1. Nervo é tudo, é o equilíbrio da gente

Maria Lucia da Silveira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVEIRA, M. L. Nervo é tudo, é o equilíbrio da gente. In: *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Antropologia e saúde collection, pp. 11-43. ISBN: 978-85-7541-609-9. Available from: doi: [10.7476/9788575416099.002](https://doi.org/10.7476/9788575416099.002). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/k4vp7/epub/silveira-9788575416099.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1

Nervo É Tudo, É o Equilíbrio da Gente

*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?*

(uma paciente)

Desde que Hipócrates, contrariando suas outras proposições racionalizadoras para o pensamento médico,¹ incorporou em seus estudos 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 indicam esquemas conceituais correlatos) recebidas em diferentes períodos: *sufocação*, *vapores*, *tarantismo*, *histeria* e, no costume 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 o fenômeno, que tem sido observado em vários contextos socioculturais no mundo.

As especificidades de sua apresentação e de seus significados são moduladas pela cultura,⁴ o que lhes confere o caráter de *sintomas interpretados culturalmente*, tais como os mencionados por Low (1994a:140), também tratados por Davis & Guarnaccia (1989).

Nervos é um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos,⁵ mediadores entre o sujeito sofredor e o seu meio, constituindo uma das expressões de distresse ou estresse social (cf. Guarnaccia & Farias, 1988). Essa sintomatologia tosca, polimorfa e imprevisível pode comprometer quase todo o corpo e as funções orgânicas, inclusive as mentais, indo desde a ansiedade, ou um mal-estar indefinido, até crises convulsivas, à catatonia ou à catalepsia, passando 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.

Para Duarte, constituem uma *perturbação*, e ele propõe a hipótese de que há uma correlação real (...) entre o sistema nervoso, o acervo vastíssimo das expressões físico-morais da *perturbação* humana (...) e uma doença ou conjunto de doenças que permite que se chegue a operar com a hipótese da universalidade do fenômeno, ainda que seja para negá-la ou infirmá-la paulatinamente. (Duarte, 1993a:51) (grifo do autor)

Porém, a experiência dos pacientes com o sofrimento dos *nervos* é física, porque, tal como assinala Costa,

da experiência de vida, [o paciente] guarda o hábito 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, 1983a: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, é preciso, parafraseando Albertina Costa,⁶ que antes eu me apresente e diga *de onde falo*, ou seja, *do lugar da médica então iniciante na antropologia social*. Colocando-me na intersecção entre essas disciplinas, situo-me no ponto, virtual talvez, em que duas disciplinas oriundas de matrizes teóricas tão diversas se cruzam.

A biomedicina,⁷ 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 tecnológica.⁸ A antropologia, por sua vez, 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 al. (1989), 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.

Isso posto, fica claro que foi 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 foi a médica a detentora da credencial que autorizou a falar de doenças, foi a antropóloga a que estava, naquele momento e para os propósitos perseguidos, mais bem equipada: seu referencial teórico trazia mesmo ferramentas para a crítica à primeira, com a qual pretendia dialogar e colaborar, e não concorrer, como levianamente se poderia supor.

Horas houve, porém, em que nada mais fui 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 êmico,⁹ para identificar e estudar¹⁰ os casos de *nervos* no Campeche.

Não pretendi aqui desvendar os mecanismos individuais,¹¹ 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. Pretendi 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, falarei aqui de várias coisas: de relações sociais, de conflitos e pobreza nos relacionamentos, especialmente o conjugal, de pobreza material, de conflitos de geração e de várias outras dificuldades da vida diária, entre as quais algumas situações ligadas a questões de gênero.

Exceto no que diz respeito à minha própria experiência e a umas poucas referências a textos da imprensa médica, abordei a assistência médica do ponto de vista das *sufredoras dos nervos* e daqueles que as cercam; a partir, portanto, da percepção daquele que sofre com a doença e, muitas vezes, também com a intervenção sobre ela. Tal opção deve-se ao fato de que os procedimentos diagnósticos e terapêuticos propostos pelos médicos, além de identificar doenças e prescrever condutas, podem conferir ou transmutar identidades e atribuir rótulos como *doente crônico*, estigmatizante no caso dos *nervos*.

Adotei tal postura para atender ao propósito de esmiuçar a apreciação do serviço e a avaliação da relação médico-paciente, cuja fragilidade é bem demonstrada pelo caso dos *nervos*. Pretendia, com isso, extrair algum conhecimento utilizável pelos médicos na clínica geral, entendendo que esta reflexão, enriquecida pela antropologia, pode contribuir para tais 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 contribuir para que sua compreensão se amplie, via antropologia, e promover uma adição de conhecimentos que possam contribuir para o rompimento com a parcialidade do discurso e da prática médicos. Considerada essa finalidade, o trabalho pode ser enquadrado como pertencente à antropologia aplicada.

Por fim, é preciso esclarecer que, contrariando os costumes acadêmicos na área de antropologia, escrevi não apenas para os antropólogos, mas ansiando por um leitor médico.

Da confortável posição de moradora há quase dois anos no Campeche, colhi informações profissionais, assim 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. Foi o que me motivou a desenvolver a pesquisa, cujos resultados serviram de mote para a discussão ora apresentada. É um problema importante para elas, ligado principalmente à vida conjugal.

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...” (Informante). 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 da paciente)

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

Pelo apurado entre a comunidade, há diferença, por vezes muito sutil: os *doentes dos nervos* têm crises em geral mais rápidas e intensas, manipulam seus medicamentos e nunca foram internados, enquanto os doentes psiquiátricos, ao contrário, não têm muito domínio sobre si mesmos, têm histórias de internações anteriores. Interessante notar que, da perspectiva médica, essa forma de estabelecer o diferencial entre os casos parece-me muito adequada.

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 da prática médica, entre outros, proponho que três vias de interpretação sejam tomadas para entender o *nervoso* no contexto da comunidade do Campeche.¹²

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 permite que se perceba o caráter variável e contraditório dos *nervos* como *clichê* ou como *drama* individual e/ou social,¹³ também assinalado por Davis (1981).

Abordei também o fenômeno *nervos* tomando por base as possibilidades terapêuticas, por meio das quais se pode 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 feitas por mulheres reconhecidas em seu meio como sofredoras dessa afecção, introduzo uma discussão sobre a relação entre gênero, saúde, violência e *nervos* e faço uma reflexão sobre a forma como a biomedicina vem abordando essa problemática e sobre a contribuição que pode receber da antropologia. Essa contribuição não se prende apenas ao nosso tema, mas sim à atuação médica em geral. Assim, para esta finalidade específica, tomarei *nervos* apenas como um caso exemplar, entre outros tantos que poderia ter escolhido.

Tendo como referencial a proposta de Van Schaik (1989a) para avaliar a produção sobre *nervos*, situo meu trabalho em duas linhas: no que diz respeito aos casos e à sua interpretação, na linha hermenêutica; as discussões sobre a postura biomédica, gênero e *nervos* estão mais vinculadas a uma postura crítica.

Da primeira, posso exaltar as vantagens de favorecer a evidenciação da etiologia e de compreender a determinação sociocultural da doença, como ressaltam Davis & Guarnaccia (1981). Da opção crítica, que no meu entendimento não exclui uma fase preliminar de caráter interpretativo, pretendo me valer das sugestões de natureza mais pragmática voltadas para a postura e a prática médicas.

O INDIVÍDUO DIANTE DE SEU SOFRIMENTO

Dor
Que sensação é essa que me faz ninguém
Perante a vida,
Perante o mundo,
Perante o mensurável e o imensurável?
Nesse instante não sou nada,
Não tenho nada
Sou o que puder curar
Sou o que a vida puder sanar
Sou um ai no ar...

Thelma Prado Moraes

Evocando a explicação proposta por Kleinman (1980a) para as manifestações psicossomáticas entre os chineses, pode-se dizer que *nervo*, no nível pessoal, representa um conjunto de manifestações decorrentes de fenômenos psicobiológicos. No processo por ele chamado de cognitivo, tais manifestações sofrem a influência cultural, pois é neste campo que são percebidos, rotulados, explicados e avaliados os agentes estressantes.

O crivo, culturalmente determinado, pelo qual passa a experiência pessoal, define, então, como ela vai se manifestar. Ou seja, imprime-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 por que algo 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 contrapostos aos familiares, é diferente entre chineses e norte-americanos. Os primeiros valorizam os problemas familiares em detrimento dos intrapsíquicos, ao passo que com os americanos ocorre o contrário. A decorrência dessa peculiaridade cultural é o maior número de estresses provocados por problemas familiares entre aqueles, e de intrapsíquicos entre os últimos.

Costa (1987a), em artigo sobre a *doença dos nervos*, afirma ser este tipo de sofrimento uma forma cultural, específica de certos indivíduos em camadas de baixa renda, de reagir a desestruturações no que ele chama de identidade psicológica. Para ele, essa doença é tudo aquilo que o sujeito experimenta, sente, interpreta como sendo *eu*. Resulta de um sistema de representações distintas entre si, porém articuladas, em que cada uma se refere ao modo como o sujeito se liga ao universo sociocultural.

E mais: a definição da identidade com base nesses sistemas de representação social, portanto, acaba assumindo um caráter normativo, donde a impressão de universalidade e a aparência de *naturalidade* de que se acaba revestindo. Tais características, por fim, conferem-lhe 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 advir de um conflito identificatório, originado na esfera psicológica, esse sofrimento é então assimilado à doença. E os *nervos*, ainda segundo Costa, 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*.

Por se tratar de um quadro de fundo indiscutivelmente emocional como o de *nervos*, certamente chamará a atenção neste trabalho a lacuna deixada pela ausência de uma análise de caráter mais individual. Porém, não foi para tal tipo de abordagem que me voltei, não havendo, nesse movimento, propósito de desmerecê-la, mas apenas a intenção de desenvolver outra reflexão, cujo resultado pudesse a ela ser sobreposto, enriquecendo-a. Interessava-me considerar que o fato psíquico cuja manifestação externa é o *nervoso* se desenvolve num indivíduo inserido num meio social no qual os fatos de sua vida, como Durkheim (1982) há muito já assinalou, não se fazem do nada e nem para nada. Eles acontecem num substrato social e a ele devem se referir.

Impunha-se, portanto, descobrir como a resposta individual ao estresse (que é socialmente determinado) se articulava com as dimensões social e cultural, e como, por meio dessa articulação, o indivíduo poderia dizer aos circunstantes que seu limite pessoal foi atingido e que 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 na rede de interações nas quais ele vive e atua, e nas quais a compreensão e a aceção da doença são mais abrangentes do que na biomedicina.

POR QUE ESSE OLHAR ANTROPOLÓGICO PARA 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.

Augé¹⁴

Muito embora o conteúdo subjacente às ações e questões ligadas à saúde e ao cuidado médico permita 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 explica menos ainda sobre as incontáveis possibilidades culturais de compreensão dos fenômenos ligados à saúde e à doença, sobretudo no campo simbólico.

Entretanto, o interesse dos antropólogos sempre privilegiou, ainda que por vezes apenas no relato, aspectos ligados a 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 chamado de antropologia médica, antropologia da doença ou antropologia da saúde.¹⁵

Adoto a denominação *antropologia da saúde*, por entender 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 doen-

ça, saúde e doença como processo etc.). Evito, assim, o reducionismo que parece implícito na abordagem da *antropologia da doença*, a qual, ao enfatizar a doença, abandona a abrangência que pode estar contida no campo da saúde.

Da mesma forma, a denominação *antropologia médica* implica a submissão do seu objeto ao paradigma biomédico, reduzindo-o 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. Minayo, por exemplo, a elas se refere mencionando “a miopia frente ao social e a falha no recorte da realidade a ser estudada” (Minayo, 1991a:234), produzidas pelo apego ao tratamento quantitativo dado ao fenômeno saúde/doença e pela abordagem anatomofisiológica da medicina, próprios da epidemiologia clássica, que podem produzir restrições a uma compreensão mais abrangente de tal processo. Sintetizando a informação trazida pelos estudos antropológicos de Mauss (1974), de Lévi-Strauss (*Introdução à Obra de Mauss*, 1974) e de Douglas (1976a), a autora 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 à 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, 1991b:234) (grifos da autora)

Assim, representações¹⁶ e práticas, condicionando-se mutuamente, determinam o processo saúde/doença. Na perspectiva da construção social,¹⁷ tal processo não pode ser definido por si só, mas apenas como fato 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, é antes 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, 1991c:233) (grifos meus)

Dentro desse referencial de construção social e de conteúdos simbólicos, é mais ou menos óbvio que se tome saúde/doença, ou o que se relaciona com este binômio, como capazes de portar ou de constituir mensagens compreensíveis para o grupo social

no qual se originam. Quer dizer: o corpo, sadio ou doente (Ferreira, 1994),¹⁸ tanto quanto as ações destinadas a manter a saúde ou a curar a doença representam, por si só, *inscrições simbólicas* passíveis de leitura por aqueles que dominam os seus códigos.

Rodrigues (1975) 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 seu aspecto biológico, como é o caso da biomedicina.

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 seu 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.): estão inseridos no contexto cultural por meio dos seus significados simbólicos e se apóiam em modelos de interações interpessoais e em instituições sociais.

Sistema de saúde, segundo Kleinman (1980b), 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, o tratamento e as instituições correlatas. O autor inclui em sua compreensão de sistema de saúde os esquemas de explicação 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.

Nessa perspectiva, 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 dos sistemas de saúde. Neles, pacientes e curadores são componentes básicos, bem como a doença e o processo de cura. Também a preservação da saúde e tudo o que a ela se relaciona integram tais sistemas.

Doença e cura, pacientes e curadores e as relações sociais são então tomados como componentes essenciais de um 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 por meio dos conteúdos simbólicos inseridos na doença e nas expressões semânticas a ela correlacionadas, Kleinman mostra ainda a especificidade cultural do adoecimento.

Isso acarreta uma diferença com o enfoque biomédico, para o qual a doença 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, as quais também têm sido destacadas por outros autores:

Nesta perspectiva [a de haver 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, 1991:14) (grifos do autor)

O campo da antropologia da saúde se apóia, portanto, em uma dupla base: na biomedicina, da qual retira os modelos para a compreensão dos fenômenos biológicos ligados aos fenômenos orgânicos do adoecimento (um apoio, portanto, nas ciências naturais); e na antropologia (quer dizer, na ciência social), com base na 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 resultam saúde e/ou doença.

A antropologia social, pela via da 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 o abandono das dimensões biopsicológicas e econômico-políticas desse processo, mas sim o entendimento de que os homens nelas 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 na tolerância à dor ou a certos sofrimentos, na satisfação de necessidades fisiológicas básicas, como a fome ou até mesmo a defecação (e. g. Douglas, 1976b; Harris, 1978).

Na antropologia da saúde, duas correntes ganharam proeminência nos últimos anos: uma, a hermenêutica, privilegia as explicações da doença entendendo-a como uma *experiência* e compreendendo-a no campo simbólico; 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 a compreensão dos 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 busca no campo simbólico 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 pelo estudo de rituais e símbolos, como os de trabalhos de Turner (1974), e daqueles desenvolvidos com base numa postura hermenêutica na antropologia, como os de Geertz (1989).

A postura crítica, por sua vez, 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 por ela desenvolvido, 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 transcendendo a mente, o corpo e a cultura e é melhor compreendida através da investigação e análise antropológicas.

Davis & Guarnaccia

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 apresentam, sugerem ser 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 (1989), 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 (1988a) faz uma revisão conceitual de *nervos*, gênero e neurastenia, enfocando principalmente a produção médica norte-americana e a abordagem psicológica e suas implicações. Enfatiza *nervos* como um problema ligado ao gênero e aos papéis femininos.

Referindo-se à obra de Walker publicada em 1844, por Langley, em New York – *Woman Physiologically Considered as to Mind Morals, Terezaage, Matrimonial Slavery, Infidelity and Divorce* –, Cayleff evidencia historicamente que o interesse antropológico por esse tema não é novo.

O tratado antropológico de Walker repetiu crenças familiares sobre a vulnerabilidade *nervosa* da mulher, que era pensada como regra de sua natureza e de toda sua ação. Walker, na época, com sua noção de suscetibilidade *nervosa*, estava em sintonia com outras disciplinas: neurologia, medicina, psiquiatria, psicologia.

O assunto tem gerado muitas publicações, exclusivas ou não, no mundo todo, sejam elas artigos, números especiais de revistas, tal como o número 12 do volume 26 do prestigioso periódico *Social Science & Medicine*, sejam livros, como aquele cuja publicação foi liderada, em 1989, por Davis e Low: *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, em 1986, 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, as quais, porém, em muitos aspectos, podem ser superpostas aos *nervos*, como é o caso da ligação com os papéis femininos. Exemplo disso é o *desconforto do coração*, relatado por Good (1977), entre mulheres iranianas. O autor observou que, no Irã, a *aflição do coração*, 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, ela pode conter variações individuais de classe, de gênero e de circunstâncias.

A propósito de imigrantes gregas no Quebec, Lock (1991a) discorre sobre *nervos*, nostalgia, honra, papéis relacionados a gênero e cuidados médicos, destacando as dificuldades encontradas pelos médicos em tratar do problema por não conhecerem a cultura de origem dessas mulheres.

Low (1985), a respeito de *nervios* na Costa Rica, diz que, naquele país, *nervos* é um modo culturalmente aceitável de apresentação de distresse para a família e praticantes de medicina. Ao fazer uma revisão do tema, aponta semelhanças nos sintomas relatados por vários autores, em diversos locais, aos quais são atribuídos significados culturais específicos.

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, em suas *crises de nervos* as mulheres reafirmam seu pertencimento à comunidade e aos seus valores, delas fazendo um discurso legitimador, fortemente ligado à cosmologia.

Na mesma publicação, Lock comenta o trabalho de Davis (1989), referindo-se agora ao *poder* ligado ao seu uso: destaca as diferenças entre o significado do termo quando usado por aqueles que detêm autoridade e os que não a têm e frisa 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 sofrimento, mesmo quando ele não tem base orgânica.

Em outro artigo, Davis & Guarnaccia acentuam a ocorrência universal do fenômeno *nervos* com uma especificidade de apresentação definida em 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 por meio do estudo antropológico.

Os mesmos autores, agora em associação com Cancela e Carillo, com base em 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.

Ainda no mesmo encontro, Dunk (1989a) trata da ocorrência de *nevra* entre mulheres gregas no Canadá, qualificando a ocorrência como expressão de distresse social ocasionado por condições precárias do 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 medicalização¹⁹ 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 & Martinez (1992a), valendo-se de sua experiência clínica, propõem uma coleção de critérios biomédicos para se definir um caso, os quais aparecem no Anexo 4.

Na França, Fainzang (1995) aborda a problemática dos *nervos* associada ao alcoolismo por meio de um levantamento das 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 (1992a) e de Souza (1994) abordam a problemática de *nervos* ou de distúrbios neurovegetativos (DNV) – sigla freqüentemente usada em prontuários médicos para o registro de crise de nervos –, nos estados do Rio de Janeiro, de Santa Catarina e do Paraná. Dentro dos limites de sua realização, eles trazem, entretanto, a informação sobre a ocorrência comum de *nervoso* entre usuários de serviços públicos de saúde, e a impossibilidade dos mesmos em dar suporte conveniente aos doentes. Apontam também a abordagem inadequada, provocada pelo despreparo médico, e seu efeito imediato, que é a exagerada medicalização.

Outros, como, por exemplo, o de Cereser (1996) e o de Cartana (1988a), em dissertações de mestrado, discorreram sobre temas diversos ligados à saúde e abordaram 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, Cartana 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) observou, também entre mulheres da ilha, correlação de mesma ordem, no fenômeno da *recaída* pós-parto. Cereser destacou ainda o papel do *nervos* na gênese ou na manutenção dos estados hipertensivos.

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

Sobre a questão dos *nervos* no Brasil, destacam-se, em trabalhos de maior profundidade, Duarte, Souza, Rabelo & 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, discorreu sobre a *doença dos nervos* como uma estratégia de sobrevivência à exploração e à opressão das classes trabalhadoras. Sua análise baseou-se em entrevistas de segurados do sistema oficial de seguridade social, que se encontravam em processo de reabilitação profissional. A autora notou então que a falência desse processo, pelas dificuldades determinadas pelo mercado de trabalho, gera sentimentos de fracasso e de exploração, que resultam no aparecimento de sintomas *nervosos*. Enfatizou sua vinculação com o desenvolvimento industrial, a crescente urbanização e as diferenças sociais e culturais geradas por tal processo.

Duarte (1986, 1987a, 1993b, 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 eu. Portanto, apresento alguns

dos aspectos de seu pensamento, que inclui a análise teórica, a construção social da pessoa moderna, a discussão das relações da modernidade com a classe trabalhadora, a busca de representações do *nervoso* na cultura literária e sociológica do século XIX e início do século XX, a crítica à produção teórica norte-americana sobre *nervos* e a noção de alterações físico-morais.

Scheper-Hughes (1992a) abordou o fato de a fome e a miséria serem qualificados como doença mediante a categoria *nervos*, e sua conseqüente medicalização. Ao apresentar a problemática de *nervos* entre lavradores, Rozemberg (1994a) também discorreu na mesma linha, criticando a medicalização de um problema social, a qual favorece a manutenção do *nervoso* como fenômeno individual e a transformação de casos episódicos em casos crônicos pelo uso abusivo de calmantes.

Rebhun (1993, 1994), 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 estas 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 (1987b) aborda a problemática dos *nervos* como elemento construtor da identidade do *self* (eu). O mesmo ocorre com os trabalhos de Alves (1994a) e de Rabelo & Alves, em parceria (1995a), na Bahia.

No mesmo contexto de pesquisa dos últimos autores, Hita (1998), ao tratar do sentido fragilizador contido em experiências, práticas, eventos e contexto na vida de mulheres auto-intituladas *nervosas*, buscou uma compreensão desse processo apontando para elementos estruturais das trajetórias pessoais das sofredoras e procurou mostrar o vínculo entre a constituição do *eu (self)* e a experiência da doença. Destacou a intenção de *dar voz às mulheres* e o papel da linguagem na vida de cada um.

PERIPÉCIAS DE UMA MÉDICA (ENTÃO PRETENDENTE A) ANTROPÓLOGA EM CAMPO, OU A SUBJETIVIDADE DA AUTORA NA PESQUISA: VIÉS OU FACILITAÇÃO?

*Eu mesmo fui procurar meus sofrimentos
quando socorri mortais.*

Ésquilo, *Prometeu Acorrentado*

Aceitei a sugestão de trabalhar com os *nervos* porque em minha experiência anterior, como clínica geral²⁰ 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 entre objeto e sujeito, pesquisador e pesquisado (que me situava ora aqui, ora acolá), quanto no 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 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 que as mulheres falavam em 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. Sua recomendação de prudência se mostrou valiosa 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, me deparei aqui com nativos extremamente hospitaleiros, prestativos, dispostos a logo fazer amizades. Como um deles mesmo disse, “o pessoal daqui às vezes é muito invasivo, vai entrando pela tua casa, impondo a sua amizade, mesmo que tu não queiras...”

Fui recebida de forma hospitaleira certamente por ser viúva, ter duas filhas pequenas vivendo comigo, ou seja, por integrar uma família que se ajusta a um padrão semelhante aos padrões locais. Meus colegas de mestrado que também moraram por um tempo no mesmo bairro não receberam o mesmo tratamento. Embora seja relativamente comum por aqui, de uns tempos para cá, que rapazes e moças estudantes morem juntos, em *repúblicas*, o costume ainda causa estranheza entre os nativos. Isso ficou bem evidente por ocasião dos cortejos do Divino,²¹ quando a minha casa sempre foi visitada e as dos meus colegas não, embora a comitiva passasse em frente a elas.

Moradora por um tempo, pesquisadora ao fim da estada, confesso que me senti por vezes realmente muito mais *invadida* do que *invasora*, mesmo no caso das pacientes entrevistadas.

Volto às relações entre sujeito e 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. Paradoxalmente, isso não constituiu problema; ao contrário, trouxe-me 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*²² uns favores e já havia sido acorda-

da mesmo. Perguntei-lhe aonde 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 iria 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 desaconselhada 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; liberei-me por pouco de uma situação que certamente geraria muita confusão. Ela voltou muita frustrada para casa, ele chegara muito antes, o que a obrigou a inventar uma desculpa para ter saído tão cedo num domingo, pois ela sempre lhe pede permissão para sair. Claro que ela disse que eu lhe pedira que me acompanhasse a um local aonde eu pretendia ir, e que ela não teve como negar o meu pedido... Parece que ele engoliu as suas desculpas.

Desdobramentos da balbúrdia de identidades apareciam também quando a própria pesquisa oscilava e pendia para a clínica,²³ cujo exercício evitei assumir durante o trabalho de campo, mas que, com alguma frequência, me deixou em posições mais apropriadas a uma profissional da velha tradição de médica da família e de conselheira familiar. Outras situações me levaram a assumir simplesmente o espaço próprio das amigadas, muito embora fosse tempo de trabalhar.

Ainda na elaboração do projeto, uma certa inibição tomou conta da aprendiz de antropóloga: imaginei-me constrangida se comesse 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 epidemiológico²⁴ se impôs e planejei pedir passagem por intermédio de uma enquete 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 com esses dados obteria pistas de casos de *nervosos* e poderia puxar conversa sobre o assunto.

Seguindo minha própria proposta original, iniciei a enquete. Entretanto, ocorreu o que já me haviam advertido a respeito dos perigos dessa via para quem, certamente, logo se veria tentada a aprofundar o estudo.²⁵ Só detectei dois casos na enquete, e logo percebi que ela não revelaria os casos das pessoas que pretendiam manter sigilo sobre seu sofrimento. As pessoas abordadas por essa via se mostravam muito retraídas e demoraram muito a se abrir, o que não aconteceu com as abordadas por 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 foi 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), que me habilitou como pesquisadora. Se houvesse tentado iniciar a 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 seus complexos pelo 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 sair 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 movimentou-se fluidamente entre diferentes papéis; o tema em si também permitiu um certo trânsito entre diferentes abordagens. Ainda fundada na tradição herdada da biologia, com suas tendências universalistas e essencialistas, poderia passar a abordá-lo, e às vezes o fiz, do 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 Roland Barthes em seus *Fragmentos de um Discurso Amoroso*, que *isso*, que a própria *cena*, falasse. 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 vias-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 surdos²⁶ 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 muitas infelizes. Suas lágrimas evocaram algumas que já verti, e me advertiram a não esquecer que é de gente que a medicina trata.

Em alguns momentos, fui eu a interrogada, questionada, sondada. Minha confiabilidade como médica, como vizinha, como amiga esteve constantemente à prova. Da antropóloga, só eu tinha notícias. O passaporte foi mesmo a chancela do diploma médico, com o aval 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 frequência era inquirida, como médica, como mulher. Ora eu era pesquisadora, ora objeto de pesquisa: “já te aconteceu isso? como tu fazes se te dá uma coisa assim? o que tu achas dos filhos fazerem isso?” e assim por diante.

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 *diazepanzinho*.²⁷ 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, como 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, em que 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.

O ESPAÇO DA PESQUISA: A ILHA DA MAGIA

A Ilha de Santa Catarina, que abriga Florianópolis, 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, 1989a). A denominação original da cidade, fundada em 1673, era Nossa Senhora do Desterro. Recebeu o nome Florianópolis em homenagem (hoje motivo de controvérsia) ao marechal Floriano Peixoto, em 1º de outubro de 1894 (cf. Santos, 1995a, e CECCA/FEMA, 1996).

Povoada originalmente por índios 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) entre 1748 e 1756. Aqui organizaram-se em pequenas propriedades agrícolas (cf. Caruso, 1995, e Santos, 1995b).

Em geral, é aos descendentes dos açorianos que se aplica hoje o epíteto de *nativo* ou *mané*.²⁸ Assim os considereirei no âmbito deste trabalho, contrapondo-os aos migrantes gaúchos, catarinenses de outras regiões do estado, paulistas, paranaenses e mesmo argentinos e uruguaios que *invadiram*²⁹ 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 em todas as outras, sem predominância, como no Campeche, vão sendo espremidos, confrontados, assimilados ou confundidos em meio aos 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. Tal arranjo se reflete também nos fatos ligados à saúde e à doença, e em sua organização.

No imaginário coletivo dessas comunidades, persistem figuras como bruxas, embruxamentos e força do vento sul como agentes etiológicos de alguns males ou estados de agitação nas crianças. São freqüentemente mencionadas por minhas vizinhas e foram registradas por Cartana (1988b), Maluf (1989b) e Cascaes (1989, 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, 1996a). A grande extensão de praia,³⁰ 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 em que aparece já com esse nome é o Mapa Topográfico de Parte da Província de Santa Catarina, de 1872, que mostra a Ilha do Campeche (fronteiriça à localidade) ao lado da Ilha de Santa Catarina. O nome, provavelmente, decorre do fato de os espanhóis terem encontrado, em 1777, grande quantidade da árvore *Haematoxylon campechianum*, ou falso pau-brasil, na Ilha de Nossa Senhora do Desterro (Junks, 1995).

Seu isolamento começou a ser rompido antes da Segunda Guerra Mundial pela presença da aviação francesa,³¹ que utilizava seus descampados e a Lagoa do Peri, que lhe fica próxima, para aterrissagem de seus aviões do Correio Sul. Após o fim da guerra, quando esse contato externo se interrompeu. Aos poucos, segundo o relato de alguns moradores, o Campeche integrou-se mais e mais à vida da capital. Abriram-se estradas e estenderam-se as linhas de ônibus, que inicialmente deixavam os moradores no Saco

dos Limões e, posteriormente, no Rio Tavares, ainda com um longo trecho a percorrer a pé. Na década de 50 começaram funcionar 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. Estes 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, ou são pobres e miseráveis, expulsos do campo, que compõem uma favela, nas *Areias*. Hoje, segundo informação verbal do centro de saúde local, essa favela tem perto de 200 famílias.

Segundo os dados do Censo Demográfico do IBGE de 1991, a localidade tem 4.511 moradores, dos quais 79,8% são alfabetizados e ocupam 1.188 domicílios; à época da coleta desses dados, 89% destes eram próprios e, embora haja famílias numerosas, 85% das habitações abrigavam no máximo cinco pessoas.

Estimativa de vários dos seus próprios moradores situa em 40% a proporção de nativos entre a população local. Entretanto, Dias (1996b), 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 para a agricultura e para a pesca de subsistência; 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 corroborado pela pesquisa, na qual 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 masculinos e femininos e, ainda, às vezes, infantis. Por exemplo: raramente se vêem mulheres nativas na praia,³² 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; mulheres e adolescentes nativas, porém, nem pensar. Se o fazem, são logo alvo de comentários. Dizer que uma adolescente *anda pelas dunas* significa dizer que ela provavelmente está tendo relações sexuais com alguém por lá, ou seja, fica logo *mal falada*.

As mulheres, normalmente, só entram na panificadora e no mercado, onde permanecem apenas o tempo necessário para as compras, não se detendo para lanches, por exemplo.

Nos bares quase não se vêem mulheres, mesmo naqueles que – como observou um colega, também antropólogo, são meio exclusivos dos *manés*. Informa uma paciente: “nunca, desde solteira, eu *nunca fui* num bar, porque eu acho feio, muito feio mesmo, uma mulher ir num bar!”. As raríssimas que o fazem são, em geral, das gerações mais novas, adolescentes, que muitos apontam como ligadas às drogas, ou então são fran-

camente 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?” foi a advertência recebida por mim certa vez no posto telefônico local.

O filho mais novo de uma família, de 7 anos, lamentava-se um dia por ter de lavar a louça sozinho. Quando lhe perguntaram por que 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 já são 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 a necessidade de acompanhar alguém ao médico. Eventualmente ajudam a fazer churrasco ou preparar um peixe no barraco na praia, considerados serviços de homem. As mulheres não manejam a churrasqueira nem vão ao barraco de pesca; a elas compete apenas o fogão de casa.

Observei algumas festas exclusivamente masculinas nas quais a mulher do dono da casa aparece apenas para servir à mesa; no resto do tempo, ela fica no interior de sua casa.

Alguns fatos presenciados na localidade, como uma querela entre duas mulheres, ilustram bem a submissão das mulheres a seus companheiros: duas vizinhas, 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 nenhum protesto.

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 além do imprescindível à casa e aos filhos, nem roupas íntimas para si ou para suas filhas, sem *pedir* para o marido. Quer dizer, a ela é repassado o dinheiro, mas não o direito de administrá-lo. 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, pra 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, assim como em algumas outras comunidades da ilha, persistem algumas atividades tradicionais, como o trabalho nos engenhos de farinha de mandioca, como a renda de bilro, como o crivo. Tive oportunidade de participar de uma feitura de farinha, num engenho pertencente a uma família nativa daqui. Há funções claramente definidas 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; 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 beijus 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, de São Sebastião, que data do século XVIII, ao lado da qual fica o cemitério local; e outra, bem recente, batista. A primeira detém ainda o maior número de adeptos e realiza duas grandes festas por 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 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, disse:³³

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!

Pais ainda continuam dispostos a expulsar de casa as filhas, caso engravidem fora do casamento, e a controlar o namoro delas. 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 pra cara do rapaz, se já não vai com ele, ele não... Aí essa minha mais 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 mesmo o processo de construção urbana permite 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 constroem no terreno familiar. Com a proliferação das construções, as ruas vão se abrindo para dar 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 problemas considerados *não médicos*, como é o caso do *nervoso*, freqüentemente encarados pelos profissionais como de menor importância.

Resumindo as principais informações colhidas, então, começo com as daquele que demonstrou uma preocupação 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 dá por problemas de *nervos*, sejam eles a causa direta ou indireta da procura de atenção. E que a proporção de mulheres acima dos 35 anos que ingerem 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 e vivendo a situação complementar, não experimentam *pensão* alguma.

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 trabalha, e que estaria diretamente ligado a pessoas velhas, notadamente mulheres, com problemas médicos mais graves: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, câncer. As – segundo ele – raras ocorrências entre mulheres mais jovens estariam correlacionadas ao fato de estas trabalharem fora. Também disse que, entre as pessoas mais velhas, observa-se um aumento do *nervoso* provocado pela constante presença das doenças *novas* na mídia televisiva – Aids, viroses misteriosas e fatais como o ebola, 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 percentual 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.

Percebi que, na verdade, havia ou uma falta de sensibilidade para o problema, ou um desejo de 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, e, ao mesmo tempo, informou receitar um produto considerado *não ético*³⁴ em seu lugar, mas que, segundo ele, faria menos 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 segunda parte da 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”.

Sugeri outras pessoas com quem eu deveria falar, entre elas a 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 embaixo do travesseiro. É por causa dele [aponta o marido e acrescenta, baixinho], da bebida dele que fico assim.

Segue-se uma pequena altercação entre eles, interrompida porque a mim e, certamente, à senhora também, constrange 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 taí, brabo, nervoso. O 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 esse o diálogo que me lembrou das advertências de Malinowski (1978) sobre a diferença entre o que as pessoas dizem e o que fazem, porque eu mesma já observara a informante em plena *crise nervosa*, causada pela suposição da infidelidade de seu marido.

Tal episódio firmou também minha inclinação para desenvolver o trabalho de campo no Campeche. O fato de ser o local de minha moradia à época da pesquisa me favorecia na validação das informações colhidas, por permitir o cruzamento entre várias fontes, a observação direta e a correspondência entre o que as pessoas me diziam e o que faziam. A informante citou ainda alguns casos conhecidos e atuais de *nervo*, tratando-o como um problema das mulheres, ligado à vida conjugal e, nesta, em particular à sexualidade, e que o *nervoso* seria comum a ambos os sexos e não estaria relacionado à vida sexual. Algo como: a falta do *nervo* (da relação sexual satisfatória, reduzida à menção metonímica do pênis, é que dá o *nervo* na mulher; *o nervoso, esse qualquer um pode ter*.

À 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 me havia mostrado apenas duas 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 colônia³⁵ e, na opinião dos meus informantes, impossível de ser entrevistado; o

segundo, um policial sofredor 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 sobre quem obtive mais algumas informações por meio de uma cunhada sua.

Ainda me informaram 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 entre *nervos* e as doenças psiquiátricas propriamente ditas (e. g. Oquendo et al., 1992b). A listagem de sinais e sintomas associados ao *nervoso* que apresento no Anexo 3 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 compreendem-se as dificuldades de natureza mais técnica enfrentadas pelos médicos, além daquelas decorrentes da necessidade de tratar de 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 sociais,³⁶ fiquei, de certa forma, livre desse embaraço. A condição para inclusão como caso foi ser a pessoa reconhecida na comunidade como alguém que *sofre dos nervos*, critério que se mostrou tão variável quanto os apontados na literatura e observados na minha experiência. Assim, vi desde casos que, do ponto de vista médico, eu poderia tranquilamente catalogar como uma depressão clinicamente definida até aqueles que seriam dados como conversão histérica, passando por quadros mais ou menos intensos entre estes pólos.

Na busca de validar as informações obtidas em campo, realizei ainda duas entrevistas coletivas em reuniões do Grupo de Mulheres do Campeche,³⁷ 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 logo quiseram contar como foram os seus padecimentos. Assim, a entrevista que eu pretendia conduzir 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 corroborassem 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 obrigou a 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 em 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.

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, ocasiões em que sempre procurei 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 chamo de estratégicos:³⁸ 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*? Se não, 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, mesmo as que vacilaram muitas vezes em dar a entrevista, começavam com preâmbulos mais ou menos assim: “é... eu sofro muito, mas nem sei o que 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 então tornava-se difícil interromper a entrevista ou fazer alguma pergunta.

A entrevista, que em alguns casos foi repetida mais de uma vez, não obedeceu um roteiro fixo, pois, tratando-se de assunto estreitamente ligado à intimidade das pacientes e suas famílias, fazia-se necessário primeiro ganhar-lhes a confiança e, segundo, deixar fluir o assunto, pois as interferências, embora por vezes necessárias, inibiam mais do que ajudavam. Assim, elas eram apenas provocadas a falar sobre o problema dos *nervos*. Nos casos (a grande maioria) em que os depoimentos não se iniciaram espontaneamente, com as pacientes se mostrando reticentes, pedi-lhes que o

fizessem começando pelo relato da última crise, e depois estimei-as a contar da primeira e a opinar sobre a causalidade. 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 por meio delas o que Chiozza (1987a) 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, tomado como um processo que deriva de uma causa), e, por outro, por 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 posteriormente a eles (Chiozza, 1987b).

Como a história é a narrativa de um drama (do entrelaçar dos fatos), a superposição das histórias de alguém pode revelar o que as pessoas *calam com os lábios*,³⁹ quer dizer, o drama vital específico de cada pessoa, o *roteiro cinematográfico* individual. Dessa forma, atua-se no que Chiozza chama de *terreno histórico-lingüístico*, o que equivale a 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.

Tal compreensão se encontra também em outros autores, especialmente quando falam de *nervos*, como é o caso de Guarnaccia et al. (1981), 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 ao estudo do *nervoso*, como já assinalaram Rabelo & Alves (1995b). Esses autores, em vários trabalhos individuais 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) por meio das narrativas. Mostram 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 responsabilidades, define identidades e pleiteia direito a determinado tratamento.

No esforço 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 entendido, deve ser tomado como parte de uma dialética da consciência entre a *nervosa* e o seu tempo, suas relações, seu meio social; fora disso, ele não faz sentido.

NOTAS

- 1 A 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. Hipócrates 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 da manifestação mais tarde chamada de histeria que não fosse a rendição à misteriosa alma *animal*, habitante do baixo-ventre e poderosa propulsora de comportamentos bizarros.
- 2 Tal como Darcy Ribeiro, fico incomodada com aspas e prefiro fazer os destaques no texto com caracteres em itálico (cf. Darcy Ribeiro, *Ensaio Insólito*, 1979).
- 3 Mais adiante faço uma breve revisão histórica do assunto; no mesmo capítulo mostro que estresse é um termo de significado muito vago, aplicado hoje a um sem-número de situações, médicas ou não, entre as quais os *nervos*.
- 4 Entendo cultura como uma dimensão social, não natural, decorrente de um processo histórico e, por isso, dinâmica. Diz respeito a um produto coletivo que reflete a realidade 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.
- 5 No Anexo 1 apresento um pequeno glossário. No Anexo 3 apresento um rol de sinais e sintomas comumente ligados as *nervos*; a relação é resultante de minha experiência clínica e dos relatos das pacientes entrevistadas para este trabalho.
- 6 Refiro-me à apresentação verbal feita por ela na avaliação de *Fazendo Gênero na UFSC: um encontro interdisciplinar*, Florianópolis, maio de 1996.

- 7 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), 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.
- 8 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.
- 9 Êmico = perspectiva interna, de dentro do grupo estudado (cf. Scrimshaw & Hurtado, s.d.:8).
- 10 Não havia intenção de atuar no plano clínico; porém, vez ou outra foi necessário fazê-lo, 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.
- 11 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, em geral, se refere apenas à somatória, ao acúmulo de casos, e não às relações implicadas neste plano.
- 12 Enfatizo que tais vias de interpretação parecem apropriadas para o contexto estudado. Souza, Duarte, Scheper-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 ocupação profissional.
- 13 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.
- 14 As citações de referências bibliográficas cujo original encontra-se em inglês ou em francês, como neste caso, foram traduzidas livremente por mim.
- 15 Para uma visão histórica do desenvolvimento desse campo, ver Langdon (1994:3-11).
- 16 Tomo de empréstimo a Grimberg o conceito de representações sociais como processos inter-relacionados de percepção, categorização e atribuição de sentido a alguma coisa. Parece-me que ele sintetiza, ou melhor, simplifica para não iniciados as definições clássicas dos cientistas sociais.
- 17 Baseando-me 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.
- 18 Pensando saúde como processo, não deveria ser tão categórica dizendo *sadio* ou *doente*, mas utilizo esses termos apenas como um recurso de retórica.

- 19 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. É o que acontece no caso dos *nervos*, em que um sofrimento de natureza psicossocial, definido dentro de parâmetros culturais, é tratado cronicamente com drogas de ação psicotrópica e efeitos deletérios, num indiscutível processo de iatrogenia, como este trabalho demonstra.
- 20 Exerci atividades como médica, clínica geral e como sanitarista, em Curitiba, PR, de 1980 a 1994, em vários serviços e em consultório particular. O problema dos *nervos* era trazido à consulta com frequência.
- 21 Um grupo de moradores, os zeladores da bandeira do Divino, visita as casas levantando fundos para realizar a festa anual. Saem paramentados com opas vermelhas e brancas, carregando a bandeira vermelha, encimada por uma pomba de prata e um recipiente, também de prata, finamente ornamentado: a coroa do Divino, para receber os donativos.
- 22 Impossível não lembrar de Mauss e do seu ensaio sobre a dádiva.
- 23 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.
- 24 Refiro-me aqui à utilização de questionários e enquetes quantitativas, tão comuns na pesquisa epidemiológica.
- 25 Esse problema já havia sido apontado pela professora Esther Jean Langdon, orientadora deste estudo, e pela professora Míriam Pillar Grossi, na apresentação do projeto à banca de qualificação, quando ambas insistiram que partir de redes seria provavelmente mais adequado. A responsabilidade de insistir na enquete foi, portanto, minha.
- 26 O Anexo 5 traz a transcrição da narrativa de uma paciente que ilustra bem esse tipo de diálogo, no qual um fala uma coisa e o outro não ouve o que foi dito, mas sim outra coisa, como se fossem dois surdos que tentassem em vão conversar.
- 27 Referência ao Diazepam® (Laboratórios Cristália, Vital Brasil, e Novaquímica), um dos ansiolíticos benzodiazepínicos de uso mais comum entre as *nervosas*.
- 28 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, 1994:15).
- 29 É frequente nas conversas com nativos que eles se refiram à chegada desses migrantes como uma invasão da ilha.
- 30 A Prefeitura Municipal informa, em uma placa à sua chegada, que a praia tem 5,8 km de extensão.
- 31 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 do autor. Mas os franceses voadores ensejaram outras possibilidades oníricas para os moradores: recentemente, uma escola de samba relembrou um desses casos num samba-enredo no qual se conta a história de Zé Maia, que, à moda de Ícaro, construiu asas e tentou voar (Anexo 6).

- 32 O que reforça a divisão dos espaços masculinos e femininos ligados ao trabalho, pois, para o nativo, a praia é espaço de trabalho.
- 33 Junks, a propósito de uma mulher que na década de 40 voou com os franceses, coisa à época reservada aos homens no entendimento nativo, num 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” (Junks, 1995: 85). (grifos meus)
- 34 Os médicos utilizam o termo *ético* para se referir a medicamentos cujo uso está condicionado à prescrição médica e cuja 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®.
- 35 Colônia Santana, um hospital psiquiátrico da região.
- 36 Por rede social entendo as pessoas ou instituições com as quais o indivíduo interage e nas quais encontra apoio.
- 37 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.
- 38 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.
- 39 Utilizo aqui a expressão encontrada no trabalho de Chiozza, anteriormente citado, que ele usa ao se referir 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...”, 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”.