuárias dos serviços públicos de saúde. A compreensão e o respeito acerca das diferenças entre esses códigos culturais são condições sine qua non para uma aproximação entre profissionais e clientela.

PALAVRAS-CHAVE: Manifestações Neurológicas. Saúde Mental. Estresse Psicológico.

INTRODUÇÃO

Profissionais da ponta dos serviços de saúde nas grandes metrópoles - cujas agendas lotadas com questões que remetem à precariedade das condições de vida das populações, à fragilidade da condição humana e à própria morte (AZEVEDO, 2005; ONOCKO-CAMPOS, 2005; SÁ, 2005; 2008; SÁ *et al.*, 2008) - se deparam com a expressão do mal-estar coletivo não só em forma de

ABSTRACT

This article aims to give an overview about the publications about the “nervous” hegemonic cultural code among the popular classes to describe states of suffering both physically and mentally. This review aims to relativize the cultural references of health professionals who often receive this type of abuse in their daily work. Such states of suffering, called nervous or disease of nerves, are as important demand on health services. The methodology used was not exhaustive literature review, through consultation with the main authors of the area, as well as their own references. The findings point to the difference between the concepts of body, pain and suffering of the medical-psychological insights and design of the nervous system, between the hegemonic classes, users of public health services. The understanding and respect about the differences between these cultural codes are the sine qua non for a rapprochement between professionals and clients.

KEY WORDS: Neurologic Manifestations. Mental Health. Psychological Stress.

doença, mas por diversas formas de pedido de amparo e alívio ao sofrimento (AMARAL, 1997; BRÊDA; AUGUSTO, 2001; CRUZ, 2001; LANCETTI, 2001, SILVEIRA, 2003). Uma das expressões comumente encontradas nos serviços são as queixas somáticas inespecíficas, sem substratos que possam ser classificados com precisão na nosologia da clínica médica ou psiquiátrica (FONSECA, 2007; 2008; FONSECA *et al.*, 2008; GOLDBERG; GOODYER, 2005).

¹ Maria Liana Gesteira Fonseca, psicóloga. Formada pela UFRJ, com Especialização em Saúde Mental da Infância e Adolescência pelo IPUB/UFRJ e Mestrado em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Bolsista de pesquisa da ENSP/Fiocruz na área de Terapia Comunitária. E-mail: liana.fonseca73@oi.com.br

Em parte considerável dos serviços, costuma existir um hiato entre as demandas cotidianas a que são submetidos os profissionais de saúde e o trabalho que lhes é tradicionalmente prescrito. Esta diferença se sobressai particularmente quando aspectos socioculturais mostram-se relevantes nas demandas de atenção em saúde.

A compreensão das diferenças culturais, assim como as questões sociais envolvidas nos diversos tipos de demandas que podem surgir nos serviços, nem sempre está contemplada na formação dos trabalhadores de saúde, na gestão do trabalho ou na organização dos serviços.

Segundo Carreteiro (2001):

[...] o sofrimento não encontra um lugar institucional que possa reconhecê-lo dentro da esfera da proteção social. Esta só confere um lugar à subjetividade dentro de suas perspectivas: corpo são, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional, o faz através da doença. Tal reconhecimento, quando ocorre, produz um deslizamento do sofrimento social para o individual. Esta passagem indica que as categorias institucionais ignoram formas de mal-estar que não estejam etiquetadas como doença. (CARRETEIRO, 2001. p. 93).

Isto significa afirmar que o sofrimento social frequentemente se manifesta primeiramente como doença nos serviços de saúde (mesmo que seja uma suposta doença), tendo ou não substrato classificável na nosologia médica. Sendo assim, nem sempre há um diagnóstico ou um método disponível que possa abraçar essas qualidades de sofrimento, de forma a minimizar a angústia dos profissionais ou dos sujeitos envolvidos.

A expressão do mal-estar na forma de queixas somáticas difusas, como dores pelo corpo, dores de cabeça, problemas gástricos, sem substratos orgânicos, é um fenômeno conhecido dos profissionais de saúde da ponta. Como fenômeno multidimensional, pode ser focado através de diversos campos do saber.

Em artigo anterior (FONSECA et. al., 2008), remeti-me, junto com meus colegas, à questão dos chamados transtornos mentais comuns - uma categoria da epidemiologia psiquiátrica para dar conta dos transtornos não psicóticos, que vão desde queixas somáticas inespecíficas a transtornos com classificação no Código Internacional de Doenças (CID). Tal tipo de transtorno tem altas taxas de prevalência nos serviços de atenção básica e está diretamente relacionado a variáveis sociodemográficas como baixa renda, baixa escolaridade, esparsas redes de apoio social, migração e precária inserção no mercado de trabalho (COSTA; LU-

DEMIR, 2005; FACUNDES; LUDEMIR, 2005; FORTES, 2004; GOLDBERG; GOODYER, 2005; LUDEMIR, 2000; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006; PATEL et al., 1999; PATEL; KLEINMAN, 2006; WAITZKIN; MAGAÑA, 1997) - o que aponta para as raízes sociais dessas expressões de sofrimento.

Embora não seja possível superpor categorias de diferentes matrizes paradigmáticas sem deixar lacunas (VASCONCELOS, 2002), é preciso abordar uma outra perspectiva do mesmo fenômeno, a saber, as diferenças culturais entre profissionais e clientela para conceber a experiência de corpo, dor e sofrimento. É deste hiato entre a formação dos profissionais de saúde, pautada nas concepções médico-psicológicas e as concepções das classes populares, clientela hegemônica dos serviços de saúde, que trataremos aqui.

É preciso sublinhar que parte considerável da literatura que trata deste fenômeno, no que diz respeito às diferenças culturais entre profissionais e clientela, foi publicada entre as décadas de 1980 e 1990. Esta localização histórica das publicações a respeito do nervoso se deveu à chamada ambulatorização da assistência psiquiátrica no Brasil (VASCONCELOS, 1992). Nesta época, ao deslocar para os ambulatorios a assistência psiquiátrica, houve um choque entre as concepções de doença, corpo e sofrimento entre profissionais de saúde e clientela. Justamente neste momento histórico, difundiram-se publicações sobre o código do nervoso - concepção hegemônica entre as classes populares para designar estados de sofrimento simultaneamente físicos e morais.

Hoje, sob outras roupagens, a diferença entre os códigos culturais de profissionais e clientela se interpõe na relação que se estabelece no cotidiano dos serviços. O objetivo deste artigo é chamar a atenção para os estados de sofrimento que se apresentam como queixas inespecíficas, assim como suscitar reflexão a respeito da distância cultural entre as bases dos saberes nos quais os profissionais de saúde são formados e as concepções de corpo, doença e sofrimento das clientelas dos serviços públicos.

Múltiplos Sentidos: um código não capturável pelas categorias biomédicas e psicológicas

Como cada profissional, nos serviços de saúde, pode compreender expressões como “*figado opilado pelo que sofreu com o marido*” ou “*Tenho uma veia do coração atravessada sobre um dos rins. Quando fico nervosa, isso provoca muitos problemas*” (DUARTE, 1986, p. 23) ou “*(...) extração de dente que teria estado atacando o nervoso*” (DUARTE, 1986, p. 25)? Somam-se

a estas expressões, representações valorativas a respeito do fígado (*fígado opilado, ataque de fígado*), do sangue (*sangue bom, sangue ruim*), da cabeça (*cabeça fraca, cabeça boa, ruim da cabeça*). Tais expressões refletem uma junção de representações sobre a doença, o adoecer e a experiência de sofrimento simultaneamente físicos e morais.

Entre os sintomas nucleares dessas perturbações chamadas de *físico-morais*, estariam “*tremura, tremelique, friagem, zoada, zoeira, zumbido, tonteira, zonzeira, dores de cabeça, aflição, opressão, pressão, fastio, insônia, perda de consciência*” (DUARTE, 1986, p.29).

Costa, ao trabalhar com a clientela de um ambulatório público no Rio de Janeiro, refere os seguintes sintomas para doença dos nervos, além daqueles citados acima: *palpitações, vista escura, desmaios, perna bamba, dormência nas pernas, cansaço, falta de apetite, buraco no estômago, fígadas na cabeça, frio na cabeça, dores difusas, desinteresse sexual, moleza*. A estes sintomas, podem se acompanhar: *esquecimentos, medo de sair sozinho na rua, medo de cair, irritabilidade, crises de choro, vontade de bater nos filhos, de gritar ou de morrer e agonia no peito* (COSTA, 1987).

Os múltiplos sentidos do *nervoso* não podem ser capturados por categorias nosológicas, embora algumas tentativas de traçar paralelos entre o código do nervoso e categorias diagnósticas tenham sido feitas na literatura da antropologia médica norte-americana.

Marilyn Nations e colaboradores (NATIONS et. al., 1988) compararam os sintomas do nervoso aos sintomas de síndromes ansiosas ou depressivas: *tremedeiras, batimentos cardíacos acelerados, problemas gastrointestinais, dores de cabeça, insônia, raiva ou choro frequente, esquecimento ou dificuldades de concentração*.

Todavia, ao estabelecerem tal paralelo, ainda que as manifestações sejam, de fato, semelhantes, os autores não tocam na questão referente à diferença fundamental entre o código do *nervoso* e a cultura na qual estão enquadrados os saberes psiquiátricos e psicológicos modernos.

Além disso, devido ao fato do código do *nervoso* estar calcado em uma concepção diferente daquela que sustenta os saberes modernos ocidentais, ele pode expressar uma infinidade de estados de perturbação, que extrapolariam as categorias diagnósticas citadas.

O nervoso pode evocar categorias diagnósticas para alguns profissionais de saúde, mas não é redutível a elas e nem somente ao estresse social: é um código complexo para expressões de mal-estar que tem múltiplos aspectos e sentidos possíveis.

Duarte (1986) trata o *nervoso* como uma manifestação de sofrimento que o autor chama de *físico-moral* - uma expressão para designar a imbricação entre o nível físico-corporal e tudo aquilo que lhe opõe: a antiga *alma* ou a moderna *psique*.

Essa qualificação, que a antiga tradição médico-filosófica dispunha para dar conta da mediação corpo-alma, é usada justamente para que não se usem nomeações tais como *manifestações psicossomáticas* ou outras ligadas aos saberes situados na perspectiva das ideologias e concepções contemporâneas de pessoa, já que o objetivo se situa justamente na relativização desses saberes. O retorno a uma categoria tradicional [perturbações físico-morais] traria essa vantagem: a de relativizar as representações modernas que sustentam o *senso comum acadêmico* (DUARTE, 1998).

Assim, a diferença radical entre o código do nervoso e os demais códigos - dos saberes médicos científicos ou psicológicos - é fundamentalmente uma diferença na concepção de pessoa e não uma diferença na expressão cognitiva ou um suposto déficit na elaboração, na simbolização ou na linguagem. Essa diferença cultural não é residual, mas sim fundamental e se refere à distinção entre um modo preminentemente holista ou individualista.

Luis Dumond, antropólogo francês, discípulo de Marcel Mauss e do próprio Lévy-Strauss, publicou obras fundamentais a respeito da diferença entre as sociedades holistas/hierárquicas e individualistas/igualitárias (DUMOND, 1985). Contudo, a diferença entre *holismo e individualismos* não se refere apenas a distinções entre sociedades, mas também entre modos de conceber a experiência de pessoa ou de indivíduo em sua relação com o mundo. Enquanto a concepção holista/herárquica toma a pessoa como parte de um todo social, onde as separações entre sujeito e mundo, corpo e mente são mais difusas e menos marcadas; a concepção eminentemente individualista/igualitária toma o sujeito como autônomo e anterior ao todo, tendo a separação entre si e o mundo, o corpo e a chamada mente, separados por fronteiras claras e bem demarcadas. É justamente esta concepção - que demarca claramente as fronteiras entre corpo/mente, sujeito/mundo - que fornece as bases dos saberes médico-psicológicos modernos, ocidentais nos quais os profissionais de saúde são formados (DUARTE, 1986; 1993; 1998; 2003).

A reflexão histórica concisa feita no artigo *A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?* (DUARTE, 1998) é de especial relevância aqui, visto que contextualiza o código do nervoso e a configuração do psicológico - que comportam duas diferentes concepções de pessoa - na atualidade, que deve ser o ponto de partida da reflexão aqui proposta.

Nervoso e sofrimento psíquico: dois códigos diferentes

Ora, por que seria importante abordar também, mesmo que brevemente ou como contraponto, a configuração do

psicológico? Porque esta é própria dos profissionais que costumam atender os casos de nervoso. Frisar a diferença entre uma configuração e outra - a do psicológico e a do nervoso - pode esclarecer as possíveis diferenças entre as concepções de pessoa de profissionais pertencentes às camadas médias e de sujeitos pertencentes às classes populares, esclarecendo assim alguns dos mal-entendidos entre clientela e profissionais de saúde.

Esse tipo de trabalho já vem sendo realizado por inúmeros antropólogos e por profissionais de saúde desde a década de oitenta (BEZERRA Jr., 1982; DUARTE, 1986; VELHO, 1987). No entanto, ainda hoje, os mal-entendidos continuam se perpetuando, principalmente nos serviços públicos, onde a classe média - representada, majoritariamente, pelos profissionais de saúde - tende a compreender as expressões de sofrimento das classes populares de acordo com seus próprios códigos - o que é esperado e compreensível de um certo ponto de vista.

Contudo, é através desse entrecruzamento de códigos, nem sempre bem traduzidos e compreendidos, que os profissionais de saúde costumam atribuir às queixas que se encaixam no modelo do *nervoso* como “*queixas mal-definidas*” ou mesmo expressões menos delicadas, que simplificam a problemática, tais como “*ausência de demanda*”, “*pacientes concretos*”; “*pacientes que remetem tudo ao corpo*”, “*incapazes de simbolização*”, “*poliqueixosos*”.

Para Guarnaccia e Farias (1988), o código do nervoso desafia a dicotomia corpo/mente própria do modelo biomédico. Por outro lado, também não se enquadra nas qualidades de práticas *psi* voltadas exclusivamente para a valorização da interioridade e da reflexividade. Assim, o código do *nervoso* lança um desafio ao atendimento das classes populares nos serviços públicos.

A contextualização da noção de saúde e doença mental visa alargar a compreensão da diferença entre a configuração do nervoso e a configuração do psicológico. A compreensão dessa diferença pode ser um elemento importante para a formulação de práticas de atendimento mais adequadas aos códigos culturais das classes trabalhadoras.

Caminhando nessa perspectiva, Duarte (1998) traça um panorama histórico das concepções de saúde e doença mental. Na sociedade ocidental moderna, permeada por uma noção individualizada de pessoa, a ideia de sofrimento psíquico veio se contrapor ao fisicalismo dos saberes científicos hegemônicos até início do século XX (DUARTE, 1998).

Nesse sentido, os saberes que começavam a constituir o campo *psi* - além do inegável mérito de suas formulações iniciais e posteriores - tiveram um papel histórico revolu-

cionário em um momento em que a doença mental estava capturada pelo reducionismo biomédico.

Após a Segunda Guerra, houve uma reação a este reducionismo biomédico comprometido com a ideia de doença mental, através de dois caminhos: os enfoques psicologizantes, instruídos pelo desenvolvimento da psicanálise e, de outro lado, os enfoques sociologizantes, que subordinavam a percepção das perturbações aos condicionamentos sociais. Ambos reagiam ao fisicalismo reinante na ciência da época, afirmando que a realidade humana não se restringiria à corporalidade em seu sentido restrito (DUARTE, 1998).

No entanto, ainda havia um abismo entre essas duas formas de conceber e explicar o sofrimento humano. A adoção do termo “*psicossocial*” veio fazer uma ponte entre essas duas concepções, afirmando a ação concomitante dos condicionamentos sociais e de uma dinâmica propriamente psicológica. Contudo, essa locução ainda pressupõe, no histórico de seu surgimento, a dicotomia corpo/mente, que permeia toda a concepção de pessoa na sociedade moderna ocidental, na qual nós - que estudamos as expressões de sofrimento - estamos inseridos.

Ou seja, o termo *psicossocial*, por mais que resuma duas proposições - aquela calcada na psicologia/ psicanálise e aquela que se fundamenta na sociologia - para se opor ao reducionismo biomédico, em sua raiz, carrega a marca de uma concepção moderna ocidental. O *nervoso*, ao contrário, não traz uma marca de individualização e psicologização própria dessa concepção (DUARTE, 1998). Essa é uma das críticas de Duarte (1993) à literatura médica norte-americana, na medida em que faz equivaler as duas expressões.

A questão central das críticas de Duarte (1993) a essa tentativa de equivaler o código do *nervoso* às categorias dos saberes modernos ocidentais é a ideia que esses últimos seriam *entes reais*, enquanto apenas o *nervoso* seria culturalmente determinado. Nas palavras do autor:

À reificação da doença nervosa corresponde, assim, uma reificação da versão psicologizada do homem moderno. Perpassam esses trabalhos não só a concepção difusa e mais grosseira de que os sujeitos civilizados são os que operam com noções claras, distintas, racionais, do que é o corpo e do que é o espírito ou mente (por oposição aos saberes dos nervos, que confundiriam esses planos classificatórios), mas também a ideia de que as categorias psicologizantes contemporâneas expressam a realidade do que se passa com os seres humanos, enquanto sistemas como o do nervoso são - apenas eles - culturais ou simbólicos (DUARTE, 1993, p.51).

É possível que, do ponto de vista da perspectiva cultural e do discurso próprio de parte dos profissionais de saúde, essa diferença não seja tão relevante, na medida em que suas visões de mundo podem não captar a diferença entre as duas concepções de pessoa: a concepção moderna ocidental - individualizada e psicologizada - e, em oposição, aquela predominantemente calcada em um modelo relacional, holista e hierárquico. Contudo, do ponto de vista dos autores que estão preocupados com o rigor etnográfico e das implicações sociais dessas diferenças culturais, marcar essa distinção é fundamental.

Para alguns profissionais de saúde, compreender seu próprio conhecimento como culturalmente determinado, na mesma medida que outros sistemas simbólicos e saberes, talvez seja tarefa por demais complexa e, possivelmente, até dolorosa, na medida em que se acredita na ciência como representante da verdade e não como uma das representações possíveis diante de tantas outras.

Este seria outro desafio na literatura a respeito do *nervoso*: um tema pelo qual se interessam etnógrafos, psicólogos, médicos, psiquiatras, profissionais de saúde e cientistas sociais em geral, com diferentes perspectivas e objetivos. É evidente que cada autor sublinhará, implícita ou explicitamente, seu foco de atenção. Assim como é claro também que as angústias dos profissionais de saúde no atendimento dessas demandas de atenção que se encaixam no modelo do *nervoso* podem deixá-los mais vulneráveis a supostos *erros epistemológicos* ou atitudes etnocêntricas, na medida em que estão no olho do furacão na lida diária com o sofrimento, a dor e até a morte.

Fazer equivaler o *nervoso* a categorias diagnósticas ou a nomeações já conhecidas pode ser uma forma de minimizar a angústia frente ao que é desconhecido e diferente ou até mesmo uma tentativa de responder terapêuticamente ao problema, com base nos saberes que estão à disposição de cada profissional.

No entanto, a crítica feita por Duarte (1993) à literatura da antropologia médica norte-americana consiste em uma advertência, no sentido de que é necessário, pelo menos, por vezes, colocar entre parênteses os saberes contemporâneos que fundamentaram nossa formação profissional. Não se pode olhar o *nervoso* exclusivamente através da lente de categorias que seriam supostamente “reais”, calcadas nos saberes médicos científicos ou psicológicos da modernidade. Se descolar dessas lentes é muito difícil e, quiçá, impossível, mas é preciso, pelo menos supor que elas não são eternas e, muito menos, absolutas.

A diferença fundamental entre o *nervoso* e o *sofrimento psíquico* é que a noção de nervos ou de vida nervosa, preemi-

nente entre as classes trabalhadoras urbanas, pressupõe um modo relacional de conceber a experiência de sofrimento (DUARTE, 1986; 1993; 1998; 2003). Ou seja, o código do “nervoso” não se refere a uma qualidade de sofrimento exclusivamente orgânico, anímico ou social, já que não supõe uma divisão tão nítida entre corpo e alma, entre sujeito e mundo, como os saberes médicos científicos da modernidade se acostumaram a demarcar.

No entanto, os *nervos* não abolem completamente o dualismo entre o que é físico ou corpóreo e o que é anímico, psíquico ou moral, mas sim constituem uma “teoria das conexões e fluxos possíveis entre essas duas dimensões” (DUARTE, 1998: 85).

Desse modo, seria equivocado afirmar que um paciente com queixa de problemas de nervo é concreto, está se referindo a um sofrimento exclusivamente somático ou que remete tudo ao corpo, como se costuma dizer, em um gesto de desqualificação sutil dessa expressão de sofrimento. Como bem demonstra Costa (1987), o emprego da expressão doença de nervos, nos pacientes de ambulatórios públicos, é menos próximo da ideia de uma doença orgânica do que pode parecer:

Admitamos que o sujeito de fato perceba que seu problema não é orgânico. Daí a postular que ele sabe que é psíquico, a distância é grande. Os indivíduos entrevistados queixavam-se de situações socioprofissionais ou familiares e não de conflitos psicológicos. Não existe nessa asserção um grave erro etnocêntrico, responsável pela extrapolação de uma ideia de causalidade típica da concepção de sofrimento mental vigente na comunidade científica (teorias psicogenéticas) e nas elites socioculturais das cidades? (COSTA, 1987, p. 21-22).

O código do *nervoso* difere da noção de sofrimento psíquico, na medida em que não está calcado na dicotomia corpo/mente e sujeito/mundo, própria das civilizações modernas ocidentais.

Enquanto a configuração do psicológico coloca ênfase na biografia, na reflexividade, na interioridade e na ideia de uma causalidade ligada à irrupção dos sinais de sofrimento (VELHO, 1987; DUARTE; ROPA, 1985), o modelo do *nervoso* é eminentemente relacional, isto é, não pressupõe o indivíduo como unidade básica, nitidamente destacado do todo social, grupal ou de seu contexto.

Ou seja, o *nervoso* seria uma expressão de sofrimento relacional e característica de uma concepção holística - que resistiria à concepção moderna de pessoa vigente nas civilizações modernas ocidentais (DUARTE, 1986; 1993; 1998; 2003). Como holística, esta literatura se refere a uma

determinada concepção de mundo explicitada nos trabalhos de Barbosa (1988), Duarte (1986; 2003), que, por sua vez, se referem à obra de Luis Dumond.

O problema dos profissionais de saúde não considerarem essas diferenças culturais fundamentais - e outras tantas que possam surgir em seus cotidianos - é a possibilidade de tratarem tais problemas de forma individualizada e fragmentada, sem considerarem todas as raízes envolvidas na emergência dos problemas relativos às queixas difusas nos serviços. Uma dessas formas é prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos.

A medicalização do nervoso: tranquilizantes e intranquilos

Silveira (2000), Rozemberg (1994) e Guanarccia e Farias (1988) se referem ao uso e às prescrições abusivas de benzodiazepínicos para fazer face aos problemas de *nervoso*.

Rozemberg (1994), em uma pesquisa com trabalhadores agrícolas do Espírito Santo, relata que 82% de seus entrevistados disseram usar medicamentos psicotrópicos para o *nervoso*, a grande maioria enquadrada na classe dos benzodiazepínicos. Apenas 6% disseram não usar nenhum tipo de medicamento, 6% apenas remédios caseiros como erva-doce ou maracujá e outros 6% disseram usar medicamentos, mas não especificavam quais. 47% dos entrevistados fizeram referência espontânea à dependência ou sofrimento na abstinência dos remédios.

Quanto ao nível de resolução do tratamento com benzodiazepínicos, 68% dos sujeitos entrevistados por Rozemberg (1994) afirmaram que os remédios resolveram parcialmente, 34% responderam que resolveram e 24% disseram que os remédios não resolveram seus problemas de *nervoso*. Daqueles que responderam que “os remédios resolveram parcialmente”, uma mulher de 42 anos afirmou: “*Resolve, mas não pode parar nunca com os remédios*” (H., mulher, 42 *apud* Rozemberg, 1994: 303). Um homem de 55 anos disse que: “Sara não sara ...só fica mais ou menos com o remédio. Sempre volta (o problema) e tem que comprar outra vez” (M.P., homem, 55 *apud*: ROZEMBERG, 1994. p. 303).

Para a autora, o problema da prescrição abusiva de medicamentos benzodiazepínicos para os casos de *Nervoso* é que:

[...] *eles desviam sistematicamente o reconhecimento e a atenção dos assuntos sociais envolvidos na gênese e atualização das perturbações nervosas. A medicalização de nervos, resultante de sua redução a um conjunto de sintomas, concorre para perpetuação do “nervoso” como doente crônico e para a ma-*

nutenção do fenômeno no nível de um problema individual.
(ROZEMBERG, 1994, p.306).

No caso dos trabalhadores agrícolas entrevistados por Rozemberg (1994), um dos problemas que saem de foco são as condições de vida geradas pelo trabalho, enquanto a medicalização coloca em foco o nervoso como problema individual. Isto é: a medicalização de problemas sociais - ou relacionais - tende a os acobertar, tanto para os sujeitos envolvidos, quanto para a sociedade e para a formulação de práticas e políticas de saúde.

Por outro lado, no nível individual, aqueles que sofrem desejam por práticas que atendam à sua necessidade de ajuda. No estudo de Nations e colaboradores (1988), os autores afirmam que, de seus entrevistados, 51% dizem não conseguirem relatar sua situação de *nervoso* aos médicos, pelo medo de descrença ou de desqualificação, apesar dos sintomas incapacitantes. A maioria dos pacientes não tem uma relação aberta com seus médicos: “*Médicos vão somente me dar remédios e eu não quero ficar enganchada nas pílulas para nervos*” afirma uma mulher, entrevistada por Marilyn Nations e colaboradores (NATIONS *et al.*, 1988, p. 1250).

Os artigos brasileiros (SILVEIRA, 2000; ROZEMBERG, 1994; HITA, 1999), quando abordam a questão da terapêutica em relação ao *nervoso*, não demonstram uma compreensão mais ampla por parte dos médicos ou do sistema de saúde em relação à problemática no país.

Silveira (2000), no seu estudo de campo em Campeche, Santa Catarina, com mulheres *nervosas*, faz um importante questionamento: se as *receitas azuis* tranquilizam somente as pacientes ou também seus médicos. A subseção de seu livro *O Nervo Cala, O Nervo Fala*, que trata da questão referente à medicalização, chama-se “*Acalmando médicos e pacientes: a receita azul*”.

Segundo a autora (SILVEIRA, 2000), no Brasil, existem pelo menos 228 tipos de produtos comerciais contendo benzodiazepínicos, que estão em quarto lugar no volume de vendas de medicamentos. Sua propaganda e difusão, nas revistas médicas, conta não somente com grandes recursos financeiros, mas também com imagens que associam o uso dessas substâncias a uma vida livre de problemas.

Segundo as pacientes entrevistadas por Silveira (2000), consultar um médico para problema de *nervoso* resulta quase sempre em uma receita azul. A autora refere que o que encontrou nas entrevistas com as pacientes, em conformidade com o já relatado por outros autores, foi:

[...] *a medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros não passíveis de melhora com calmantes, erros na*

dosagem, e uso prolongado de agentes psicoativos, com graus de dependência e iatrogenese variáveis. (SILVEIRA, 2000, p. 76).

Em seu livro (SILVEIRA, 2000), são transcritos relatos em que médicos de postos de saúde, sobrecarregados por pacientes *nervosas*, tidas por eles como histéricas - que demandam muita atenção - já deixam com elas uma grande quantidade de receitas de benzodiazepínicos, para que não precisem procurar o posto de saúde com tanta frequência e não os solicitem tanto.

Contudo, é importante não individualizar o problema nos médicos. Estes fazem parte de um sistema de saúde que não é estruturado para atender a demandas não classificadas na nosologia da clínica médica. Soma-se a isso o fato de que, frequentemente, seu próprio treinamento, dentro do recorte da biomedicina, não os capacita para a compreensão de problemáticas que não se encaixem nos diagnósticos médicos de base anatômica.

Mas seria possível usar categorias compreensíveis para os profissionais de saúde a respeito dessa problemática?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se, por um lado, fica patente a impossibilidade de superpor o *nervoso* a categorias nosológicas (pelo menos de forma que não haja resíduos ou lacunas nessa superposição), por outro, há que se considerar que a perspectiva dos etnógrafos difere da perspectiva dos profissionais de saúde, na medida em que estes últimos focalizam os encaminhamentos práticos das demandas de atenção em saúde.

Nesse ponto, é importante diferenciar uma aspiração messiânica por parte dos saberes hegemônicos, frente a um código cultural diverso, de uma necessidade de resposta a uma demanda de atenção em saúde por parte da população que leve em consideração a diferença cultural.

Uma oferta terapêutica, rigidamente fixada no universo da individualidade, da interioridade e da reflexividade, tão caro às camadas médias e altas e, por outro lado, menos familiar às camadas populares (DUARTE; ROPA, 1985), pode se revelar um método de pouca adesão ou eficácia nos serviços públicos. Nesse contexto, podem ser frequentes as explicações de profissionais, justificando a não aderência dos pacientes.

É claro que as classes populares encontram outras formas de cuidado para seus problemas de nervos nas igrejas evangélicas, nos centros de umbanda ou nas diversas outras ofertas terapêuticas, correspondentes a sistemas simbólicos diferentes do sistema de tratamento hegemônico nos serviços de saúde, seja ele médico ou psicológico.

Os sistemas terapêuticos encontrados em associações religiosas ou outras, muitas das vezes mais afinados com as concepções de pessoa e de adoecer das classes populares - ou seja, mais relacionais e menos calcados em concepções dicotômicas de corpo e mente - podem proporcionar eficácia terapêutica tão satisfatória quanto as práticas formais oferecidas nos serviços de saúde. Não se trata de promovê-los ou exaltá-los, mas de reconhecer que existem diversos recursos terapêuticos, relativos a culturas e sistemas simbólicos diferentes para amenizar as manifestações de sofrimento e aflição. Supor que as terapêuticas oferecidas nos serviços de saúde seriam as únicas a proporcionarem algum alívio e eficácia seria uma atitude não somente ingênua, mas profundamente etnocêntrica. É preciso levar em conta a diversidade de concepções, sistemas simbólicos e terapêuticos que habitam, em espaços geográficos tão próximos, as sociedades complexas:

Segundo Figueira, todos os recursos que uma sociedade põe a disposição de sujeitos que estão doentes, ou que por diversos motivos atravessam períodos críticos de vida, podem ser considerados como terapêuticos. Abdicando das distinções entre ciência e não ciência, e privilegiando uma interpretação sociológica, a autor inclui nesta categoria práticas tão diversas quanto a medicina, a psicanálise ou a umbanda. Para Figueira, a eficácia terapêutica dessas práticas depende de sua possibilidade de funcionamento enquanto sistemas simbólicos. Enquanto sistemas simbólicos, tanto a psicanálise quanto a umbanda “são capazes de fornecer, em momentos de crise ou doença, uma explicação (versão, interpretação), derivada de uma Weltanschauung (visão de mundo) que lhes é própria, e de propor uma terapia apoiada na versão enquanto procedimento diagnóstico para as dificuldades de um sujeito permitindo-lhes saná-las”. Esta versão fornecida pelo sistema simbólico permite tornar pensável e ordenada uma experiência antes anárquica e sem nome, ao mesmo tempo em que reintegra esta vivência anômala dentro de um sistema conhecido de crenças e valores. (DUARTE; ROPA, 1985. p. 182).

No entanto, ainda que as classes populares possam contar com recursos terapêuticos próprios, existe uma procura nos serviços de saúde pelos problemas de *nervos* e por queixas difusas de toda a ordem.

O ponto de vista da saúde pública, em algum momento, vai precisar usar sua própria linguagem e racionalidade, que, mesmo calcada hegemonicamente em uma perspectiva moderna ocidental de pessoa, pode se abrir às considerações antropológicas para encontrar os instrumentos terapêuticos suficientemente hábeis - ou, no mínimo menos inábeis -

para lidar com as manifestações de sofrimento que foram chamadas neste artigo de *nervoso*.

Na medida em que o código do *nervoso* aparece como demanda de atendimento em saúde, é preciso que haja uma resposta dos serviços e dos profissionais a essa demanda. Essa resposta, possivelmente, vai implicar em um entrecruzamento de códigos culturais diferentes, já tão abordado pela literatura. Nesse intercâmbio de códigos, é importante que o profissional de saúde considere a validade e o contexto de cada expressão, baseada em códigos culturais diversos.

A atitude de tirar do centro seu próprio código cultural não é tarefa fácil para qualquer sujeito, profissional ou não. Prova disso são os inumeráveis equívocos etnocêntricos dos saberes médico-científicos ou psicológicos, ao lidarem com populações culturalmente diversas.

Assim, o importante é que o uso dessa perspectiva e dessa linguagem dita *científica* ou mesmo a psicológica não perca de vista o argumento de que os próprios saberes tomados como científicos também constituem sistemas simbólicos, carregados de componentes históricos, sociais e ideológicos (FOUREZ, 1995).

Sabemos que a eficácia terapêutica de qualquer oferta, nos serviços de saúde ou em outros locais, dependerá muito da adesão do sujeito àquele sistema simbólico ao qual se submete. Nesse sentido, uma oferta terapêutica para qualquer tipo de clientela deve ser, no mínimo, permeável a seus códigos culturais, para que possa encontrar a adesão necessária a uma eficácia terapêutica satisfatória (DUARTE; ROPA, 1985).

Isso não significa apostar em toda e qualquer manifestação da cultura popular de forma acrítica, mas sim apostar em um diálogo possível entre gestores, profissionais e clientela, pautado em uma busca contínua e sincera de compreensão das diferenças.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C. S. **Sob o Domínio da Urgência**: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

AMARAL, M. A. **Atenção à saúde mental na rede básica**: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 288-295, 1997.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres

e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, jul./set. 2005.

BARBOSA, L. N. O jeitinho ou a arte de ser mais igual que os outros. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 42, p. 81-86, 1988.

BEZERRA JUNIOR, B. **Noção de indivíduo**: reflexões sobre um implícito pouco pensado. 1982. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

BERNIK, M. A. Consequências adversas do uso contínuo de tranquilizantes benzodiazepínicos: tolerâncias, dependências e prejuízos nos desempenhos individuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 23/24, n. 44/1-3, p. 36-38, 1996/1997.

BRÊDA, M. Z. ; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

CARRETEIRO, T. C. O Doença como Projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In: BADER, S. (Org.). **As Artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.

COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais Comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, jan./fev. 2005.

COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. **Cadernos do IMS**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 4-44, 1987.

CRUZ, M. L. S. Realidades escondidas. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2001. (Saúde e Loucura, v. 7)

DA MATTA, R. Você sabe com quem está falando? - Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil. In: _____. **Carnavais, malandros e heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.173-183, 2003.

DUARTE, L. F. D. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 43-74, 1993.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, físico moral, psicossocial? In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia e saúde, buscando identidades, traçando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa**: nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUARTE, L. F. D. ; ROPA, D. Considerações teóricas sobre o atendimento psicológico às classes trabalhadoras urbanas. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DUMOND, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

FACUNDES, V. L. D.; LUDEMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p.194-200, 2005.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, Transtornos mentais comuns e problemas de nervos**: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. L. B.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285-295, jul./set. 2008b.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/ Rio de Janeiro/ Brasil. 2004. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FOUREZ, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Unesp Editora, 1995.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The origins and course of common mental disorders**. New York: Routledge, 2005.

GUARNACCIA, P. J.; FARIAS, P. The social meaning of nervios: a case study of a central american woman. **Social Science and Medicine**, New York, v. 26, n.12, p.1223-1231, 1988.

HITA, M. G. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

JENKINS, J. Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: a cross cultural comparison of Mexican Americans and Anglo Americans. **Social Science and Medicine**, New York, v. 26 n.12, p. 1233-1243, 1988.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2001. (Saúde e Loucura, v. 7).

LUDEMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 198-204, 2005.

LUDEMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 647-59, jul-set. 2000.

LUDEMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago, 2006.

- NATIONS, M.K; CAMINO, L. A.; WALKER, F. B. - Nerves: Folk Idiom for Anxiety and Depression? - *Social Science and Medicine*, vol 26 (12): 1.233-1.243, 1988.
- PATEL, V. *et al.* Women, Poverty and Common Mental Disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, New York, v. 49, p.1461-1471, 1999.
- PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of World Health Organization**, Washington, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.
- ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 300-308, 1994.
- ONOCKO-CAMPOS, R. O Encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.
- SÁ, M. C. **Em busca de uma porta de saída**: os destinos da solidadriedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- SÁ, M. C. *et al.* Limites do Cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1334-1343, jun. 2008.
- SÁ, M. C. **A fraternidade em questão**: um olhar Psicosociológico sobre o Cuidado e a Humanização das Práticas de Saúde. 2008. Mímeografado.
- SILVEIRA, D. P. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde. 2003. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- SILVEIRA, M. L. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade**. Belo Horizonte: Segrac, 1992.
- VELHO, G. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- WAITZKIN, H.; MAGAÑA, H. The Black Box in somatization: unexplained physical sintoms, culture and narratives of trauma. **Social Science and Medicine**, New York, v. 45, n. 6, p. 811-825, 1997.

Aprovação: julho de 2009

Submissão: maio de 2009
