

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Departamento de Endemias

Sufrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problema de Nervos:
Uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas
classes populares

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aluna: Maria Liana Gesteira Fonseca

1ª orientadora: Maria Beatriz Lisboa Guimarães

2º orientador: Eduardo Mourão Vasconcelos

In memoriam:

À Lea Perl Gertner (1916- 2006), minha avó, pelo exemplo de resiliência, abertura ao diferente e, sobretudo, pela generosidade do seu amor.

Agradecimentos

À minha família – minha mãe, Rachel Gertner; meu pai, Mário Jorge Gesteira Fonseca; minha irmã, Marisa Gesteira Fonseca; meus tios, Ana Célia Castro, David e Rosane Gertner e minhas primas Lavínia e Isabel Barros de Castro – cujo apoio, de diversificadas e afetivas formas, foi absolutamente fundamental para que eu pudesse me dedicar ao mestrado e a cuidar de meu filho durante esse dois anos.

A Maria Beatriz Lisboa Guimarães, minha orientadora, pelo acolhimento e pela forma amiga e respeitosa de me acompanhar.

A Eduardo Mourão Vasconcelos, meu co-orientador, pela generosidade, amizade e pelo seu amor engajado e contagiante aos temas que perpassam essa dissertação.

A Eduardo Navarro Stotz, por me ter aberto portas fundamentais (na prática e no pensamento), pela primeira sugestão de fazer uma revisão bibliográfica a respeito do *Sofrimento Difuso*, pela solidariedade e pela orientação no ano de 2005.

A Rosely Magalhães de Oliveira e Reinaldo Souza Santos pelo cuidadoso e diligente acompanhamento do projeto de dissertação na disciplina de Seminários Avançados e por me injetarem ânimo e confiança, nos meus momentos de inseguranças e incertezas.

A Sandra Fortes por, generosamente, ter me enviado sua tese de doutorado – fundamental para a elaboração do capítulo a respeito dos transtornos mentais comuns - e indicações bibliográficas, sem sequer nunca ter me visto.

A Marilene Cabral Nascimento, pelos primeiros e fundamentais incentivos, pela grande amizade e pelo exemplo de retidão e de trabalho.

À Flávia Soares, grande amiga, por me ajudar prontamente com a formatação de tabelas e quadros.

A Victor Vincent Valla, por ter aberto a discussão a respeito do Sofrimento Difuso, pelo bom humor e pela humanidade.

À Maria Cecília Fiorotti, do Centro de Saúde da ENSP, pela leitura cuidadosa do projeto de dissertação, pelos comentários, pela bibliografia sugerida e por toda a ajuda.

À Elaine Savi pela primeira dissertação a respeito do *Sofrimento Difuso* e pelo carinho.

Aos amigos Graciela Pagliaro, Eleonora Prestrelo, Gizele Bakman, Marcelo Cunha, Selma Hinds, Carla Moura e Patrícia Saceanu pelas conversas e trocas que me nutriram nos últimos tempos.

À Renata Ruiz, pelas caronas para a ENSP, pelas longas conversas, por escutar minhas questões desde os primeiros parágrafos do projeto até a fase final da dissertação e pela amizade solidária.

Aos colegas de turma do mestrado na subárea de endemias, por me acolherem e me incentivarem, mesmo diante de tantas diferenças em nossas formações de base.

Ao meu filho Gabriel, pelas horas de brincadeira e de atenção que *naturalmente* teve que ceder às atividades do mestrado e também pelas horas em que *naturalmente* eu tive que ceder, parar tudo, brincar e acompanhar sua rotina. Esses momentos também me foram fundamentais.

À Luisa Dutra pelo companheirismo em todos os seminários, pela solidariedade e pela amizade.

Ao meu namorado e parceiro de tantas horas, João, pela compreensão carinhosa, pelo companheirismo, pelo incentivo e pela paciência.

Aos professores Benilton Bezerra Jr. e Paulo Duarte Amarante por aceitarem participar da banca dessa dissertação.

Aos funcionários do Departamento de Endemias da ENSP, Carla, Evandro, Amâncio e Cristiano, pela presteza e carinho ao procurarem resolver todos os problemas de ordem prática.

Aos funcionários da Coordenação de Pós-Graduação e da Secretaria Acadêmica, André, Joselmo, Adália e Eduardo, por me ajudarem com paciência a recolher todos os documentos necessários para efetivação do processo da Bolsa Faperj.

À coordenação do mestrado em Endemias, à Coordenação de Pós-Graduação da ENSP e à FAPERJ, pela Bolsa Faperj Nota 10.

"O ser humano é uma parte do todo, chamado por nós de "Universo", uma parte limitada no tempo e no espaço. O ser humano vivencia a si mesmo, seus pensamentos como algo separado do resto do universo - numa espécie de ilusão de ótica de sua consciência. E essa ilusão é uma espécie de prisão que nos restringe a nossos desejos pessoais, conceitos e ao afeto por pessoas mais próximas. Nossa principal tarefa é a de nos livrarmos dessa prisão (...)."

Einstein

Resumo

Esta dissertação visa discutir as expressões de sofrimento das classes populares, que emergem como queixas inespecíficas que se apresentam nos serviços de saúde, como uma importante demanda de atenção.

Essa discussão se faz por meio de três principais eixos: a organização dos serviços/práticas de atenção básica e políticas de saúde em torno desse tipo de manifestação de sofrimento no Brasil, considerada, geralmente, como *transtornos mentais de menor gravidade*; uma revisão bibliográfica dos estudos epidemiológicos a respeito dos *transtornos mentais comuns*, e uma revisão bibliográfica a respeito da representação de perturbação nas classes populares, o código do *nervoso*, principalmente na literatura brasileira.

A partir dos três eixos de discussão citados, considera-se a urgência de implementação de práticas e políticas de atenção à clientela das classes populares que apresenta este tipo de sofrimento, em alto nível de prevalência, cujos transtornos são considerados menos graves, mas que, no entanto, causam considerável sofrimento e prejuízo de diversas ordens para a vida dos sujeitos.

O trabalho chama especial atenção para que a questão de que a implementação de práticas e políticas de saúde e saúde mental direcionadas à clientela portadora de *transtornos mentais comuns* ou de *problema de nervos* exige uma consideração adequada das diferenças culturais entre profissionais e clientela, e da necessidade de ações intersetoriais de forma integrada com outras políticas sociais.

Palavras-chave: *saúde mental; atenção básica à saúde; transtornos mentais comuns; modelo do nervoso.*

Abstract

This dissertation aims at discussing the expressions of popular social classes' suffering, which emerge as unspecific symptoms at health services, but as an important demand for care.

This discussion is accomplished along three main directions: first, as service organization, health promotion and health policy issues related to this kind of suffering in Brazil, generally considered as minor mental distresses; second, as a bibliographical revision of the Brazilian and international epidemiological studies on common mental disorders; and finally, as a bibliographical revision of the literature on the nervous model, the typical representation of this suffering in working class population, mainly in the Brazilian literature.

From these three perspectives, the study shows how urgent is the implementation of specific practices and policies directed to working class clientele, which presents a high prevalence of this kind of suffering. Even if considered as less severe distresses, they provoke considerable suffering and several drawbacks in the lives of those affected.

Finally, the study calls a special attention to the fact that the new health and mental health practices and programmes, directed to *common mental disorders* or *nervous problems*, will require not only a special consideration of the cultural differences between professionals and clientele, but also inter-agency activities integrated to other social policies.

Key words: mental health, health promotion, common mental disorders, nervous model.

Sumário

Apresentação.....	11
Introdução.....	13
1. Apresentando o fenômeno do <i>sofrimento difuso</i> : inúmeros recortes possíveis...	15
2. As queixas não classificáveis nos diagnósticos médicos e a atenção à saúde....	17
3. O conceito de somatização e seus problemas para a perspectiva do presente trabalho.....	20
4. O individual e o coletivo.....	23
5. <i>Transtornos Mentais Comuns</i>	25
6. O código do <i>nervoso</i>	29
7. A possibilidade de uma pesquisa interdisciplinar.....	32
8. Dos objetivos do presente trabalho.....	35
9. Metodologia.....	36
9.1 Busca de material sobre a integração entre Saúde Mental e Atenção Básica	37
9.2 Busca de Material sobre <i>transtornos mentais comuns</i>	38
9.3 Busca de material sobre o código do <i>nervoso</i>	39
Capítulo 1. Saúde Mental na Atenção Básica.....	40
1.1 Saúde Mental na Atenção Básica: introdução ao capítulo.....	41
1.2 Breve contextualização histórica a respeito da integração entre Saúde Mental e Atenção Básica.....	42
1.3 Relatos Recentes.....	50
1.4 Considerações finais do capítulo.....	59
Capítulo 2. Os <i>transtornos mentais comuns</i>.....	63

2.1 Introdução ao capítulo.....	64
2.2 Definição de <i>transtornos mentais comuns</i> : um modelo dimensional.....	64
2.3 Quando o sofrimento se expressa através de queixas somáticas inespecíficas..	67
2.4 Níveis de expressão, reconhecimento e tratamento do sofrimento	68
2.5 <i>Transtornos mentais comuns</i> na atenção básica.....	70
2.6 Os fatores sócio demográficos mais associados aos <i>transtornos mentais comuns</i>	74
2.7 <i>Transtornos mentais comuns</i> e gênero.....	78
2.8 TMC, inserção produtiva, pobreza e escolaridade.....	85
2.9 <i>Transtornos mentais comuns</i> , migração e apoio social.....	94
2.10 Considerações finais do capítulo.....	96
Capítulo 3: O código do <i>nervoso</i>.....	98
3.1 Introdução ao capítulo.....	99
3.2 Múltiplos sentidos: um código não capturável pelas categorias biomédicas e psicológicas.....	99
3.3 <i>Nervoso</i> e Sofrimento Psíquico: dois códigos diferentes.....	104
3.4 <i>Holismo e Individualismo</i> : teoria da hierarquia.....	109
3.5 Sociedades Complexas.....	112
3.6 Origens Históricas do discurso do <i>nervoso</i>	114
3.7 <i>Nervoso</i> e Gênero.....	116
3.8 Inserção Relacional nas Classes Populares.....	120
3.9 A Categoria de Perturbações Físico-Morais: uma teoria das conexões e fluxos.....	124
3.10 A medicalização do <i>nervoso</i> : tranquilizantes e intranquilos.....	126
3.11 Considerações Finais do Capítulo.....	130
Considerações Finais	133
Referências Bibliográficas	145

Apresentação

Trabalhei durante quatro anos como psicóloga clínica na cidade de Ipatinga, Minas Gerais. Lá recebia como pacientes, trabalhadores de duas grandes siderúrgicas da região. Sendo assim, costumava receber de gerentes e engenheiros a operários e suas famílias.

Estes últimos eram a clientela mais freqüente no meu consultório. A grande maioria vinha encaminhada pelo psiquiatra dos planos de saúde¹. Os psiquiatras, por sua vez, costumavam relatar que aqueles pacientes vinham encaminhados pelo clínico geral.

Estes sujeitos, buscando sentido e alívio para suas dores e sofrimentos, chegavam ao consultório do clínico com queixas de dores no corpo, insônia, mal-estar, entre outros sintomas pouco específicos. Ao investigar a situação clínica destes pacientes, o médico geralmente avaliava ausência de substrato orgânico a tais queixas. Assim, costumava encaminhar tais pacientes para o psiquiatra.

Este último costumava fazer o diagnóstico de “Transtorno Depressivo” ou “Transtorno de Ansiedade”. Prescrevia medicação, mas era consenso que o uso desta constituía um paliativo para tempos de crise. Assim, o paciente era encaminhado para a “psicóloga”. Este nome continha um sentido para os pacientes mais simples: era a “doutora” que supostamente teria as respostas. O processo de construir as perguntas, fazendo as palavras e os sentimentos circularem, por vezes se revelava frustrante para aqueles que buscavam respostas imediatas e por vezes tinha efeitos terapêuticos inesperados.

De queixa em queixa, recebi inúmeros pacientes nesta situação. Como minha formação foi basicamente em clínica, regada por algumas experiências em saúde mental, senti uma inquietação ao me deparar com tantos casos similares. Cada caso era singular, mas eu inferia que havia algo ligado à cultura e à sociedade que não conseguia nomear, talvez por minha formação ainda insuficiente.

Voltei para o Rio de Janeiro com o propósito de dar prosseguimento à minha formação profissional. Comecei a freqüentar a ENSP e passei a me interessar por outros temas ligados à cultura popular como a religiosidade, que, assim como as queixas

¹ Neste sentido a atenção à saúde era organizada de forma muito diferente nesta região, pois os operários e suas famílias tinham acesso aos planos de saúde que prestavam serviços para estas duas grandes siderúrgicas da região.

somáticas, era um fenômeno importante a ser considerado na região onde morei, o Vale do Aço.

Quando entrei para o Mestrado em Saúde Pública na ENSP, meu tema de pesquisa ainda estava nebuloso, mas ouvi uma pesquisadora falar em “*Sufrimento Difuso*”. O termo me chamou a atenção.

Ao começar a delimitar meu tema, fui, aos poucos tangenciando o que era chamado *sofrimento difuso* pelas suas beiradas, primeiramente, por uma idéia de estudar as formas de atribuição de sentido às experiências de sofrimento, nas quais a religiosidade estaria incluída.

Ao começar a me deparar com a literatura da antropologia da saúde a respeito do código do *nervoso*, ficou claro que a questão da atribuição de sentido era minha: era eu quem precisava dar sentido à experiência profissional que tive quando morei e trabalhei em Ipatinga. Dar sentido a esta experiência passou a significar, então, estudar as formas de sofrimento - que talvez eu possa chamar de psíquico² aqui na apresentação - próprias das classes populares que tanto atendi quando estive lá. Uma população que não era a clientela preferencial nem dos clínicos nem dos psiquiatras. Dos clínicos, porque não tinham doenças orgânicas diretamente vinculadas a seus sintomas somáticos, como dores no corpo, dores de cabeça, insônia, mal-estar. Dos psiquiatras, porque não tinham os distúrbios mais graves e clássicos, como as psicoses e os graves transtornos do humor, cuja semiologia e terapêutica estão mais claramente identificadas em sua formação médica. Estes clientes procuravam serem ouvidos e dar sentido às suas dores, como todos aqueles que sofrem: nós, os humanos.

Ao me aproximar do grupo de pesquisa do CNPQ “*Educação, Saúde e Cidadania*” (constituídos pelos professores Victor Vincent Valla, Eduardo Navarro Stotz e Maria Beatriz Lisboa Guimarães) e escutar mais a respeito do *sofrimento difuso*, me dei conta que esta questão relativa a expressões de sofrimento das classes populares - onde os sintomas somáticos estavam intimamente relacionados ao sofrimento psíquico e às questões sociais - era relevante para outros grupos e não somente para os operários de Ipatinga e os profissionais de saúde que os atendiam.

² Chamar este tipo de sofrimento ao qual estou me referindo de “psíquico” pode indicar um determinado viés e código cultural. Portanto, usarei essa palavra aqui na apresentação, mas, ao longo do projeto discutirei brevemente as implicações e as origens das concepções que unem ou separam mente e corpo.

Este grupo de pesquisadores, ao trabalhar com os agravos de saúde e problemas sociais da população da Leopoldina, situada na Região da AP. 3.1, no Rio de Janeiro, se deparou com a questão do *sofrimento difuso* a partir de sua prática com as classes populares e a nomearam desta forma, inicialmente, a partir da fala de uma profissional de saúde.

Na mesma direção, os pesquisadores do Projeto Transversões, da Escola de Serviço Social da UFRJ, coordenado pelo professor Eduardo Vasconcelos, já tinham também uma tradição de investimento em pesquisa na questão das expressões de sofrimento nas classes populares, o que me levou a me aproximar do professor e propor a co-orientação.

Unir meu desejo de investigar esse fenômeno com o cuidadoso acompanhamento dos pesquisadores citados resultou na dissertação de mestrado que se seguirá.

Introdução

Introdução

1. Apresentando o fenômeno do *Sofrimento Difuso*: Inúmeros recortes possíveis

“Quem não compreende um olhar, tampouco compreenderá uma longa explicação” – Mário Quintana

O fenômeno *sofrimento difuso*, nomeado pelo pesquisador Victor Vincent Valla (Valla, 2001), é definido como a expressão, através de queixas somáticas - tais como dores de cabeça, dores no corpo, insônia e sintomas gástricos, entre outros – de um sofrimento que não tem substrato orgânico e que estaria vinculado a fatores psíquicos e sociais. Encontraremos, ao longo do trabalho, diversas nomeações que traduzem idéias semelhantes: expressões de sofrimento que se fazem ouvir através de sintomas somáticos, mas que não apresentam lesões ou disfunções que possam ser encaixadas nos diagnósticos médicos de base anatômica.

Essa problemática poderia ser enfocada sob diversas abordagens diferentes como, por exemplo, através problemas relativos à ligação entre saúde mental e trabalho. Segundo dados da OMS, 30% dos trabalhadores ocupados sofre de algum tipo de morbidade psiquiátrica menor (Jaques, 2003), que podem se expressar através do conjunto de sintomas que Valla nomeia como *Sofrimento Difuso*, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, esquecimento, nervosismo, entre outras.

Todavia, visto que a relevante problemática da relação entre saúde/doença mental e trabalho já vem sendo suficientemente trabalhada pela literatura científica particularmente na década de 2000 no Brasil (Glina et. al., 2001; Jaques, 2003), foi escolhido fazer aqui o recorte que privilegiasse não exatamente a relação entre doença mental e trabalho. Foi escolhido aquele que privilegia as expressões de sofrimento que vem se apresentando na atenção básica como uma importante demanda das classes populares, onde estão incluídos além dos trabalhadores, os subempregados, os trabalhadores informais, os desempregados e as donas de casa.

Tais expressões de sofrimento constituem uma importante demanda ambulatorial na região da Leopoldina, segundo relatório da pesquisa “Vigilância civil da saúde na atenção Básica – uma proposta de ouvidoria coletiva na AP. 3.1, Rio de Janeiro” (Guimarães et al., 2005). Esta pesquisa ouviu representantes das comunidades que integram a região da Leopoldina – Penha, Maré e Manguinhos – entre eles, profissionais de saúde, líderes religiosos e comunitários.

Segundo o mesmo relatório, questões sociais como desemprego, fome, falta de lazer e violência, se expressam em agravos de saúde nas comunidades integrantes dos fóruns realizados pela pesquisa.

Savi (2005) também enuncia, em sua dissertação de mestrado, realizada a partir de uma pesquisa participante com um grupo de mulheres na mesma região da Ap. 3.1, a ligação entre problemas sociais tais como violência doméstica, pobreza absoluta, alcoolismo, desemprego na família e a apresentação de queixas somáticas difusas.

Na mesma direção, embora em um nível menos particular e mais geral, Vasconcelos e Morgado apontam para as implicações psicossociais das políticas neoliberais sobre a saúde e a vida das populações, tais como a precarização geral do trabalho, o abuso de drogas, o aumento da criminalidade, da violência social, das mortes por causas externas e a intensificação dos quadros de exclusão e desfiliação social (Vasconcelos e Morgado, 2005). Tais elementos são, ao mesmo tempo, expressões e causas de mais mal-estar psíquico social.

No tocante a esta relação entre condições sociais e condições de saúde, a fala de alguns integrantes dos fóruns realizados pela Ouvidoria Coletiva da AP. 3.1 indica, através da fala dos representantes comunitários, aumento de queixas de *depressão* e *sentimentos de baixa estima* (nas palavras dos próprios moradores) por parte da população, assim como aponta para a demanda, cada vez maior, de acolhimento e escuta a um estado de mal-estar coletivo (Guimarães et al., 2005).

É comum o aumento das filas nos postos de saúde da região após uma noite de tiroteios, seja por queixas de pressão alta, hemorragias em grávidas, vômitos em crianças pequenas ou queixas de dores no corpo e mal-estar generalizado (Guimarães et al., 2005).

No entanto, as queixas de mal-estar, dores no corpo, desânimo, cansaço não são exclusivas a dias de tiroteio. Esta demanda geralmente tem pouco espaço de acolhida no

sistema de saúde - segundo os integrantes dos fóruns realizados pela pesquisa – e, com frequência, é recebida nas inúmeras igrejas e associações religiosas da região. Por um lado, pela própria incapacidade dos postos de saúde em atenderem a todas as demandas da população e, por outro, pelo não enquadramento destas expressões de mal-estar nem na nosologia da clínica médica e nem nas classificações psiquiátricas clássicas.

Em sua dissertação de mestrado, Almeida (1988) afirmou que de 50 a 60% da clientela extra-hospitalar - ou seja, a clientela ambulatorial - não apresentava quaisquer tipos de lesão ou disfunções que pudessem ser objetivadas em um diagnóstico clínico. Esta clientela, cujo sofrimento estava ligado ao mal-estar existencial e ao sentimento de desconforto, acabava sendo enquadrada em diagnósticos como “*queixas vagas mal-definidas, estado mórbido mal definido, diagnóstico sintomático (...) psicofuncionais, funcionais, psiconeuróticos, psicossomáticos, ou ainda distúrbios neurovegetativos.*” O autor os nomeou *Refratários*, devido ao não enquadramento desses pacientes nos diagnósticos médicos de base anatômica (Almeida, 1988: 24).

O termo *refratário* traz a idéia que tais pacientes teriam dificuldades de aderência e resposta aos tratamentos e práticas de saúde disponíveis. Em momentos posteriores da discussão dessa problemática no campo da saúde pública, cabe aprofundar a questão: não é o próprio sistema de saúde que ainda não absorveu essa demanda em alguns de seus principais aspectos? Portanto, seriam os pacientes ou o sistema de saúde passíveis de refratar - ou ainda com dificuldades de absorver - uma demanda emergente? Se existe resposta, ela não é simples e será problematizada ao longo de todo esse trabalho.

2. As queixas não classificáveis nos diagnósticos médicos e a atenção à saúde

O sistema de saúde, assim como os profissionais possuem diversas opções para nomear tudo aquilo que não se encaixa nos diagnósticos médicos de base anatômica. Uma dessas nomeações são as chamadas *queixas mal-definidas*. Elas constituem um capítulo do CID 10 (Código internacional de doenças, 10ª edição) e englobam os sinais e sintomas tais como *convulsões, tonteiras, hipertermia, mal-estar, edema, anorexia, cefaléia, dispnéia, dor torácica, azia, ascite, nervosismo, distúrbios do sono, ganho ou perda anormal de peso* (Carvalho et al., 1994).

Alguns dos sintomas citados acima podem significar, dependendo do contexto em que se encontram, claras expressões de um sofrimento que não redutível a causas orgânicas específicas. Além disso, se assemelham às descrições dos manuais de psiquiatria a respeito das alterações da esfera neurovegetativa próprias de transtornos psiquiátricos ou mesmo dos *Transtornos Mentais Comuns*, que serão abordados mais adiante.

Todavia, o termo *queixas mal-definidas* evoca questões mais problemáticas, pois existem possibilidades de dificuldades de diagnóstico e registro nos próprios serviços em que foram coletados os dados (Carvalho et al. 1994).

Em um estudo intitulado “*Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede Pública no Município do Rio de Janeiro*”, Carvalho e colaboradores (1994) afirmam que, nos três serviços pesquisados – um Posto de Atenção Médica, um posto de Urgência e um Posto Municipal de Saúde em Ramos, na área programática 3.1 do Rio de Janeiro - cerca de 14% dos diagnósticos situavam-se no capítulo “Sintomas, sinais e afecções mal-definidas”, que englobariam os sintomas próprios desta classificação já citados anteriormente. Somam-se a estes 14%, uma média de 9% de transtornos psiquiátricos ou psicológicos.

Ainda para este estudo de 1994, para o PAM Ramos, na população masculina, as queixas mal-definidas estariam em segundo lugar, só perdendo para os “*problemas psicológicos*”. No Posto de Urgência do mesmo bairro as queixas mal-definidas para esta mesma população estariam em primeiro lugar. Para a população feminina, as queixas mal-definidas ocupavam o terceiro lugar no PAM-Ramos e primeiro lugar no posto de urgência do mesmo bairro.

Esses dados apontam para a dificuldade dos serviços de responderem a uma demanda considerável de atenção para questões que extrapolam o meramente físico (se é que o “*meramente físico*” existe, mas já se trata de um outro caminho para essa discussão). Essa demanda traz embutida consigo, o discurso de um sofrimento camuflado – ou revelado - por queixas difusas e, efetivamente, confusas, tanto para profissionais como para pacientes.

Para tornar o problema ainda mais complexo, não existe consenso em relação a definições e conceitos para essa problemática. Os profissionais de saúde podem facilmente classificar esse tipo de problemática como *queixas mal-definidas*, *problemas psicológicos*,

pacientes psicossomáticos, pacientes portadores de morbidades psiquiátricas menores (tais como depressão e ansiedade) ou o termo mais recente transtornos mentais comuns.

Todos esses termos apresentem diferenças entre si. Isso reflete em parte, a multiplicidade de paradigmas existentes para abordar um tipo semelhante de expressão de sofrimento, mas também uma zona de sombra e nebulosidade sobre um problema ainda pouco explorado no campo da saúde pública.

Apesar de haverem algumas nomeações que visam transformar em conceitos, expressões de sofrimento ainda não incluídas nas possibilidades de acolhimento dos serviços, há ainda que se reconhecer que existe uma dimensão do sofrimento humano que escapa à tentativa de ser capturada pela ciência ou até mesmo pelo campo da saúde pública. Segundo Czeresnia:

“A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente(...) Carregado de emoção, o relato das queixas e sintomas dos doentes é traduzido para uma linguagem neutra e objetiva.” (Czeresnia, 2003:42)

As diversas definições e nomeações para as queixas difusas estariam nesse hiato entre a assistência dos serviços públicos de saúde, seus procedimentos, diagnósticos e encaminhamentos e, de outro lado, a expressão de um mal-estar amplo por parte de sujeitos e populações, inseridos em um contexto social igualmente amplo com o qual precisam se relacionar para sobreviver.

Os quadros chamados de *“somatização, psicossomáticos e morbidades ou queixas mal definidas”* estão entre aqueles que Almeida (1988) nomeia como *“refratários”*, isto é, designam quadros não objetivados na nosologia da clínica médica. Seria possível se valer de outros estudos que utilizam dessas mesmas palavras ou expressões, para examiná-los à luz da problemática que se apresenta nessa dissertação? Será que todos estes termos caberiam no presente trabalho?

Não se tratam de perguntas cuja resposta era sabida a priori, mas sim de perguntas que foram feitas ao longo do processo. Refazê-las agora é procurar desnudar o percurso de reflexão desse trabalho.

3. O conceito de somatização e seus problemas para a perspectiva deste trabalho

Bombana e colaboradores, citando Lipovski, definem *somatização* como “a tendência para experienciar e comunicar distúrbios e sintomas somáticos não explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles” (Bombana et al., 2000:2). Todavia, o termo *somatização*, embora aponte para algumas idéias importantes, é problemático quando se trata do recorte feito nessa dissertação. Primeiramente por possuir diversas definições. Em segundo lugar por se confundir com a classificação psiquiátrica de *Transtorno de Somatização*, um subtipo dos *Transtornos Somatoformes*, que, por sua vez, é um dos transtornos que podem fazer parte dos *Transtornos Mentais Comuns* - que será definido e investigado com mais profundidade no segundo capítulo.

No entanto, é importante sublinhar aqui que um sujeito pode apresentar algum tipo de sofrimento que os saberes contemporâneos classificaram como *ansiedade* ou *depressão* e, simultaneamente, ser classificado como um *somatizador*. Como será discutido no segundo capítulo, é não somente possível, como também provável, que haja uma continuidade e uma indiferenciação entre diversas síndromes – para usar a linguagem psiquiátrica - ou formas de expressão de uma condição de sofrimento.

Um terceiro ponto que se deve destacar é que o termo *somatização* já implica em uma concepção em que corpo e mente são vistos como distintos, embora haja uma comunicação íntima entre essas duas instâncias. Concepção que permeia o corpo dos saberes modernos ocidentais, onde, evidentemente, esse trabalho está imerso. No entanto, no capítulo terceiro, onde a representação de sofrimento mental das classes populares, o código do *nervoso*, será examinada com mais cuidado, será preciso colocar essa dicotomia entre parênteses, pelo menos temporariamente, até onde permitam nossa concepções dicotômicas.

O que é fundamental destacar no termo *somatização* é a presença de queixas somáticas não explicadas pelos achados patológicos e a seguida procura de ajuda médica.

Todavia, existem tipos de somatização e tipos de *somatizadores*, como bem discorre Sandra Fortes (2004), em sua tese de doutorado. Existem os chamados *somatizadores de apresentação* e os chamados *somatizadores verdadeiros*. Os primeiros se caracterizam pela busca de atendimento médico por queixas somáticas sem substrato orgânico. No entanto, quando questionados a respeito dos motivos de suas queixas, acabam por fazer referências a problemas de ordem relacional de todo tipo. Os segundos são aqueles que, sem apresentar substrato orgânico às suas queixas somáticas, negam qualquer possibilidade de problemas relacionais ou afetivos ligados às tais queixas. Estes últimos pacientes, os *somatizadores verdadeiros*, na pesquisa realizada por Fortes no município de Petrópolis, representavam apenas 10% dos pacientes que buscavam o sistema de saúde por queixas somáticas difusas (Fortes, 2004). Portanto, seria confuso fazer uma revisão bibliográfica tendo como palavra-chave o termo *somatização*, já que existem vários tipos de somatização e que os chamados *somatizadores verdadeiros* não são exatamente aqueles que interessam ao presente trabalho.

A despeito das inúmeras facetas do fenômeno chamado de *somatização*, isto é, busca por ajuda médica através de queixas que não podem ser encaixadas nos diagnósticos médicos de base anatômica ou que não se expliquem pelos achados patológicos, tais quadros são responsáveis por uma parcela significativa da demanda por consultas médicas, gerando importantes gastos na esfera da Saúde Pública:

“Recente estudo da Organização Mundial de Saúde detectou taxas de prevalência global para transtorno de somatização de 0,9% (variando de 0 a 3,8% conforme o local pesquisado), mas de 19,7% (de 7,6% a 36,8%) quando se utilizava de um conceito de transtorno de somatização expandido (subsindrômico)”. (Bombana et al., 2000:3).

O conceito de somatização expandido ou subsindrômico se refere aos quadros que não preenchem exatamente todos os critérios diagnósticos para *transtorno de somatização*,

mas que se caracterizam pela busca de ajuda médica para queixas não objetivadas nos diagnósticos médicos.

Portanto, o que há de mais essencial no termo *somatização*, para o presente trabalho, é a não objetivação das queixas em diagnósticos médicos e a busca de ajuda médica para elas. Todavia, levando-se em consideração as questões expostas acima, o termo *somatização* poderá levar esta pesquisa para um foco mais centrado no âmbito individual e nas minúcias que lhe cabem e, assim, escapar da proposta de examinar esta questão no âmbito coletivo.

O que seria cabível afirmar aqui é que o sistema público de saúde ainda não possui práticas e políticas bem estabelecidas para esse tipo de problemática. Ainda despreparado para de absorver tal demanda em sua integralidade, mas, obviamente não somente por causa desse fato, esse sistema vem atravessando uma crise. Segundo Sabroza:

“O projeto de uma nova Saúde Pública, dirigida a promover a saúde e não preferencialmente a cuidar da doença, deverá então entender e trabalhar a questão de que os homens não têm apenas necessidades, mas também desejos e medos e que o sofrimento precisa ser atendido, inclusive quando os recursos técnicos não são mais capazes de promover a cura, problematizando assim as dimensões contraditórias da relação individual/coletividade. A negação desta dimensão contraditória constitui-se claramente numa limitação ao desenvolvimento de uma nova saúde pública”. (Sabroza, 1994: 2-3).

Na citação acima, destacam-se duas problemáticas também abordadas neste trabalho:

- a) A questão da relação entre o nível individual e o nível coletivo, ou seja, qual a dinâmica entre expressões de sofrimento individuais que tratamos aqui e suas determinações coletivas ou a cultura na qual estão imersas?
- b) A questão referente à acolhida ao sofrimento humano por parte da Saúde Pública.

4. O individual e o coletivo.

No tocante à primeira questão, podemos citar a problemática da determinação e do condicionamento. Ao passo que as questões coletivas determinam questões individuais, as questões individuais condicionam as questões coletivas em sua singularidade (Castellanos, 1987). Existe assim, uma dinâmica complexa entre essas duas esferas, que se influenciam mutuamente.

No que diz respeito à problemática das queixas difusas – partindo do princípio que estas se relacionam com um estado de mal-estar geral ligado à vida de relações e às próprias condições de existência - de acordo com a determinação coletiva, existem, no mínimo, dois pontos a serem considerados:

a) Os sujeitos pertencentes às classes populares estão mais expostos a eventos sociais estressores, por diversos motivos, entre eles, a necessidade de se submeterem a trabalhos em que suas necessidades físicas e subjetivas não são devidamente contempladas (Glina et al., 2001; Jaques, 2003). A não submissão a estes trabalhos pode representar o desemprego ou o trabalho informal e, no caso das mulheres, o trabalho doméstico não remunerado e não reconhecido socialmente.

b) É pouco provável que um sujeito pertencente às classes populares tenha acesso aos recursos terapêuticos e educacionais aos quais um sujeito de classe média ou classe alta dispõe, o que o deixa mais à mercê de seu mal-estar existencial, social, familiar ou laborativo.

No entanto, apesar de todas as limitações que sofrem os sujeitos pertencentes às classes populares, haverá diferenças individuais entre eles: a história de vida, a história familiar, os recursos internos e as redes sociais de cada um.

Dentre um limitado leque de possibilidades para lidar com determinado problema, cada sujeito poderá usar um recurso diferente ou uma combinação de recursos de acordo com uma relação complexa entre sua condição singular, sua condição social e sua cultura.

Sendo assim, é preciso cuidado ao afirmar que as condições sociais de uma determinada população impõem, inequivocamente, agravos de saúde, no caso, o sofrimento expresso em queixas mal-definidas, sintomas depressivos ou queixas somáticas. Esta visão determinista seria pouco útil aos profissionais de saúde, além de resultar em uma condenação, a priori, à doença, daqueles inseridos em situação de pobreza. Por outro lado, é

importante considerar que as condições sociais constituem um dos mais importantes determinantes do processo saúde-doença.

Então, podemos trabalhar aqui com uma relação de determinação e não de determinismo, é importante esclarecer. Isto quer dizer que os fatores individuais e singulares também exercem um papel de condicionamento em relação aos fatores coletivos. Estes, por sua vez, determinam condições de vida e de existência e, como um desdobramento, as condições de saúde. Ou seja, para que um sujeito adoça, entram em jogo fatores individuais e singulares em relação com a determinação coletiva, com a cultura e as condições de vida de uma dada população e de cada sujeito em particular. Essa relação é dinâmica e complexa, principalmente quando se trata de um tipo de agravo que não é orgânico e muito menos transmissível.

Ao trabalharem com a problemática de queixas somáticas difusas não classificáveis em diagnósticos médicos, junto a uma população de características sociais e culturais semelhantes entre si, Waitzkin e Magaña (1997) inferiram que no conteúdo da “caixa-preta” da somatização³ estavam desde fatores de ordem coletiva, como os padrões culturais, até os fatores de ordem mais singular como as experiências e histórias de vida de cada sujeito.

Estes pesquisadores realizaram um estudo em uma clínica comunitária na Universidade do Novo México. Observaram a alta frequência de queixas somáticas difusas em migrantes latinos vindos da América Central: *dores de cabeça, insônia, dores no corpo, dormência, mal-estar, cansaço*. Depois de exaustiva investigação clínica, os autores descartaram a hipótese de qualquer diagnóstico médico na base de tais queixas.

Waitzkin & Magaña (1997) associaram os quadros somáticos apresentados às fortes experiências de vida desses pacientes, entrelaçada com eventos de cunho social importante, como migração forçada, perda de parentes próximos e exclusão social. O artigo afirma também a dificuldade desses pacientes de tecerem o que chamam de “*narrativa coerente*” a respeito dos eventos traumáticos, devido à forte carga afetiva relacionada a estes. Tais eventos são considerados, ao mesmo tempo, coletivos e particulares, visto que fazem parte

³ Aqui uso novamente o conceito de somatização. No entanto, no contexto do artigo citado, o termo se aproxima bastante da problemática apresentada nesse trabalho.

da história de vida dos sujeitos, mas também se relacionam com as condições sociais destes últimos.

Os autores inferiram que a dificuldade para nomear e narrar os eventos traumáticos era, juntamente com a vivência dos eventos sociais stressores, uma das possíveis raízes para os sintomas somáticos não explicados pelos exames clínicos.

O tratamento da maioria destes pacientes foi feito através de psicoterapia, antidepressivos e grupos em que fossem incentivados a falar, recitar poesia e recontar suas histórias de vida, para que, então, ampliassem suas possibilidades de narrativa acerca dos eventos traumáticos e pudessem compartilhar essas experiências entre si, apontando para formas de abordagem dessa problemática.

No entanto, o artigo destes autores (Waitzkin & Magaña,1997) trabalha com o diagnóstico de “*Transtorno de Stress pós-traumático*” como um dos fatores propiciadores das queixas somáticas difusas que se apresentavam na clínica de atenção primária.

É importante considerar, contudo, que as vivências culturais e também as experiências que produzem sofrimento na população migrante vinda da América Central para os Estados Unidos – a população atendida na pesquisa destes autores – apresenta algumas diferenças em relação às experiências das classes populares no Brasil, que não atravessam situações de guerra explícita⁴ e migração forçada como os migrantes da América Central atravessaram, mas sim eventos de privação e violência – em níveis variados - na vida cotidiana. Isto apontaria também para outras expressões de sofrimento que não aquelas enquadradas no diagnóstico de “*Transtorno de Stress Pós-Traumático*”.

5. Transtornos Mentais Comuns

Neste ponto o conceito de *Transtornos Mentais Comuns* (TMC) se torna extremamente útil para o presente trabalho. Sistematizado por Goldberg & Huxley em 1992 (Fortes, 2004), esse conceito pode aglomerar manifestações de perturbação que se caracterizam pela presença de sintomas tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento ou outras

⁴ Embora, em algumas comunidades, a violência chegue a ser tão grande que se aproxime a um estado de guerra.

manifestações que poderiam indicar quadros que a psiquiatria classificaria como *depressivos, ansiosos ou somatoformes*.

Enquanto o conceito de *transtornos mentais comuns* representa um modelo dimensional, os diagnósticos dos manuais de classificação psiquiátrica representam modelos categoriais. Essa diferença será explorada no capítulo II, mas pode-se adiantar que os modelos categoriais são eminentemente *sindrômicos*, isto é, se baseiam em coleções de sintomas observados pelos clínicos. Os modelos dimensionais, por sua vez, se baseiam na relação entre os sintomas individuais, sem referências a coleções de sintomas e às normas estritas dos manuais diagnósticos (Goldberg & Goodyer, 2005).

O que diferencia os *transtornos mentais comuns* das classificações psiquiátricas categoriais é também a idéia de que é altamente provável a existência de um continuum e uma comorbidade entre as diversas categorias diagnósticas clássicas, principalmente, quando se tratam de indivíduos na comunidade ou nos serviços de atenção básica.

Portanto, dentro da categoria dos *TMC* não existe uma preocupação com o perfeito enquadramento nas categorias dos manuais diagnósticos de psiquiatria, mas sim com a detecção de uma forma de sofrimento que produz prejuízos significativos no viver dos indivíduos. Coutinho e colaboradores também apontam para as dificuldades de diagnósticos dos transtornos não psicóticos nos serviços de saúde e na comunidade:

“(...) questões conceituais e metodológicas relativas ao diagnóstico dos distúrbios não psicóticos trazem dificuldades para a distinção entre quadros depressivos, quadros de ansiedade e, em certo grau também de somatização (...) Transtornos não psicóticos, sobretudo quando observados em serviços gerais e na comunidade, costumam apresentar uma importante comorbidade, uma enorme falta de diferenciação entre as síndromes clínicas e um continuum entre funcionamento adaptativo normal e psicopatologia” (Coutinho et al, 1999: 3).

Coutinho e seus colegas realizaram, além de um estudo epidemiológico, uma revisão bibliográfica de outros estudos sobre morbidade psiquiátrica menor e detectou a alta prevalência desses transtornos. Na década de 80 estudos epidemiológicos realizados em serviços primários em São Paulo e Porto Alegre, mostraram que 50% dos pacientes eram

portadores de distúrbios mentais não psicóticos. No Rio de Janeiro, na década de 90, um estudo realizado em um ambulatório universitário, concluiu que 30% dos pacientes eram portadores desses quadros (Coutinho et al. 1999).

A partir desses dados caberia a pergunta: será que quase todo o sofrimento é patológico ou *patologizável*? Será que toda a dor é passível de ser classificável em categorias diagnósticas?

Arrisco aqui afirmar que não e que tais manifestações não são simples *pitis*, mas sim formas de expressão de um sofrimento que transborda pelas queixas difusas e que acaba por levar a um pedido de ajuda através dos serviços de saúde. Transborda por não ter outras vias de expressão, por questões relativas à infiltração mais intensa da realidade social na vida íntima e emocional dos sujeitos (e à própria inseparabilidade das duas esferas) e também a uma forma cultural de se expressar.

Os estudos epidemiológicos, para determinar a prevalência de *transtornos mentais comuns* em comunidades ou em serviços de atenção básica usam, em sua maioria, como instrumento de pesquisa, o *Self Reporting Questionnaire*⁵ (SQR) e, uma parte deles, a entrevista psiquiátrica como padrão-ouro⁶. O SQR é um questionário composto por vinte perguntas com resposta tipo sim/não. As perguntas incluem questões sobre dores de cabeça, falta de vontade de realizar as tarefas diárias, má digestão, insônia, sentimentos de tristeza, nervoso, tremores, facilidade de assustar-se, entre outras. A partir de oito respostas positivas, os entrevistados são considerados suspeitos para *TMC*.

Tais estudos apontam para a maior prevalência de *Transtornos Mentais Comuns* em populações com baixa renda, baixa escolaridade, em mulheres, migrantes, desempregados e trabalhadores informais, além de alta prevalência nos usuários dos serviços de atenção básica (Araújo et al, 2005; Costa& Ludemir, Coutinho et al, 1999; Fortes, 2004; Ludemir, 2000; Ludemir, 2005; Ludemir & Filho, 2002; Maragno et al, 2006; Patel et al., 1999; Patel&Kleinman, 2003).

No Brasil e nos países de economia periférica a relação entre a baixa escolaridade, baixa renda e altas taxas de prevalência de *TMC* é um consenso entre os estudos epidemiológicos. Entretanto, nos países considerados *desenvolvidos*, a variável “baixa

⁵ Um exemplar do SQR está no capítulo que versa sobre os Transtornos Mentais Comuns.

⁶ O padrão-ouro é o instrumento escolhido pelo pesquisador como o mais fidedigno para detecção de um diagnóstico em pesquisas epidemiológicas.

escolaridade” não se relaciona com altas taxas de *TMC*, mas sim com a variável *baixa renda* (Patel&Kleinman,2003). Essas associações apontam para a diferença de condições de vida dos sujeitos com baixos níveis de escolaridade nos países de economia periférica e nos países de economia central.

As associações citadas acima sublinham a idéia de que, também no campo das doenças não transmissíveis, a relação entre o nível individual e o coletivo é tão íntima como no campo das doenças transmissíveis. A separação entre esses dois níveis – o individual e o coletivo - pôde ser útil para o desenvolvimento da ciência biomédica convencional tal qual ela se apresenta na modernidade. No entanto, os fenômenos podem ser vistos através de ângulos que mostrem fronteiras mais difusas entre os níveis individuais e coletivos do que as concepções modernas e cartesianas suporiam, principalmente quando tratam de fenômenos humanos e sociais.

É igualmente importante lembrar, embora seja óbvio para uma grande maioria, que qualquer discurso acadêmico e científico, ou de qualquer outro tipo, pertence a um contexto histórico e social, assim como a um determinado momento de desenvolvimento do saber ao qual pertence (Fourez, 1995).

Portanto, ao abordar o fenômeno das queixas difusas não classificáveis nos diagnósticos médicos de base anatômica, não há como escapar de algumas limitações dadas pelo próprio contexto no qual se insere o presente trabalho, isto é, as limitações do conhecimento desenvolvido a respeito do tema até o presente momento, as limitações de tempo e as limitações próprias do olhar da autora.

Não se pode enxergar um fenômeno em sua totalidade e nem colocá-lo em um ângulo de trezentos e sessenta graus. Portanto, escolhi aqui o recorte que privilegia a relação entre o nível individual e nível coletivo, naquilo que se refere às queixas somáticas difusas não classificáveis nos diagnósticos médicos de base anatômica.

Apesar da problemática a respeito da relação entre o nível individual e o nível coletivo apresentar diversos aspectos e apesar das limitações desse trabalho, o mínimo que se poderia afirmar é que uma expressão de sofrimento individual se relaciona visceralmente com as condições sociais e também com os códigos culturais nas quais está imersa, apesar de carregar também sua singularidade. Os aspectos coletivos não eliminam a forma singular

como cada sujeito apresentará seu sofrimento e a forma singular de cada sujeito sofrer não invalida suas raízes coletivas.

Assim, as condições sociais mais concretas das populações vulneráveis serão examinadas no capítulo de revisão a respeito dos *Transtornos mentais Comuns*. Os artigos que tratam dessa problemática investigam a relação entre variáveis sócio-demográficas e os *transtornos mentais comuns* em comunidades e também em alguns serviços de saúde.

6. Código do Nervoso

Os códigos culturais serão examinados no capítulo a respeito do código do *nervoso*.

E porque seria importante investigar as representações de doença e sofrimento nas classes populares? Por que o estudo da representação de doença e sofrimento nas classes populares – que se realizará através de uma revisão da literatura a respeito do código do *nervoso* – pode dar pistas importantes a respeito das queixas difusas, que são o núcleo de investigação desse trabalho, em seu aspecto coletivo.

Mas o código do *nervoso* e os *transtornos mentais comuns*, expressos em queixas difusas, se equivaleriam?

O primeiro ensaio de resposta para esta pergunta, aqui na introdução, é não. Não há equivalência possível entre conceitos que pertencem a matrizes paradigmáticas diferentes⁷, como a antropologia - que trata do código do *nervoso* - e a epidemiologia psiquiátrica - que trata dos *transtornos mentais comuns*.

Vasconcelos (2002), faz referência à noção de paradigma por meio de diversas asserções, entre elas:

“(...) uma promoção/seleção dos conceitos-mestres da inteligibilidade das concepções científicas e teorias que, por outro lado, excluem ou subordinam os conceitos que lhes são antagônicos” (Vasconcelos, 2002:60).

O autor diferencia, com base em Edgar Morin, *paradigma da simplicidade* e *paradigma da complexidade*. Isto é, enquanto o primeiro “*fragmenta o mundo objetivo em*

⁷ Para um aprofundamento maior do tema, ver capítulo 2 de “*Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*” de Eduardo Mourão Vasconcelos, Editora Vozes, 2002.

unidades mais simples para seu exame (...), fragmentando os contextos, globalidades e complexidades” (Vasconcelos, 2002:61), o segundo considera a inseparabilidade de elementos diferentes, constitutivos do todo.

Em relação a fenômenos complexos, isto é, fenômenos com múltiplas facetas, abordáveis por paradigmas diferentes, o autor afirma:

“Os fenômenos complexos são marcados pelos processos de emergência, pelos quais propriedades novas/diferentes surgem a partir da interação das partes ou dos diferentes níveis de realidade ou organização, marcando a necessidade de diferentes epistemologias e paradigmas para a abordagem dessas descontinuidades” (Vasconcelos, 2002:62).

Considerando a multidimensionalidade do fenômeno das queixas difusas, não se deseja aqui – e nem seria possível – uniformizar e homogeneizar formas de abordar essa problemática, mas sim traçar semelhanças e diferenças.

Assim, procura-se aqui uma abordagem interdisciplinar complexa e não linear em relação ao fenômeno que trabalhamos. Isto significa que, embora apontemos para aproximações, não buscaremos a tradução de um conceito em outro e consideraremos também as descontinuidades entre eles.

O código do *nervoso*, inclusive, pode designar uma infinidade de estados de perturbação, que vão desde os transtornos leves até estados muito graves, que, se fossem traduzidos para uma linguagem psiquiátrica, não se aproximariam dos *transtornos mentais comuns*.

No entanto, existem pontos de contato importantes que serão examinados em um momento posterior, sendo o principal deles o continuum entre a apresentação de sintomas que os saberes modernos ocidentais dividem em somáticos e psíquicos.

Existem também diferenças significativas: ao passo que os estudos epidemiológicos procuram capturar o fenômeno do sofrimento nas classes populares através de relações estatísticas significativas entre variáveis sócio-demográficas e maior ou menor prevalência de *transtornos mentais*, os estudos antropológicos, por sua vez, procuram capturar a forma como as classes populares concebem seu sofrimento, a noção de corpo e a própria noção de

pessoa. Essa noção é chave para a compreensão das queixas difusas não classificáveis nos diagnósticos médicos de base anatômica.

Que não podemos fazer equivaler conceitos, já sabemos. Mas ainda resta a pergunta: esses conceitos diferentes tratam do mesmo fenômeno? O que se pode responder até então é que os dois conceitos, dentro da abordagem de duas disciplinas diferentes, nos ajudam a compreender esse conjunto de expressões de sofrimento nas classes populares. Expressões que não são doenças orgânicas e se situam em uma fronteira entre o aquilo que se apresenta como somático e aquilo que se apresenta como psíquico, para usar as concepções dicotômicas de corpo e mente. Concepções estas próprias dos saberes modernos ocidentais, onde estamos inseridos.

O código do *nervoso*, essa importante representação de perturbação entre as classes populares, pode apresentar variadas definições, de acordo com cada autor. Contudo, seu ponto chave é apresentação simultânea de queixas somáticas e queixas não somáticas unidas em uma expressão de sofrimento.

O *nervoso*, no discurso popular, pode incluir *dores no corpo*, *dores de cabeça*, *fraqueza*, *zoada nos ouvidos*, *nervosismo*, *problemas no sono*, *irritação*, *vontade de bater nos filhos*, *na mulher ou em membros da família* (Costa, 1987; Duarte, 1986; Guarnaccia & Farias, 1988; Hita, 1998; Rozemeberg, 1994).

A hipótese central de Duarte (1986; 1993; 1998; 2003) é que o código do *nervoso* representa não somente uma forma de conceber a experiência de sofrimento, mas também uma forma de conceber a pessoa. Para o autor, as classes populares resistiriam à concepção individualista, moderna ocidental que demarca fronteiras nítidas entre sujeito e mundo e também entre mente e corpo.

Portanto, a concepção do *nervoso* seria eminentemente *holista*, isto é, corresponderia às concepções das sociedades tradicionais, onde as fronteiras entre sujeito e mundo, entre mente e corpo seriam menos marcadas e mais difusas, devido à ênfase no todo e não na parte. Essa seria a explicação para expressões tais como “*fígado opilado pelo que sofreu com o marido*”; “*fraqueza nos nervos*”; “*nervoso pelo corpo inteiro*” e outras que caracterizam a presença simultânea de perturbações de ordem física e perturbações da ordem que se opõe ao físico como ordem *moral*, *mental* ou *psíquica*.

Duarte (1986; 1998) chama essa apresentação simultânea de sintomas físicos e não físicos, característica do código do *nervoso*, de *perturbações físico morais*. O autor usa o termo *moral* e não *psíquico* ou *mental*, justamente para marcar um certo distanciamento dos saberes modernos ocidentais, que separam tão nitidamente as fronteiras entre corpo e alma ou psique.

É importante ressaltar que a abordagem antropológica difere da abordagem usada nos estudos de epidemiologia psiquiátrica na medida em que visa compreender o universo daqueles que sofrem a partir de suas próprias narrativas acerca de seu sofrimento, em contraposição à abordagem da epidemiologia, que procura capturar o fenômeno em sua dimensão diagnóstica, estatística e social. No entanto, considera-se aqui a importância e complementaridade das duas abordagens: a primeira focando as representações sociais de sofrimento mental por parte dos próprios sujeitos e a segunda os aspectos epidemiológicos de uma manifestação que já pode ser considerada endêmica.

Contudo, é essa apresentação simultânea de queixas físicas e não físicas, unidas em uma expressão de sofrimento como demanda de atenção em saúde, que interessam ao presente trabalho, mesmo que não se possa fazer e nem se pretenda, uma correspondência perfeita entre conceitos que pertencem a campos paradigmáticos diferentes.

7. A possibilidade de uma pesquisa interdisciplinar

Na presente dissertação, partimos do pressuposto que é possível procurar enxergar o fenômeno das queixas difusas sob ângulos diferentes. Assim, usaremos três ângulos através dos quais se considera possível abordar essa problemática.

1) Em Saúde Pública, é na atenção básica, principalmente, que essa manifestação de sofrimento se apresenta como demanda de saúde; daí, contextualizaremos brevemente, através de revisão bibliográfica, como a saúde mental está se inserindo na atenção básica e, conseqüentemente, como são as possibilidades de atenção a essa demanda no campo da saúde pública.

- 2) As pesquisas epidemiológicas relativas à prevalência de *transtornos mentais comuns* em comunidades ou em unidades de atenção básica publicada em trabalhos científicos, que darão um panorama a respeito desse tipo de manifestação nas populações.
- 3) Os trabalhos de antropologia social sobre a concepção de perturbação, doença e sofrimento nas classes populares, clientela majoritária dos serviços públicos, através dos estudos sobre o código do *nervoso*.

Outros ângulos seriam possíveis, como aqueles que teriam como matriz outras disciplinas compatíveis com o tema, tais como a psicanálise e as diversas correntes de psicologia, bem como a etnopsiquiatria e a etnopsicologia. No entanto, foi preciso fazer um recorte.

O recorte feito aqui privilegiou a relação das manifestações individuais das queixas difusas com seu aspecto coletivo. Ainda dentro desse recorte outras disciplinas seriam possíveis, além daquelas escolhidas nesse trabalho. Todavia, os enfoques escolhidos aqui falam de aspectos fundamentais, no ponto de vista da autora: o atendimento dessa demanda na atenção básica, a prevalência dessas manifestações na população e concepção de perturbação e sofrimento do ponto de vista de quem sofre⁸.

É preciso ainda sublinhar - mesmo que seja evidente para a maioria dos possíveis leitores - que o presente trabalho, ao abordar um fenômeno multidimensional, prevê a impossibilidade de abarcá-lo integralmente. Portanto, foram escolhidos apenas três ângulos para lançar luz sobre o fenômeno, a saber, as queixas difusas como demanda de atenção em saúde. Ângulos relevantes do ponto de vista de quem escreve.

Evidentemente não se pode afirmar que as três abordagens – integração saúde mental e atenção básica, a epidemiologia dos chamados *transtornos mentais comuns* e os estudos a respeito do código do *nervoso* - tratam do mesmo fenômeno. Também não se pode estabelecer um paralelo linear entre os conhecimentos e as revisões bibliográficas que se seguirão.

⁸ Se a antropologia consegue ou não esse “transporte” para o mundo do estranho e diferente, não se pode afirmar com absoluta certeza. Contudo, pode-se inferir, no mínimo, que a antropologia se propõe à compreensão daquilo que parece estranho. Essa atitude é necessária por nos possibilitar exercitar uma certa relativização de nossa perspectiva etnocêntrica no momento de avaliar um fenômeno com dimensões claramente culturais, que ocorrem em grupos sociais diferentes daqueles aos quais nós, profissionais de saúde, geralmente pertencemos.

Vasconcelos (2002) se refere à abordagem interdisciplinar como interação de campos disciplinares ou paradigmáticos diferentes. Para tanto usa o exemplo de três campos de saber representados por três quebra-cabeças que se inter relacionam: A, B, e C. A partir de tal exemplo, afirma:

“(...) o mesmo campo de conhecimento do quadro A foi colocado em interação com B e C, modificando sua configuração neste trabalho específico pelo debate e aprendizagem mútuos do processo de interação. Constatou-se uma possibilidade de aproximação com o campo de conhecimento B, sem, entretanto, configurar justaposição ou complementação linear, de forma eclética e acrítica ” (Vasconcelos, 2002: 174).

O autor está se referindo à possibilidade de relacionamento entre diferentes campos do saber, sem, no entanto, procurar o perfeito encaixe de todas as peças de cada conhecimento específico com os outros conhecimentos com os quais vai se relacionar em uma abordagem interdisciplinar. Essa tentativa de tradução e perfeito encaixe de um campo disciplinar em outro representaria sim a busca de um paralelo linear entre paradigmas diferentes.

Assim, dentro de uma perspectiva interdisciplinar não linear, três revisões se seguirão. A primeira se propõe a uma contextualização a respeito de como vem sendo tratada essa demanda de atenção nos serviços públicos, dá um panorama geral das pesquisas recentes, embora indique a necessidade de mais pesquisas e principalmente ações no âmbito da saúde mental na atenção básica.

As revisões dos estudos epidemiológicos e dos estudos antropológicos, dentro de dois campos diferentes do saber, de duas matrizes paradigmáticas diferentes, tratam sim de manifestações de perturbação e sofrimento que aparecem principalmente – mas não exclusivamente - entre as classes populares e que sugerem um continuum entre sintomas que costumamos dividir em somáticos e psíquicos.

Vasconcelos (2002) aponta as dificuldades básicas das pesquisas interdisciplinares realizadas por investigadores individuais. O autor cita, entre outros

requisitos, a necessidade de um conhecimento mínimo a respeito dos campos do saber em que o investigador pretende entrar.

No caso da presente dissertação, o conhecimento foi se construindo a medida em que se adentrava pelos principais campos de saber abordados nesse trabalho.

Nesse sentido, é possível que haja uma lacuna no que se refere aos conhecimentos de base, mais aprofundados, nas disciplinas escolhidas. No entanto, ainda assim, a escolha de adentrar por campos de saber não completamente conhecidos pela autora foi tomada e seguiremos para olhar o fenômeno das queixas difusas através dos ângulos escolhidos aqui.

8. Dos objetivos do presente trabalho

O objetivo geral dessa dissertação é realizar uma revisão bibliográfica acerca do fenômeno das queixas difusas, dos *transtornos mentais comuns* e do *nervoso*, como demanda de atenção em saúde e como forma de expressão de sofrimento, na bibliografia científica relevante disponível no Brasil, oriunda do campo da saúde pública, da epidemiologia e da antropologia social.

Em termos específicos, os objetivos são:

1) Localizar brevemente como se situa o acolhimento a essas queixas na esfera da Saúde Pública, fazendo uma breve contextualização, através de revisão bibliográfica, a respeito da integração saúde mental/atenção básica.

2) Montar um panorama a respeito da prevalência dos *transtornos mentais comuns* nas populações, através de revisão dos estudos epidemiológicos sobre o tema.

3) Abordar a concepção de perturbação e sofrimento, através de revisão a respeito do código do *nervoso*, nas classes populares, usuárias dos serviços de saúde pública.

4) A partir das revisões bibliográficas citadas, discutir alguns dos núdulos centrais das manifestações de sofrimento nas classes populares e suas implicações para as práticas de saúde e para os programas de atenção básica em saúde.

9. Metodologia

A revisão bibliográfica constitui, segundo Vasconcelos:

“(...) um procedimento exploratório bastante utilizado para avaliação da literatura dentro de pesquisas mais amplas. Representa uma modalidade estratégica de abordagem a ser utilizada dentro de seções particulares de pesquisas inspiradas no paradigma da complexidade(...)”(Vasconcelos, 2002:159).

Como a revisão bibliográfica não exige exaustividade, diferente de uma *avaliação do estado da arte* (Vasconcelos, 2002), foram escolhidos os trabalhos mais relevantes em cada área, de acordo com os critérios que serão descritos nos subitens que se referem à metodologia de busca para bibliografia de cada capítulo.

Para cumprir os objetivos do presente trabalho, foram necessárias duas estratégias de busca para ter acesso às diferentes bibliografias de base, cada uma referente a um capítulo.

A revisão bibliográfica em cada uma das três áreas citadas acima foi feita de forma diferente. A literatura da epidemiologia psiquiátrica a respeito dos *transtornos mentais comuns*, assim como aquela que se refere a pesquisas sobre a situação de integração entre saúde mental e atenção básica, são mais recentes e facilmente encontradas nas bases de dados e bibliotecas virtuais em saúde, onde foram, de fato, encontradas muitas fontes. A literatura da antropologia, ao contrário, é mais antiga e conta com poucas referências nas bases de dados de virtuais⁹. Assim, foi procurada com outras estratégias que serão explicitadas adiante.

Os artigos, assim como os relatos de pesquisas recentes, foram priorizados nos capítulos I e II, por trazerem dados mais atuais em relação aos temas abordados. No entanto, outras fontes foram usadas, entre elas, aquelas indicadas por especialistas¹⁰.

⁹ Abordaremos, no capítulo I, os motivos pelos quais a literatura a respeito do código do *nervoso* ter sido publicada, em sua maioria, na década de 80, apesar de haver algumas referências da década de 90 e menos ainda na presente década. No entanto, pode-se adiantar aqui que não se trata de uma negligência em relação aos trabalhos atuais, mas sim um fenômeno associado às demandas sociais de produção de conhecimento, de claro caráter histórico, como veremos.

¹⁰ Principalmente pelos orientadores da presente dissertação.

Nem toda a bibliografia usada integrou o texto de cada capítulo, pois, como destaca Alves-Mazotti (2001), existem dois tipos de revisão: aquela que o pesquisador usa para ter clareza a respeito das questões teórico-metodológicas relativas ao tema escolhido e aquela que vai integrar o relatório de estudo. Sendo assim, parte da bibliografia foi usada para o aprofundamento nos temas em questão.

Realizada a revisão bibliográfica para elaboração de cada capítulo, foram priorizados os temas mais relevantes, apontando os consensos e controvérsias entre autores, quando estes foram identificados. Essa forma de abordagem em revisões bibliográficas é apontada por Alvez-Mazzotti (2001) como uma forma de evitar a descrição monótona de estudo por estudo.

9.1 Busca de material sobre a integração entre saúde mental e atenção básica

Para buscar material a respeito da integração entre saúde mental e atenção básica - já que é nesta última esfera que as queixas difusas costumam se manifestar como demanda de atenção em saúde - foi realizada busca bibliográfica na *Lilacs*. Com as palavras *saúde mental e atenção básica* foram apresentados 94 trabalhos. Desses 94 trabalhos, apenas 26 correspondiam ao tema a que se refere o capítulo: questões relativas à integração entre saúde mental e atenção básica no Brasil. Desses 26 trabalhos, entre monografias, dissertações, teses e artigos, cujos resumos estavam expostos, se conseguiu ter acesso na íntegra a 5 artigos e 2 dissertações de mestrado, embora os resumos tenham servido para um panorama das pesquisas que tem sido feitas a respeito da integração entre essas duas esferas.

Não foi colocada data limite para data de publicação dos trabalhos, visto que a integração entre saúde mental e atenção básica é recente e, por si só, já delimita um período que começa com a reforma psiquiátrica e com a reforma sanitária que estão se construindo, em termos de práticas, até os dias de hoje.

9.2 Busca de material a respeito dos *transtornos mentais comuns*

A busca dos artigos a respeito dos *transtornos mentais comuns* foi feita através da Lilacs, usando a palavra chave “*Common Mental Disorders*”. Optou-se por usar a palavra em inglês, ao contrário do que foi feito para o primeiro capítulo, pois foram apresentados mais resultados com esta, mesmo se tratando da realidade brasileira.

Foram selecionados os artigos que se referem à realidade do Brasil, mesmo que publicados em inglês. Foram excluídos os artigos que não tinham os *transtornos mentais comuns* como tema central ou que os relacionava com temas que se distanciam do presente trabalho, como por exemplo, a ocorrência de doenças respiratórias e outros, mais periféricos em relação ao foco dessa dissertação. Tomando como base esses critérios de inclusão e exclusão, ficaram 13 artigos, que foram usados na íntegra, sendo que, desses 13, 2 não se referem diretamente a populações brasileira, mas a populações de países periféricos.

Foi acrescentada na bibliografia uma tese de doutorado em epidemiologia, publicada no Instituto de Medicina Social da UERJ, de autoria de Sandra Fortes (Fortes, 2004). A inclusão dessa tese foi fundamental para aprofundar o conceito de *transtornos mentais comuns*, assim como para esclarecer questões referentes a essa problemática dentro do sistema de saúde, de forma mais ampla que os artigos.

Foi usada essa tese e não o original “*Common Mental Disorders*” de Goldberg&Huxley, de 1992, que sistematizou originalmente o conceito de *transtornos mentais comuns*, devido a grande dificuldade de busca do mesmo, que estava esgotado inclusive nas livrarias e sebos internacionais que prestam serviço através da internet. O que se conseguiu depois de pedidos extraviados, foi o livro atualizado “*The Origins and course of Common Mental Disorders*”, de Goldberg & Goodyer de 2005, que chegou pelo correio quando essa dissertação já estava sendo finalizada, sendo possível uma leitura superficial e a utilização de apenas alguns de seus trechos.

9.3 Busca de material a respeito do código do *nervoso*

Na literatura de antropologia, os artigos não foram buscados em bases de dados, visto que estas não apresentaram resultados satisfatórios em uma primeira busca exploratória, durante a elaboração do projeto de dissertação.

Portanto, a busca foi feita “manualmente”, isto é, foram feitas buscas na biblioteca da ENSP/Fiocruz, nos volumes de antropologia da saúde. Além disso, foi feita uma busca do Currículo Lattes de um dos maiores pesquisadores do assunto no Brasil, Luis Fernando Dias Duarte. De seu currículo Lattes foram tirados artigos de sua autoria que poderiam contribuir para o presente trabalho, além de sua famosa pesquisa de doutorado, publicada em livro, “*Da vida nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas*”, já usado no projeto de dissertação.

Acrescentou-se aos artigos publicados em volumes de antropologia da saúde, algumas das referências bibliográficas citadas nestes. Os critérios de inclusão foram artigos que trabalhassem principalmente com populações brasileiras. No entanto, alguns artigos a respeito de migrantes latinos nos Estados Unidos foram acrescentados às referências, devido à semelhança na ênfase de alguns temas levantados também por estudos nacionais – como a medicalização do *nervoso* e as narrativas acerca de condições de trabalho e exclusão social - e também as críticas de Duarte a alguns desses trabalhos.

Sendo assim, para o capítulo a respeito do código do *nervoso*, foram selecionados 12 artigos, 2 livros e um capítulo de livro, além de algumas bibliografias de base que já haviam sido usadas no projeto de dissertação.

Capítulo I

Saúde Mental na Atenção Básica

1.1 Saúde Mental na Atenção Básica: Introdução ao Capítulo

“Há um questionamento que se difunde entre profissionais de saúde: se a maneira como o atendimento de saúde se estrutura no Brasil é capaz de lidar com o que alguns chamam de sofrimento difuso apresentado pelas classes populares. Alguns profissionais estimam que quase 60% das consultas tratam de problemas psicossomáticos, em que o tempo necessário para lidar com cada paciente não se coaduna com a relação eficiência/eficácia.”(Valla, 2001: 43).

Esse capítulo tem por objetivo abordar a questão que se refere ao acolhimento das queixas difusas, traduzidas, muitas vezes, por *transtornos mentais leves*, nos serviços de atenção básica, onde, aparecem como demanda de atenção em saúde (Carvalho et. al, 1994; Fortes, 2004; Mari et al., 1986; Maragno et al, 2005).

Para tanto não se pretende aqui entrar nas minúcias da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, mas sim levantar brevemente algumas questões históricas da integração entre saúde mental e atenção básica, assim como pesquisas recentes, que versam a respeito das dificuldades práticas relativas à implantação das diretrizes de saúde mental em alguns serviços (Amaral, 1997; Brêda & Augusto, 2001; Brêda et al, 2005; Silveira, 2003).

No entanto, é preciso lembrar que o presente capítulo foi elaborado exclusivamente através de revisão bibliográfica. Portanto, quando se trata da realidade de serviços de atenção básica, publicadas em artigos ou dissertações, o relato feito aqui remete a experiências de terceiros e, assim, sofre uma limitação por não partir da experiência direta da autora, seja na prática dos serviços de atenção básica, seja em uma pesquisa de campo com profissionais ou usuários.

1.2 Breve contextualização histórica a respeito da integração entre saúde mental e atenção básica

Historicamente, desde o final da década de 1970, foram implantados sucessivos planos federais, estaduais e municipais no intuito de integrar a saúde mental à rede básica de saúde, dentro da proposta de um sistema único, regionalizado e descentralizado (Vasconcelos, 1992).

No contexto mundial, a partir da Conferência de Alma Ata, em 1978, as discussões sobre Atenção Primária em Saúde foram intensificadas, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a campanha “Saúde para Todos no Ano 2000” (Souza, 2004).

A OMS e sua subsidiária em nosso continente, a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), passam a reconhecer na atenção primária uma estratégia fundamental para reformar e reorganizar os sistemas de saúde nacionais, assim como para alcançar a meta estabelecida de “*saúde para todos*”, tomando a Atenção Básica como porta de entrada nos sistemas de saúde, para que fosse garantido o acesso a todos os usuários (Souza, 2004).

No Brasil, entre 1977 e 1978, foi feita a implantação do PISAM (Projeto Integrado de Saúde Mental), que previa o treinamento do médico generalista para atenção primária em saúde mental, assim como previa também a integração das ações relativas à saúde mental com as demais equipes de saúde e o encaminhamento dos casos mais graves para as equipes de saúde mental. Na mesma direção, o CONASP (Conselho Consultivo da Administração Previdenciária), lançado em 1982, priorizava o médico generalista no atendimento à saúde mental na atenção básica (Pereira, 2004)¹¹.

Nessa mesma época, mais precisamente, em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que mais tarde se desdobrou nos movimentos da reforma psiquiátrica e da luta anti-manicomial, composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, membros de associações de profissionais, sindicalistas e pessoas com histórico de internações psiquiátricas. É esse movimento que começa a construir, coletivamente, uma crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência aos usuários de saúde mental, assim como ao próprio saber psiquiátrico hegemônico até então (BRASIL, 2005).

¹¹ A recepção dos *transtornos leves* ou *graves* pelo médico generalista acabou causando problemas referentes a prescrições abusivas de benzodiazepínicos e medicalização de problemas psicossociais, que discutiremos mais adiante.

A partir dos anos 80 começam os movimentos de descentralização administrativa nas políticas de saúde, de universalização do acesso e de reorganização jurídico-institucional, que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde, pela Constituição de 1988. (Souza, 2004).

Nessa década o modelo preventivista norte-americano ainda orientava a reforma da assistência em saúde mental, expandindo a rede ambulatorial com a intenção de evitar o alto índice de internações nos hospitais psiquiátricos. No entanto, a ambulatorização da assistência não se tornou um mecanismo efetivo para criar dispositivos verdadeiramente substitutivos ao hospital psiquiátrico, por diversos motivos, entre eles, a manutenção de um modelo biomédico e psicológico inspirado nas práticas das clínicas particulares (Vasconcelos, 1992; 2000).

Os profissionais de saúde mental, alocados em sua maioria nos serviços ambulatoriais, tinham como clientela principalmente as classes populares. É nesse momento histórico que florescem os estudos antropológicos a respeito das representações de perturbação e sofrimento nesse segmento da população: os estudos a respeito do *nervoso*. Essas pesquisas passam a apontar com maior ênfase para a relativização dos saberes médicos ou psicológicos hegemônicos, assim como para os descompassos culturais entre profissionais e clientela^{12 13}.

Considerando a insuficiência da simples expansão da rede ambulatorial, passam a surgir as primeiras propostas de reorientação da assistência e dos modelos de serviço em saúde mental. É fundado o primeiro CAPS em São Paulo, em 1987. Em 1989 começa o processo de intervenção na Secretaria Municipal de Saúde de Santos, que fecha a Casa de Saúde Anchieta, um lugar de maus tratos e morte de pacientes, e começa a se construir uma rede de cuidados substitutivos, que demonstrou a possibilidade de colocar os princípios da Reforma Psiquiátrica na prática (BRASIL, 2005).

No final da década de oitenta, os novos paradigmas da Reforma Sanitária e Psiquiátrica se desdobraram em políticas de saúde que pudessem oferecer uma forma de atenção mais complexa, um atendimento baseado nos princípios da integralidade,

¹² Comunicação Pessoal de Eduardo Vasconcelos.

¹³ Devido a esse contexto, boa parte dos estudos a respeito do *nervoso* se concentram na década de 80 e se tornam menos visados nas décadas seguintes, quando a produção de literatura e a atenção dos profissionais em saúde mental vai se centrar muito mais na reorientação do paradigma psiquiátrico hegemônico e na reformulação da visão sobre a doença mental.

universalidade e equidade, assim como no respeito à subjetividade dos usuários dos serviços de saúde, substituindo a concepção de doença pela concepção de *existência-sofrimento* e valorizando a adoção do território como espaço social para o exercício da cidadania (Brêda et al, 2005).

Em 1990, a Conferência de Caracas, afirma a impossibilidade da assistência psiquiátrica convencional “(...) *alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo*” (Conferência de Caracas, 1990). Assim, afirma o atendimento primário em saúde e os sistemas locais em saúde (SILOS) como estratégias para “(...) *desenvolver programas baseados nas necessidades das populações de forma descentralizada, participativa e preventiva*” (Idem). Com o intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, enfatiza a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário em Saúde, para permitir “*a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais*” (Idem).

A partir de 1992, em diversos estados brasileiros, são aprovadas as primeiras leis, inspiradas em um projeto de lei proposto pelo deputado Paulo Delgado, que determinam a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental. O compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e a II Conferência Nacional de Saúde Mental, idealizada em 1992, criaram as condições para formulação e implementação das primeiras normas federais para regulamentar o financiamento, a implantação de serviços de atenção diária e para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Em 2001 a Lei Paulo Delgado é sancionada, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, dispondo sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e privilegiando o oferecimento de serviços de base comunitária.

No mesmo ano, a III Conferência Nacional de Saúde Mental consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo e define as diretrizes do modelo assistencial em saúde mental. No capítulo que versa sobre o acesso, o documento afirma: “*Estabelecer como porta de entrada da rede de saúde mental as Unidades Básicas de Saúde, preferencialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família*” (BRASIL, 2002: 48).

No que diz respeito às ações de saúde mental na atenção básica, o mesmo documento afirma a necessidade de ênfase na rede básica como “(...) *um conjunto de unidades e ações articuladas em um território sob o eixo do acolhimento, do vínculo e da heterogeneidade (...)*” (BRASIL, 2002: 48).

O parágrafo 129 do relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental propõe: “(...) *priorizar as ações de cuidado de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade (...)*”(BRASIL, 2002: 49).

A capacitação em saúde mental das equipes mínimas de PSF é proposta como estratégia para garantir a integralidade das ações e as equipes especializadas em saúde mental, específicas ou de serviços de saúde mental já existentes, serviriam como referência para assessoria ou atendimento.

No último parágrafo que versa sobre a Atenção Básica, a III Conferência propõe: “*As equipes multiprofissionais de saúde mental que trabalham junto ao PSF atenderão prioritariamente aos casos graves e observarão a seguinte proporção para sua constituição: um profissional de saúde mental para cada duas equipes de Saúde da Família (...)*”(BRASIL, 2002: 50).

No que tange ao financiamento, a III Conferência propõe “*garantir a imediata inversão de prioridades no financiamento da política de saúde mental, na proporcionalidade de 80% para a rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar (...)*”(BRASIL, 2002: 86).

Essa rede substitutiva inclui serviços de atenção básica, de atenção diária (CAPS, NAPS, hospitais-dia), moradias, atenção à dependência química, atenção à infância e adolescência, a deficientes mentais, à mulher, ao indígena, ao idoso, à saúde mental nos hospitais gerais, à emergência psiquiátrica, aos serviços de interconsultas, à convivência e geração de renda (BRASIL, 2002).

Assim, na direção de desconstruir o modelo hospitalocêntrico, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil procurou reverter os recursos antes dirigidos prioritariamente aos Hospitais Psiquiátricos para os serviços substitutivos ao manicômio. Foram feitos investimentos em serviços ambulatoriais e de reabilitação, como CAPS

(Centro de Atenção Psicossocial), Hospitais Dia e outros, em prol da criação de dispositivos substitutivos de saúde mental (BRASIL, 2005).

No entanto, apesar dos esforços na reversão desses investimentos, os hospitais psiquiátricos ainda recebem um elevado percentual dos recursos dirigidos à saúde mental. Em 1992, 93% dos recursos destinados à saúde mental eram dirigidos aos hospitais psiquiátricos; em 2004 esse percentual se reduz para 64% sendo, ainda um percentual elevado (BRASIL, 2005).

O restante dos recursos se destinam, em grande parte, para a estruturação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, instrumentos fundamentais para a realização da reforma psiquiátrica. Além disto, esta tem como uma de suas metas reduzir gradativamente o número de leitos hospitalares. Essa redução, por sua vez, diminuiria os recursos destinados aos hospitais psiquiátricos, como parte das ações que tem como objetivo efetivar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira: *desinstitucionalização, desospitalização e garantia dos direitos aos doentes mentais*, enunciadas na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, em Caracas, em 1990, referendadas na II e na III Conferência Nacional de saúde Mental, em 1992 e em 2001, respectivamente.

Em 2005, acontece a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, novamente de âmbito latino-americano, que lança um documento, intitulado “*Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*”. Esse documento afirma, mais uma vez, a importância dos serviços comunitários, de base territorial e propõe o apoio matricial das equipes de saúde mental às equipes de atenção básica, como um arranjo organizacional que permitiria o suporte técnico e o aumento da capacidade resolutive das equipes locais. As equipes matriciais de saúde mental, alocadas nos CAPS ou em serviços especializados, dariam suporte às equipes mínimas, proporcionando capacitações, supervisões a atendimentos conjuntos, quando necessário. A responsabilidade compartilhada entre as equipes mínimas de saúde da família e as equipes matriciais seria uma forma de evitar encaminhamentos desnecessários (BRASIL, 2005).

Além disso, o mesmo documento reafirma a importância da rede de cuidados e discorre sobre as estratégias de desospitalização, redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a implantação da rede de serviços substitutivos a estes últimos.

No capítulo que versa sobre a saúde mental na atenção primária, o documento afirma:

“Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença(...) Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também - e sempre- de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Afinal, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de atenção básica nos grandes e pequenos municípios” (Brasil, 2005: 35).

Conforme citado acima, é amplamente reconhecido que os problemas de saúde mental, leves ou severos, são recebidos na rede de atenção básica. Contudo, as estratégias de integração dos serviços da atenção básica com saúde mental, que começaram a acontecer desde a década de oitenta, apresentam diversos aspectos, alguns positivos e outros problemáticos, no tocante à assistência à população. É evidente que cada fase teve suas peculiaridades, mas de um modo geral, existem pontos fortes e fracos que, mais ou menos, permaneceram ao longo dos anos, quando se tratou de implementar na prática as diretrizes de saúde mental para a rede básica de saúde.

Vasconcelos, em 1992, apontou os aspectos positivos da tentativa de integração entre saúde e saúde mental sob diversas perspectivas, dentre elas, a integração dos recursos terapêuticos em casos de distúrbios psicossomáticos, a diminuição da segregação social própria dos serviços psiquiátricos especializados, o controle do acesso desnecessário aos serviços hospitalares (comum às duas áreas, de saúde e de saúde mental) e a indução do reconhecimento do cuidado em saúde mental como direito social. Enfatiza também que, do ponto de vista antropológico, considerando a representação de doença mental hegemônica nas classes trabalhadoras - o *nervoso* (que será discutido mais adiante) - a integração

saúde/saúde mental é mais facilmente compreendida por este segmento da população, “*dada a matriz fortemente somática do modelo*” (Vasconcelos, 1992: 83).

No tocante aos aspectos problemáticos, Vasconcelos, nesse texto de quatorze anos atrás, mas cujos temas são repetidos em relatos recentes (Amaral, 1997; Brêda & Augusto, 2001; Brêda et al, 2005; Silveira, 2003), aponta para um nível de cobertura relativamente baixo, para a falta de adequação às particularidades de cada grupo local, para a simplificação e padronização dos serviços, assim como para a incapacidade de incluir liberdade de escolha por parte dos usuários dos serviços (Vasconcelos, 1992).

No mesmo trabalho o autor afirmou as dificuldades referentes aos profissionais de saúde mental na atenção básica: a reprodução de práticas importadas das clínicas privadas, com pouco esforço de adequação às especificidades da classe trabalhadora; pouco investimento na formação de uma cultura profissional específica do setor público; preferência aos clientes que respondem melhor às práticas hegemônicas de serviços inspirados na clínica particular (Vasconcelos, 1992).

No que se refere aos pacientes com queixas somáticas difusas, tais dificuldades dos serviços ou dos profissionais de saúde mental, os relegaria a um segundo plano, já que estão muito longe do perfil de pacientes da clínica particular.

Em 1987, quando muitas das políticas de saúde mental ainda não haviam sido implementadas na prática, Bezerra Jr. afirmou, em um texto sobre demanda psicoterápica na rede pública:

“Enquanto para a elite existem divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as “consultas” de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transformam o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação do sofrimento” (Bezerra Jr., 1987: 29-30)

Também para Silveira (2003), a expansão da assistência psiquiátrica ambulatorial, que começou na década de oitenta, seguida por um processo de *sucateamento da saúde*, se

desdobrou em cronificação dos usuários, indução a dependência de psicotrópicos, acompanhada de elementos tais como consultas de curta duração, medicalização dos sintomas e longas filas de espera.

Parte dos problemas citados acima, por Bezerra (1987), por Vasconcelos (1992) ou Silveira (2003) poderiam ser sanados, gradativamente, com uma integração efetiva da saúde mental à estratégia de saúde da família. No entanto, é preciso ainda levar em conta o relato de experiências recentes, pois a transformação de diretrizes em práticas é tarefa que depende de uma infinidade de variáveis.

Amaral (1997) realizou uma pesquisa com profissionais de cinco serviços de atenção básica, no intuito de analisar a implementação da política de saúde mental para a rede básica de saúde no município de Campinas, São Paulo. A partir dessa pesquisa, afirmou:

“A transformação do modelo assistencial de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais participantes do jogo social. Esta mutação do político em técnico, ou de um dispositivo em equipamento de saúde não pode deixar de construir o sujeito histórico. A participação dos usuários nas explicitações de suas necessidades e na avaliação de sua satisfação, assim como os profissionais de saúde mental estavam descontentes, mas uma parcela deles acomodados em suas práticas” (Amaral 1997: 294).

Sendo assim, é preciso observar o relato de experiências recentes em relação à integração da Saúde Mental na a rede básica de saúde.

1.3 Experiências relatadas na literatura recente

Através de uma busca na Lilacs, com as palavras *saúde mental e atenção básica* foram apresentados 94 trabalhos, dos quais apenas 24 diziam respeito à temática que

estamos tratando aqui. Desses 24 trabalhos, foram retirados 5 artigos e duas dissertações na íntegra e os outros 14 trabalhos foram observados somente em seus resumos, devido à dificuldade de busca, já que eram teses, dissertações ou artigos de revistas não disponíveis nas bibliotecas de acesso à autora. Contudo, uma das dissertações (Souza, 2004) não parte de uma pesquisa de campo, mas trata de uma análise do trabalho organizado por Antônio Lancetti, publicado em 2001. Portanto, teve menos impacto como fonte de informação a respeito de experiência direta em saúde mental na atenção básica.

O trabalho original usado nessa dissertação já havia sido acrescentado aos trabalhos indexados nas bases de dados da *Lilacs*. Se trata do volume 7, da coleção Saúde e Loucura, intitulado *Saúde Mental e Saúde da Família*.

No entanto, o trabalho citado tem um caráter muito diferente dos trabalhos encontrados nas bases de dados, visto que apresenta experiências de profissionais de saúde mental que trabalham junto ao Programa de Saúde da Família, narradas pelos mesmos. Dos 15 capítulos, 10 se referem a experiências no Programa Qualis, em São Paulo e 5 se referem a experiências em outras regiões: 2 artigos do Ceará, 1 de Camaragibe e 1 de Cabo de Santo Agostinho, em Pernambuco, 1 de um consórcio de saúde no Vale do Jequitinhonha.

Se por um lado o relato dos profissionais promove um contato mais íntimo do leitor com as experiências diretas das equipes de saúde mental no programa de Saúde da Família, com suas impressões, considerações, facilidades e sofrimentos, possibilitando uma empatia com as diversas facetas das experiências desses sujeitos, por outro lado, se distanciam de uma avaliação mais global (e possivelmente menos calorosa), na medida em que o relato dos profissionais de saúde mental se centra nas peculiaridades de cada experiência particular e, principalmente, nas suas próprias versões a respeito dessas experiências, seja diretamente com a comunidade, seja na implantação de projetos. Fora esses profissionais, só há o relato de uma agente comunitária de saúde. Relato esse, por sua vez, muito sensível, mostrando a desconstrução do estigma do louco também para ela (Mattos, 2001).

Outra questão que deve ser levantada aqui em relação ao trabalho de *Lancetti* é que, como o número de profissionais de saúde mental é realmente pequeno (idealmente 1 para cada duas equipes de saúde da família, mas, na experiência desse projeto em São Paulo, bem menos que isso por motivos que ultrapassam o desejo e a necessidade das equipes) a

proposta é que estes estejam prontos para dar suporte às equipes mínimas de saúde da família e só atendam aos casos que essas equipes consideram realmente graves, independente de classificação diagnóstica e idade (Lancetti, 2001)

Geralmente são casos ligados à intensa violência, à abusos de toda ordem à infância e adolescência, ao abandono, à violência doméstica ou ao uso abusivo de drogas ou álcool que envolvam situações limites. A equipe de saúde mental, em diversos relatos citados, elabora um plano terapêutico pedagógico para cada sujeito e seu núcleo familiar e atua, preferencialmente, de surpresa. Além disso, conta com o auxílio fundamental dos agentes comunitários de saúde, que muitas vezes realizam de forma excepcional a mediação entre os recursos profissionais e os recursos humanos e solidários (Cruz, 2001 Lancetti, 2001; Rocha&David, 2001; Mattos, 2001), além de serem, como afirma Lancetti, *os grandes descobridores de recursos escondidos da comunidade* (Lancetti, 2001: 107).

O plano terapêutico pedagógico inclui outros setores além dos recursos de saúde, como associações de bairro, centros de defesa da infância e adolescência, de amparo ao excepcional, associações religiosas, escolas, “*pais sociais*” e todos os chamados *recursos escondidos da comunidade*. Nesse sentido, os profissionais demonstram usar, com empenho e criatividade, os recursos locais disponíveis, assim como fazem a mediação entre essas diversas agências, de acordo com a necessidade de cada situação, colocando na prática o princípio da *intersectoralidade* (Cruz, 2001 Lancetti, 2001; Rocha&David, 2001; Mattos, 2001). Realizam esse tipo de trabalho, mesmo que, como afirma Lancetti, a região (como quase todas de nosso país) seja *miserável de políticas públicas*, dificultando o usufruto de recursos como cultura, esporte, lazer e mesmo a efetivação de programas de assistência social (Lancetti, 2001: 38).

A criatividade dos profissionais, o uso dos recursos locais e o respeito às diferenças culturais entre profissionais e população, sem isenção de responsabilidade nas situações limite, aparecem em diversas narrativas, mas uma, em especial, merece destaque aqui:

“ (...) *os psicólogos foram chamados para intervir numa casa, onde uma mulher em agitação psicomotora destruía tudo o que estava ao alcance de suas mãos. (...) Eles agruparam a família e alguns vizinhos deram as mãos. Iniciaram uma reza e cantaram hinos protestantes até que a mulher vomitou satanás. Um farmacêutico da*

vizinhança a sedou e, depois de um acolhimento coletivo, as mulheres entraram no domicílio para lhe dar um banho depurativo (...) Os psicólogos foram atender outra família e no retorno insistiram no pedido da ambulância, pois consideraram que poderia haver algum risco clínico. A senhora, que já estava melhor, foi conduzida ao pronto-socorro, onde permaneceu dois dias. Posteriormente continuou o tratamento, que se prolongou por alguns meses” (Lancetti, 2001: 41- 42)

Todavia, como citado anteriormente, os casos considerados menos graves – que são o objeto principal de atenção dessa dissertação - ficam sob a responsabilidade das equipes mínimas de saúde família, que, como veremos adiante, nem sempre se sentem capacitadas para cuidar dos problemas de saúde mental. Ainda assim, mesmo que recebessem a qualificação adequada, na agenda desses profissionais estão incluídos programas como o de saúde materno-infantil, nutrição, vacinação, entre tantos outros. Na precariedade da rede de assistência social hoje no Brasil, o leque de problemas que recaem sobre a saúde é imenso. Assim, sobre a equipe de saúde mental pesa uma grande responsabilidade. Nas palavras de um psiquiatra da equipe do Projeto Qualis:

“A demanda é avassaladora. Essa equipe de “mentaleiros volantes” cobre a população de cinco Unidades Básicas de Saúde, com suas respectivas vinte e duas equipes de Saúde da Família. Até hoje, não fomos ouvidos na solicitação de ampliação dessa equipe. Continuo o único psiquiatra com vinte horas de jornada semanal” (Pereira, 2001:98).

É preciso lembrar que cada equipe de saúde da família fica responsável por 1.000 famílias e, em um momento posterior, por motivos políticos e financeiros, ficou responsável por 1.200 famílias no Projeto Qualis, onde trabalha o psiquiatra do relato acima. Portanto, essa equipe de saúde mental, composta por seis membros, ficou responsável por, no mínimo, mais de cem mil famílias, direta ou indiretamente.

Mesmo que não se pretenda que o psiquiatria seja o centro das ações em saúde mental e mesmo que toda a equipe de saúde mental capacite as equipes mínimas de saúde

da família, fica claro que, a despeito das capacidades técnicas e humanas desses profissionais e da metodologia desenvolvida, existem dificuldades que extrapolam seus desejos e competências. Embora sejam citadas, essas dificuldades de atendimento integral à população como um todo se mostram mais claramente nos artigos encontrados na base de dados usada aqui, na medida em que estes utilizam pesquisas que avaliam, através da narrativa de todos os profissionais (e não somente dos profissionais de saúde mental e coordenadores diretamente envolvidos na implantação desses projetos) a prática de saúde mental na atenção básica.

Dentre os 24 trabalhos encontrados no *Lilacs*, a grande maioria apontou para necessidade de uma capacitação com mais qualidade para os profissionais da rede básica em saúde mental, sejam médicos, enfermeiro ou pediatras, assim como para o excesso de tratamentos medicamentosos e o atendimento individualizado e fragmentado à população.

Amaral (1997), na pesquisa citada anteriormente, cujo objetivo era analisar a implementação da política de saúde mental na rede básica de saúde em Campinas, detectou de forma qualitativa, o que chamou de *uma dissociação entre os propósitos e os meios*, isto é, de um lado ficaram diretrizes gerais sem detalhamento para operacionalização e, de outro, ausência de competência técnica da equipe para atender aos problemas de saúde mental.

Outro elemento importante ressaltado pela autora foi que, em cinco equipes, todas mantiveram a divisão tradicional entre o trabalho do médico e do não médico, a exceção de uma que conseguia efetivamente trabalhar em grupo.

Além das dificuldades citadas acima, detectou uma dificuldade referente à própria definição da política de saúde mental:

“A definição da prioridade de atendimento nos centros de saúde aos pacientes mais graves e egresso de hospitais não contemplou a necessidade de atendimento da demanda por problemas de menos gravidade e merecedora de uma resposta institucional. Essa pressão gerada nos serviços contribuiu para que os profissionais de saúde tivessem dificuldades de lidar com a demanda real, influenciando na organização do processo de trabalho” (Amaral, 1997: 293).

Esse é um ponto a ser salientado no presente trabalho, visto que os pacientes considerados menos graves, isto é, aqueles que não são egressos de internações psiquiátricas ou não chamam a atenção do poder público através de situações limite, constituem a clientela a qual dirigiremos os estudos dos dois capítulos que se seguirão.

Em 2001, Brêda & Augusto publicaram os resultados de sua pesquisa qualitativa, realizada por meio de *estudo de caso*, em uma Unidade de Saúde da Família, na comunidade do Pontal da Barra, no litoral sul de Maceió. Essa pesquisa tinha como objetivo compreender o cuidado prestado aos portadores de transtorno psíquico, pela equipe, aos moradores da região.

O conteúdo da fala da equipe de Saúde da Família entrevistada pelas pesquisadoras destaca o alcoolismo, a depressão, o uso indiscriminado de psicofármacos e as tentativas de suicídio como os problemas psíquicos mais prevalentes. Somado a esses problemas o relato de mulheres que sofrem dos *nervos* ou de pressão alta devido a problemas de alcoolismo na família (Brêda & Augusto, 2001).

Fleck e colaboradores, em uma direção semelhante, chamam a atenção para a alta prevalência de sintomatologias depressivas na atenção básica em saúde, no caso de mulheres, e de alcoolismo, no caso de homens. Para os autores, as sintomatologias depressivas e ansiosas mediam a relação entre a percepção geral de saúde e qualidade de vida. Assim, esses usuários tendem a procurar mais os serviços de saúde e a fazer mais exames. No entanto, o diagnóstico de sintomatologias depressivas na atenção básica costuma ser prejudicado pelas dificuldades de reconhecimento pela equipes, pela presença de co-morbidades e pela sistemática dos atendimentos (Fleck et al, 2002).

Os *transtornos psíquicos* relatados enunciados pelos usuários, colhidas no relato de pesquisa das autoras, traz histórias de violência doméstica, abandono na infância, perdas repentinas e, principalmente sentimentos de profunda tristeza decorrentes de situações de desemprego (Brêda & Augusto, 2001).

Sobre o tipo de assistência prestada aos portadores de transtornos *psíquicos*, as autoras relataram um tipo de assistência individual, passiva e com pouca criatividade. A conduta mais freqüente adotada é a prescrição de benzodiazepínicos. Na fala de uma agente

de saúde: “*É sempre o mesmo medicamento que doutor passa, sempre Diazepan*” (Brêda & Augusto, 2001: 475).

Sobre a prescrição indiscriminada de psicotrópicos, as autoras comentam:

“A utilização indiscriminada de medicação psiquiátrica é denunciada na fala de uma atendente que há vinte e um anos reside no Pontal: “Aqui o pessoal toma remédio controlado direto!” Relacionada à automedicação, pode indicar a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, a ação iatrogênica das prescrições médicas ou, o que é pior, o uso como válvula de escape de crises vivenciais como desemprego, alcoolismo, problemas familiares, dentre outros ” (Brêda & Augusto, 2001: 475).

A pesquisa relata a falta de comunicação entre o PSF e as equipes de saúde mental, que deveriam servir como equipes matriciais. Os enfermeiros relataram não ter tempo para uma escuta adequada, devido às exigências burocráticas e administrativas da Unidade de Saúde, ao passo que os agentes comunitários de saúde foram os únicos a demonstrarem uma atitude diferenciada, de escuta compreensiva e cordial e de visita constante aos usuários que apresentavam algum tipo de *transtorno psíquico* (Brêda & Augusto, 2001).

Apesar dos agentes comunitários de saúde solicitarem mais e melhores capacitações na área de saúde mental, nos relatos colhidos pelas autoras, o fato citado acima é digno de ser destacado: é sua capacidade humana que os torna mais aptos à escuta e ao acolhimento, mais do que os profissionais de nível superior que, no caso, ou estão ocupados com problemas burocráticos ou estão cumprindo sua tarefa de emitir receitas.

As sugestões da equipe para melhoria das condições de trabalho são a ampliação multiprofissional da equipe, a presença de profissionais de saúde mental, o desenvolvimento de trabalhos de grupo e um melhor preparo profissional para lidar com portadores de transtornos psíquicos (Brêda & Augusto, 2001).

Na fala de uma agente de saúde que trabalha desde a implantação do PSF, os cursos dados pela secretaria de saúde não contemplam a realidade local:

“Então eles não “trabalha” com a terapêutica daquilo, foge muito à realidade, né? (...) A gente quer saber como se comportar diante do paciente (...) A gente precisa ser preparado para saber agir com eles (...) a gente não sabe” (agente comunitário de saúde *apud* Brêda & Augusto, 2001:476).

As autoras afirmaram que, apesar do PSF se constituir numa proposta de reorganização de saúde, na situação pesquisada, ainda não se havia superado o modelo biomédico dominante (Brêda & Augusto, 2001).

Em 2005 a mesma autora, junto a outras pesquisadoras, afirma as potencialidades das ESF (Equipes de Saúde da Família) para fortalecer a mudança do modelo médico-privatista, resgatar a relação entre profissionais e usuários do SUS e importância do vínculo, da escuta e do acolhimento. Contudo, aponta também as mesmas fragilidades no tocante à implantação dos cuidados em saúde mental: relação conflituosa entre o discurso e a prática cotidiana, dificuldades de adequação às realidades locais, despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados às emoções e às necessidades subjetivas, medicalização dos sintomas, despreparo da família e do entorno para lidar com a pessoa que precisa de ajuda e ausência ou ineficiência dos serviços de referência (Brêda et al, 2005).

Tanaka & Ribeiro (2006) também detectaram dificuldades de médicos da atenção básica em relação problemas de saúde de mental, sendo que, no caso, os pesquisadores trabalharam com grupos de pediatras em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo. Segundo a pesquisa este grupo de médicos tinha dificuldades na detecção dos problemas de saúde mental da população infantil. Uma das falas dos médicos em relação à magnitude destes problemas enuncia:

“Mas que é um mundo, é, entendeu? É só questão de levantar, a gente simplesmente fecha os olhos e passa adiante (...) Eu acho que tem bastante [problema de saúde mental] mas é, é como te falei, é difícil dizer porque eu posso achar isso subjetivamente” (Pediatra entrevistado *apud* Tanaka & Ribeiro, 2006: 1850).

O tema levantado por Brêda & Augusto em 2001, referente à dificuldade de superação do modelo biomédico tradicional, reaparece nessa pesquisa paulista:

“(...) a nossa escola ensinou (...) é uma cultura muito médica, muito medicalizada (...) é muito simples catar uma receita e escrever (...) de que forma o indivíduo lida com as perguntas que a mãe faz? (...)” (Pediatra entrevistado *apud* Tanaka & Ribeiro, 2006: 1850).

A pesquisa de Silveira, realizada entre 2002 e 2003, no Centro de Saúde Germano Farias, ligado à Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, apesar de tratar de um centro diferenciado por estar ligado a uma instituição de pesquisa, apresentou algumas questões que foram enunciadas nas pesquisas anteriores no que se refere ao cuidado em saúde mental na rede básica de saúde.

A pesquisadora constatou um padrão tradicional de agendamento de consultas, restringindo a maioria das ações aos espaços dos consultórios individuais, a exceção dos profissionais do Núcleo de Dependência Química, de um profissional de saúde mental que desenvolvia ações de promoção da saúde com grupos de idosos e dos agentes comunitários de alcoolismo (Silveira, 2003).

As equipes de triagem, mesmo que *capacitadas*, destacam a necessidade de um profissional de saúde mental na triagem, que foram deslocados para outras atividades:

“Desfalcou a triagem desses profissionais que eram importantes, porque existiam pessoas que chegavam com uma queixa que agente identificava como saúde mental, aquela coisa do nervoso, ansiedade, depressão, né? Que, na verdade, não queriam consulta médica, e a gente, muitas vezes, com esse profissional naquele momento...esse profissional de saúde mental abordava aquela pessoa, ela aguardava e no primeiro dia já tinha uma abordagem e depois ela marcava pra ela, ou para outro profissional. Então, isso era útil” (Profissional de saúde *apud* Silveira, 2003: 117).

Na fala desse profissional de saúde aparece um elemento interessante no que refere à demanda: *nervoso, ansiedade, depressão* e a idéia bem nítida de que a verdadeira necessidade não é de atendimento médico.

Outra fala interessante nos relatos registrados pela autora é de um outro profissional de saúde:

“A gente acaba tendo uma situação que abre as portas para todos os tipos de pacientes (...) então, do ponto de vista da nosologia tradicional, todas as situações, pacientes neuróticos como a clientela habitual de consultórios, pouco atendida nos serviços psiquiátricos tradicionais, que prioriza os casos psicóticos. Tem bastante isso, pela vinculação com a clínica médica, talvez, o quadro clínico mais comum seja a histeria (...)” (Profissional de saúde *apud* Silveira, 2003: 119).

Silveira (2003) questiona a fala do profissional acima como fala decorrente de uma escuta guiada pela nosologia psiquiátrica, na tentativa de classificar uma tipologia de clientela. Ainda assim, essa fala aponta para um tipo de demanda presente, mesmo que não a nomeemos como histérica, mas que seja uma demanda de pacientes não psicóticos cujos sintomas estão vinculados às queixas da clínica médica.

Na tabela elaborada pela autora, a partir dos prontuários, no que se refere à demanda por atenção em saúde mental, 36,22% das mulheres buscam ajuda por chamados *transtornos neuróticos* e 34,24% por *transtornos psicóticos*; 14, 96% por *transtornos comportamentais e emocionais da infância e adolescência* e 11,41% por *transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas*. Dos homens, 13,33 % de *transtornos neuróticos*, 13, 32% de *transtornos psicóticos*, 22, 96% por *transtornos comportamentais e emocionais da infância e adolescência* e 43,3% de *transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas*.

A fala de um outro profissional aponta para a demanda que ele chama de:

“(...) ansiedade crônica, depressão, queixas orgânicas (...) É o que chamam conúbio, né? Um conjunto de doenças, uma articulada com a outra. Artrose e depressão, dor

crônica, artrose e hipertensão (...) É a depressão da dor e a dor da depressão” (Profissional de saúde apud Silveira, 2003: 120).

A partir da fala citada, Daniele Silveira (2003) aponta para o risco de *psiquiatrização do sofrimento psíquico e psicologização dos problemas sociais*.

Enquanto as terapêuticas forem centradas nos modelos das clínicas particularidades, com o que Vasconcelos (1992) chama de *pouco esforço de adequação às particularidades das classes trabalhadoras*, ou ainda, de cada grupo local, o risco apontado por Silveira (2003) se potencializa, além de dificultar o acesso da população aos serviços, no que tange à enorme demanda de atenção por situações de sofrimento.

Outros problemas igualmente importantes apontados pela autora foram: medicalização como resposta freqüente às situações de sofrimento; consultas individuais, dificultando o fluxo da demanda da comunidade por problemas psiquiátricos ou psicológicos; supremacia do modelo biomédico; desconhecimento por parte dos profissionais a respeito dos dispositivos de saúde mental existentes na área, tornando difícil o encaminhamento, quando necessário; necessidade de maior comunicação e supervisão dos profissionais de saúde mental com o restante da equipe e necessidade de melhores capacitações para as equipes de saúde da família (Silveira, 2003).

1.4 Considerações finais do capítulo

A partir do final da década de setenta o Movimento da Reforma Sanitária assistiu à emergência de uma variante com dinâmica própria, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Ambos fizeram uma série de esforços, explicitados no breve histórico citado no item 1.1 desse capítulo, em direção a um atendimento mais humanizado e integral aos usuários dos serviços de atenção básica.

A Conferência de Caracas e a III Conferência Nacional de Saúde Mental propõem o investimento nos serviços de atenção básica e a integração com os serviços de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, de fazer com que os usuários sejam tratados em sua comunidade e de promover ações mais integrais.

No entanto, a transformação de diretrizes em práticas é um processo longo, que depende das condições mais gerais de implantação do SUS, do investimento mais global na saúde e em políticas sociais e de um conjunto complexo de outras variáveis econômicas e sociais.

Os relatos de avaliações recentes a respeito de integração dos cuidados em saúde mental na rede básica de saúde demonstram que o modelo biomédico, individualizado e fragmentado, ainda predomina, além de poucas iniciativas no sentido de utilização dos recursos próprios das comunidades e dos grupos locais, com forte presença dos modelos importados da prática nas clínicas particulares.

Embora a III Conferência em Saúde Mental afirme a importância de atenção a todo tipo de clientela - *quadros de depressão e ansiedade clínica e subclínica*, mulheres, idosos, crianças, indígenas – os investimentos tem se dirigido, prioritariamente, à clientela mais grave, usuários dos CAPS e de serviços especializados, ao passo que os serviços de atenção básica ainda contam com dispositivos precários no que se refere aos cuidados em saúde mental para todo o tipo de clientela.

Do ponto de vista de deslocar a quase totalidade do montante de recursos da área de saúde mental antes destinados apenas à atenção psiquiátrica hospitalar, da desinstitucionalização e suas exigências de transformação cultural acerca do estigma da loucura, foi necessário que a clientela mais grave tivesse prioridade. Também do ponto de vista de quem viveu as atrocidades dos manicômios e os tratamentos desumanos dirigidos aos pacientes psiquiátricos, é de fundamental importância o investimento na reversão desse quadro e na transformação social conseguida pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Quando existem dois problemas e um é de gravidade quase fatal, que absorve quase a totalidade dos recursos da área, esse terá que ser resolvido primeiro. Assim, é justificável e compreensível a estratégia de prioridade na clientela mais grave. No entanto, a clientela menos grave continua procurando os serviços de saúde, seja por queixas somáticas difusas, nervosismo, dor de cabeça ou no estômago, falta de vontade de sair de casa, vontade de se matar ou de bater nos filhos e na mulher. Essa clientela demanda respostas institucionais por parte dos serviços de saúde e das políticas públicas como um todo, pois os problemas considerados como *de saúde* ou de *saúde mental*, tratados nesse trabalho, são expressões de

questões complexas, ancorados em diversos setores da vida dos usuários do sistema de saúde, inter-relacionando suas particularidades subjetivas com todas as questões sociais que os envolvem, como renda, moradia, acesso à educação, ao mercado de trabalho, ao lazer, à cultura e às redes de apoio social.

Se essa população não receber a atenção que precisa - dadas as prioridades estratégicas e o quadro geral de atenção à saúde - além de continuar sofrendo, continuará demandando, indiretamente, resposta por parte do sistema de saúde e das políticas sociais em geral. Assim, de todo modo, acabará por gerar gastos com infindáveis consultas médicas, exames, encaminhamentos sem fim, bem como com potenciais hospitalizações, além de custos previdenciários no caso de licenças médicas e aposentadorias por problemas de saúde.

Esses argumentos servem no que tange aos problemas de financiamento. Todavia, existe algo ainda mais fundamental: a necessidade de uma resposta ética por parte políticas públicas às questões relativas ao sofrimento da população, mesmo que este não remeta a uma situação limite, um sofrimento psicótico ou não ameace imediatamente à vida.

Outra hipótese corrente na literatura a respeito desse tipo de demanda é que esses sujeitos encontram uma resposta mais efetiva e integral nas inúmeras associações religiosas que se multiplicam nas comunidades e, com freqüência, correspondem melhor às concepções de sofrimento e demandas de atenção por parte das classes populares do que os serviços de saúde, onde o acesso e o acolhimento podem não ser tão efetivos (Valla, 2001).

Um problema freqüente, relatado nas pesquisas recentes (Amaral, 1997; Brêda & Augusto, 2001; Brêda et al, 2005; Silveira, 2003) é a medicalização ou o abuso das prescrições medicamentosas para as situações de sofrimento de diversas ordens. A prescrição medicamentosa como um cacoete profissional - e não como uma necessidade terapêutica - demonstra a carência de práticas alternativas de acolhimento e cuidado às situações de sofrimento.

É preciso acrescentar ainda, mesmo que seja óbvio, que cuidar e acolher geralmente independe do ato de medicar, mesmo que parte da clientela com queixas difusas ou *transtornos mentais leves* espere por uma prescrição medicamentosa, que esta possa significar a materialização do cuidado para pacientes e o suposto dever cumprido para médicos, em função de uma cultura viciada na medicalização dos sintomas. Mas para que o

remédio pudesse ser trocado (ou pelo menos acompanhado) por cuidado, escuta e acolhimento na maioria das unidades de atenção básica, seriam necessários mais investimentos de toda ordem em formas mais eficientes e compreensivas de acolher a clientela que sofre, mesmo que esta não represente a clientela *mais grave*.

Fazer, periodicamente, este mesmo tipo de trabalho de escuta e acolhimento com os próprios trabalhadores das equipes de atenção básica seria útil não somente do ponto de vista da saúde do trabalhador, mas também do aprendizado profundo. Sim, pois, quem não vivenciou o emergir de seu próprio sofrimento acompanhado de acolhimento e escuta, dificilmente poderá realizar esse trabalho com outros. Não se trata aqui de prescrever psicoterapias para as equipes de atenção básica, mas sim de criar para os profissionais os mesmos dispositivos de acolhimento que possam servir para a clientela.

Um profissional de saúde citado por Silveira (2003) sugere que os profissionais de saúde mental do centro de saúde realizem grupos de escuta e acolhimento também para as equipes de saúde. E porque não?

São muitas as reflexões que podem se desdobrar desse primeiro capítulo. No entanto, existem alguns pontos importantes a serem abordados quando tratamos das expressões de sofrimento nas classes populares.

Para poder aprofundar o tema, é preciso recorrer aos estudos a respeito da prevalência dessas manifestações de sofrimento nas populações, as pesquisas epidemiológicas a respeito dos *transtornos mentais comuns*.

Capítulo 2:
Transtornos Mentais Comuns

2.1 Introdução ao Capítulo

Esse capítulo tem como objetivo montar um panorama dos principais achados a respeito da prevalência de *transtornos mentais comuns* nas populações e de sua relação com suas características sócio-demográficas.

Os estudos a respeito dos *transtornos mentais comuns* (TMC) foram escolhidos aqui por se basearem em uma abordagem de pesquisa em relação às manifestações de sofrimento que não requerem perfeito enquadramento na nosologia psiquiátrica clássica.

Assim, o conceito de *transtornos mentais comuns* serve melhor ao presente trabalho do que categorias tais como *depressão*, *ansiedade* ou *transtornos somatoformes*, que, de alguma forma, se apresentam nas manifestações de sofrimento detectadas em serviços de atenção básica ou nas comunidades, mas não necessariamente da forma estrita como aparecem nos manuais diagnósticos.

No entanto, é preciso mais uma vez afirmar que as queixas somáticas difusas e os *transtornos mentais comuns* (TMC) nem sempre se equivalem perfeitamente. Os TMC podem se apresentar através de queixas somáticas difusas e essas podem corresponder a manifestações de TMC. Contudo, pode haver queixas difusas que representem outros diagnósticos, assim como pode haver sinais de sofrimento que correspondem aos *transtornos mentais comuns*, sem necessariamente a manifestação de queixas difusas.

Todavia, a correspondência entre queixas difusas e *transtornos mentais comuns* é próxima, ainda que sejam consideradas as possibilidades citadas acima.

2.2 Definição de Transtornos Mentais Comuns: um modelo dimensional

Os *transtornos mentais comuns* podem se apresentar através de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. O continuum e a comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, faz do conceito de *transtornos mentais comuns* uma chave para que os estudos epidemiológicos possam capturar a prevalência dessas

manifestações de sofrimento na comunidade ou em unidades de atenção básica, sem que necessariamente esse tipo de queixa preencha todos os critérios diagnósticos para os *transtornos depressivos*, *transtornos ansiosos* ou *transtornos somatoformes*, de acordo com as classificações do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) e do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão) (Maragno et. al, 2006).

Os modelos categoriais de transtornos mentais classificados nos manuais diagnósticos, citados acima, são eminentemente *sindrômicos*, isto é, se baseiam em coleções de sintomas, enquanto os modelos dimensionais se baseiam na relação entre os sintomas individuais (Goldberg & Goodyer, 2005).

Para Goldberg & Goodyer (2005), os modelos categoriais a respeito dos transtornos mentais existem, porque eles facilitam projetos, porque os clínicos precisam deles para a prescrição de medicamentos, assim como porque os sistemas de saúde e seus administradores precisam planejar suas ações em saúde e nos serviços.

Todavia, tais modelos apresentam problemas como, por exemplo, estabelecer pontos de corte arbitrários ou, muitas vezes, definir diferenças de qualidade, aonde existem diferenças no grau de severidade entre tipos similares de *transtornos* (Goldberg & Goodyer, 2005).

Os modelos dimensionais, por sua vez, facilitam o estudo de sintomas que tendem a aparecer juntos. Para Goldberg & Goodyer (2005) muitos dos transtornos observados em comunidades ou em serviços primários de saúde são relativamente mistos e combinam sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas. Esse tipo de combinação, no que se refere aos problemas de saúde mental, é a mais freqüente nos serviços de saúde, seguidas pelos transtornos relativos ao álcool.

A base categorial do atual sistema de classificação em psiquiatria é apontada por Fortes (2004) como uma das possíveis razões para a inadequação dos critérios diagnósticos tradicionais aos pacientes que apresentam transtornos mentais na comunidade ou na atenção básica. A autora apresenta três problemas desse tipo de classificação para estes pacientes: os transtornos subliminares, a presença freqüente de comorbidades e a inadequação das classificações categoriais para os pacientes chamados de somatizadores.

Os transtornos subliminares implicam no comprometimento da qualidade de vida dos pacientes, sem que, no entanto, sejam classificados nos diagnósticos estritos dos manuais. Tal fato pode se desdobrar em subestimação do problema tanto a nível individual (na assistência), quanto a nível coletivo (como na criação de programas de cuidado para essa problemática).

A alta prevalência de co morbidades, segundo Fortes,

“(...) sugere que a morbidade psiquiátrica se distribui em um continuum, englobando os diversos transtornos, mais do que entre categorias separadas. Isto reforça a hipótese de que a metodologia de classificação esteja inadequada e que os modelos dimensionais seriam melhores na classificação dos transtornos mentais, mais do que os categoriais, tão caros ao modelo biomédico tradicional.” (Fortes, 2004: 16).

O fato dos sintomas não se adequarem perfeitamente às bases categorias dos diagnósticos psiquiátricos não diminui o grau de sofrimento dos sujeitos envolvidos, assim como os custos para o sistema de saúde com encaminhamentos e exames desnecessários, no caso de diagnósticos equivocados. Essa última hipótese implicaria ainda na assistência inadequada aos usuários dos serviços de saúde.

Os *transtornos mentais comuns*, freqüentes em serviços de saúde de todo mundo (Goldberg & Goodyer, 2005), causam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos (Maragno et. al, 2006), duas vezes mais queixas de doenças físicas do que nos usuários de serviços de saúde que não apresentam TMC (Araújo et al, 2005), assim como taxas de mortalidade mais altas quando comparados com a população em geral, prejuízos significativos nas capacidades sociais e físicas (Lopes et. al, 2003), além de serem uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária (Patel&Kleinman, 2003).

2.3 Quando o sofrimento se expressa por meio de queixas somáticas inespecíficas

A apresentação dos *Transtornos Mentais Comuns* através de queixas somáticas inespecíficas – uma das formas de apresentação mais comum desse tipo de transtorno (Fortes, 2004) - traz um grande problema para o sistema de saúde: seu correto reconhecimento e diferenciação, principalmente - mas não exclusivamente - para o médico generalista. Segundo Fortes (2004):

“(...) predominam nesses pacientes a apresentação de sintomas físicos associados às patologias mentais, e esses não são compreendidos pelos médicos gerais como manifestações de transtornos mentais (...). Frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como estando associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, grandes usuários de serviços médicos (...)” (Fortes, 2004:10).

A caracterização dessa manifestação de sofrimento como *somatização* também é problemática. Em primeiro lugar, pelo fato do termo ser genérico; em segundo pela confusão com o diagnóstico específico *transtorno de somatização*, um subtipo de *transtorno somatoforme*, presente nos manuais de classificações psiquiátricas (Fortes, 2004).

Fortes (2004) distingue, em sua tese de doutorado, a diferença entre *somatizadores de apresentação* e *somatizadores verdadeiros*. Os primeiros seriam aqueles que fazem da queixa somática uma primeira forma de apresentar seu sofrimento. Quando questionados a respeito das possíveis causas de seu mal-estar somático, se referem a problemas relacionais de toda ordem. Os segundos seriam aqueles que, mesmo quando questionados a respeito de uma possível origem não orgânica para seus sintomas, insistem na hipótese unicamente orgânica, negando qualquer origem relacional e ou emocional.

Os achados dessa pesquisa realizada com a população atendida por equipes de saúde da família no município de Petrópolis (Fortes, 2004) demonstraram que os *somatizadores verdadeiros*, isto é, aqueles que não fazem nenhuma ligação de suas queixas somáticas inespecíficas com problemas de ordem relacional, eram minoria na população selecionada, enquanto os *somatizadores de apresentação* eram a grande maioria daqueles que chegavam às equipes de saúde da família com queixas somáticas inespecíficas.

Dos pacientes que se apresentaram através de queixas somáticas inespecíficas para a equipe de saúde da família, diagnosticados com *Transtornos Mentais Comuns*, 90% reconheceu o que Fortes (2004) denominou de *origem psicológica* para a queixa e apenas 10% não reconheceu nenhuma origem *psicológica*¹⁴. O termo *origem psicológica* será problematizado no próximo capítulo, visto que ele traz a questão da representação sobre a doença, sobre o adoecer e mesmo sobre a pessoa nas diferentes classes sociais. Contudo, a autora está se referindo ao fato de que esses pacientes facilmente fazem ligações entre suas queixas somáticas e seus problemas de ordem relacional, seu estado de *nervos* ou suas preocupações cotidianas.

Expressar sofrimento através de queixas somáticas seria uma forma cultural e socialmente aceita de reconhecimento de uma condição limite, em que é necessário ajuda dos serviços de saúde para alívio do sofrimento. A distinção entre as representações de sofrimento e de doença entre profissionais de saúde e clientela dos serviços de saúde será discutida em maior profundidade no capítulo sobre o *nervoso*.

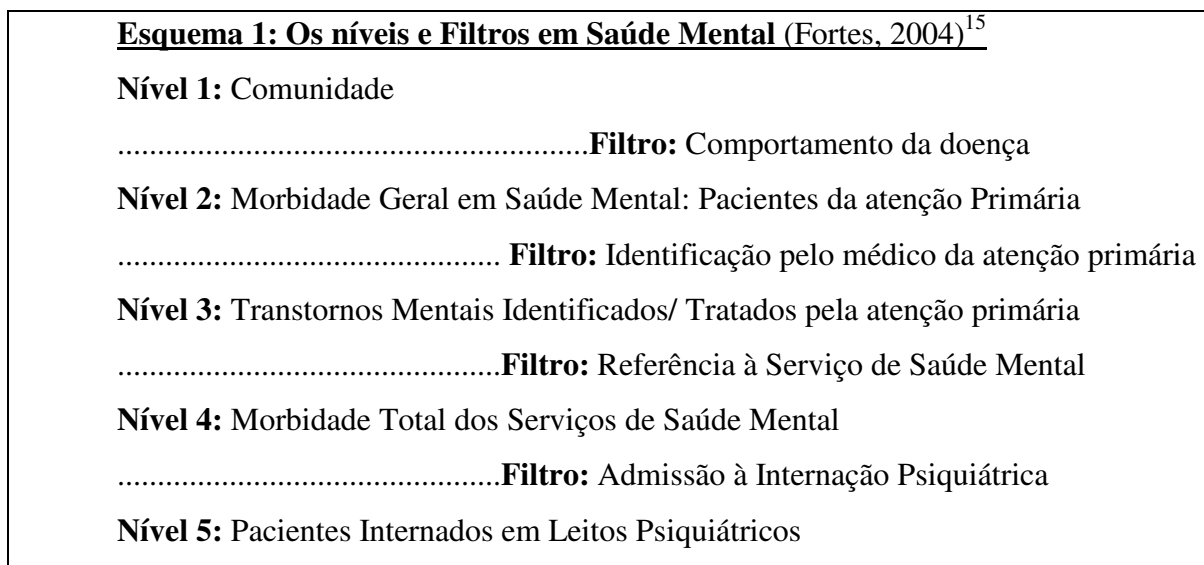
2.4 Os Níveis de expressão, reconhecimento e tratamento do sofrimento

É preciso ainda considerar que a intensidade do sofrimento, assim como a graduação entre os transtornos mentais é variável. Fortes (2004), citando Godberg & Huxley, enumera os cinco níveis distintos em que as morbidades psiquiátricas se manifestam. Esses níveis vão crescendo em ordem de especialização de assistência, que vão desde a comunidade, até a internação psiquiátrica. O nível de gravidade dos transtornos mentais também aumenta à medida que os níveis vão ascendendo, isto é, quanto mais grave um transtorno mental, mais

¹⁴ Coloco termo “psicológico” em itálico, pois, no capítulo sobre o *nervoso*, será feita a distinção entre as representações do *nervoso* e do *psicológico*.

ele tende a ascender em nível de especialização nos serviços, até chegar aos hospitais psiquiátricos. A transposição de um nível para outro se dá por filtros, que se dão pelo reconhecimento de um sofrimento mental, por parte do sujeito ou por profissionais de saúde.

O esquema 1 reproduz da tese de Fortes (2004) os cinco níveis e os filtros na passagem de um nível para outro. Fortes, por sua vez, adaptou esse esquema, baseado em Goldberg & Huxley (1992), os autores que sistematizaram o conceito de *transtornos mentais comuns*.



Pacientes que procuram os serviços de atenção básica com queixas sintomáticas difusas, típicas dos *transtornos mentais comuns*, são diferentes dos pacientes das unidades especializadas em saúde mental. Os pacientes que estão nos níveis 1 e 2, isto é, na comunidade ou nas unidades de atenção primária, apresentam quadros mais leves, principalmente com sintomatologia depressiva e ansiosa associadas às queixas somáticas, com difícil enquadramento nas classificações nosológicas clássicas (Fortes, 2004).

Os tradicionais manuais diagnósticos, como o DSM IV e o CID 10, foram criados, principalmente, para níveis assistenciais mais especializados que os níveis 1 e 2, isto é, para serviços especializados em saúde mental. Na atenção básica e na comunidade, os sujeitos podem sofrer transtornos mentais com sintomatologias ansiosas, depressivas ou

¹⁵ Adaptado de Goldberg e Huxley (1992) por Sandra Fortes em sua tese de doutorado.

somatoformes sem que, necessariamente, todos os critérios diagnósticos para as psicopatologias clássicas sejam preenchidos (Fortes, 2004). No entanto, o sofrimento dos sujeitos e os prejuízos sociais, mentais e laborativos não são menores (Araújo et al, 2005; Maragno et. al, 2006; Lopes et. al, 2003; Patel& Kleinman, 2003).

Tradicionalmente, os transtornos somatoformes são aqueles que incluem sintomas físicos que não podem ser explicados por uma condição médica geral, por efeito de substância ou por outros transtornos mentais, embora sugiram uma condição médica geral (DSM IV - R). Isto é, se assemelham a uma doença, embora não sejam, e tal fato não se justificaria por efeito de substância ou por outros transtornos mentais. Incluem cinco subtipos: Transtorno de Somatização, Transtorno Somatoforme Indiferenciado, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Conversivo e Transtorno Doloroso (DSM IV – R).

Do ponto de vista psiquiátrico, segundo Dalgalarondo (2000), as alterações da esfera neurovegetativa, nos transtornos depressivos, podem incluir: cansaço fácil e constante, insônia ou hipersonia, desânimo, perda ou aumento do apetite, constipação, palidez, pele fria, diminuição da libido e da resposta sexual e anedonia, isto é, falta de desejo de realizar qualquer coisa. São essas as alterações que, geralmente, levam os usuários dos serviços de saúde a buscarem atendimento.

Assim como os transtornos depressivos, os transtornos ansiosos apresentam diversificadas manifestações. No entanto, os sintomas que podem levar um usuário a procurar um posto de atenção incluem: taquicardia, sudorese, tremores, dispnéias, náuseas, fogachos, formigamentos, medo de ter infarto, de morrer ou de enlouquecer (Dalgalarondo, 2000).

Nos *transtornos mentais comuns*, as sintomatologias dos três tipos de morbidades citadas acima podem se apresentar indistintamente, sem preencher a todos os critérios para a caracterização do transtorno tal qual se apresentam nos manuais de classificação diagnóstica, assim como podem apresentar variações mistas em gradações diversificadas.

2.4 Transtornos Mentais Comuns na Atenção Básica

Como se apresentam principalmente através de queixas somáticas inespecíficas, é alta a prevalência dos TMC na atenção básica, visto que esta é a primeira porta para a demanda de atenção em relação a essas manifestações de sofrimento. Fortes (2004) detectou uma prevalência média de 56% em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro.

No entanto, a dificuldade de diagnóstico e reconhecimento desse tipo de morbidade na atenção básica já começou a ser detectado desde a década de 80 (Mari et al. 1987). Através de uma revisão bibliográfica, Mari e colaboradores (1987) afirmaram que de 30 a 60% dos transtornos psiquiátricos permaneciam não reconhecidos na atenção básica nos Estados Unidos e na Europa.

Com o objetivo de avaliar a habilidade de diagnosticar morbidades psiquiátricas de médicos de três unidades de atenção básica no município de São Paulo, Mari et al. (1987) realizaram uma pesquisa e detectaram uma alta taxa de subestimação dessas morbidades. Os autores usaram o Self Reporting Questionnaire, um instrumento desenvolvido pela OMS para detecção de transtornos mentais na atenção básica dos países ditos em desenvolvimento. Para preencher o critério para suspeito, no caso de *transtorno mental comum*, é preciso que sejam preenchidos no mínimo oito dos vinte itens presentes no questionário. Em alguns estudos, a entrevista psiquiátrica é usada como padrão ouro¹⁶ (Marie et al, 1987; Fortes, 2004; Ludemir, 2000; 2005; Ludemir& Melo Filho, 2002).

Versão em Português do Self Report Questionnaire (SQR) (Marie t al.,1987)

	Sim	Não
1. Tem dores de cabeça frequentes?.....		
2. Tem falta de apetite?		

¹⁶ Padrão-ouro, como explicado na introdução, é o padrão diagnóstico escolhido como o mais fidedigno, entre dois ou mais, para pesquisas epidemiológicas.

3. Dorme mal?
4. Assusta-se com facilidade?
5. Tem tremores nas mãos?
6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?
7. Tem má digestão?
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?
9. Tem se sentido triste ultimamente?
10. Tem chorado mais do que de costume?
11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?
.....
12. Tem dificuldades para tomar decisões?
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?
.....
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?.....
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?.....
18. Sente-se cansado o tempo todo?
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?
20. Você se cansa com facilidade?

Nas três unidades, a prevalência de transtornos mentais detectada pelos pesquisadores era maior do que o que havia sido detectado pelo médico generalista, sendo que em uma delas, a de Barra Funda, o médico generalista diagnosticou apenas um quinto do que havia sido detectado pelo instrumento de pesquisa.

Os autores afirmam que interagem um número de fatores – relacionados ao paciente, ao estabelecimento e ao médico - que influenciam as taxas de detecção dessas morbidades na atenção básica.

A dificuldade de diagnóstico dos *transtornos mentais comuns* - que se apresentam predominantemente através de queixas somáticas inespecíficas - pelo médico generalista se desdobra na dificuldade de manejo correto dessas manifestações de sofrimento, na prescrição abusiva de benzodiazepínicos (Fortes, 2004), no subdiagnóstico dessas manifestações (Maragno et al, 2006; Mari et. al, 1987), que, por sua vez, se desdobram em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários (Fortes, 2004).

A pesquisa de Luciana Maragno e colaboradores (2006) investigou a diferença entre a prevalência de TMC em quatro subgrupos pertencentes a dois distritos de São Paulo: dois subgrupos cobertos pelo programa de saúde da família e dois subgrupos residente em áreas não cobertas pelo mesmo programa em São Paulo, com renda per capita mais ou menos equivalente. Os resultados, embora tenham mostrado diferenças na prevalência de TMC segundo variáveis sociodemográfica, de acordo com os demais estudos citados no presente trabalho (Araújo et al., 2005; Costa&Ludemir, 2005; Coutinho et al., 1999; Fortes, 2004; Ludemir, 2000, 2005; Ludemir & Filho, 2002; Patel& Kleinman, 2003; Patel et al., 1999), não mostraram diferença estatisticamente significativa segundo a cobertura pelo PSF. Tal resultado aponta para a vulnerabilidade dessas populações, para a *complexa rede causal dos TMC* e para a necessidade de uma abordagem voltada para a saúde mental na atenção básica, especialmente nas áreas relacionadas com as variáveis sociodemográficas relacionadas com os TMC: baixa renda, baixa escolaridade, fraca inserção no mercado produtivo (Maragno et al., 2006). Cabe assim, examinar os fatores mais frequentes, relacionados aos *transtornos mentais comuns*.

2.6 Os fatores sócio-demográficos mais relacionados aos transtornos mentais comuns

Os *transtornos mentais comuns* estão diretamente relacionados a fatores socioeconômicos e inversamente relacionados à densidade da rede de apoio social (Costa&Ludemir, 2005; Fortes, 2004). Isto é, quanto mais baixo o nível socioeconômico de uma população, mais altas as taxas de prevalência de TMC (Araújo et al., 2005; Costa&Ludemir, 2005; Coutinho et al., 1999; Fortes, 2004; Maragno et al, 2005; Ludemir, 2000, 2005; Ludemir & Filho, 2002; 2006; Patel et al., 1999; Patel& Kleinman, 2003) assim como, quanto menos densa a rede de apoio social, maior o risco de TMC (Costa&Ludemir, 2005; Fortes, 2004).

Em um artigo que uniu cinco estudos epidemiológicos sobre Transtornos Mentais Comuns em países periféricos diferentes, os autores apontam baixos níveis educacionais, privações econômicas, sexo feminino e idade avançada como os fatores associados aos *transtornos mentais comuns* mais evidentes (Patel et al, 1999).

É um consenso na literatura a associação entre os Transtornos Mentais Comuns e a baixa escolaridade, baixa renda, assim como a maior prevalência dessas manifestações em mulheres, em comparação com homens (Araújo et al., 2005; Coutinho et al., 1999; Fortes, 2004; Ludemir, 2000; Ludemir & Filho, 2002; Maragno et. al, 2006; Patel& Kleinman, 2003; Patel et al., 1999).

A tabela 1 mostra os estudos selecionados para revisão nesse trabalho, o tamanho e a característica de cada amostra, o objetivo de cada estudo, a prevalência global (quando apresentada) e os fatores associados. Em seguida será discutido cada fator relacionado, de acordo com os artigos revisados.

Tabela 1: Resumo dos artigos selecionados

Autores	Objetivos do estudo	N	População	Prevalência de TMC	Fatores associados aos TMC
Maragno et al., 2006	Comparar a prevalência de TMC na população coberta	1.211	Maiores de 15 anos residentes	Área Coberta pelo PSF: 24,1% Área não coberta pelo PSF:	Baixa renda, sexo feminino,

	e na população não coberta pelo PSF da região		nos distritos de Vila Curuçá e Nova Cachoeirinha/ São Paulo	26,6%	baixa escolaridade.
Araújo et al., 2005	Estimar a prevalência de TMC em mulheres e descrever fatores associados a sua ocorrência, com ênfase no trabalho doméstico	2.055	Mulheres com idade igual ou superior a 15 anos residentes de feira de Sant'anna/ Bahia	Prevalência média ou global: 39,4% Mulheres com alta sobrecarga doméstica: 48,1% Mulheres com baixa sobrecarga doméstica: 22,5%	Baixa escolaridade, baixa renda, não morar mais com o companheiro (ser viúva ou separada), ser chefe de família, ter filhos.
Costa& Ludemir, 2005	Relacionar a prevalência de TMC com a rede de apoio social e as características sociodemográficas.	483	Maiores de 19 anos, residentes da comunidade de Pirauá/ Zona da Mata de PE	Prevalência global de 36% População com densa rede de apoio social: 30,99% População sem densa rede de apoio social: 50%	Baixa densidade da rede de apoio social; baixa escolaridade.
Fortes, 2004. Tese de Doutorado	Determinar a prevalência e perfil nosológico dos TMC; investigar a sua associação com variáveis socioeconômicas e demográficas e com a presença de rede de apoio social.	714	População atendida em 5 Unidades do Programa de Saúde da Família de Petrópolis/ Rio de Janeiro	Prevalência Média de 56%	Baixa escolaridade; Baixa densidade da rede de apoio social; Gênero feminino, ter menos de 45 anos e baixa renda
Facundes e Ludemir,	Determinar a prevalência de TMC	443	Estudantes de	Prevalência global de 34,1%	Sobrecarga nos estudos e

2005	entre os estudantes dos cursos de graduação da área de saúde da UFPE e analisar algumas de suas características com o processo de ensino e aprendizagem		odontologia, medicina, enfermagem da UFPE		situações especiais durante a infância e adolescência
Ludemir, 2005	Investigar a relação entre a informalidade das relações de trabalho com os Transtornos mentais Comuns	621	Residentes da área II da cidade de Olinda/PE	Prevalência de 35,4% entre os trabalhadores informais e 35,7% entre os desempregados	Informalidade das relações de trabalho e desemprego.
Lopes et al., 2003	Investigar a relação entre os eventos de Vida Produtores de Estresse e os Transtornos Mentais Comuns	4.030	Funcionários de uma Universidad e no Rio de Janeiro	Prevalência global de 29%	Gênero feminino, renda, situação conjugal e Eventos de Vida Produtores de Estresse
Ludemir e Filho, 2002	Determinar a prevalência de TMC e analisar sua associação a condições de vida e inserção na estrutura ocupacional	621	Residentes de Olinda/Pernambuco com idade maior ou igual a 15 anos	Prevalência global de 35%	Baixa Escolaridade e Precárias Condições de Moradia
Ludemir, 2000	Verificar a associação do desemprego, do trabalho informal e dos TMC com Gênero.	621	Residentes de Olinda/Pernambuco com idade maior ou igual a 15	<u>Mulheres</u> Trabalhadoras formais: 25,8% Trabalhadoras informais: 54,4% Desempregadas: 45,2%	Precária inserção no mercado produtivo

			anos	Donas de Casa: 49,2% Inativas: 47,5% <u>Homens</u> Trabalhadores formais: 17,5% Trabalhadores informais: 19% Desempregados: 26,2% Inativos: 25%	
Coutinho et al., 1999	Investigar o papel de um conjunto de variáveis sociodemográficas na ocorrência de MPM	6.740 ¹⁷	Residentes de Brasília, São Paulo e Porto Alegre		Gênero feminino a partir do 30 anos de idade; Ter 3 filhos ou mais com idade igual ou inferior a 14 anos; Ser casado nas camadas com menor nível de escolaridade
Souza & Silva, 1998	Analisar as características associadas ao risco de distúrbios psiquiátricos menores para a categoria de motoristas e cobradores de ônibus urbanos na cidade de São Paulo/ Brasil	925	Motoristas e cobradores de ônibus urbanos de São Paulo	Prevalência global de 20,3%, sendo de 28% para cobradores e 13% para motoristas.	Déficit de sono (dormir menos do que 6 horas por noite), absenteísmo; utilização de banco sem mecanismo de regulação, migração da região

¹⁷ 6740 para o inquérito epidemiológico. Destes foram selecionados 276 casos e 261 controles para estudo de caso-controle.

					Nordeste e alterações na escala de trabalho
--	--	--	--	--	---

Observação: É importante notar que os dois últimos artigos ainda usam a categoria “Morbidade Psiquiátrica Menor” ou “Distúrbio Psiquiátrico Menor”, ainda não tendo incorporado o conceito de transtornos mentais comuns, mas se referindo às Morbidades Psiquiátricas não Psicóticas, excluindo os Transtornos de Personalidade e Abuso de Substâncias.

2.7 Transtornos Mentais Comuns e Gênero

Dos estudos selecionados, exceto o estudo de Facundes&Ludemir (2005), todos encontraram maior prevalência de TMC entre as mulheres em comparação com homens. Coutinho et. al. (1999) afirmam que, embora existam estudos que procurem afirmar os ciclos biológicos e hormonais da mulher como responsáveis por uma maior prevalência dos transtornos psiquiátricos não psicóticos no sexo feminino se devem ao papel social da mulher. Os achados revisados pelos autores não apresentam resultados consistentes associando sintomatologias depressivas e níveis hormonais. Além dessa revisão, os mesmos autores citam um estudo de 1985 em que são investigadas as histórias familiares de 133 pacientes que apresentam *depressão maior*. Nesse estudo não é encontrada maior prevalência de transtornos depressivos entre os parentes desses pacientes. A partir desses dados, o estudo afirma o papel do ambiente e de fatores não biológicos no desenvolvimento de quadros depressivos. Portanto, se infere que a diferença entre gêneros, no que tange aos transtornos mentais não psicóticos, não se deva a fatores biológicos, tal qual vem sendo apresentado por algumas correntes de psiquiatria (Coutinho et al. 1999). Tal afirmativa não desmente a hipótese de manifestações de sofrimento que se expressem, simultaneamente, tanto pela via do somático quanto pela via do psíquico (justamente o objeto de estudo desta dissertação), mas sim rechaça a hipótese de uma origem estritamente biológica ou genética para essas manifestações.

Tais afirmativas podem ser óbvias para a grande maioria dos interessados em uma perspectiva ampla a respeito dos possíveis fatores associados à alta prevalência de transtornos mentais não psicóticos em mulheres. No entanto, a ampla disseminação de explicações biológicas incentiva que se sublinhe informações óbvias.

Uma explicação possível para a maior prevalência dos *transtornos mentais comuns* em mulheres é a alta prevalência de *desordens de internalização* nas mulheres, tais como manifestações depressivas ou ansiosas e *desordens de externalização* nos homens, tais como abuso de álcool e drogas ou condutas anti-sociais (Goldberg & Goodyer, 2005). Sendo assim, os homens não seriam menos propensos a transtornos mentais, mas seriam sim propensos a outras manifestações de sofrimento.

Outra hipótese que supostamente justificaria uma maior prevalência de morbidades psiquiátricas não psicóticas entre as mulheres seria o que se chama *artefato metodológico* (Coutinho et al. 1999), isto é, as mulheres teriam mais tempo de procurar serviços de saúde, assim como teriam também maior capacidade de percepção dos sintomas. No entanto, no caso dos estudos revisados nesse trabalho, essa hipótese não se confirma, visto os artigos não tratarem de maior ou menor procura pelos serviços de saúde. Exceto a tese de Fortes (2004) e o artigo de Maragno et al. (2005), os estudos abordam comunidades e não clientes de serviços de saúde. Ainda assim, é importante sublinhar que os dois estudos citados acima se referem a populações atendidas por equipes de Saúde da Família e não por serviços especializados.

No estudo de Facundes & Ludemir (2005), as autoras aplicaram o *Self Reporting Questionnaire* em 443 estudantes dos cursos de medicina, odontologia, enfermagem e educação física da Universidade Federal de Pernambuco. Não foi encontrada diferença significativa na prevalência de transtornos mentais comuns entre as mulheres em comparação com homens, ao contrário de todos os outros estudos revisados. As autoras atribuem a ausência da associação entre *transtornos mentais comuns* e gênero nesse estudo ao fato de que homens e mulheres ocupam posições simétricas no ambiente social da universidade e, portanto, em toda a amostra populacional do estudo.

Na mesma direção, a pesquisa de Maragno et al (2006) atribui as diferenças na prevalência de TMC entre homens e mulheres à dinâmica dos gêneros nas relações de poder, que se desdobram em situações de opressão para as mulheres.

Um dos aspectos ligados à alta prevalência de TMC em mulheres é a alta sobrecarga de trabalho doméstico. Donas de casa e mulheres que trabalham fora apresentam, segundo Araújo (2005), níveis similares de sintomas depressivos. De forma um pouco diferente, os resultados da pesquisa de Ludemir (2000) mostram que o grupo de mulheres inseridas

formalmente no processo de trabalho apresenta uma prevalência de TMC bem mais baixa do que o grupo de donas de casa, mas também do que as trabalhadoras informais, em sua maioria, empregadas domésticas (ver tabela 4).

Os aspectos associados ao trabalho doméstico e ao trabalho fora de casa são diferentes. No primeiro, os traços marcantes são a rotinização, a monotonia e a repetitividade, além das interrupções nas atividades realizadas, do baixo status, da invisibilidade e de sua desvalorização social. Entre as mulheres que trabalham fora de casa, o que se destaca é o acúmulo das atividades fora e dentro do lar e a sobrecarga decorrente de tal acúmulo (Araújo et al., 2005).

Em uma pesquisa realizada em Feira de Sant'anna, na Bahia, 2.055 mulheres preencheram o *Self Reporting Questionnaire*. A população era, predominantemente, composta por mulheres de baixa renda: 18,6% contavam com até meio salário mínimo, 39,3% ganhavam até um salário mínimo por mês, 24,3% até dois salários mínimos e 17,8% mais de dois salários mínimos. Dentre a amostra, 31,7% estava trabalhando, 11,3% estavam desempregadas, 28,4% sempre havia sido dona de casa, 8,6% eram aposentadas, 14,4% eram estudantes e 1,6% encontravam-se afastadas do trabalho por problemas de saúde. Dessas mulheres, apenas 45,1% mantinham atividades de lazer. Quanto maior o número de filhos, menor a proporção de mulheres que mantinham tais atividades. (Araújo et al, 2005).

Nesse grupo, a prevalência global de TMC foi alta: 39,4%, ou seja, 811 das 2.055 mulheres entrevistadas. Os sintomas predominantes relatados foram os encaixados na categoria de *Humor Depressivo/Ansioso* - itens 4, 6, 9 e 10 do SQR, respectivamente: *Assusta-se com facilidade* (preenchido por 56,7% das mulheres) , *Sente-se nervosa, tensa ou preocupada* (preenchido por 69,5% das mulheres), *Tem se sentido triste ultimamente* (preenchido 46,4% das mulheres) e *Tem chorado mais que o de costume* (preenchido por 32,7% das mulheres). O segundo grupo de sintomas mais freqüente foram os sintomas somáticos, em que destacaram-se *dores de cabeça freqüentes* (47,5% das mulheres preencheram esse item), *ter sensações desagradáveis no estômago* (preenchido por 32,6%) e *dormir mal* (preenchido por 30,3%) - itens 1, 19 e 3, respectivamente do SQR. No grupo *Decréscimo de Energia Vital*, o item 20 do SQR – *Cansa-se com facilidade* - foi preenchido por 42,7% das mulheres. (Araújo et al., 2005).

A prevalência de TMC foi mais elevada entre as mulheres que tinham baixo nível de escolaridade, não moravam mais com seus companheiros (separadas, divorciadas ou viúvas), eram negras ou pardas, tinham filhos, rendimento mensal próprio de até 1 salário mínimo, não mantinham atividades de lazer e eram chefes de família. A prevalência mais alta de TMC foi encontrada entre as mulheres que tinham alta sobrecarga de trabalho doméstico: 49,5% dessas mulheres apresentavam TMC, enquanto, entre as mulheres que tinham sobrecarga de trabalho média, o percentual foi de 38,5% e naquelas que relatavam baixa carga de trabalho doméstico, o percentual desceu para 33,1% (Araújo et al, 2005).

Tabela 2: Prevalência (%) de Transtornos Mentais Comuns entre mulheres segundo variáveis sociodemográficas (Araújo et al, 2005).

Variáveis Sociodemográficas	N	N	%
Idade			
Até 40 anos	1296	464	35,8
Mais de 40 anos	759	347	45,7
Situação Conjugal			
Solteira	737	233	31,6
Casada ou em União Estável	954	405	42,5
Viúva, separada ou divorciada	356	171	48,0
Cor da Pele (autoreferida)			
Parda	1.140	459	40,3
Negra	352	164	46,6
Branca	435	139	32,0
Escolaridade			
Sem acesso à escola	267	152	56,9
Ensino Fundamental	898	420	46,8
Ensino Médio	797	220	27,6

Graduação	76	14	18,4
Renda Mensal			
Até 1 salário mínimo	476	235	49,4
Entre 1 e 2 salários mínimos	346	93	26,9
Número de filhos			
Sem filhos	659	186	28,2
1-2 filhos	636	258	40,6
3-5 filhos	393	182	46,3
6-7 filhos	222	114	51,4
Mais de 8 filhos	145	71	49,0

Na tabela citada, “N” se refere ao número global das entrevistadas que correspondem à variável sociodemográfica citada na primeira coluna; “n”, o número de entrevistadas dentro daquela variável sociodemográfica que apresenta transtornos mentais comuns; “%” corresponde ao percentual de transtornos mentais comuns dentro daquela variável sociodemográfica. Por exemplo, das 2.055 mulheres da amostra, 1.296 são solteiras. Destas, 464 apresentaram transtornos mentais comuns, segundo os critérios do SQR, o que corresponde a afirmar que 35,8% das mulheres solteiras preencheram os critérios para TMC. Esta é uma informação básica, contudo, é preciso ser esclarecida, visto que esta dissertação não visa somente os sujeitos familiarizados com tabelas.

Portanto, de acordo com a tabela acima, é possível observar diferenças significativas na prevalência de TMC segundo todas as variáveis apresentadas: idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, renda e número de filhos. A prevalência de TMC aumenta significativamente em mulheres com baixa escolaridade, com mais de três filhos, negras, separadas ou viúvas, com renda menor que um salário mínimo.

Destaca-se também a questão relativa ao lazer: nas mulheres sem atividades de lazer e com muitos filhos, a prevalência de TMC aumenta na pesquisa citada (Araújo et. al, 2005). No entanto, basta comparar o total de mulheres com atividades de lazer e sem atividades de lazer, independente do número de filhos, que se pode verificar a diferença

significativa na prevalência de TMC. O grupo total de mulheres com atividades de lazer apresenta uma prevalência de TMC de 31,6%, enquanto o grupo total de mulheres sem atividades de lazer apresenta uma prevalência de 49,0%.

Tabela 3: Prevalência de TMC entre mulheres segundo participação regular em atividades de lazer e número de filhos (Araújo et al, 2005).

Número de Filhos	Com atividades de Lazer			Sem atividade de Lazer		
	Prevalência			Prevalência		
	N	n	%	N	n	%
Sem filhos	480	117	24,4	179	69	38,5
1 a 2 filhos	326	113	34,7	309	144	46,6
3 a 4 filhos	183	69	37,7	210	113	53,8
5 a 7 filhos	79	31	39,2	143	83	58,0
8 ou mais filhos	59	26	44,1	86	45	52,3
Total	1.127	356	31,6	927	454	49,0

As mulheres também sofrem mais com a informalidade no trabalho e com as questões referentes ao trabalho doméstico - já citadas anteriormente - como a monotonia, o baixo status social e a ausência de remuneração. A tabela abaixo, retirada do artigo de Ludemir (2000), mostra a diferença entre a prevalência de TMC entre mulheres inseridas no trabalho formal (prevalência de 25,8% de TMC) e entre as trabalhadoras informais (54,4%), desempregadas (45,2), donas de casa (49,2) e inativas (47,5). A comparação com o sexo masculino, em termos de prevalência de TMC, segundo inserção no mercado de trabalho, mostra matizes importantes desta diferença.

Tabela 4: Prevalência de TMC por posição no mercado de trabalho (Ludemir, 2000).

Posição no mercado de trabalho	N	% (Prevalência de TMC)
Mulheres		
Trabalhadoras Formais	16	25,8
Trabalhadoras Informais	37	54,4
Desempregadas	19	45,2
Donas de casa	61	49,2
Inativas	28	47,5
Homens		
Trabalhadores Formais	17	17,5
Trabalhadores informais	15	19,0
Desempregados	11	26,2
Inativos	12	25,0

Os vínculos de pertencimento fora do ambiente doméstico, a possibilidade de realização, a independência gerada pela remuneração são possíveis fatores associados à menor prevalência de TMC entre as mulheres inseridas no processo formal de trabalho. Por outro lado, o grupo de mulheres inseridas informalmente no processo de trabalho apresenta a maior prevalência de TMC. Os possíveis fatores associados à alta prevalência de TMC entre estas mulheres, a maioria empregadas domésticas sem carteira assinada, estão ligados à desvalorização, a necessidade de procurar rendimentos, mesmo sem garantias trabalhistas, à monotonia e à limitação do trabalho doméstico, *extensão do tradicional papel de dona de casa* (Ludemir, 2000).

Ludemir afirma ainda que, ao contrário, para os homens - a maioria pedreiros ou encanadores - o trabalho informal pode representar o sonho de não ter patrão e a realização de uma tarefa qualificada, para as mulheres a informalidade tem outros significados. Para estes, a prevalência de TMC entre os trabalhadores informais não teve diferenças significativas, mas sim para os desempregados (prevalência de 26,2%). Portanto é preciso examinar mais a fundo a ligação entre TMC e inserção produtiva.

2.8 - TMC, Inserção Produtiva, Pobreza e Escolaridade

Desde a década de setenta, o desemprego vem se tornando uma das maiores questões sociais, políticas e econômicas. A baixa inserção na escala social se relaciona com as chances de desemprego para os sujeitos, assim como com o prejuízo na saúde mental dos trabalhadores. Tanto o desemprego quanto a saúde mental se distribuem desigualmente entre os diferentes grupos populacionais (Ludemir, 2000) e o primeiro é um dos mais importantes determinantes de TMC em cinco estudos revisados por Ludemir (2005).

A mesma autora (Ludemir, 2000) revisou alguns estudos que demonstram os impactos positivos do trabalho remunerado sobre a saúde mental, assim como os efeitos adversos do desemprego. A falta de remuneração e seus desdobramentos não são os únicos fatores que ligam desemprego e transtornos mentais. Existem outras funções da inserção laborativa: a estruturação temporal do cotidiano, contatos com pessoas fora da família, metas que transcendem o nível individual, status e identidade. Os sujeitos desempregados seriam, portanto, privados dessas cinco funções do trabalho, que funcionariam como eixos de organização do viver cotidiano.

Embora a saúde mental seja um fator significativo na manutenção ou na chance de conseguir um emprego, estudos longitudinais revisados no mesmo artigo (Ludemir, 2000) apontam os efeitos adversos do desemprego para a saúde mental e para a recuperação da saúde daqueles que retornaram ao mercado de trabalho após um período de desemprego. Isto é, períodos de desemprego se desdobram em prejuízos de longo prazo na saúde mental dos indivíduos, mesmo que estes consigam novamente se inserir no mercado de trabalho.

Além da menor prevalência de TMC entre trabalhadores formais em comparação com desempregados - tanto no sexo feminino, como no sexo masculino - mostrado na tabela 4, existem diferenças entre os tipos de trabalho: os mais qualificados e aqueles tidos como menos qualificados. Na tabela abaixo, nota-se variações significativas na prevalência de TMC entre os grupos segundo a qualificação do trabalho: o grupo de trabalhadores manuais apresenta prevalência de TMC maior do que o grupo de trabalhadores não manuais em todos os tipos de inserção produtiva. Esta tabela é baseada na mesma pesquisa de Ludemir (2000), mas publicada em outro artigo (Ludemir & Melo-Filho, 2002). Tal pesquisa foi realizada na área II de Olinda, com 621 indivíduos com 15 anos ou mais,

escolhidos aleatoriamente em 226 domicílios, de março a novembro de 1993. O instrumento de pesquisa foi o SQR 20 e foi usada a entrevista psiquiátrica como padrão ouro para os suspeitos de TMC segundo o questionário.

Tabela 5: Prevalência de TMC segundo variáveis relativas à estrutura ocupacional (Ludemir&Melo Filho, 2002)

Variáveis	Prevalência de TMC (%)
Inserção no processo produtivo	
Formal	
Não manual	19,1
Manual	22,9
Informal	
Não manual	28,0
Manual	39,2
Desempregado	
Não manual	25,9
Manual	40,3
Inativos	43,7

Com base nos dados da tabela acima, retirados do artigo de Ludemir& Melo Filho (2002), é possível observar que no grupo de trabalhadores manuais - tanto aqueles inseridos no trabalho informal quanto os desempregados – a prevalência de TMC é significativamente maior que entre os trabalhadores não manuais, mesmo quando estes são igualmente trabalhadores informais ou desempregados. Isto é, os trabalhadores tidos como mais qualificados, que tiveram mais anos de estudo, são menos vulneráveis para TMC que os trabalhadores tidos como menos qualificados, mesmo quando ambos os grupos exercem atividades informais ou estão desempregados.

Os trabalhadores manuais têm menos reservas para a sobrevivência em caso de desemprego, assim como possibilidades mais limitadas de conseguir empregos satisfatórios. A insegurança gerada pela instabilidade de renda, nas camadas mais pobres, é

apontada por Patel&Kleinman (2003) como um importante fator associado ao risco de *transtornos mentais comuns*.

A baixa escolaridade - que geralmente é pano de fundo de papéis profissionais menos qualificados - se desdobra em outras dificuldades, assim como é fruto de uma situação de vulnerabilidade social.

A tabela abaixo, com base na pesquisa citada acima, mostra a prevalência de TMC, na mesma população, segundo variáveis sócio demográficas.

Tabela 6:Prevalência de TMC por variáveis demográficas e sócio-econômicas (Ludemir, 2000).

Covariáveis	N	N	% (prevalência de TMC)
Sexo			
Masculino	266	55	20,7
Feminino	355	161	45,4
Idade (anos)			
15-24	187	48	25,7
25-54	338	122	36,1
>55	96	46	47,9
Situação Conjugal			
Solteiro	224	66	29,5
Casado	313	104	33,2
Separado/Viúvo	84	46	47,9
Migração			
Nativo	433	133	30,7
Migrante	188	83	44,2
Escolaridade (anos)			
0-4	187	93	49,7
5-7	164	63	38,4
8-10	118	25	21,2

>11	152	35	23,0
Ocupação			
Não manual	172	43	25,0
Manual	246	90	36,6
Dona de casa	125	62	49,6
Estudante	74	20	27,0
Renda familiar per capita mensal			
De 0 a ¼ de salário mínimo	70	39	55,7
De 1/4 a 1 salário mínimo	392	136	34,7
> 1 salário mínimo	147	36	24,5
Propriedade de casa			
Própria	504	179	35,5
Alugada	117	37	31,6
Condições de moradia			
Boa	81	25	30,9
Média	460	148	32,2
Precária	79	42	53,2

A tabela acima é exemplar e confirma os achados de outros estudos (Araújo et al., 2005; Coutinho et al., 1999; Fortes, 2004; Ludemir & Filho, 2002; Maragno et. al, 2006; Patel & Kleinman, 2003; Patel et al., 1999): prevalência de TMC significativamente maior entre aqueles com baixa renda (55,7%), com baixa escolaridade (49,7%), separados ou viúvos (47,9%), pertencentes ao sexo feminino (45,4%), trabalhadores manuais (36,6%),

donas de casa (49,6%), maiores de 55 anos (47,9%), com condições de moradia precária (53,2%) e migrantes (44,2%)¹⁸.

É importante ressaltar que, exceto estado civil, sexo e idade, as outras variáveis sociodemográficas estão ligadas: baixa escolaridade, baixa renda, condições de moradia precária, inserção produtiva e, em algumas situações, migração - que implica em piores condições no mercado de trabalho.

A baixa escolaridade se relaciona com piores chances de inserção no mercado produtivo, assim como com uma infância de condições precárias, já que geralmente são as crianças das famílias mais pobres a terem que largar os estudos para trabalhar. Sendo assim, são essas crianças - aquelas que não dão continuidade ao estudo e que se tornam adultos com poucas chances de inserção laborativa - que nascem em famílias, cujos pais também tinham uma inserção precária no mercado de trabalho. Isto é, a baixa escolaridade é tanto origem como consequência de outros problemas sociais, assim como se revela uma questão transgeracional. Sendo assim, o problema é circular.

Portanto, as variáveis sociodemográficas renda, escolaridade e inserção produtiva estão intimamente vinculadas. Patel&Kleinman (2003) revisaram 11 estudos comunitários (3 pesquisas realizadas no Brasil, 1 no Chile, 1 na Indonésia, 1 em Lesotho, 4 no Paquistão e 1 no Zimbábue) sobre TMC, publicados em periódicos de língua inglesa desde 1990. A associação entre TMC, baixos níveis educacionais e baixa renda apareceram em todos os artigos revisados, independente do nível de desenvolvimento da sociedade. Os autores chegam a afirmar a universalidade da associação entre pobreza e *transtornos mentais comuns*:

“Muitos estudos mostram uma associação entre o risco de transtornos mentais comuns e baixos níveis de educação; muitos estudos mostram também uma relação com outros indicadores de pobreza como moradia precária e baixa renda. Esses achados sugerem que a associação entre pobreza e transtornos mentais comuns é universal, ocorrendo em todas as

¹⁸ As duas últimas variáveis, no entanto, não foram citadas nos outros estudos.

sociedades, independente de seu nível de desenvolvimento” (Patel&Kleinman, 2003:612)¹⁹.

Alguns artigos brasileiros citam a falta de estudos longitudinais, o que abriria espaço para a possibilidade de *causalidade reversa*, isto é, dos TMC dificultarem a permanência na escola ou em um emprego, por exemplo.

Um artigo publicado na *Social Science and Medicine*, escrito por cinco autores de países periféricos, relaciona pesquisas sobre prevalência de TMC em quatro países: Brasil, Índia, Chile e Zimbábue. Ao afirmarem a ausência de estudos longitudinais, citam o irônico - embora profundo - argumento de Wilkinson contra a possibilidade de *causalidade reversa*: “*Se a causalidade fosse apontada em uma direção, seríamos obrigados a dizer que a saúde é dos mais importantes determinantes da distribuição de renda*”²⁰ (Wilkinson *apud* Patel et al., 1999).

Os autores apresentam um modelo circular de relação entre pobreza e *transtornos mentais comuns*, apresentado adiante, em que a pobreza se desdobra em reações psicológicas, estas em consequências funcionais²¹ e estas novamente retornam para a pobreza.

A constatação de que as populações em situação de vulnerabilidade ou de pressão social estão mais sujeitas aos *transtornos mentais comuns* não faz e nem deve fazê-las vítimas de uma sina imutável e nem de uma realidade estática. É preciso que se tenha em vista que os recursos e as potencialidades de quaisquer seres humanos, no nível individual, não podem ser capturados por números. Mas as vulnerabilidades de grupo e seus fatores relacionados sim.

Todavia, é preciso sublinhar – talvez até incansavelmente - que algumas condições de vida propiciam situações de sofrimento e que nem só as doenças transmissíveis ou os graves transtornos mentais, enquadrados com perfeição nos manuais

¹⁹ Artigo em inglês. Tradução da autora.

²⁰ Artigo em inglês. Tradução da autora.

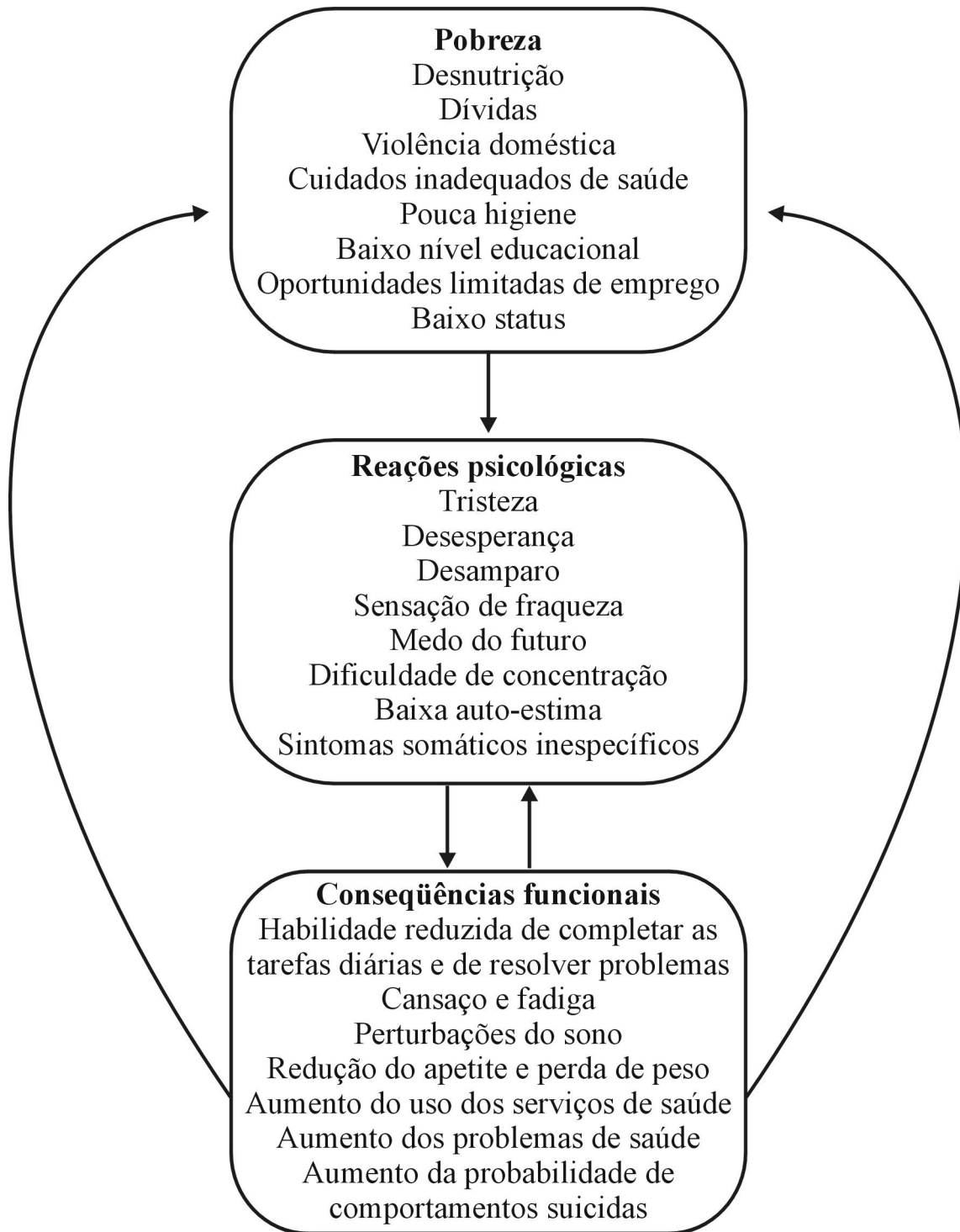
²¹ No artigo o termo usado foi *behavioral outcome*, no entanto considerei *conseqüências funcionais* mais adequado que *conseqüências comportamentais*, para não causar confusões com as teorias comportamentais da psicologia.

de classificação diagnóstica, causam prejuízos de toda ordem para os indivíduos, para a sociedade e, se isso não for suficiente, para os sistemas de saúde.

Os estudos epidemiológicos não visam condenar os pobres à doença, mas sim mostrar que algumas condições de vida podem vulnerabilizar as populações, inclusive para doenças não transmissíveis e não infecciosas, mas com potencial incapacitante equivalente a tais manifestações já reconhecidas pelo campo da Saúde Pública.

Mais uma vez, é preciso frisar que o problema é de tal complexidade e o ser humano é tão multifacetado, que os estudos epidemiológicos não podem – e não pretendem – capturar as singularidades e os matizes mais delicados desta problemática no âmbito individual, assim como de tantas outras problemáticas que envolvem aspectos não mensuráveis da experiência humana, seja nos casos de doença e sofrimento, seja em outros campos da experiência.

Modelo de Explicação da relação entre Pobreza e Transtornos Mentais Comuns de Patel et al (1999)²²



²² O desenho mostrado no artigo é feito com quadrados e setas retas. Achei importante “abaular” os quadrados e transformei as setas retas em curvas, justamente para enfatizar o noção de causalidade circular.

O que os estudos epidemiológicos afirmam, por meio de métodos de pesquisa que se desdobram em estatísticas, é que, nas populações mais vulneráveis socialmente, a prevalência dessas manifestações de sofrimento são significativamente maiores. Indicam, assim, que as condições de vida das populações em situação de pobreza, de baixa escolaridade e de falta de apoio social, facilitam a irrupção dos *transtornos mentais comuns*.

Contudo, outras formas de pressão social também podem se desdobrar em altas taxas de prevalência de *transtornos mentais comuns*, como é o caso de estudantes da área de saúde citados no artigo de Facundes&Ludemir (2005), submetidos à pressão dos métodos de ensino. De um total de 141 alunos do curso de medicina que preencheram o SQR, 42,6% apresentava TMC, dos 96 do curso de odontologia, 33,3% e 31,8% dos 96 estudantes de enfermagem apresentavam TMC.

O artigo de Alessandra Veggi e colaboradores (2004) também mostra outra faceta dos TMC, desta vez em um grupo mais particular da população: a pressão social sobre as mulheres para o enquadramento no ideal de magreza propagado pela mídia. A pesquisa relacionou a imagem corporal com a presença de TMC entre funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro. Foi feito o cruzamento do índice de massa corporal de cada sujeito com sua percepção sobre o próprio peso: se estava abaixo, muito abaixo, acima, um pouco acima, muito acima. Os resultados da pesquisa apontaram prevalência maior de TMC entre as mulheres (34,5%) em comparação com homens (22,3%). Independente de seu índice de massa corporal, a prevalência de TMC foi maior entre as mulheres que se consideravam acima ou abaixo do peso ideal. A percepção inadequada do peso corporal foi associada com TMC somente entre as mulheres. Ainda assim, a prevalência de TMC foi maior entre as mulheres com menor escolaridade e renda.

Através dos estudos epidemiológicos é possível observar também quais as condições que diminuem a vulnerabilidade aos *transtornos mentais comuns*: redes de apoio social, acesso à educação, ao lazer e ao mercado de trabalho. No boletim da OMS a respeito dos TMC em países chamados em *desenvolvimento*, Patel&Kleinman (2003) citam duas formas de prevenção: prevenção primária e prevenção secundária.

A prevenção primária consistiria em programas de promoção de educação e desenvolvimento para crianças que vivem em pobreza, em que fossem propostas

intervenções nutricionais e psicossociais. A prevenção secundária consistiria no reforço do tratamento dos *transtornos mentais comuns* na atenção básica, no treinamento dos profissionais que trabalham nesta frente para reconhecimento e tratamento dos TMC, que levem em consideração seus fatores psicossociais envolvidos (Patel & Kleinman, 2003).

Goldberg & Goodyer (2005) citam duas formas de prevenção primária, que se dividiriam em *medidas universais* e *medidas seletivas*. As primeiras seriam aplicáveis à toda população, através de políticas públicas, as segundas seriam direcionadas às populações de risco.

Assim, baseados na realidade do país onde vivem, a Inglaterra, propõem como *medidas universais* a proibição do castigo físico às crianças, leis que coíbam com mais rigor o uso de álcool e drogas, a implementação de programas que desenvolvam interações mais positivas entre pais e filhos e que estabeleçam, nas escolas, a criação de ambientes mais calorosos, que possibilitem um interesse positivo das crianças, combinado com limites firmes e sanções não hostis quando as normas forem quebradas.

Como prevenção primária *seletiva*, aplicada somente aos chamados *grupos de risco*, propõe visitas domiciliares para famílias, no intuito de prevenir *depressões pós-parto* e promover as habilidades parentais no sistema familiar.

Contudo, é importante salientar que esses autores, embora tenham acesso a inúmeras pesquisas epidemiológicas a respeito dos TMC, vivem em um país de características sociais e culturais muito diferentes do Brasil. Assim, as medidas de prevenção primária, que consistiriam na formulação de políticas públicas, dentro da realidade social em que vivemos, teriam que cuidar ainda de elementos mais básicos e estruturais, ligados a questões sociais, econômicas e culturais locais.

2.9 - TMC, Migração e Apoio Social

O aumento da densidade das redes de apoio social também diminui o risco de TMC. O estudo de Costa & Ludemir (2005), na comunidade de Pirauá, na Zona da Mata de Pernambuco, mostrou diferença significativa na prevalência de *transtornos mentais comuns* entre pessoas com baixo apoio social e com alto apoio social. O baixo apoio social manteve-se associado aos TMC, mesmo após o ajuste por idade, escolaridade e participação

no mercado de trabalho. A prevalência global de TMC foi alta na população: 36,0%. Entre aqueles com baixo apoio social a prevalência foi de 50,0% e entre aqueles com alto apoio social a prevalência foi de 30,99%. Nas palavras das autoras:

“Saber-se amado e cuidado e ter amigos íntimos e confidentes está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, melhor adaptação a circunstâncias particulares de estresse e menores efeitos dos eventos de vida produtores de estresse que, embora não possam ser evitados, passam a ter menos consequências” (Costa& Ludemir, 2005: 77).

No estudo de Facundes & Ludemir (2005) a respeito da prevalência de TMC entre estudantes da área de saúde, aqueles que não vinham da região metropolitana de Recife, cidade da universidade, e aqueles que não moravam com parentes apresentavam maiores prevalências de TMC. O grupo de estudantes que vivia com os pais ou parentes apresentaram uma prevalência de TMC de 32,3% e aqueles que viviam com outros apresentaram uma prevalência de TMC de 50%.

O grupo de estudantes que vinha da região metropolitana de Recife apresentou uma prevalência de TMC de 31,7%, o grupo de estudantes que vinha outras regiões de Pernambuco apresentou uma prevalência de 42,9% e o grupo que vinha de outros estados apresentou prevalência de 44,7% (Facunde&Ludemir, 2005). Isto é, a prevalência de TMC foi maior entre os migrantes, aqueles que têm uma rede de apoio social menos densa. Também no artigo já citado a respeito de inserção produtiva (Ludemir, 2000), os migrantes apresentaram uma prevalência de TMC de 44,2%, enquanto os nativos apresentaram prevalência de 30,7%.

Os migrantes, além de serem mais discriminados no processo de trabalho (Ludemir, 2000), contam com uma rede de apoio social menos densa e com menos recursos dessa ordem.

Fortes (2004) é outra autora que aponta para os efeitos protetores da rede de apoio social sobre a saúde mental dos indivíduos. A pesquisadora mostra, em sua tese de doutorado, a associação inversa entre rede de apoio social e TMC, isto é, quanto mais forte a rede de apoio social, menores as chances de TMC. Essa rede é defina pela situação

conjugal (ter ou não um companheiro)²³, o número de familiares em quem se confia, participação em atividades artísticas ou esportivas, e frequência em grupos religiosos onde se encontram redes de apoio social (Fortes, 2004).

Portanto, desses estudos pode-se concluir que incrementar as redes de apoio social através da formação de grupos, de atividades artísticas, de lazer ou mesmo terapêuticas, constituem ações que podem agir como efeito protetor para os *transtornos mentais comuns*.

2. 10 Considerações finais do capítulo

As populações em situação de desvantagem social não estão fadadas aos *transtornos mentais comuns*. Contudo, suas condições de vida propiciam mais facilmente esse tipo de manifestação de sofrimento, que geralmente se expressa por meio de queixas somáticas difusas, insônia, irritabilidade, dores de cabeça, falta de concentração, esquecimento e outros sintomas poucos específicos.

Estas queixas inespecíficas e seus sintomas associados se fazem notar pelo sistema de saúde como primeiramente um sofrimento somático, seja porque aquilo que é físico ou corporal tem mais legitimidade como sofrimento *real* (tanto para parte dos profissionais de saúde como para a população), seja porque essa forma de expressão se relaciona com a representação de doença, de adoecer e de sofrimento das classes populares.

Assim, entra em cena o velho problema da dicotomia corpo/mente não só na ciência, mas principalmente na assistência e na relação entre profissionais de saúde e clientela, entre códigos culturais diferentes para expressar doença e sofrimento.

Os tratamentos exclusivamente farmacológicos não mostram resultados satisfatórios, se desdobram em tolerância aos efeitos ansiolíticos, dependência e em prejuízos, em alguns casos, irreversíveis, do desempenho cognitivo e psicomotor (Bernik, 1996/97). Além disso, operam uma medicalização de problemas mais amplos.

Para propor novas ou antigas formas de abordagem dessa problemática nos serviços é preciso levar em consideração a representação de doença e daquilo que chamamos de adoecer psíquico – ou ainda anteriormente, do sofrimento psíquico – nas classes populares.

²³ Os estudos a respeito de estado civil não são unânimes. Embora a prevalência de TMC seja menor entre os casados que entre os viúvos e separados, costuma ser maior que entre os solteiros.

Os termos *adoecer* ou *sofrimento psíquico* ou ainda *transtornos mentais* são expressões carregadas de todos os pressupostos dos saberes contemporâneos. Mas até que ponto os saberes contemporâneos levam em consideração as representações de doença e sofrimento de classes (as mais vulneráveis aos transtornos mentais não psicóticos) que não estão presentes na construção dos saberes científicos? Talvez até a algum ponto. Mas qual? Os estudos sobre a representação de doença e sofrimento - que chamamos aqui de *mental* - nas classes populares, os estudos sobre o código do *nervoso*, podem trazer elementos importantes para esta discussão.

Estudar o código do *nervoso*, depois de um capítulo a respeito dos *transtornos mentais comuns* não significa tentar fazer equivaler os dois termos, mas procurar uma compreensão a respeito da representação de sofrimento *mental* nas classes populares que os estudos epidemiológicos não podem nos trazer. Da mesma forma, os estudos a respeito do *nervoso* não podem fazer compreender a magnitude e a emergência sanitária – se é que se pode usar esse termo - que significam os TMC. Cada coisa em seu lugar (e todas interrelacionadas): passemos ao terceiro capítulo.

Capítulo 3

O Código do *Nervoso*

3.1 Introdução ao capítulo

“Pois nos faltava justamente apontar para essa última e fundamental característica das representações individualistas: a sua pretensão universal ativa de missionária “civilizadora”, decorrente dessa tão específica conjunção entre o etnocentrismo que parece comum a todas as culturas e o singular “igualitarismo” que a torna cega à legitimidade de qualquer diferença” (Duarte&Ropa, 1985: 194).

Esse capítulo tem como objetivo apresentar algumas das questões acerca das concepções de perturbação e sofrimento *mental* nas classes populares, expressas, sobretudo, através do código do *nervoso*.

Muitos caminhos poderiam ser abertos em função dos temas levantados aqui, muito se poderia dizer e muita bibliografia ainda poderia ser explorada. Contudo, como se trata de uma dissertação interdisciplinar, ao tema do *nervoso* foi dedicado somente um capítulo. Nele desejamos abordar os principais aspectos a respeito dessa expressão de sofrimento que toma forma - nas palavras de nossos saberes modernos ocidentais - de queixas simultaneamente somáticas e psíquicas.

Para tanto, serão abordados os principais aspectos da diferença cultural entre o código do *nervoso* e as categorias dos saberes modernos ocidentais, sejam eles médicos, psiquiátricos ou psicológicos.

3.2 Múltiplos Sentidos: um código não capturável pelas categoriais biomédicas e psicológicas

O tema do *nervoso*, como código de perturbação entre as classes populares, é amplamente discutido na literatura nacional e internacional. Seus múltiplos sentidos não podem ser capturados por categorias nosológicas, embora algumas tentativas de traçar

paralelos entre o código do nervoso e categorias diagnósticas tenham sido feitas na literatura da antropologia médica norte-americana²⁴.

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

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

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

Como bem adverte Davis (1988), devido à natureza nebulosa do *nervoso*, aqueles que procuram por explicações simples e por reduzi-lo a doenças físicas ou mentais, estão fadados à frustração e à confusão. A autora atribui ao *nervoso* a qualificação de *conceito camaleão*.

Sabendo de antemão da impossibilidade de enquadrar o *nervoso* em equações cartesianas ou em afirmativas retilíneas, podemos discorrer a respeito deste conceito nebuloso e até mesmo procurar paralelos possíveis, sem, no entanto, ter a pretensão de capturá-lo em categorias fechadas.

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

Costa (1987) o define, em relação às suas apresentações nos serviços públicos, como *um quadro composto por queixas sintomáticas difusas*. Pode-se acrescentar a esta afirmativa que é não somente uma forma específica de conceber a experiência de sofrimento e aflição, mas de conceber a pessoa, como demonstra Duarte (1986; 1993; 1998; 2003).

²⁴ A esse respeito ver “*Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica*”, de Luiz Fernando Dias Duarte, publicado na Revista Phisys, vol 3, n2, 1993. Alguns aspectos dessa problemática serão discutidos adiante.

As qualificações para essa manifestação de sofrimento podem compor o estado de *estar nervoso* ou de *ser nervoso*. O *estar nervoso* designa uma qualidade de perturbação mais passageira ou leve e atribuível a uma causalidade externa. “*Ser nervoso*” designaria um estado mais permanente - que se coaduna com a expressão *temperamento nervoso* ou, ainda, *ser doente de nervos* - em que a ênfase maior se coloca na *qualidade interior da perturbação* (Duarte, 1986). Isto é, o nervoso pode designar estados passageiros ou características mais estruturais. Múltiplas etiologias podem ser atribuídas ao *nervoso*, desde etiologias *populares* a etiologias *científicas*.

Dentre as etiologias populares se encontram uma grande variedade de temas: causas hereditárias, fraqueza, problemas ligados ao corpo feminino - como gravidez, parto, menstruação, menopausa - excesso de problemas relacionais ou materiais, falta de relações sexuais, inveja, susto, ação demoníaca ou de espíritos (Duarte, 1986; Silveira, 2000).

Na literatura científica ou nas etiologias populares, pode-se fazer referência ao que Duarte chama de “*reducionismos recorrentes*” - isto é, tentativas de se utilizar um tipo único de determinação para a problemática. O autor cita três tipos de *reducionismos recorrentes*: o psicológico-sexualista, o que atribui o nervoso às práticas de exploração ou expropriação e o religioso (Duarte, 1986).

Essas dimensões podem ser elementos possíveis associados às manifestações de perturbação. São muitos os relatos de irrupção do nervoso, a partir de histórias em que participam elementos como a quebra de reciprocidade em diversos níveis da vida social, da vida familiar ou na esfera das crenças religiosas. Contudo, é necessário colocar entre parênteses as abordagens que procuram causas únicas para o *nervoso*, reduzindo-o a explicações simplistas ou tomando-o como fenômeno que pode ser convertido facilmente em outra linguagem, como, por exemplo, a psicopatológica.

Ao procurar desviar dos *reducionismos recorrentes* – mesmo que seja uma tarefa trabalhosa nem sempre tangível – se abre a perspectiva para os múltiplos sentidos possíveis para o *nervoso*, no âmbito individual e no âmbito coletivo.

Guarnaccia & Farias (1988) abordam a problemática do nervoso, simultaneamente, como *illness* e como *sickness*. Apesar de em português as duas palavras serem traduzidas como enfermidade ou doença, em inglês, segundo os autores, a palavra *illness* se refere

principalmente ao âmbito individual e a palavra *sickness* ao âmbito coletivo. Assim, o *nervoso* carregaria os sentidos pessoais e também suas raízes coletivas.

Apesar do *nervoso* ser definido como uma *síndrome culturalmente interpretada*²⁵, ele apresenta certas características, através dos tempos e das culturas - muito embora sensíveis às circunstâncias locais, culturais e individuais (Davis, 1988). Dentre essas características está apresentação da perturbação como um fenômeno em que aquilo que os nossos saberes médico psicológicos dividem como corpo e mente, estão absolutamente vinculados, física e metaforicamente, através do que esses mesmo saberes definem como sintoma.

Todavia, a afirmativa acima está inserida dentro da perspectiva de um saber, situado social e historicamente: o saber das práticas psi e médicas contemporâneas. Saber este tão infiltrado na cultura, que determina até mesmo as nomeações que por ora são usadas para designar o *nervoso* como “*manifestações psicossomáticas*”, “*sofrimento psíquico*” ou outras.

É neste ponto que a obra de Luiz Fernando Dias Duarte (1986) inaugura afirmativas fundamentais, na medida em que procura se distanciar tanto dos saberes médico científicos como dos saberes psi contemporâneos, ao tratar do *nervoso* como um código próprio de uma certa concepção de pessoa predominante nas classes populares.

Duarte (1986) trata o *nervoso* como uma manifestação de sofrimento que o autor chama de *físico-moral* - uma expressão para designar a imbricação entre o nível físico-corporal e tudo aquilo que lhe opõe: a antiga *alma* ou a moderna *psique*. Essa qualificação, que a antiga tradição médico-filosófica dispunha para dar conta da mediação corpo-alma, é usada justamente para que não se usem nomeações tais como *manifestações psicossomáticas* ou outras ligadas aos saberes situados na perspectiva das ideologias e concepções contemporâneas de pessoa, já que o objetivo se situa justamente na relativização desses saberes. O retorno a uma categoria tradicional [perturbações físico-morais] traria essa vantagem: a de relativizar as representações modernas que sustentam o *senso comum acadêmico* (Duarte, 1998).

Assim a diferença radical entre o código do *nervoso* e os demais códigos - dos saberes médicos científicos ou psicológicos - é fundamentalmente uma diferença na

²⁵ Definição freqüente na literatura da antropologia médica norte-americana.

concepção de pessoa e não simplesmente uma diferença na expressão ou um suposto déficit na elaboração, na simbolização ou na linguagem. Essa diferença cultural não é residual, mas sim fundamental.

Como essa afirmativa é baseada nos trabalhos de Luiz Fernando Dias Duarte (Duarte, 1986; 1993; 1998; 2003), é inevitável que as informações trazidas por este autor constituam o solo deste capítulo, mesmo que isso implique na repetição constante de referências às suas obras. No entanto, outros autores que trabalham diretamente com assistência em saúde trazem informações relevantes, do ponto de vista da problemática do *nervoso* como uma questão de saúde pública, mesmo que, em uma perspectiva etnográfica, possam ser criticados.

Este é o caso da literatura norte-americana a respeito do *nervoso*, criticada em seus pressupostos epistemológicos e etnográficos no artigo *Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica* (Duarte; 1993).

Nesse artigo Duarte (1993) tece inúmeras críticas - pertinentes ao seu rigor epistemológico - a essa literatura. A principal delas é justamente o pouco distanciamento dos saberes médicos ou psicológicos contemporâneos. Isto é, parte dessa literatura se refere ao código do *nervoso* tomando os saberes modernos ocidentais como centrais e considerando a diferença cultural básica entre os dois modelos - o do *nervoso* e o dos saberes médicos psicológicos - como residuais e não como fundamentais.

O pouco distanciamento dos saberes contemporâneos se dá na equalização dos *nervos* aos fenômenos a categorias diagnósticas ou mesmo aos fenômenos que os saberes psicológicos vieram a chamar de *psicossociais*. Logo abaixo, ao serem contextualizadas as expressões para designar as expressões de sofrimento, será marcada a diferença entre o que é chamado de *psicossocial* e o código *nervoso*. É evidente que essas afirmativas são tratadas com cuidado e minúcia no artigo citado (Duarte, 1993). Contudo, são menos relevantes do que outras questões para o presente trabalho.

Portanto, é importante observar, que, embora tenha sido escolhido citar aqui literatura da antropologia médica norte-americana, devido às narrativas e aos dados significativos que trazem, para o recorte do presente trabalho, suas afirmativas não são universais e nem amplamente aceitas.

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

3.3 Nervoso e sofrimento psíquico: dois códigos diferentes

Ora, porque seria importante abordar também, mesmo que brevemente ou como contraponto, a configuração do psicológico? Porque esta é própria dos profissionais que costumam atender os casos de *nervoso*. Frisar a diferença entre uma configuração e outra – a do psicológico e a do *nervoso* – pode esclarecer as possíveis diferenças entre as concepções de pessoa de profissionais psi e de sujeitos pertencentes às classes populares, esclarecendo assim alguns dos mal-entendidos entre clientela e profissionais de saúde.

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

Contudo, é através desse entrecruzamento de códigos, nem sempre bem traduzidos e compreendidos, que os profissionais de saúde costumam atribuir às queixas que se encaixam no modelo do *nervoso* como “*queixas mal-definidas*” ou mesmo expressões mais grosseiras, que (des)qualificam a problemática, tais como “*piti*”; “*ausência de demanda*”, “*pacientes concretos*”; “*pacientes que remetem tudo ao corpo*”, “*incapazes de simbolização*”. Para Duarte, em 1986:

“A verdade é que, por mais bem intencionadas, progressistas e formalmente racional que seja a política e prática de saúde mental no país, parece absolutamente impossível que ela se adeque às necessidades da população das classes trabalhadoras, por motivos que vão desde

contradições próprias do campo psi (inclusive no tocante a definição da psicopatologia), até contradições intrínsecas àquela necessidade (...) passando pelos graves problemas de comunicação entre os dois códigos decorrentes da distância cultural aqui descrita.” (Duarte, 1986: 267)

Se por um lado não se deseja aqui apostar em uma impossibilidade de adequação das políticas e práticas de saúde mental às necessidades e aos códigos das classes trabalhadoras, é preciso abordar continuamente as dificuldades, com o intuito de dissolvê-las pouco a pouco, através de micro ações. Mesmo que existam trabalhos mais extensos e profundos a respeito do tema (Bezerra Jr., 1982; Costa, 1987; Duarte, 1985; 1986; 1993; 1998; 2003), ele não está esgotado e nem mesmo a problemática está solucionada.

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

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

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

Nesse sentido, os saberes que começavam a constituir o campo psi - além do inegável mérito de suas formulações iniciais e posteriores - tiveram um papel histórico revolucionário em um momento em que a doença mental estava capturada pelo reducionismo biomédico.

Após a Segunda Guerra houve uma reação a este reducionismo biomédico comprometido com a idéia de doença mental, através de dois caminhos: os enfoques psicologizantes, instruídos pelo desenvolvimento da psicanálise e, de outro lado, os

enfoques sociologizantes, que subordinavam a percepção das perturbações aos condicionamentos sociais. Ambos reagiam ao fisicalismo reinante na ciência da época, afirmando que a realidade humana não se restringiria à corporalidade em seu sentido restrito (Duarte, 1998).

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

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

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

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

enquanto sistemas como o do nervoso são – apenas eles – culturais ou simbólicos”
(Duarte, 1993:51).

É possível que, do ponto de vista da perspectiva cultural e do discurso próprio de parte dos profissionais de saúde, essa diferença não seja tão relevante, na medida em que suas visões de mundo podem não captar a diferença entre as duas concepções de pessoa: a concepção moderna ocidental - individualizada e psicologizada - e, em oposição, aquela predominantemente calcada em um modelo relacional, holista e hierárquico²⁶. Contudo, do ponto de vista dos autores que estão preocupados com o rigor etnográfico e das implicações sociais dessas diferenças culturais, marcar essa distinção é fundamental.

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

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

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

No entanto, a crítica feita por Duarte (1993) à literatura da antropológica médica norte-americana consiste em uma advertência, no sentido de que é necessário, pelo menos, por vezes, colocar entre parênteses os saberes contemporâneos que fundamentaram nossa

²⁶ Ainda que essas concepções sejam mescladas de forma complexa em cada sujeito e em cada grupo social ou cultural.

formação profissional. Não se pode olhar o *nervoso* exclusivamente através da lente de categorias que seriam supostamente “reais”, calcadas nos saberes médicos científicos ou psicológicos da modernidade. Se descolar dessas lentes é muito difícil e quiçá, impossível, mas é preciso, pelo menos supor que elas não são eternas e, muito menos, absolutas.

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Holismo e Individualismo: teoria da hierarquia

Luis Dumond fez uma distinção entre holismo e individualismo ao estudar a sociedade indiana. O holismo seria característico das sociedades tradicionais, baseadas na hierarquia e o individualismo, mais fortemente presente na sociedade moderna ocidental, é baseado, a princípio, nos atributos da igualdade e da liberdade (Barbosa, 1988; Duarte, 1986; 2003; Velho, 1987).

Em uma distinção, breve e sintética²⁷, poderíamos afirmar que, em oposição ao holismo, o individualismo concebe o sujeito como autônomo e anterior à sociedade. Esta é vista como uma associação voluntária de seres independentes, cujo fim é a vida de cada um. Ao contrário, nas sociedades holistas, a participação na sociedade não é concebida como uma associação voluntária, mas algo que antecede o sujeito. Sujeito este que é visto como socialmente determinado e que é apenas um meio, para o qual a sociedade é o objetivo, a finalidade (Barbosa, 1988; Da Matta, 1983; Duarte, 2003).

²⁷ O uso desta caracterização tem como objetivo de distinguir claramente as duas concepções, visto que, possivelmente, os leitores dessa dissertação não serão antropólogos, mas profissionais de saúde. E que a própria autora, não sendo antropóloga, possivelmente percebe a distinção entre as duas concepções com menos matizes e nuances que aqueles que são originariamente do campo das ciências sociais. Para uma leitura mais sistemática e rigorosa ver “*Da vida nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas*”, de Luiz Fernando Dias Duarte.

No individualismo o sistema gira em torno de seus elementos, enquanto no holismo os indivíduos (como seres humanos empíricos) obedecem a uma certa lógica da totalidade, onde o que importa é a sociedade enquanto conjunto global, em torno do qual – e para o qual - circulam os seres humanos (Barbosa, 1988; Da Matta, 1983).

No individualismo imperam as leis e decretos universalizantes, que buscam instaurar o princípio da igualdade para todos os indivíduos, cidadãos perante uma lei que os uniformiza; enquanto nas sociedades holistas hierárquicas impera o valor da pessoa, seu papel social específico e não sua igualdade (Barbosa, 1988; Da Matta, 1983).

No entanto, mesmo as sociedades modernas não podem ser descritas como unicamente individualistas, mas como referidas à ideologia individualista, em intensidade e formas variáveis, assim como as sociedades tradicionais (holistas/hierárquicas) sofrem tensões entre sua estrutura hierárquica fundamental e a presença de disposições individualizantes (Duarte, 2003).

Paradoxalmente, apesar da aparente oposição entre individualismo e holismo, para Dumond, todas as sociedades são essencialmente holistas, visto que se fundam em algum tipo de ordem relacional. A diferença está no fato de que as sociedades baseadas principalmente na ideologia individualista têm como ideal a superação desse esquema totalizante e constroem suas dinâmicas nas relações “*entre sujeitos que se desejam autônomos, independentes e originais*” (Duarte, 2003: 176).

É importante também sublinhar que, para Dumond, o conceito de hierarquia difere da concepção corrente do senso comum, onde a hierarquia está inevitavelmente associada a poder (Duarte, 2003). Para esse autor, a hierarquia “*corresponde à difusão diferencial na trama social dos valores que consubstanciam o eixo dessa totalidade*” (Duarte&Ropa, 1985: 192). Isto é, a hierarquia corresponderia a essa inserção diferenciada de cada sujeito ou grupo dentro do todo social.

Segundo Duarte, um dos pontos fundamentais da teoria da hierarquia de Dumond é:

“(...) o da bidimensionalidade mínima do modelo, ou seja, de que a hierarquia supõe a distinção de dois níveis. Isso significa que a oposição ou relação hierárquica implica a concomitante presença lógica de um nível superior, onde há unidade, e de

um nível inferior onde há distinção (complementariedade ou reciprocidade)”
(Duarte, 1986: 41).

Duarte, no entanto, adverte para o fato de que a *totalidade* não se confunde imediatamente com a experiência social, mas encontra seu próprio nível dentro da vida social, estando, por sua vez, situada em outra totalidade (Duarte, 1986). Isto quer dizer que o indivíduo, como sujeito empírico, vai ter sua experiência de inserção em subgrupos em que assume seu papel social específico e, portanto, sua posição hierárquica (no trabalho, na família ou na localidade), mas que essa posição não necessariamente se refere à ampla totalidade da sociedade.

Em um nível que Duarte chama na citação acima de *inferior* essa inserção vai se distinguir do todo social através da relação de complementaridade ou reciprocidade. O tema da reciprocidade das relações será de especial importância para o modelo do *nervoso*, já que a sua ruptura poderá promover perturbações no indivíduo, como quando se rompem as relações de reciprocidade entre os papéis dentro da família, por exemplo, através do comportamento de um marido alcoolista ou no trabalho, através de trocas injustas, onde as relações hierárquicas perdem seu status anterior e são desestabilizadas. É neste ponto que Duarte (1986) enfatizará a questão que se refere aos níveis relacionais²⁸ e suas possíveis rupturas, que podem se desdobrar em perturbações - o que será visto em maior profundidade mais adiante.

Na sociedade brasileira que, a princípio, é regida por leis que igualam os indivíduos, coexistem o modelo individualista e o modelo holista/hierárquico, como indica Da Matta (1983). Velho (1987) demonstra como individualismo e holismo ganham combinações variáveis de acordo com cada experiência social nas sociedades complexas.

Assim, na sociedade brasileira também coexistem os valores do individualismo (em que predomina a noção de indivíduo como unidade básica) e os valores próprios do modelo holista/hierárquico (onde predomina a noção de pessoa), com devidas *ênfases e combinações* em cada grupo, em cada experiência relacional e em cada sujeito (Duarte, 1986; Velho, 1987). Como estas duas concepções implicam em formas distintas de

²⁸ Nível relacional básico, nível super relacional e nível hiperrelacional, isto é, nível de relações familiares, nível de relações com o mundo através do trabalho e nível de relação com o mundo transcendente, através das crenças e religiões (Duarte, 1986).

conceber o mundo e a si mesmo, implicam também em formas diferentes de conceber a experiência de doença e sofrimento.

O código do nervoso é próprio de uma concepção holística, que resistiria à concepção moderna ocidental de pessoa. Diferentemente, a noção de sofrimento psíquico implica numa idéia de “interioridade” e de uma separação mais fortemente marcada entre sujeito e mundo, entre mente e corpo, própria do individualismo (Duarte, 1986; 1993, 1998; 2003).

A concepção de sofrimento chamada *nervoso* é mais comum nas classes populares. No entanto, o problema é mais complexo do que simplesmente pertencer ou não a uma dada classe social, mas sim a grupos sociais que tenham em comum “*sua não individualização pela psicologização*” (Duarte, 1998:87). Isto é, uma concepção de si e do mundo menos marcada pela separação entre sujeito e mundo, entre história individual, grupal, familiar ou coletiva, que se desdobraria em uma menor ênfase na interioridade e na individualidade. Mas como essa concepção de si e do mundo poderia coexistir com outras concepções, onde a separação entre sujeito e mundo, entre mente e corpo são mais nitidamente marcadas?

3.5 Sociedades Complexas

A hipótese central de Duarte (1986) é que o modelo do nervoso marca uma posição diferenciada face ao modelo de pessoa individualizada moderna. As classes trabalhadoras seriam portadoras de uma outra cultura, ordenada sobre valores e princípios próprios, diferentes das camadas médias e altas. Essa diferença não seria um atributo universal, mas seria relativa à cultura contra a qual se diferenciam: a cultura das camadas dominantes.

Velho (1987) problematiza a questão referente a diferentes culturas nas sociedades complexas, cuja diversidade de grupos e tradições coexistem em um espaço geográfico próximo: onde estaria a continuidade e a descontinuidade entre as diferentes experiências culturais e de classes?

Para diferenciar as experiências culturais entre classe média e classe trabalhadora, Velho (1987) se refere àquilo que Berstein chamou de “contextos socializadores”. Entre estas duas classes sociais, os contextos socializadores se diferenciam, segundo Berstein, no

uso da linguagem. Na primeira, é mais comum o uso da linguagem que o autor chama de “formal” e na segunda a linguagem chamada de “pública”.

A linguagem formal é “(...) *rica em qualificações individuais e sua forma envolve conjunto de operações lógicas avançadas*”. A linguagem pública, por sua vez: “*contém grande proporção de comandos sucintos, afirmações simples e questões onde o simbolismo é descritível, tangível, concreto, visual e de baixo grau de generalizações.*” (Berstein apud Velho, 1987: 19).

Apesar de reconhecer um tom de *fatalismo sociológico* na afirmação de Berstein e criticar a noção estática de contextos socializadores - pois considera que estes acontecem ao longo de toda a vida do sujeito, por meio de diversificadas experiências, inclusive por meio da influência dos veículos de comunicação de massa - Velho (1987) afirma que a questão central, no tocante às sociedades complexas, para a qual aponta este autor é o fato de que “*as descontinuidades sociológicas correspondem diferenças no uso da linguagem e na expressão cognitiva*” (Velho, 1987:20).

O uso da linguagem e as expressões cognitivas enquadram formas específicas de conceber o mundo, a si mesmo e as experiências de vida. Desta forma, pode-se entender aqui que a cultura, mediada pela linguagem em que um sujeito é socializado, confere o tom e a lente através da qual este mesmo sujeito vai capturar o mundo e si mesmo. É assim que Velho afirma que:

“Doença de nervos é uma expressão usada em camadas de renda mais baixa, que cobre uma grande variedade e diferentes estados emocionais, sob o prisma das camadas médias intelectualizadas e psicologizadas. Nesse universo a pessoa pode estar deprimida, neurótica, rejeitada, obcecada, paranóica, descontrolada, instável, louca, com mania de perseguição, pirada, em crise, angustiada, etc.” (Velho, 1987:21).

Velho está afirmando que, ao serem socializadas em um universo que valoriza a individualidade e todas as formas específicas de designar essa individualidade, as camadas médias nomeiam e percebem as expressões de sofrimento com uma variedade de matizes que só seria possível para quem o universo da interioridade é amplamente valorizado,

diferentemente das expressões das camadas populares para designar suas formas de sofrimento.

Para Duarte&Ropa (1985), a diferença de códigos para designar formas de sofrimento e perturbação entre as classes populares e as camadas médias ou altas é mais uma questão de tipo do que de grau. Isto é, obviamente não se trata de uma *privação lingüística* por parte das classes populares para designar seus estados de afeto, mas sim de uma verdadeira diferença.

Diferença que se dá não somente no uso da linguagem e da adesão a sistemas simbólicos diferentes para explicar a irrupção da perturbação, mas também no grau de reflexividade e em uma concepção diversa quanto à historicidade da doença. Enquanto para as camadas médias e altas existe um começo, uma evolução e um fim para uma história de doença *mental* ou sofrimento, para as classes trabalhadoras a doença ou perturbação será entendida “*segundo um modelo de causalidade não linear, não comprometido com a idéia de desenvolvimento*” (Duarte&Ropa, 1985: 189).

Mais adiante veremos que existe um amplo leque de expressões para designar os estados de perturbação entre as classes populares. No entanto, são expressões que, do ponto de vista do vocabulário psi, podem, aparentemente, não remeter ao que a configuração do psicológico nomearia como vida emocional.

Costa (1987), no seu artigo a respeito de pacientes *nervosos* em ambulatórios públicos, pergunta: “*Por acaso faltam expressões ao sujeito que atribui às condições de trabalho ou aos conflitos interpessoais o papel de causa dos conflitos psíquicos?*” (Costa, 1987:20).

Além da compreensão a respeito da importância dos elementos relacionais, veremos que a compreensão da dimensão daquilo que Duarte (1986) nomeia como perturbações *físico-morais* é de suma importância para entrar um pouco mais a fundo na linguagem das classes trabalhadoras a respeito de suas expressões de sofrimento.

Assim, estamos aqui partindo do pressuposto que em uma mesma sociedade, grupos sociais distintos, embora geograficamente muito próximos, podem experimentar diferentes concepções de mundo, de pessoa e de sofrimento, com as devidas *ênfases e combinações*. Esses grupos, freqüentemente, expressam e explicam as experiências de sofrimento de forma muito diversa. Portanto, se faz necessário examinar mais a fundo o código do

nervoso e suas implicações, suas diferenças em relação ao que nomeamos e compreendemos como sofrimento psíquico.

3.6 Origens históricas do discurso do *nervoso*

O discurso do *nervoso*, hegemônico entre as classes trabalhadoras urbanas, teria suas origens históricas, para Duarte (1986), nos saberes eruditos desenvolvidos entre os séculos XVIII e XX, em torno de representações comprometidas com a ideologia individualista. Todavia, sofrem uma reordenação ao se difundirem para as classes trabalhadoras, visto que nos saberes eruditos estavam orientados pela noção de indivíduo e no discurso popular passaram a se ordenar, em sua apropriação, pela noção de pessoa.

Davis & Whittien (1988) afirmam a derivação do discurso popular do *nervoso* a partir do discurso médico. No entanto, acrescentam que este último, por sua vez, teve suas raízes na medicina popular. Segundo os autores, desde o tempo de Galeno, os nervos são candidatos a elaborações metafóricas e, para esse antigo médico, os nervos não eram apenas elementos da anatomia, mas veículos de comunicação entre razão e emoção, entre corpo e a mente. A crítica de Duarte (1993) a estas afirmativas é seu caráter *continuísta*, isto é, como se não houvesse hiatos entre as representações antigas em torno dos *nervos* e as representações contemporâneas. No entanto, considera-se aqui também a relevância dessa apresentação metafórica dos *nervos* como veículos entre diferentes instâncias do ser humano.

Duarte (1986) traça o que chama de *uma inquirição histórica* no seu livro a respeito das origens do discurso do *nervoso* na literatura médica e científica desde o século XIX. No entanto, essa temática específica não merecerá um estudo aprofundado aqui, visto que se distancia do objetivo principal do trabalho²⁹.

Todavia, alguns temas que aparecem na literatura erudita a partir do século XIX, nos romances ou nos discursos médico científicos³⁰ a respeito do *nervoso*, encontram alguma contrapartida nas representações populares. São os mais significativos, de acordo com o

²⁹ Para uma leitura mais aprofundada ver o capítulo III “*Uma inquirição histórica sobre a perturbação moderna*” em “Da Vida Nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas” de Luiz Fernando Dias Duarte.

³⁰ Duarte (1986) cita, entre os romances, *Casa de Pensão*, de Aloísio de Azevedo; entre a literatura de divulgação dos saberes tidos com científicos, o *Lunário Perpétuo*, uma espécie de almanaque com informações as mais diversas, o *Guia Prático de Saúde*, editado em 1939, entre outros.

recorte feito pela presente trabalho: o tema da *Totalização*, o tema dos *Males da Civilização* e o tema da *Universal Difusão*.

O tema da *Totalização* diz respeito à qualidade do sistema nervoso como aquele que desempenha o papel de eixo ou centro articulador geral da pessoa humana (Duarte, 1986). Isto é, o sistema nervoso desempenharia o papel de centro totalizador e articulador de todas as funções do organismo, sendo assim, cumpriria uma função de junção de todas as experiências.

O tema dos *Males da civilização* denuncia certas qualidades ou condições do meio social: a civilização, que provocaria o crescimento das afecções nervosas no mundo, afligido pelas desnaturalizações da sociedade moderna. O sistema nervoso seria um intermediário entre o organismo e esse meio, cheio de ameaças e estímulos antinaturais (Duarte, 1986).

O tema da *Universal Difusão* diz respeito à afirmativa que:

“Uma vez que o sistema nervoso detém essa qualidade de articulador axial dos indivíduos e que todos os indivíduos se encontram vivendo em sociedade, e, mais do que isso, em civilização, não há quem não esteja exposto imediata ou virtualmente aos desequilíbrios, distúrbios ou tensões nervosas”. (Duarte, 1986: 73).

Para Duarte (1986), a configuração do *nervoso* nos discursos eruditos do século XIX é preparatória ou antecipatória da interiorização implicada na configuração do psicológico, que viria surgir a partir dos desenvolvimentos da psicanálise no século XX.

Todavia, em sua apropriação pelas classes trabalhadoras, o discurso do *nervoso* se reorienta para a noção de pessoa, predominantemente holista e relacional.

O autor enumera outros temas e outros nódulos centrais do discurso erudito na ciência do século XIX a respeito do *nervoso*, como o tema da *fisicalidade*, os nódulos *da fraqueza, da comunicação, da obstrução, da irritação e da alocação diferencial* do sistema nervoso.

No entanto é este último, o da *alocação diferencial*, que vai discorrer especificamente a respeito de *“lugares sociais mais ou menos afetados ou afetáveis pelas perturbações nervosas em função de certas ênfases e recortes peculiares”* (Duarte, 1986: 77). É no

nódulo da *alocação diferencial* que se faz primeira demarcação a respeito da mulher como um ser supostamente mais suscetível às *perturbações nervosas*.

3.7 Nervoso e Gênero

Muitos artigos ou livros ligam diretamente gênero feminino e *nervoso* (Cayleff, 1988; Hita, 1999; Nations et al, 1988; Silveira, 2000). No entanto, tratam essa ligação de forma diferente. Aparecem nos trabalhos basicamente dois temas³¹: aqueles que enfatizam uma leitura nas questões relativas à dominação de gênero e aqueles que enfatizam a preeminência dos vínculos relacionais que estruturam as identidades, tanto feminina como masculina, nas classes populares. Nesse sentido, os vínculos de pertencimento à família e à localidade seriam de suma importância para a marcação da identidade feminina.

Para Duarte, “*a mulher é mais nervosa, por ser mais relacional*” (Duarte, 1993: 65). Ser mais relacional corresponde a construir a identidade mais fundamentada no grupo do que na individualidade.

Para a mulher os vínculos de pertencimento à família ou à localidade, o chamado *nível relacional básico*, é mais destacado que nos homens (Duarte, 1986), embora a relacionalidade seja uma característica presente nas classes trabalhadoras, tanto para o gênero feminino como para o masculino (Duarte, 1986; 1993; 1998; 2003). Para este último, o espaço do trabalho ganha maior força de construção da identidade, embora também se relacione diretamente com o espaço familiar, na medida em que está ligado a valores como ser *batalhador, colocar comida dentro de casa e manter o respeito* (Duarte, 1986:176).

Para as mulheres:

“*O desempenho das tarefas domésticas e a gerência dos recursos familiares – compromissos que lhes são adstritos – não comportam o destaque à habilitação especializada, parecendo antes ser encarados como qualidades inerentes à condição feminina*” (Duarte, 1986: 178).

³¹ Não me deterei no artigo de Cayleff (1988) por tratar de uma abordagem a respeito da história da ligação entre gênero feminino e *nervos* através do tempo.

Ainda que a relação de gêneros venha mudando ao longo do tempo, em estudos recentes (Hita, 1999; Nations et al, 1988; Silveira, 2000) as características de pertencimento à esfera familiar, doméstica e local continuam a aparecer de forma acentuada nos discursos das entrevistadas em pesquisas a respeito de *mulheres nervosas*:

“Tratam-se de situações que de um lado começam a mudar, por outro continuam sendo vigentes para grandes contingentes de mulheres que vivem em um contexto marcado pela presença concomitante de novos e velhos modelos de ser mulher” (Hita, 1999:183).

A ruptura ou extrema instabilidade desses vínculos de pertencimento à família ou à localidade são possíveis fendas por onde pode irromper a perturbação, o *nervoso*, como demonstram as pesquisas publicadas.

Silveira (2000) entrevistou 13 mulheres tidas pela comunidade e auto referidas como *nervosas*, na ilha de Campeche, região rural de Santa Catarina. Essa pesquisa deu origem a seu livro *“O Nervo fala, o nervo cala”*. Diversos temas aparecem na narrativa dessas mulheres, relacionados à esfera dos relacionamentos próximos, entre eles, a sensação de abandono em relação à sua sintomatologia por parte dos familiares e dos profissionais de saúde, assim como conflitos na esfera conjugal, principalmente os relacionados à infidelidade dos maridos:

“Presenciando a conversa entre ela [informante] e uma amiga, confirmo que os nomes das amantes do marido designam as crises de nervos, e que estas aparecem “quando ele tem mulher na rua”, gasta muito com ela, deixando a família em má situação. Nessas ocasiões é que ela “garra nojo” das coisas que tem em casa, fica atacada dos nervos, quebra tudo (...)” (Silveira, 2000:50).

No artigo de Nations e colaboradores (1988), resultado de uma pesquisa com pacientes *nervosos* em um serviço de atenção primária na Virgínia, Estados Unidos, as mulheres representavam 72% da clientela e, dentre essas, a ocupação de dona de casa ocupava primeiro lugar (Nations et al, 1988).

O artigo reporta o caso de *Florence*, uma mulher de 40 anos, vinda da região rural da Virgínia, negra e analfabeta. A *paciente* chegou ao serviço por queixa de *nervoso* e os sintomas de seu relato incluem fraqueza, azia, insônia, joelhos fracos, “*dores como de uma faca afiada no estômago*”, cabeça rodando, entre outros (Nations et al, 1988).

Os sintomas de *nervoso* em *Florence* começaram quando perdeu um filho, logo após o nascimento e pioraram quando teve que retirar um ovário, em decorrência de um tumor. Ela atribui seu estado *nervoso* a problemas que teve em casa, como o estupro de uma filha de 14 anos, seguido de aborto, às bebedeiras e infidelidades por parte do marido e à responsabilidade de cuidar de sua mãe idosa (Nations et al, 1988).

O estudo de caso de Guarnaccia & Farias (1988) também relata a história de *nervoso* da Sra. Fuentes, uma salvadorenha com pouco mais de trinta anos, que passou por diversos episódios de rupturas, desde a morte da mãe aos quatro anos, passando pela migração forçada e pela inserção como migrante nos Estados Unidos. No entanto, entraremos nessa história com mais detalhes no próximo tópico.

Aqui no Brasil, a pesquisa de Hita (1999) a respeito de mulheres *nervosas* da periferia de Salvador também aponta para rupturas que se dão principalmente na esfera do *nível relacional básico*, isto é, na *família como parentela e como grupo doméstico* (Duarte, 1986). São narrativas de ruptura neste nível através de episódios de violência doméstica, de separações precoces da família de origem, de traições ou separações conjugais, que a autora chama de “*experiências fragilizadoras*”, substituindo a expressão *eventos estressores*, própria de uma concepção mais vinculada à psicopatologia ou à epidemiologia.

Além dos conflitos na esfera familiar, são relatados conflitos com a vizinhança por intromissão em assuntos familiares, fofocas e disputa de terrenos compartilhados (Hita, 1999), que caracterizariam rupturas nas relações com a localidade.

A autora entrevistou 14 mulheres que se denominaram *nervosas*. A partir dessas narrativas, afirma que a todas as entrevistadas relataram experiências de privação intensa,

carências econômicas e afetivas, precoce inserção no mundo do trabalho para sustento da família e, das 14, 9 tiveram experiências de violência desde a infância:

“A maioria das mulheres (9) explicitou ser vítima de violência física na infância, pancadarias que, predominantemente eram dirigidas também às suas mães e irmãos, principalmente após bebedeiras. Curioso é observar que 8 destas mesmas 9 vítimas, na vida adulta tiveram um contato muito próximo com a violência via o envolvimento de marido/filho/neto com crimes associados a drogas, assaltos e pequenos furtos. Algumas tiveram familiares assassinados pela polícia ou outros inimigos do bairro” (Hita,1999: 187).

As experiências de gravidez precoce não planejada, separações conjugais (seguidas ou não de novas uniões), infidelidade por parte do marido e violência doméstica aparecem na maioria dos relatos. O estupro aparece em 4 dos 14 dos depoimentos colhidos pela pesquisadora, seja das mesmas ou de filhas e netas; e a adoção seguida de “*integração como domésticas*” foi um evento importante para 6 das 14 mulheres (Hita, 1999).

Portanto, a afirmativa de Duarte (1986) segunda a qual a ruptura de reciprocidade no *nível relacional básico* é uma abertura considerável para a irrupção do *nervoso* no gênero feminino se confirma nas narrativas de outras pesquisas (Hita, 1999; Nations et al, 1988; Silveira, 2000), mostrando os episódios de violência doméstica, abuso, ruptura dos laços familiares, migração e privações de diversas ordens como temas associados às crises *nervosas*.

3.8 Inserção relacional e laborativa nas classes populares

Se para as mulheres de classes populares é principalmente a esfera de pertencimento à família e à localidade que mais marcam sua identidade, para os homens o pertencimento ao mundo do trabalho marca o *ethos masculino*, assim como os valores atrelados a este.

Para Duarte (1986), a *identidade emblemática* das classes trabalhadoras se centra na valorização dos vínculos e pertencimentos à família, ao trabalho e à localidade, que

determinam a preeminência do grupo sobre o indivíduo. É essa característica relacional que é predominante na concepção de mundo e de pessoa das classes populares. Sendo assim, é também a ruptura dessa rede relacional, em seus diversos níveis – trabalho, família ou localidade - que pode fazer irromper a perturbação. Esse é um dos pontos mais presentes em todos os artigos examinados até então, muito embora a ruptura com a rede relacional possa se dar em níveis diferentes, a depender da população estudada.

Costa (1987), em seu artigo que examina o discurso do *nervoso* em pacientes da rede pública vindos das classes populares, também demonstra como este discurso se remete à dimensão relacional da vida dos sujeitos, muitas vezes ligados a conflitos no trabalho ou à falta deste.

Nas publicações brasileiras, as populações estudadas são provenientes de classes populares, como as mulheres da periferia de Salvador (Hita, 1999) e a população rural de Campeche, em Santa Catarina (Silveira, 2000) citadas anteriormente, trabalhadores agrícolas da região serrana do Espírito Santo (Rozemberg, 1994) ou a clientela de um serviço público no Rio de Janeiro (Costa, 1987), entre outros, onde os discursos a respeito de rupturas ou desestabilização de vínculos relacionais sempre aparecem.

Os artigos norte americanos a respeito do *nervoso* tratam principalmente das populações que se diferenciam das classes dominantes não somente pela sua precária inserção social e laborativa, mas também pela diferença cultural de base: as populações de migrantes latinos (Guarnaccia & Farias, 1988; Jenkins, 1998; Nations et al., 1988). No entanto, o que Duarte (1998) vai enfatizar em relação a esta população será sua *não individualização pela psicologização* e não necessariamente sua cultura latina ou seu status de classe oprimida, visto que existem outras culturas e grupos oprimidos que não necessariamente se expressarão através do código do *nervoso* (Duarte, 1993).

Para Costa (1987), é a dimensão da relação com o trabalho que marca a identidade dos sujeitos das classes trabalhadoras:

“(...) Mas esta necessidade premente do trabalho, enquanto instrumento de sobrevivência física e social (é bom não esquecer, as conseqüências sociais do estatuto de desempregado ou vagabundo pobre, como humilhação por parte de burocratas; exposições a brutalidades policiais; estigmatização por parte de

*parentes, etc.) não nos deve fazer esquecer, a adesão afetiva do sujeito à identidade de trabalhador. Nesta camada social o trabalho não vale apenas pelo que representa enquanto meio de sobrevivência. Ele possui outro valor, o de assegurar ao sujeito a posse de um predicado que o torna humano como os outros homens*³²” (Costa, 1987: 38)

No mesmo sentido, Nardi afirma a vinculação, nas classes trabalhadoras, do *ethos masculino* ao trabalho. É este último, para o autor, que agrega atributos e funções morais como ser *provedor do lar, honesto, bom pai, bom marido*. O trabalho teria a “*eficácia simbólica para garantir as atribuições da identidade masculina (...)*” (Nardi, 1998: 96).

Duarte (1986) escolhe a categoria classes trabalhadoras para designar os grupos que não só “*dependem exclusivamente de seu próprio trabalho para a reprodução social como expressam nessa condição (a de trabalhadores) sua marca precípua de identificação positiva*” (Duarte, 1986:10).

Portanto, o trabalho, para os autores citados acima, além de um instrumento de sobrevivência, ganha o estatuto de marca de identidade do *ethos*, principalmente masculino, quando se trata de classes populares.

No estudo de Rozemberg (1994) a respeito de trabalhadores agrícolas da região serrana do Espírito Santo, a ruptura se dá na esfera que Duarte chama de *nível super relacional*, ou seja, nas relações com o mundo através do trabalho. Em 32% dos relatos colhidos pela pesquisadora, os entrevistados atribuem ao excesso de trabalho seu problema de *nervos* e seu consumo de psicotrópicos.

Para Rozemberg (1994), assim como para Costa (1987) em relação aos pacientes do ambulatório público, o trabalho representa a mais substantiva base de sua identidade. No entanto, a identidade pelo trabalho sofre com a desvalorização atribuída ao fruto do esforço: os baixos preços dos produtos agrícolas. O trabalhador dobra seus esforços com o intuito de – exclusivamente - sobreviver. É dessa ruptura na reciprocidade entre o esforço do trabalho e as condições de vida que o deveriam recompensar - é dessa fenda que se abre entre uma coisa e outra - que irrompe o *nervoso* em alguns dos relatos colhidos por Rezemberg.

³² Grifo meu.

No artigo de Guarnaccia & Farias (1988) a respeito de salvadorenhos que vivem nos Estados Unidos e que apresentam problemas de *nervios*, atendidos em uma clínica para refugiados, é apresentado o estudo de caso de uma mulher de 35 anos³³. No relato dessa senhora, que eles chamam de Sra. Fuentes, citada anteriormente, aparecem as rupturas com os diversos tipos de redes relacionais, assim como o duplo papel dos *nervos* como enfermidade pessoal e coletiva – ou como os autores diferenciam: como *illness* ou como *sickness*.

A ruptura que se sobressai no relato da entrevistada se dá no abandono forçado da terra de origem devido à guerra. A migração forçada aparece como um dos mais violentos cortes, já que implica em diversos afrouxamentos de laços: com a família de origem, com a localidade e com a própria cultura.

No caso da Sra. Fuentes, as primeiras rupturas foram precoces: a morte da mãe quando tinha 4 anos, o abandono pelo pai e, posteriormente a separação do avô que a criara, devido à necessidade de migração. A sua história de vida revela fortes cortes e quebras no *nível relacional básico*, isto é, no nível das relações familiares.

Ela atribui a piora de seu estado de *nervios* à chegada nos Estados Unidos, quando teve que trabalhar em uma fábrica onde empacotava produtos em caixas. A entrevistada compara o trabalho na fábrica com o trabalho que lhe sustentava em El Salvador, onde vendia frutas por sua própria conta junto com sua família. No emprego na fábrica ela trabalha dez horas por dia, sem controle sobre a totalidade do processo de trabalho, seu ritmo é ditado por uma máquina que deixa as caixas caírem para que os produtos sejam empacotados. Ela sabe que recebe menos, que trabalha mais horas e que não pode reclamar, por causas das barreiras lingüísticas e pela dificuldade de achar outro emprego devido à falta de documentação (Guarnaccia & Farias, 1988). Nesse ponto, pode-se observar claramente a ruptura no nível *super relacional*, ou seja, no nível da relação com o mundo através do trabalho, assim como a ruptura com a própria cultura de base. Isto é, a ruptura com as diversas redes relacionais podem acontecer – e muitas vezes acontecem - em uma mesma história de vida.

³³ Os autores fizeram a entrevista gravada em espanhol, língua em que depois foi transcrita e, somente depois, a entrevista foi traduzida para o inglês. Esse cuidado com a linguagem e com cultura do entrevistado certamente funcionou como facilitador de um relato tão rico.

É nessa quebra de reciprocidade, nesse hiato relacional, presente nos relatos citados acima que brotam os sintomas de *nervoso*. Sintomas esses que se situam entre aquilo que, em uma concepção predominantemente individualista, dividimos como somático e psíquico, e que, em uma concepção holista estaria na qualidade que Duarte (1986) chama de *Perturbações Físico-Morais*.

3.9 A Categoria de Perturbações Físico-Morais: uma teoria das conexões e fluxos

Dentro de uma concepção principalmente holista/hiráquica de mundo e de pessoa, como é o *nervoso* – assim como foi citado anteriormente - mente e corpo não são facilmente dissociáveis, mas se conectam por comunicações e fluxos entre o que é físico e o que corresponde ao não físico, como o moral ou psíquico.

Sendo assim, Duarte (1986) usa a qualificação de *perturbações físico-morais* para o *nervoso*, expressão que designa as alterações do estado normal da pessoa. Normalidade, por sua vez, entendida aqui como culturalmente determinada.

A categoria de *perturbação físico-moral* é central nos estudos a respeito do *nervoso*. Portanto cabe aqui citar literalmente Duarte em sua definição:

Dessas alterações digo serem físico-morais para transmitir a impressão de totalidade, de multipresença, de que elas freqüentemente se revestem, abrangendo ou atravessando dimensões diferentes da vida dos sujeitos. Embora a oposição entre físico e não físico possa não ser universal, ela é bastante recorrente no quadro comparativo das culturas e está certamente presente por sob os diferentes sistemas de representações, ligados à “cultura ocidental”. É claro, porém, que o que aqui analiticamente incluo nas perturbações físico-morais pode ser eventualmente considerado ou classificado culturalmente como apenas “físico” ou apenas “moral” (no sentido amplo deste termo)” (Duarte, 1986: 13).

Portanto, a adoção da expressão *perturbação físico-moral* pretende abarcar a totalidade da experiência de perturbação, de acordo com a noção de pessoa própria de uma perspectiva holística, no sentido acima referido, onde a dicotomia corpo e mente perde seus

contornos e seu poder. Como citado anteriormente, Duarte escolhe essa nomenclatura ao invés de perturbações psicossomáticas ou outras ligadas aos saberes contemporâneos, justamente para promover um certo distanciamento e uma certa relativização desses saberes.

Expressões citadas por informantes de Duarte como “*fígado opilado pelo que sofreu com o marido*” ou “*Tenho uma veia do coração atravessada sobre um dos rins. Quando fico nervosa, isso provoca muitos problemas*” (Duarte, 1986: 23) ou “*(...) extração de dente que teria estado atacando o nervoso*” (Duarte, 1986: 25) refletem essa junção de representações sobre o doença e o adoecer simultaneamente físicas e morais. Nesse sentido, representações valorativas a respeito do fígado (*fígado opilado, ataque de fígado*), do sangue (*sangue bom, sangue ruim*), da cabeça (*cabeça fraca, cabeça boa, ruim da cabeça*) ou outros podem fazer parte da categoria de perturbações físico-morais.

Duarte enfatiza também a entidade difusa por todo o corpo designada pelos nervos, cuja materialidade pode parecer ambígua, mas significativa no contexto das perturbações físico-morais (Duarte, 1986). Isto é, os nervos atravessam todo o corpo e podem designar essa difusão da experiência de sofrimento ou perturbação pela totalidade da pessoa e do que nomeamos como seu corpo.

Entre as acepções destacadas pelo autor para o *nervo*, escolhe-se aqui destacar a representação do nervo como “*sensibilidade dolorosa e algo profunda sobre a carne humana*” (Duarte, 1986: 30). Algo que liga sujeito ao mundo através da sensibilidade que, no caso, é o veículo de experiências dolorosas.

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

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

A Sra. Fuentes, do estudo de caso de Guarnaccia & Farias (1988), relata:

*“Eu sofro de doença dos nervos. Isso me dá dor de cabeça e meus olhos doem. E essa dor que me afeta aqui [apontando para o lado esquerdo abaixo do seu coração] é como se estivesse me sufocando. Eu também tenho dores pelo meu corpo. Isso é o que eu tenho de nervoso”*³⁴ (Sra. Fuentes *apud*: Guarnaccia & Farias, 1988: 1226)

Pode-se afirmar que essa dor é orgânica ou física? Os relatos de outros artigos já citados aqui apresentam sintomatologia semelhante (Costa, 1987; Hita, 1998; Rozemberg, 1994; Silveira, 2000).

A essa sintomatologia aparentemente física acompanham sintomas morais que, segundo Duarte, *acionam as metáforas mecânicas e orgânicas* associadas ao nervoso. Entre os sintomas morais, o autor cita os seguintes: *“triste, desorientado, abobado, deprimido, leso, caído, exausto, indisposto, inquieto, abalado, preocupado, perturbado, esgotado, agitado, irritado, atacado, esquentado, alvoroçado, atravessado, alterado, desesperado, furioso.”* (Duarte, 1986: 29).

Guarnaccia e Farias (1988) afirmam que o modelo do nervoso, ao rejeitar a dicotomia mente e corpo própria da biomedicina, une sentidos concretos e metafóricos nos sintomas. O calor no corpo seria ao mesmo tempo uma sensação física e um idioma para a raiva. Sentir o chão balançando ou as pernas bambas, prestes a deixarem o corpo cair, poderia ser, ao mesmo tempo, uma experiência física e uma sensação de não ter lugar seguro e estável dentro da sociedade. Os autores fazem estas associações a partir do estudo de caso citado acima.

Como fazer frente a essas manifestações de sofrimento? Quais seriam os recursos possíveis? A contradição do discurso biomédico é o não enquadramento desses casos em sua nosologia e, ao mesmo tempo, a prescrição de uma terapêutica bioquímica para fazer frente a eles.

³⁴ O artigo é escrito em inglês. Fiz uma breve tradução de um trecho de narrativa.

3.10 A medicalização do *nervoso*: tranquilizantes e intranquilos

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

Rozemberg (1994), no estudo citado com trabalhadores agrícolas do Espírito Santo, relata que 82% de seus entrevistados disseram usar medicamentos psicotrópicos para o *nervoso*, a grande maioria enquadrada na classe dos benzodiazepínicos. Apenas 6% disseram não usar nenhum tipo de medicamento, 6% apenas remédios caseiros como erva-doce ou maracujá e outros 6% disseram usar medicamentos, mas não especificavam quais. 47% dos entrevistados fizeram referência espontânea à dependência ou sofrimento na abstinência dos remédios.

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

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

“(...) eles desviam sistematicamente o reconhecimento e a atenção dos assuntos sociais envolvidos na gênese e atualização das perturbações nervosas. A medicalização de nervos, resultante de sua redução a um conjunto de sintomas, concorre para perpetuação do “nervoso” como doente crônico e para a manutenção do fenômeno no nível de um problema individual” (Rozemberg, 1994:306).

No caso dos trabalhadores agrícolas entrevistados por Rozemberg (1994), um dos problemas que saem de foco são as condições de vida geradas pelo trabalho, enquanto a medicalização coloca em foco o *nervoso* como problema individual. Isto é: a medicalização

de problemas sociais - ou relacionais – tende a os acobertar, tanto para os sujeitos envolvidos, quanto para a sociedade e para a formulação de práticas e políticas de saúde.

Por outro lado, no nível individual, aqueles que sofrem desejam por práticas que atendam à sua necessidade de ajuda. No estudo de Nations e colaboradores(1988), os autores afirmam que, de seus entrevistados, 51% dizem não conseguirem relatar sua situação de *nervoso* aos médicos, pelo medo de descrença ou de desqualificação, apesar dos sintomas incapacitantes. A maioria dos pacientes não tem uma relação aberta com seus médicos e uma delas afirma: “*Médicos vão somente me dar remédios e eu não quero ficar enganchada nas pílulas para nervos*”³⁵ (paciente *apud* Nations et al., 1988: 1250).

No estudo de caso citado de Guarnaccia & Farias (1988), a Sra. Fuentes relata que a única terapêutica prescrita pelos médicos norte americanos para seu problema de *nervios*, é a receita de medicamentos, o que a deixa frustrada e sentindo-se mal-compreendida: “*O doutor me dá apenas sedativos e eu volto a ficar do mesmo jeito. Eu não acho que o doutor vai me curar. Eu peço ao meu Deus para curar-me (...)*”³⁶ (Sra. Fuentes *apud* :Guarnaccia & Farias, 1988: 1227).

Sedativos são comumente prescritos para problemas de *nervoso* nos Estados Unidos e na América Latina. Para Guarnaccia & Farias (1988), a medicalização dos *nervos* nos Estados Unidos revela uma falta de compreensão da parte dos médicos, que acabam por reforçar o sentimento de falta de poder dos latinos, assim como torna os pacientes incapazes de expressar seu desconforto e de receber ajuda adequada. Isto é, aparece aqui novamente uma questão recorrente, que se refere ao acobertamento dos problemas de base e do sentimento de falta de compreensão por parte dos pacientes *nervosos*, quando em relação com o tipo de atendimento médico hegemônico. No entanto, os autores acreditam que na América Latina os médicos, por compreenderem melhor o que é o *nervoso*, entendam a vinculação dessa problemática com os conflitos relacionais.

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

³⁵ Novamente tradução minha.

³⁶ Idem..

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

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

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

“(...) a medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros não passíveis de melhora com calmantes, erros na dosagem, e uso prolongado de agentes psicoativos, com graus de dependência e iatrogênese variáveis” (Silveira, 2000: 76).

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

Contudo, é importante não individualizar o problema nos médicos. Estes fazem parte de um sistema de saúde que não é estruturado para atender a demanda desse tipo de paciente, os *nervosos*. Soma-se a isso o fato de que, frequentemente, seu próprio treinamento, dentro do recorte da biomedicina, não os capacite para a compreensão de problemáticas que não se encaixem nos diagnósticos médicos de base anatômica.

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

3.11 Considerações Finais do Capítulo

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

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

Uma oferta terapêutica rigidamente fixada no universo da individualidade, da interioridade e da reflexividade, tão caro às camadas médias e altas e, por outro lado, estrangeiro às camadas populares (Duarte&Ropa,1985), pode se revelar um método de pouca adesão ou eficácia nos serviços públicos. Nesse contexto, podem ser freqüentes as explicações de profissionais, justificando a não aderência dos pacientes, devido às suas resistências ou ao seu modo demasiadamente concreto de funcionar.

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

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

profundamente etnocêntrica. É preciso levar em conta a diversidade de concepções, sistemas simbólicos e terapêuticos que habitam, em espaços geográficos tão próximos, as sociedades complexas:

“Segundo Figueira, todos os recursos que uma sociedade põe a disposição de sujeitos que estão doentes, ou que por diversos motivos atravessam períodos críticos de vida, podem ser considerados como terapêuticos. Abdicando das distinções entre ciência e não ciência, e privilegiando uma interpretação sociológica, a autor inclui nesta categoria práticas tão diversas quanto a medicina, a psicanálise ou a umbanda. Para Figueira, a eficácia terapêutica dessas práticas depende de sua possibilidade de funcionamento enquanto sistemas simbólicos. Enquanto sistemas simbólicos, tanto a psicanálise quanto a umbanda “são capazes de fornecer, em momentos de crise ou doença, uma explicação (versão, interpretação), derivada de uma Weltanschauung (visão de mundo) que lhes é própria, e de propor uma terapia apoiada na versão enquanto procedimento diagnóstico para as dificuldades de um sujeito permitindo-lhes saná-las”. Esta versão fornecida pelo sistema simbólico permite tornar pensável e ordenada uma experiência antes anárquica e sem nome, ao mesmo tempo em que reintegra esta vivência anômala dentro de um sistema conhecido de crenças e valores”. (Duarte&Ropa, 1985:182)³⁷.

No entanto, ainda que as classes populares possam contar com recursos terapêuticos próprios, existe uma procura nos serviços de saúde pelos problemas de *nervos* e por queixas difusas de toda a ordem e essa procura, pelo que foi visto ao longo dessa dissertação, não é pequena.

O ponto de vista da saúde pública em algum momento vai precisar usar sua própria linguagem e racionalidade, que mesmo calcada hegemonicamente em uma perspectiva moderna ocidental de pessoa, pode se abrir às considerações antropológicas para encontrar

³⁷ Ainda que haja divergências em relação a essa asserção e que o próprio texto de Duarte&Ropa apresente a crítica de Levi-Strauss a tal equiparação, considero aqui a imensa validade dessa parágrafo. Para um maior aprofundamento no tema, ver o texto completo de Duarte&Ropa, “*Considerações teóricas sobre o atendimento psicológico às classes trabalhadoras*” e sua referência bibliográficas.

os instrumentos terapêuticos suficientemente hábeis – ou, no mínimo menos inábeis - para lidar com as manifestações de sofrimento que foram chamadas neste capítulo de *nervoso*.

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais

Ao escolher abordar o fenômeno das manifestações de sofrimento que se apresentam como importante demanda nos serviços de saúde por meio de queixas inespecíficas não enquadradas nos diagnósticos médicos de base anatômica - e enxergá-lo sob os enfoques descritos nos três capítulos presentes nessa dissertação - deve-se fazer aqui algumas considerações finais.

As alternativas apontadas pelos profissionais que trabalham no PSF, entrevistados por Brêda&Augusto (2001) para a melhoria do atendimento em saúde mental na rede básica, se coadunam com as conclusões que chegamos aqui: a ampliação multiprofissional das equipes, a presença de um número maior de profissionais de saúde mental e o desenvolvimento de trabalhos de grupo são medidas que facilitarão o caminhar na direção de um atendimento mais integral por parte do sistema de saúde às expressões de sofrimento da clientela considerada *menos grave*. Por outro lado, essas medidas também contribuirão para diminuir a aflição dos profissionais da rede básica, que ainda não estão suficientemente habilitados para lidar com problemas de saúde mental (sejam eles graves ou menos graves), além de já carregarem uma imensa agenda para atender diversos tipos de demanda e problemas de saúde.

A pesquisa de Luciana Maragno e colaboradores (2006) aponta para uma importante realidade na região do mesmo projeto de Atenção à Saúde da Família, em que Lancetti (2001) coordenou a equipe de saúde mental, o projeto *Qualis*, na cidade de São Paulo: não houve diferença significativa na prevalência de *transtornos mentais comuns* entre a população que recebia a assistência do programa e a população que não recebia a assistência.

Tal paralelo aponta para a consideração de que, por mais esforçadas que sejam as tentativas de inserção da saúde mental na atenção básica, muitos estudos mostram que a clientela considerada *menos grave* continua não assistida ou, quando profissionais tomam a iniciativa, assistida em condições precárias, e com inúmeras dificuldades. Entre elas, uma das mais citadas, junto com a medicalização da demanda, é o número ínfimo de profissionais de saúde mental para suporte das equipes ou para assistência direta.

Em relação a uma habilitação mais adequada em saúde mental para os profissionais da rede básica, a compreensão das possíveis diferenças culturais entre clientela e profissionais seria um elemento importante a ser incluído e valorizado nesse tipo de qualificação, principalmente em relação à socialização básica e à educação dos profissionais de nível superior, já que os agentes comunitários, por pertencerem à comunidade, são mais permeáveis aos códigos locais e, segundo alguns estudos, os mais disponíveis para escuta e acolhimento em relação aos problemas de saúde mental.

Tal sensibilização e abertura para populações cultural e socialmente diferentes, se cultivada seriamente desde a formação nos cursos de graduação, poderia abrir espaço para que as diversas categorias profissionais da saúde usassem seus recursos *científicos* a favor das demandas sociais de forma mais intensa e engajada.

Além da dificuldade de comunicação e compreensão entre profissionais e clientela, devido à distância cultural, a violência doméstica é outro tema freqüente nos relatos a respeito de problemas de saúde mental em comunidades (Lancetti, 2001; Pereira, 2004), assim como nas narrativas a respeito do *nervoso* (Hita, 1999). Paralelamente, Goldberg e Goodyer (2005) citam os programas de prevenção da violência intrafamiliar como uma das várias ações no sentido de prevenir os *transtornos mentais comuns* na comunidade, seja em crianças que estão sujeitas à violência física ou psicológica, seja em mulheres submetidas à violência de gênero.

Nesse sentido, os programas e agências de defesa da criança, da mulher e do idoso são importantes dispositivos para um cuidado integral às situações de sofrimento. Na mesma direção, os programas recentemente elaborados para funcionarem na rede de assistência social do recém montado Sistema Único de Assistência Social (SUAS), prevêm dispositivos para grupos com maior fragilidade, vulnerabilidade ou risco, como crianças, mulheres e adolescentes (Vasconcelos&Morgado, 2006).

Assim como a violência doméstica, alguns temas aparecem, ao longo de toda a dissertação, sob diferentes perspectivas. São eles: a ausência de recursos ou terapêuticas adequados para os problemas de saúde mental considerados *menos graves* na grande maioria dos serviços de saúde, a medicalização desse tipo de demanda e os aspectos sociais diretamente relacionados a essa manifestação de sofrimento, como desemprego, a renda

muito baixa ou inexistente, o processo de perda dos vínculos relacionais originais e a precária reinserção em redes alternativas de apoio social.

Entre os aspectos sociais diretamente relacionados às expressões de sofrimento das classes populares, seja sob a forma dos *transtornos mentais comuns*, seja sob a forma do *nervoso*, um dos mais relevantes é a inserção social, nos aspectos familiar, comunitário ou laborativo.

Se a ruptura de vínculos com a cultura de base (migração), com a família, na localidade ou no mundo do trabalho constitui uma abertura possível para as experiências de sofrimento e perturbação, as *redes de apoio social* são fatores protetores. Na ausência de redes familiares ou comunitárias para sujeitos que vivem em situação de precariedade e perturbação, outras redes de apoio social podem ser estimuladas através de práticas terapêuticas, de cooperativas de trabalho e renda, de práticas grupais de diversos tipos, que podem constituir uma rede de cuidados e ação social intersetorial.

O desemprego (ou sua precariedade) também remete à questão do afrouxamento dos laços sociais, assim como é um tema freqüente ligado às queixas que aparecem associadas a situações de sofrimento na comunidade ou nos serviços de atenção básica (Brêda&Augusto, 2001; Pereira, 2004; Silveira, 2004), sendo relacionado estatisticamente à prevalência de *transtornos mentais comuns* (Ludemir, 2000; 2005)³⁸, presente nos discursos a respeito do *nervoso* (Rozemberg, 2004) e associado com o alcoolismo (Lancetti, 2001; Pereira, 2004).

A atenção adequada a essa problemática requer, além das medidas terapêuticas de cuidado e de projetos sociais, transformações sócio-econômicas de cunho estrutural. No entanto, na medida que essas transformações não estão ao alcance direto do sistema de saúde, dos profissionais de saúde mental ou de todos aqueles que trabalham para amenizar o sofrimento, sob a forma de programas sociais ou outras práticas, é preciso encontrar recursos para intervir de alguma forma, mesmo que essas intervenções não impliquem em mudanças estruturais e que até mesmo possam ser consideradas paliativas, como projetos de trabalho e renda, projetos culturais, dispositivos associativos, educativos e recreativos para crianças, adolescentes, mulheres e idosos (Vasconcelos&Morgado, 2006).

³⁸ Isto é, nos desempregados a prevalência de *transtornos mentais comuns* é significativamente maior que nos sujeitos formalmente inseridos no mercado de trabalho.

Além desses, alguns recursos diretamente terapêuticos já constituem atualmente práticas de algumas organizações não governamentais, experiências de saúde mental comunitária ³⁹, e iniciativa de alguns setores como o da assistência social, inseridos nos projetos de trabalho e renda recentemente implantados no Estado do Rio de Janeiro.

Além do efeito positivo de minimizar a miséria, mesmo que limitado, existem outros fatores importantes: o efeito da rede de apoio social, a produção não só de artefatos, mas principalmente de sentidos e alternativas para o viver cotidiano. Essas alternativas, que podem conferir estrutura e sentido para o dia-a-dia, podem também proporcionar estímulos a uma identidade ligada a valores dignos para os sujeitos excluídos do mercado de trabalho, além de os unir a semelhantes que vivem a mesma problemática.

Outro ponto a ser destacado é a necessidade de acesso a atividades culturais, de lazer e artísticas. Tanto o estudo de Fortes (2004) como o de Araújo e colaboradores (2006) apontam para o efeito benéfico dessas atividades sobre a saúde mental das populações.

Em relação às alternativas predominantemente terapêuticas, a presente falta de dispositivos de acolhimento adequado para as manifestações de sofrimento das populações por meio de queixas *difusas* ou de outras expressões na rede pública é um dos pontos mais importantes a ser explorado, na medida em que é preciso apontar perspectivas. Possivelmente essa lacuna, presente na grande maioria dos serviços de saúde, é também uma brecha por onde surge o excesso de prescrições medicamentosas como resposta (ou mais exatamente como uma não resposta) para as situações de sofrimento dos usuários.

É evidente que nos casos de depressões ou de transtornos do humor graves, de transtornos psicóticos, de episódios de pânico, os médicos precisarão prescrever medicamentos, no intuito de aliviar o sofrimento. No entanto, a prescrição indiscriminada de psicotrópicos (sejam eles benzodiazepínicos ou antidepressivos) foi um elemento que apareceu em uma quantidade enorme de artigos, principalmente em relação ao atendimento em saúde mental na atenção básica (Amaral, 1997; Bernik, 1997; Brêda&Augusto, 2001; Silveira, 2004), mas também nos artigos a respeito dos *transtornos mentais comuns* (Fortes, 2004) e nos discursos a respeito do *nervoso* (Guarnaccia & Farias, 1988; Nations et al, 1988; Rozemberg, 1994; Silveira, 2000). Contudo, essa ausência de práticas bem

³⁹ A esse respeito, veremos a seguir uma breve síntese descritiva da experiência de Willian Castilho (Pereira, 2004), de saúde mental comunitária, e do Projeto 4 Varas (www.4varas.com.br), como uma abordagem terapêutica moldada pela cultura popular.

estabelecidas de acolhimento e produção de sentido para as populações que sofrem e buscam ajuda nos serviços de saúde para seus males, não significa uma real ausência de alternativas metodológicas.

São vários os caminhos apontados pela literatura e por experiências comunitárias recentes, não necessariamente ligados diretamente aos serviços de saúde: práticas que estimulem os encontros grupais; a troca de experiências entre as pessoas que sofrem, com a possibilidade de narrativas pessoais acerca de suas histórias; atividades produtivas criativas, incluindo, por exemplo, arte-terapia, com ou sem fins de geração de renda; práticas esportivas e culturais em geral e grupos temáticos, que facilitem o encontro de pessoas com problemas semelhantes, estimulando a troca de experiências e a rede de apoio social.

Experiências de Saúde Mental Comunitária

É preciso citar aqui experiências no campo da saúde mental comunitária, com intuito de indicar como os diferentes aspectos da problemática referente ao sofrimento da população são abordados em projetos que visam assistir comunidades no amplo espectro de suas demandas de atenção. Possivelmente são muitas iniciativas diferentes em todo o Brasil, por parte de organizações não governamentais, de movimentos de saúde comunitária, de convênios e projetos de extensão universitária ou até mesmo de serviços de saúde de equipes que fazem o que podem, a despeito das dificuldades. No entanto, mapeá-los poderia ser um trabalho tão vasto, a ponto de dar origem a outro trabalho.

Assim, optei nessa dissertação por citar principalmente dois exemplos que trabalham no sentido de um diálogo entre o saber acadêmico e o saber comunitário, usando recursos tanto de uma esfera como de outra: o CISC (Centro Integrado de Saúde Comunitária), em Belo Horizonte e o Projeto 4 Varas, em Fortaleza, onde nasceu uma técnica terapêutica para a população local, que já começa a se difundir pelo país, a Terapia Comunitária.

O projeto de saúde mental comunitária desenvolvido em Belo Horizonte, por Willian Castilho Pereira (2004), começou nos anos 80 com uma pesquisa na comunidade da *Cabana do Pai Tomás*, com o intuito de mapear os problemas de saúde mental mais prevalentes, para que, então, as alternativas pudessem ser construídas junto com a

população local. O pesquisador e sua equipe encontraram uma infinidade de situações de violência doméstica, alcoolismo, problemas de saúde mental principalmente em mulheres e crianças, em expressões de sofrimento intensas não enquadradas nas nosologias psiquiátricas clássicas.

Com o apoio institucional da universidade a qual pertenciam, os pesquisadores, coordenados por Pereira, realizaram primeiramente reuniões com diversos representantes da comunidade para conhecer os recursos locais. Registraram os diversos dispositivos comunitários já existentes, como um grupo de medicina natural, o grupo cultural do barracão (um local para suporte e complementação escolar, troca de livros e recursos educacionais entre jovens), a pastoral da saúde, a associação de moradores, um grupo popular de mulheres, o grupo do centro de saúde, os alcoólicos anônimos, as creches comunitárias e o grupo de uma clínica odontológica comunitária (Pereira, 2004).

O grupo de pesquisadores agregou, com a participação comunitária, os recursos de saúde mental que traziam da universidade com os recursos locais, propiciando um movimento integrado por diferentes dispositivos, no intuito de atender as demandas de saúde mental daquela população, e que se relacionavam com violência intrafamiliar, crianças pouco cuidadas por pais que não tinham com quem deixá-las, alcoolismo, violência de gênero, jovens com poucas alternativas de inserção no mercado de trabalho e vulneráveis à violência. Todas essas situações constituíam focos de sofrimento para muitas famílias da região (Pereira, 2004).

A cultura e os dispositivos locais foram integrados com o saber acadêmico trazido pela equipe da universidade no sentido de oferecer alternativas de acolhimento para as situações de sofrimento e necessidades da comunidade. Não visavam, no entanto, oferecer uma solução pronta, mas sim aproveitar e potencializar os recursos já existentes, mesmo que esses ainda não fossem fortes o suficiente até o momento em que o movimento de saúde comunitária começou a se articular. Nas palavras de Willian Castilho Pereira:

“O Centro Integrado de Saúde Comunitária não nasceu do acaso, mas da prática, onde temos aprendido e continuaremos a aprender a relacionar o saber do povo com o saber acadêmico das universidades. Sua história é longa e sofrida; talvez

comece no dia em que os moradores arrancaram os eucaliptos dos latifundiários e plantaram em seu lugar o direito de morar” (Pereira, 2004: 237).

Como o trabalho de Lancetti (2001), o de Pereira (2004) é um relato de experiência de um profissional militante e pesquisador que implanta um projeto em uma relação orgânica com as iniciativas comunitárias já existentes. Nesse sentido, a paixão da realização e efetivação de ideais e práticas sonhadas e construídas por tanto tempo certamente influencia a narrativa da experiência. Dificuldades e obstáculos tiveram que ser transpostos - ou simplesmente absorvidos como limitação - e esse projeto de saúde comunitária não se tornou panacéia para todos os males de sofrimento da comunidade (até mesmo porque boa parte dessas situações está ligada a questões sociais de diversas ordens, que, para cuidado e atenção, exigem uma profusão de medidas intersetoriais).

No entanto, a proposta de integrar os recursos locais ao conhecimento acadêmico como estratégia de propiciar um movimento de saúde mental comunitária foi a peça-chave que deu à comunidade não somente um dispositivo de atenção com diversas possibilidades de acolhimento (o CISC), mas principalmente a possibilidade de reconhecimento da cultura própria da população, dos potenciais locais e do poder de realização que já estavam presentes em semente na comunidade.

Outra experiência a ser destacada aqui é o Projeto 4 Varas, na comunidade do Pirambu, em Fortaleza, Ceará. Entre as diversas atividades desenvolvidas no projeto, que se sustenta por um convênio com a Universidade Federal do Ceará (UFCE), estão a produção de medicamentos fitoterápicos (para a comunidade e para a geração de renda dos participantes), um grupo de teatro para crianças e adolescentes (cujas peças e temas surgem das histórias e experiências dos participantes), uma escola para crianças de 5 a 12 anos, a casa de acolhimento, e a própria Terapia Comunitária (TC). Esta última é, a meu ver, uma das mais interessantes abordagens alternativas no país, em relação ao acolhimento das situações de sofrimento, em termos de valorizar a cultura e os recursos próprios da população e de possibilidade de difusão e inserção na rede de atenção básica em saúde.

Esse método terapêutico consiste em uma espécie de reunião, realizada semanalmente, aberta para qualquer pessoa que queira participar, independente do problema ou sofrimento que carregue ou não consigo. Essa técnica se propõe a ser um

espaço de partilha de experiências de vida a partir da escuta, no qual todos se tornam co-responsáveis pela busca formas de lidar com desafios do cotidiano e com as experiências de sofrimento. Neste sentido, procura-se sublinhar e valorizar o saber produzido pela vivência de cada participante. A “sessão” da terapia, que pode durar entre uma hora e meia e duas horas, é dividido em quatro partes: acolhimento, escolha do tema, problematização e encerramento (Barreto, 2005).

A disposição entre as pessoas é feita normalmente em forma de círculo, para que todos se vejam. O acolhimento consiste em um pequeno exercício de *aquecimento* ou dinâmica rápida - que pode ser proposta pelos próprios participantes - em que se *mecha o corpo* e incentive uma interação breve e descontraída entre os presentes.

Em seguida são explicitadas as regras da TC: só falar a respeito de si e de suas experiências, não fazer julgamentos nem dar conselhos, escutar atentamente a quem estiver falando, não trazer temas que se queira guardar em absoluto segredo, trazer músicas, ditados e provérbios que lembrem o tema tratado naquele momento (Barreto, 2005).

Na *escolha do tema*, todos os participantes podem expor suas situações de sofrimento para o grupo. O terapeuta pergunta quem se identificou mais com qual tema e por quê, e os participantes expõem seus sentimentos em relação aos temas trazidos.

Cada participante vota no problema que mais o comoveu, de acordo com sua própria história e situação de vida. O terapeuta agradece a todos que expuseram seus problemas e esclarece que aqueles que não foram escolhidos naquele dia podem voltar a se colocar nos próximos encontros.

Começa, então, a *problematização*. A pessoa que teve seu problema escolhido, por maior identificação dos participantes, expõe com mais detalhes a situação que está lhe afligindo. O terapeuta e os demais participantes podem lhe fazer perguntas para esclarecer melhor algum ponto.

Passado esse primeiro momento, o terapeuta agradece àquele que expôs seu problema, lhe explica que agora ouvirá os outros participantes e pergunta quem já viveu algo semelhante e como fez ou faz para lidar com o problema. A intenção, neste momento, é que o maior número de pessoas possa se colocar em relação ao problema colocado. Cada participante pode falar de sua experiência, sem dar conselhos e fazer julgamentos. Cabe ao terapeuta rememorar as regras e administrar o tempo, para manter a dinâmica da TC.

Músicas, ditados e provérbios podem ser lembrados pelos participantes ou pelo terapeuta a qualquer momento da terapia, o que abre a possibilidade para que os recursos culturais da comunidade possam ser trazidos, de acordo com os temas apresentados.

Passados mais ou menos 45 minutos em que todos têm a oportunidade de falar, é feito o *encerramento*. Todos se juntam em roda no centro, o terapeuta convida os participantes a expressar brevemente o que foi aprendido naquele dia e com quem, dando a *conotação positiva*, isto é, sublinhando as qualidades de cada participante no enfrentamento dos problemas trazidos. Podem ser cantadas músicas ao final e todos podem ser convidados a uma manifestação de afeto, de acordo com o momento e o tema. Pode ser feito um lanche de confraternização no final.

A prática da Terapia Comunitária traz diversos elementos interessantes, do ponto de vista da atenção e cuidado às expressões de sofrimento das classes populares. Os principais deles são a permeabilidade aos recursos culturais da população, por meio não somente de músicas, provérbio e ditados, mas principalmente através de uma estrutura de funcionamento eminentemente relacional, onde existe uma possibilidade de identificação horizontal e de livre expressão de afeto entre os participantes.

Outro ponto importante é a potencialização das redes de apoio social. A experiência de expor e entrar em contato com sofrimentos íntimos dos participantes promove uma rede de solidariedade horizontal, além de freqüentemente apontar novas possibilidades de enfrentamento e ampliar perspectivas acerca do próprio sofrimento.

Por essas características, considero que a Terapia Comunitária pode ser um excelente dispositivo de acolhimento nos serviços de Atenção Básica. Além de todas as características apontadas acima, a TC consiste em uma técnica relativamente simples, cujo treinamento não é demasiado longo. A simplicidade da técnica não significa o oferecimento de um dispositivo simplificado e pobre, pelo contrário, a técnica abre espaço para que possa emergir a riqueza das histórias e potencialidades dos participantes, mesmo em situações de intenso sofrimento ou dificuldade. Assim, o terapeuta não é a grande referência, ele precisa ser somente um facilitador atento e hábil, para que as qualidades do grupo - e de cada singularidade presente - possam ganhar espaço nas trocas de experiências e de afeto, quando este se manifesta (e quase sempre se manifesta) espontaneamente na identificação entre participantes.

No Brasil, devem existir diferentes alternativas para construir dispositivos de acolhimento às situações de sofrimento da população nos serviços de atenção básica, na rede de saúde como um todo ou em outros setores como nos programas de assistência social, nos convênios com universidades ou nas organizações não governamentais. No entanto, este estudo demonstrou que a permeabilidade aos códigos culturais locais, a construção de redes de apoio social e a possibilidade de encontrar os recursos já existentes na comunidade e nos sujeitos que vem expor seu sofrimento estão, talvez, entre os elementos mais importantes para gerar dispositivos eficientes para acolhimento e cuidado aos problemas de saúde mental considerados *menos graves*, seja sob a forma dos chamados *transtornos mentais comuns* ou dos *problemas de nervos*.

Essas manifestações de sofrimento que surgem como demanda de cuidado nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, ainda não têm seu devido espaço nas práticas e políticas públicas.

A estratégia da Reforma Psiquiátrica de reverter a quase totalidade dos recursos antes congelados na atenção hospitalar para os serviços substitutivos, direcionados aos portadores de transtornos mentais graves, foi fundamental para criar um movimento de reorientação da assistência. No entanto, tendo conquistado o status de uma política de Estado já consolidada, penso que chegou o momento de agora estimular programaticamente projetos de atenção aos transtornos mentais considerados menos graves, que configuram expressões, muitas vezes, de intenso sofrimento e pedidos explícitos de ajuda por parte dos usuários que procuram os serviços de saúde com queixas difusas as mais diversas, mesmo quando esse pedido seja primeiramente direcionado ao clínico geral.

Embora a indicação de apenas dois exemplos, citados acima, a saber, do CISC e da Terapia Comunitária, seja limitada, ela aponta para a existência concreta de alternativas metodológicas para o atendimento às expressões de sofrimento, sob as formas que queiramos chamá-las: sofrimento difuso, transtornos mentais comuns, problemas de nervos ou problemas de ordem psicossocial.

Portanto, já existem recursos e estratégias experimentadas para implementação de novas formas de cuidado e acolhimento. Tenho consciência de que a implantação desses dispositivos de atenção a essas expressões de sofrimento na atenção básica envolve, sem

dúvida alguma, diversos elementos, mas entre eles, penso que talvez os mais importantes sejam a coragem e a vontade política.

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, ELV – *Medicina hospitalar e extra-hospitalar: duas medicinas?* Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1988.

Alves-Mazzotti – *A Revisão Bibliográfica em Teses e Dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno.* In: *A Bússola do Escrever.* Bianchetti & Machado (Orgs). Editora Cortez, 2001.

Amaral, MA. *Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial.* Rev. Saúde Pública, 31 (3): 288-95, 1997.

Araújo, TM; Pinho, PS; Almeida, MMG. *Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico.* Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (3): 337-348, jul/set, 2005.

Barbosa, LN. *O jeitinho ou a arte de ser mais igual que os outros.* Ciência Hoje, vol. 7, número 42, 1988.

Bernik, MA. *Conseqüências adversas do uso continuado de tranqüilizantes benzodiazepínicos: tolerâncias, dependências e prejuízos nos desempenhos individuais.* Rev. Psiq. Clín. 23/24 (44/1-3): 36-38, 1996/1997.

Barreto, A. *Terapia Comunitária Passo a Passo.* Gráfica LCR, Fortaleza, 2005.

Bezerra Jr., B. *Noção de indivíduo: reflexões sobre um implícito pouco pensado.* Dissertação de mestrado. IMS/UERJ, 1982.

Bezerra Jr., B. *Demanda Psicoterápica e Assistência Pública: elementos para uma discussão.* Versão revista do trabalho “*Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais*”

em Saúde Mental”, publicado em “*Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*”, Ed. Vozes, Petrópolis, 1987.

Bombana, JA; Leite, ALSS; Miranda, CT. *Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos*. Rev. Bras. Psiquiatr. Vol. 22 n.4. São Paulo, 2000.

BRASIL. *Cuidar Sim, Excluir Não: Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e Política de saúde Mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

Brêda, MZ; Augusto, LGS. *O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, 6 (2):471-480, 2001.

Brêda, MZ; Rosa, WAG; Pereira, MAO; Scatena, MCM. *Dois Estratégias e Desafios Comuns: A Reabilitação Psicossocial e a Saúde da família*. Rev Latino-am Enfermagem, 13 (3); 450-2, mai-jun, 2005.

Carvalho, MS; D’orsi, E; Prates, EC; Toschi, WD; Shiraiwa, T; Campos, TP; Ell, E; Garcia, NL; Junqueira, AP; Serrão, AS; Tavares, EL. *Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede pública do Rio de Janeiro*. Cad. Saúde Publ. , Rio de Janeiro, 10 (1): 17-29, jan/mar, 1994.

Castellanos, PL. *Sobre o conceito de saúde e doença – Descrição e explicação da situação de saúde*. Trabalho apresentado no IV Congresso Latino Americano e V Congresso Mundial de Saúde Coletiva, Medellín, Colômbia, Julho de 1987. Tradução de Elena Pires Ferreira.

Cayleff, SE. *Prioners on their own febleness: womem, nerves and western medicine – a historical review*. Social Science and Medicine. Vol 26 (12), 1199- 1208, 1988.

Costa, AG; Ludemir, AB. *Transtornos mentais Comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil*. Cad. Saúde Pública, 21 (1): 73-79, Jan-Fev, 2005.

Costa, JF. *A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica*. Cadernos do IMS, Rio de Janeiro, 1 (1): 4-44, 1987.

Coutinho, ESF; Mari, JJ; Almeida-Filho, N. *Fatores de Risco para Morbidade Psiquiátrica Menor*. Revista de Psiquiatria Clínica. Vol. 26 pg. 246 a 256. São Paulo, 1999.

Cruz, MLS. *Realidades Escondidas*. In: Lancetti (Org.), *Saúde Mental e Saúde da Família*. Saúde e Loucura vol. 7. Hucitec, São Paulo, 2001.

Czeresnia, D. *O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Org: Czeresnia, D; Freitas, CM. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003.

Dalgalarondo, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre. Artmed Editora, 2000.

Da Matta, R. *Você sabe com quem está falando? – Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil*. In: *Carnavais, Malandros e Heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. Zahar Editora. Rio de Janeiro, 1983. 4ª Edição.

Davis, DL. *Historical and cross-cultural perspectives on nerves*. Social Science and Medicine, 26 (12): 1.197, 1988.

Davis, DL; Withen, RG. *Medical and Popular Tradicion of Nerves*. Social Science and Medicine, 26 (12): 1209- 1221, 1988.

Duarte, LFD. *Da Vida Nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

Duarte, LFD. *Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica*. Physis: revista de saúde coletiva, 3 (2). 43-74, 1993.

Duarte, LFD. *A outra saúde: mental, físico moral, psicossocial?* In: Antropologia e saúde, buscando identidades, traçando fronteiras. Org Alves, PC & Rabelo, MC. Relume Dumará. Rio de Janeiro, 1998.

Duarte, LFD. *Indivíduo e Pessoa na experiência da saúde e da doença*. Ciência e Saúde Coletiva, 8 (1):173-183, 2003.

Duarte, LF; Ropa, D. *Considerações Teóricas sobre o Atendimento Psicológico às Classes Trabalhadoras Urbanas*. In: Sérvulo Figueira (Org.). Cultura da Psicanálise. São Paulo, 1985.

Fleck, MPA; Lima, AFBS; Louzada, S; Schestasky, G; Henriques, A; Borges, VR; Camey, S. *Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde*. Rev Saúde Pública, 2002; 36 (4): 431-8.

Facundes, VLD; Ludemir, AB. *Common Mental Disorders among Health Care Students*. Rev Bras Psiquiatr, 27 (3): 194-200, 2005.

Fortes, S. *Transtornos Mentais Comuns na a tenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/ Rio de Janeiro/ Brasil*. Tese de doutorado. IMS/ UERJ, 2004.

Fourez, G. *A Construção das Ciências: introdução à Filosofia e à Ética das Ciências*. São Paulo. Unesp Editora, 1995.

Glina, DMR; Rocha, LE; Batista, ML; Mendonça, MG – *Saúde Mental e Trabalho: uma reflexão sobre o nexa com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática*. Cad. Saúde Pública v.17 n.3. Rio de Janeiro, 2001.

Goldberg, D; Goodyer. I. *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. Routledge, NY, 2005.

Guarnaccia, PJ; Farias, P. *The Social Meaning of Nervios: a case study of a central american woman*. Social Science and Medicine, vol 26 (12): 1223-1231, 1988.

Guimarães, MBL; Valla VV, Stotz EN et al. *Vigilância Civil da Saúde na atenção básica – uma proposta de ouvidoria coletiva na AP.3.1*. Relatório apresentado à Escola de Governo em Saúde/ ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

Hita, MG. *Identidade Feminina e Nervoso: crises e trajetórias*. In: Antropologia da saúde – traçando Identidade e explorando Fronteiras. Org Alves, PC & Rabelo, MC. Relume Dumará. Rio de Janeiro, 1998.

Jaques, MGC – *Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho*. Psicologia e Sociedade. Vol. 15. n.1. Porto Alegre, 2003.

Jenkins, J. *Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: a cross cultural comparison of Mexican Americans and Anglo Americans*. Social Science and Medicine, vol 26 (12): 1.233-1.243, 1988.

Lancetti. A. *Saúde Mental e Saúde da Família*. Saúde e Loucura vol. 7. Hucitec, São Paulo, 2001.

Lancetti, A. *Saúde Mental nas entranhas da metrópole*. In: Lancetti (Org.), *Saúde Mental e Saúde da Família*. Saúde e Loucura vol. 7. Hucitec, São Paulo, 2001.

Lancetti, A. *Síntese Metodológica*. In: Lancetti (Org.), *Saúde Mental e Saúde da Família*. Saúde e Loucura vol. 7. Hucitec, São Paulo, 2001.

Leal, C; Caldas, NR; Fortes, SL; Proença, MA. *Metodologia de Pesquisa em grupoterapia de pacientes com queixas difusas*. Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, 2 (1): 17-23, 1998.

Lopes, CS; Faerstein, E; Chor, D. *Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (6): 1713-1720, nov-dez, 2003.

Ludemir, AB. *Inserção Produtiva, gênero e saúde mental*. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (3), 647-59, jul-set, 2000.

Ludemir, AB. *Associação dos transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho*. J Bras Psiquiatr 54 (3): 198-204, 2005.

Ludemir, AB; Filho, DAM. *Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns*. Rev Saúde Pública 36 (2): 213-21, 2002.

Maragno, L; Goldbaun, M; Gianini, RJ; Novaes, HMD; César, CLG. *Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Populações Atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (8), 1639- 48, ago, 2006.

Mari, JJ; Iaconi, E; Willians, P; Simões, O; Silva, JBT. *Detection of Psychiatric morbidity in the primary care in Brazil*. Rev Saúde Públ., S. Paulo, 21 (6): 501-7, 1987.

Mattos, S. A. F. *Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde*. In: Lancetti (Org.), *Saúde Mental e Saúde da Família*. Saúde e Loucura vol. 7. Hucitec, São Paulo, 2001.

Nardi, HC. *O Ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho*. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal (org). Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1998.

Patel, V; Araya, R.; Lima, M; Ludemir, A; Todd, C. *Women, Poverty and Common Mental Disorders in four restructuring societies*. Social Science & Medicine 49; 1461-71, 1999.

Patel, V; Kleinman, A. *Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries*. Bulletin of World Health Organization, 81 (8), 2003.

Pereira, WAB. *Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade*. In: Lancetti (Org.), *Saúde Mental e Saúde da Família*. Saúde e Loucura vol. 7. Hucitec, São Paulo, 2001.

Pereira, WCC. *O adoecer psíquico do subproletariado: projeto saúde mental na comunidade*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 2004.

Rozemberg, B. *O consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores*. Rev. Saúde Pública, 28 (4) 300 -8, 1994.

Sabroza PC. *Saúde Pública: procurando os limites da crise*. Texto apresentado na ALAESC (Associação Latino Americana de Estudos em saúde Coletiva), 1994. Rio de Janeiro, 1994.

Silveira, ML. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000.

Silveira, DP. *Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde*. Dissertação de mestrado. ENSP/Fiocruz, 2003.

Souza, AC. *Em Tempos de PSF...Novos Rumos para a Atenção em Saúde Mental?* Dissertação de mestrado. ENSP/Fiocruz, 2004.

Souza, MFM; Silva, GR. *Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil*. Rev. Saúde Públ, 32 (1): 50-8, 1998.

Tanaka, OU; Lauridsen-Ribeiro, E. *Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental*. Cad. Saúde Pública, 22 (9): 1845-1853, set, 2006.

Travesso-Yépez, M; Morais, NA. *Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 (1); 80-88, jan-fev, 2004.

Valla VV. *Globalização e Saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa*. In: *A saúde nas palavras e nos gestos*. Org. Vasconcelos EM. Hucitec, 2001.

Vasconcelos, EM. *Do Hospício à Comunidade*. Belo Horizonte, Segrac, 1992.

Vasconcelos, EM. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis, Vozes, 2002.

Vasconcelos, EM. *Periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente*. Texto provisório para discussão interna. Projeto Transversões. Escola de Serviço Social. UFRJ, 2006.

Vasconcelos, EM; Morgado,R – *Proposta Conceitual do PAIF: subsídios analíticos e metodológicos na lógica do Sistema único de Assistência Social – Suas e do Programa de atendimento Integral à família – PAIF/RJ*, 2005.

Vasconcelos, EM; Morgado,R. *O perfil metodológico de atuação dos NAFs/CRA's no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado da Família e Assistência Social, 2006.

Veggi, AB; Lopes, CS; Faerstein, E; Shieri, R. *Índice de massa corporal, percepção do peso e transtornos mentais comuns ente funcionários de uma universidade pública no Rio de Janeiro*. Rev Bras Psiquiatr 26 (4): 242-7, 2004.

Velho, G – *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editora, 1987.

Waitzkin, H; Maganã, H- *The Black Box in somatization: unexplained physical sintoms, culture and narratives of trauma*. *Social Science and Medicine*. Vol 45. No 6. pp. 811-825, 1997.