

PUCRIO

ALBERTO MANUEL QUINTANA

DOS TRILHOS PARA CÁ: UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA MENTAL NA PERIFERIA DE UMA CIDADE DO INTERIOR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, 5 de dezembro de 1988.

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil http://www.puc-rio.br

N.Chamada: 150 / Q7 /TESE UC
Título: Dos trilhos pra ca : um estudo sobre a r

0 0 Ex: 1-CENTRAL

2370

ALBERTO MANUEL QUINTANA

DOS 1831/110S PRA CÁ: UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO
DA DOENÇA MENTAL NA PERIFERIA DE UMA CIDADE DO INTERIOR

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Esther Maria Magalhães Arantes

Departamento de Psicologia

Pontíficia Universidade Católica do Rio de Janeiro

UC 21100-8



150 TESE 10

,

Para Mônica, minha mulher.

Meus agradecimentos

- à Prof^a.Esther Maria Magalhães Arantes, minha orientadora, que, com sua amizade e apoio nos permitiu superar tanto os obstáculos acadêmicos como os pessoais, que se apresentaram durante a realização deste trabalho.
- à Prof^a. Monique Augras, que, através de "acaloradas discussões" soube nos transmitir conhecimentos e afeto.
- à Universidade de Passo Fundo, pelo incentivo e colaboração constantes.
- à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que, através da ajuda financeira, possibilitou a realização deste Curso.
- aos moradores da Vila Víctor Issler pela paciência e compreensão demonstradas, sem as quais essa "viagem" teria sido insuportável.



RESUMO

O trabalho se propõe a fazer uma descrição de como moradores de uma vila localizada na periferia de uma cidade interior percebem a "doença mental". Nesta aproximação, a minação "doença dos nervos" foi-se tornando cada vez mais sente. Tomando a "doença dos nervos" como ponto de partida, vãose descrever as relações existentes entre o discurso médico e discurso desta população, em relação a esta categoria patológica, uma vez que ambos fazem referência a ela. Ainda que o curso médico, inegavelmente influencie o discurso desta população relativo à doença mental, esse último não é uma deficiente daquele. A doença dos nervos tem para esta população uma significação própria. Como qualquer outra doença está, intimamente, ligada à impossibilidade de trabalhar, constituindo-se a capacidade para o trabalho "a linha divisória de águas" entre a saude e a doença. Por ser o trabalho considerado uma atividade que requer esforço físico, o corpo se torna o ponto de cia prioritário através do qual são percebidas as diferentes sensações. Não existe, portanto, uma diferenciação entre corporais e psíquicos. Assim, a doença dos nervos pode abranger desde queixas tipicamente emocionais, como tristeza, desânimo, etc. até distúrbios como hemorragias, veias inchadas e nas pernas. Da mesma forma que existe uma integração entre os fatores físicos e psíquicos, o mesmo acontece entre as causas: problemas econômicos, preocupações com os filhos, excesso ou falta de trabalho, doença de um membro da família, etc. as quais se complementam dando como resultado um "emfraquecimento"



dos nervos. Este enfraquecimento tanto pode constituir um sintoma como uma causa da "doença dos nervos". Fica claro através do trabalho que esta categoria patológica tem um sentido bem definido para a população estudada, não se confundindo com outro tipo de doença como poderia ser a "loucura", da qual é claramente diferenciada, principalmente, em relação à falta de consciência e à falta de sentido atribuídas aos comportamentos daquelas pessoas designadas como "loucas" pela população estudada.



ABSTRACT

This paper intends to make a description of how dwellers in a suburb on the edge of a town in the Interior, discern "mental disorders". In this approach, the designation illness" is more used erery time. Taking "nervous ilness" as starting point, the existing relationship between medical terminology and populary speech are described, referring to this particular pathologic category, where both, technological terms and popular expressions belong to. Although medical speech undeniably influences popular pattern, in relation to mental disorders, the latter not be considered defficient reproduction of the former. For these people, nervous disease has its own particular meaning. As well as any other disease, it is strongly considered the actual difference between being able or unable to work. Thus it constitutes "dividing line" between health and illness. As work is considered an activity which requires physical effort, the body becomes the main referential point, through which different sensations perceived. There is no difference, therefore, between physical and psychical symptoms. Thus, nervous illness may comprise from typical emotional complaints, such as sadness, dejection, etc., down to hemorrhage, distended veins and blotches on the legs. In the same way as there is an integration between physical and psychical factors, this also happens among different causes: economical problems, concerns about the children, excess or lack of illness of a family member, etc. whose complements result in "nerve weakness". This feebleness may either constitute a symptom, or else be cause of a "nervous illness". Through the whole paper it remains



clear that this pathologic category has a well-defined meaning to these investigated people, and can not be confused with other types of diseases, such as "madness" whence it is clearly contrasted, mainly referring to the lack of conscience or sense, imputed to the behavior of these persons called "mad" by the inquired population.

SUMÁRIO

			pag
I	-	INTRODUÇÃO	1
II	-	DOENÇA MENTAL E DIFERENÇAS CULTURAIS	9
III	_	METODOLOGIA	23
		3.1. Técnicas utilizadas	24
		3.2. O familiar como objeto de pesquisa	25
		3.3. O disfarce da neutralidade	29
		3.4. Entrevistas	34
IV	_	DESCRIÇÃO DO CAMPO	39
		4.1. A cidade	41
		4.2. Vila Víctor Issler	41
		4.2.1. Situação atual da vila	45
		4.2.2. A'vila e sua fama de marginal	49
		4.2.3. A religião na vila	52
V	-	O "USO" DA MEDICINA	54
		5.1. O saber médico	55
		5.2. Os médicos e a Doença dos Nervos	61
		5.3. A nova significação	64
VI		DOENÇA E TRABALHO	68
		6.1. Ser trabalhador	69
		6.2. O "normal"é trabalhar	71

•			pag.
VII	- SIN	NTOMAS DA DOENÇA DOS NERVOS	79
VIII	- CAl	JSA DA DOENÇA DOS NERVOS	91
	8.1	. Integração de diferentes esferas	92
	8.2	2. O enfraquecimento	97
	8.3	3. A migração	107
	8.4	4. 0 álcool	112
IX	- A I	LOUCURA: UMA OUTRA CATEGORIA	117
	9.1	l. Doença dos nervos e loucura	118
		9.1.1. Presença de sintomas físicos	119.
		9.1.2. Permanência dos sintomas	119
		9.1.3. Mente fraca X nervo fraco	120
		9.1.4. Falta de consciência	121
	-	9.1.5. Falta de sentido	123
	9.2	2. Ocultamento da loucura	124
	9.3	3. Herança	126
х	- CO	NCLUSÃO	130
ΧI	- RE	FERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

"Isso ai é normal, quase natural, entretanto é isso ai, a humanidade não é perfeita, sempre um é diferente do outro." (PEDREIRO, 40a.)

INTRODUÇÃO

O presente trabalho procura investigar qual é a visão que as populações de baixa renda residentes numa cidade do interior têm da doença mental. O interesse por essa pesquisa não foi fácil de ser aceito, podendo-se, mesmo dizer que "ele" se impôs a nós após ter superado diversas barreiras, originadas em nosso conservadorismo intelectual.

Isto talvez fique mais claro para as pessoas que conheçam Buenos Aires, pois foi nesta cidade com seus velhos edificios, dos quais entram e saem apressados, homens prisioneiros dentro de ternos escuros, cidade em que seu porto olha, nostalgicamente, èm direção àquele velho mundo — o mundo de seus sonhos — onde realizamos nossa formação. No entanto, vivendo—a um pouco mais, descobrimos que não é só nesta frustração de ter"nas—cido" no terceiro mundo que podemos reconhecê—la. Ela, também, está na ambivalência que Borges inspira aos portenhos, na melancolia de seus tangos e num certo salgado sabor a Freud que dela emana.

É que, nesta cidade, a psicanálise faz parte do cotidiano, podendo-se encontrar referências a ela além dos livros científicos, em histórias em quadrinhos, nos jornais, em nomes de livrarias (Livraria Edipo), em nomes de bares (Bar Freud, Bar Psicose), como também, na designação popular de um bairro como a "zona do murmúrio", por encontrar-se neste local a maior concentração de analistas. Em suma, Buenos Aires é um meio no qual a psicanálise tornou-se "familiar" e, portanto, seus postulados passaram a ser aceitos sem maiores questionamentos. A teoria

psicanalítica é a teoria por excelência.

No momento inicial de nosso trabalho com pessoas pertencentes a um outro contexto cultural - a classe baixa, de uma cidade do interior - ficamos surpresos com as diferenças e os problemas que se apresentaram na prática psicoterápica.

Os pacientes não entendiam por que era necessário uma continuidade, para atingir os fins do tratamento e, consequentemente, o número de faltas às sessões psicoterápicas era muito alto. Além disso, percebiamos, por parte desses, uma dificuldade na compreensão das intervenções do terapeuta. Ainda que jam esses os aspectos mais marcantes para a dificuldade da realização do trabalho, era como se todo o relacionamento entre paciente e terapeuta fosse baseado numa aceitação passiva de normas e de procedimentos não entendidos e, portanto, não compartilhados pelo paciente. Por vezes, dava-nos a impressão de paciente estar pensando: "Como é que vai curar-me sem fazer nada?" "O que quer ele (terapeuta) que eu faça?" A terapia, esse "lugar" comum dentro das classes média e alta das metrópoles, tornava-se algo estranho, confuso, incompreensível, "uma coisa de loucos" para as pessoas de baixa renda dessa população do interior.

Todas essas barreiras que surgiram no tratamento da população em estudo eram pontos de discussão nas reuniões de supervisão, sendo difícil explicar o porquê destes empecilhos.Depois de largas horas de debates, recorríamos ao artifício de atribuir à "resistência" do paciente àquilo que, provavelmente, fosse "resistência" nossa para relativizar, para reconhecer uma falta de recursos técnicos frente a esta outra realidade.

Penetrar nesses problemas era como ingressar num mundo de estranho, onde as coisas não eram como nós estávamos acostumados a pensá-las, onde o comportamento "natural" já não era natural. Um mundo do qual desconhecíamos seu significado e, por

isso, ficávamos perdidos, por carecermos do código com o qual o grupo interpretava a realidade. Isso nos causou tamanho temor ao ponto de se tornar difícil sair da atitude de querer dar significado a essas condutas "incompreensíveis", catalogando-as segundo nosso próprio código: "são ignorantes, têm um superego extremamente rígido, têm temor à mudança". Curiosamente, agora, nos perguntamos se essas explicações não estariam corretas, e o erro não teria sido a escolha para quem dirigi-las, pois eranosso desconhecimento em relação a essa realidade, nosso superego psicanalítico que nos abafava o espírito científico, impedindonos qualquer crítica não só à teoria, senão também, à sua pretendida universalidade e nosso temor à mudança que impossibilitava-nos de relativizar nossa cultura, favorecendo-nos o acesso a esse outro universo.

Qual seria a melhor maneira de enfrentar essas problemáticas que emergiam na prática clínica? Essa interrogação perdurou por muito tempo. No princípio, pensávamos que seria interessante pesquisar que modificações eram necessárias na técnica psicoterapêutica para atender a pessoas de classe baixa, moradores da periferia de uma pequena cidade do interior. Embora essa idéia surgisse como possível alternativa, havia algo que não convencia plenamente: qual seria a base para fazermos essas modificações?

Essa pergunta e outras que não possuíam suficiente clareza para serem formuladas nos apontavam algo errado, que não era exatamente por aí que deveríamos iniciar. Foi necessário muito tempo para percebermos que optar por uma linha de pesquisa dessa natureza significava continuar enclausurados na mesma idéia e, que, se quiséssemos dela nos libertar, deveríamos procurar conhecer esse outro que estava à nossa frente. Superado esse impasse, imediatamente, deparamo-nos com outra barreira: o preconceito próprio e alheio, disfarçado pela mais diversas racionalizações.

Quantas vezes não pensamos, e também, não nos disseram para realizar uma pesquisa sobre um fato mais "concreto", um fato mais "útil"? Mas detrás disso, percebemos que estava a idéia de que "não dá IBOPE" pesquisar caipiras, de que há tantas "minorias " de muito mais "status" como os favelados das grandes urbes, por exemplo, que, no momento, estão tão "na moda", assim como os negros que, embora marginalizados, têm certa áurea de exotismo. Existindo tantas "minorias boas" por aí, pesquisar logo caipiras que só servem para gozação...

No entanto, só quando esses preconceitos foram mais profundamente analisados e se fizeram explícitos, percebemos que, dificilmente, encontraríamos algo mais "concreto", algo mais "útil" do que pesquisar o próprio grupo com o qual trabalhamose, que, paradoxalmente, desconhecemos.

Uma vez feito o projeto e escolhido o tema da pesquisa, defrontamo-nos com outra situação: fazer um trabalho de campo sem nunca, anteriormente, ter ido além das portas do consultório. As orientações permitiam-nos formar uma idéia do que iríamos realizar. Embora isso diminuisse nossa angústia, não a eliminava por completo, principalmente, pela razão de termos colhido, como campo de pesquisa, nossa cidade de origem onde a distância não permitia um contato mais intenso com a orientadora. A solução passageira encontrada foi o aprofundamento teórico sobre o trabalho de campo. Ainda que não solucionasse por definitivo o problema, o postergava e permitia-nos a entrada campo de pesquisa de uma maneira mais gradativa. Da mesma forma , isso nos fez sentir mais acompanhados, quando, no dia que chegamos à vila, assustados e sem saber exatamente como começar, tínhamos vontade de desistir. A lembrança de Malinowski (1978) em pe e com suas malas em uma praia deserta se perguntando: - E agora, o que faço? nos permitiu perceber que essa ção, também, faz parte da pesquisa, pois а necessidade de

encontrar "um lugar", de poder localizar-nos nesse outro universo, foi uma força que nos ajudou no conhecimento dessa outra realidade. Essa situação com a população a ser pesquisada na qual desconhecemos seu código, essa insegurança que sentimos pelo fato de desconhecer o que é ou o que não é perigoso, o que é ou não é permitido foium dos principais fatores que movimentarão nossa pesquisa, transformando o interesse científico em necessidade pessoal.

Conhecer a população da vila pesquisada tornava-se importante não só para o alcance do objetivo da pesquisa como para a nossa própria movimentação neste outro meio. Nesse sentido, acreditamos que teria sido extremamente válido viver nessa localidade, mesmo que por um tempo não muito prolongado. Tal fato teria, por um lado, possibilitado que os moradores da vila nos integrassem mais no seu dia-a-dia, diminuindo a distância existente entre o pesquisador e a população estudada, e, por outro, aumentado em nós a necessidade de conhecer, de integrarse a esse outro contexto.

Essa idéia de viver na vila durante uma parte da realização de nosso trabalho existia desde o começo da pesquisa, porém as comodidades a que deveríamos renunciar e por que não dizer os preconceitos expressos no temor que outras pessoas soubessem que morávamos "na vila" levaram-nos, lamentavelmente, a desistir da idéia. Ainda que reconheçamos que essa desistência tenha nos privado de uma maior compreensão do campo, a possibilidade de termos vivenciado mais intensamente essa experiência e o reconhecimento das razões que nos levaram a não realizá-la dessa forma permitiram-nos entender melhor o que é morar"daque-le lado dos trilhos".

Colocamos essas experiências e essas dificuldades por acreditarmos que uma pesquisa tem de ser realizada de maneira que possa ser refeita, à medida que seja lida por outra pessoa.

Entendemos isso não somente como um reflexo fiel a todos os procedimentos seguidos. Senão, vejamos: será que apenas os dados"científicos", a explicação da metodologia serão suficientes para possibilitarem a reconstrução da pesquisa através da leitura? Cremos que não, principalmente. dissertação não ter a pretensão d€ ser uma conclusão - embora tenhamos de concluir alguma coisa não que pretende ser uma interpretação, е como toda interpretação, o subjetivo está presente (e poderia estar ausente de algum fato?) Sentimos, portanto, a necessidade de expor aqui, principalmente, aquelas dificuldades que encontramos durante o trabalho. De que outra maneira poderão os res nos compreender, sem saber, exatamente o que acontecia conosco em relação à pesquisa? Além disso, talvez essas dificuldades apresentadas e analisadas possam ter alguma utilidade aqueles que pensam percorrer um caminho similar ao nosso. Será que essas colocações não são científicas? É um ponto de grande discussão. Sendo científicas ou não, essas subjetividades, ses "antropological blues" (DA MATTA, 1984) estiveram presentes na pesquisa e omití-los, aqui, não passaria de uma censura e de uma covardia.

O trabalho consta de dez capítulos, assim distribuídos: o capítulo I aborda o assunto sobre o qual versa nossa dissertação e o motivo de sua escolha. No capítulo II, introduzimos a problemática das diferenças culturais. O capítulo III descreve a metodologia adotada. Já, no capítulo IV, fazemos uma caracterização da vila pesquisada — momento em que há referência ao material coletado, bem como a sua análise. Por sua vez, o capítulo V enfatiza as relações entre os discursos relativos à "doença dos nervos" utilizados pela população pesquisada e pela classe médica. No capítulo VI, analisamos as implicações das atividades de trabalho e suas repercussões na doença dos nervos.

O capítulo VII procura mostrar como se apresenta a doença dos nervos, e, no capítulo VIII, discutem-se as causas da mesma. No capítulo IX, intentamos estabelecer uma comparação entre a doença dos nervos e a loucura. E, por fim, no capítulo X, apresentamos a conclusão do trabalho.

CAPÍTULO II

DOENÇA MENTAL E DIFERENÇAS CULTURAIS

"Aqui na vila, o que mais tem é problema de nervos." (COSTUREI-RA, 30a.)

Faz tempo que a Antropologia abandonou a tentativa de reduzir as diferenças culturais atrás da máscara de um processo evolutivo (VELHO, 1978a). A Psicologia Clínica referindo-se, aqui, exclusivamente, a que segue a linha psicanalítica levou muito tempo para aceitar as diferenças culturais que eram. infelizmente, e. às vezes, ainda são, transformadas em etiquetas diagnósticas. Todas as diferenças culturais eram reduzidas a uma diferença entre saude e doença - "nos, saudaveis, eles, doentes" - isto e percebido muito bem na conhecida equação primitivo=neurótico. Este fato parece estar relacionado com a idéia implicita de que a Antropologia terminou em Frazer, no qual Freud se baseou para realizar seu trabalho Totem e Tabu (AUGRAS, 1982). Interessante ver que os psicanalistas ortodoxos que explicam os comportamentos dos nativos como detidos no tempo, eles próprios parecem "fixados" numa visão antropológica que desconsidera todos os trabalhos posteriores nesta área.

Acreditamos que esse fato não esteja desvinculado da própria prática psicoterapêutica, que, até, há poucos anos atingia, exclusivamente, a um grupo social que podemos considerar de elite. Os conceitos psicanalíticos eram universais dentro de seu próprio universo. Com a ampliação deste universo ao incluírem-se outros grupos sócio-culturais, o questionamento sobre a interferência das diferenças culturais no trabalho psicoterápico fezese mais intenso.

Segundo COSTA (1986), FIGUEIREDO e SCHVINGER (1982), e LO BIANCO(1981), observamos diversos problemas que se fazem presente no desenrolar do trabalho psicológico com pessoas de outro contexto, mais especificamente, as pessoas das classes trabalhadoras como o alto número de ausências durante o tratamento, a falta de sentido atribuído às observações do terapeuta e a expectativa por parte do paciente de que o psicoterapeuta cumpra um papel mais diretivo.

A questão das diferenças é amplamente trabalhada pela Antropologia, ciência com a qual nos parece de grande utilidade de manter um diálogo na tentativa de esclarecer este problema preocupante. BENEDICT (1958) levanta a questão ao afirmar-nos que muitos dos comportamentos que a psiquiatria ocidental classifica como patológicos eram comportamentos aceitos em
outras sociedades, como, por exemplo, o caráter paranóico nas
culturas Melanesias. No entanto, se, por um lado nos adverte sobre o perigo da transposição de categorias psiquiátricas para
outra cultura, essa crítica não se estende às próprias categorias psiquiátricas que permanecem como universais. O fator variável seria a elasticidade de diferentes culturas em aceitarum
mesmo fenômeno mórbido, (BASTIDE, 1967, MONTERO, 1985) não considerando que as categorias psiquiátricas

"são também socialmente construídas, não podendo portanto constituir uma 'gretha' universal de compreensão dos comportamentos..." (MONTERO, 1985, p.71).

A variação de significados dos comportamentos em função das diferenças culturais aplica-se, também, à representação que se tem de certos momentos da vida, considerados críticos em nossa cultura e possíveis causadores de perturbações mentais. Um exemplo é a preocupação dada à época da gravidez a qual não se apresenta em todas as culturas (LO BIANCO, 1981) ou o desmame que, na África, não se configura como sucesso traumático (BASTIDE, 1976). Podemos considerar, assim, que estes fatores

"no parecen actuar sino a través de la significación social y simbólica de estas etapas" (BASTIDE, 1967, p.105).

Isso nos obriga a pensar na possibilidade de aplicação

de conceitos e de técnicas psicoterápicas de base psicanalítica

"num contexto social diferente daquele que lhes deu origem." (LO BIANCO, 1981,p.151).

Essa origem estará presente na prática psicoterápica onde a noção de indivíduo aparece como um de seus pressupostos. (BEZERRA, 1983; COSTA, 1986; FIGUEIRA, 1981; VELHO, 1980). Partindo
de uma visão etnocêntrica, a noção de indivíduo é universalizada e considerada como um dado "natural", o que significa dizer
que, durante o atendimento a pessoas de outro contexto, supõese estarmos frente a alguém que compartilha conosco de ideais
como igualdade e liberdade os quais caminham juntos com a idéia
de indivíduo. Se a representação de indivíduo é um dado natural,
então, esses valores são universais. No entanto, DUMONT (1970,
p.11), em seu trabalho sobre as castas da Índia, mostrou-nos algo totalmente diferente. A noção de indivíduo apresentava-se para ele como um obstáculo à compreensão desta "realidade", permitindo-lhe assim ver que

"la apercepción de nosotros mismos como individuos no es innata, sino adquirida. En última análisis, se nos ha prescrito, impuesto por la sociedad em que vivimos. Como, poco más o menos, ha dicho Durkheim, nuestra sociedad nos impone la obligación de ser libres."

Não existiria, portanto, uma maneira única de ser humano. O homem implica sempre um contexto sócio-cultural, sendo impossível pensá-lo fora de um meio, pois

"isoli-lo disto, mesmo em termos puramente analíticos, pode deformar qualquer proces-so de conhecimento."(VELHO, 1985. p.19).

Vemos, assim, a articulação dos fatores sócio-culturais com a representação que se tem de si mesmo, o que determina que as representações do ser humano vão ser tantas quantas forem as culturas humanas.

Peter Berger tem trabalhado, amplamente, a noção da produção do homem por si mesmo, sendo esta

"sempre e necessariamente um empreendimento social" (BERGER, 1976, p.75)

não podendo, portanto, transladar a representação que o homem tem de si, de uma cultura para outra, que, como vimos, anteriormente, acontecia com a noção de indivíduo, pois isso só vai dificultar a compreensão dessa outra"realidade". BERGER (1976, p.73) coloca essa necessidade de contextualização desde o momento em que

"os mesmos processos sociais que determinam a constituição do organismo produzem o em sua forma particular, culturalmente relativa. O carater do eu como produto cial não se limita à configuração particular que o individuo identifica como sendo ele mesmo (Por exemplo, como 'um homem', de maneira particular em que esta identidade é definida e formada na cultura em questão), mas com o equipamento psicológico que serve de complemento a essa particular configuração (por exemplo, emoções "viris", atitudes e mesmo reações somáticas). Não é preciso dizer, portanto, que o organismo, e ainda mais, o eu não pode ser devidamencompreendido fora do particular social em que foram formados."

Assim sendo, defrontamo-nos com a necessidade de a relação terapêutica assentar-se na compreensão da organização simbólica cultural para poder realizar um processo de "cura". (FIGUEIRA, 1975; MONTERO, 1985).

Evans-Pritchard, também, nos adverte sobre o perigo da transposição de técnicas terapêuticas para contextos sócio-culturais distintos das quais são originárias. Ele mostra claramente que o trabalho do feiticeiro, longe, de ser incoerente e improdutivo, está amplamente articulado com a cultura de seu povo - neste caso, os Azande - sendo uma parte dela, assim como o médico ou o psicólogo são da nossa.

"Os azunde não concebem seu mundo sem os advinhos, assim como nos não conseguimos conceber o nosso sem médicos." (EVANS-PRITCHARD, 1978, p.153).

Juntamente se apresenta uma maior eficácia do tratamento do feiticeiro sobre o tratamento médico assim como uma maior procura do primeiro por parte da população. Realmente, não poderia ser de outro modo, pois a crença de que o médico possa curar não é algo isolado, uma vez que está integrada à visão de mundo de nossa sociedade. Acreditar que o médico cura, implica acreditar em um mundo científico, em certos princípios de causalidade.

"... Todas as crenças se reforçam mutuamente, e se um azande tivesse que desacreditar
dos adivinhos teria igualmente que abandonar sua fé na bruxaria e nos oráculos. Uma
sessão de adivinhação é uma afirmação pública da exigência da bruxaria, é uma das
formas pelas quais se inculca e exprime a
crença na bruxaria." (EVANS-PRITCHARD, 1978,
p.153).

Vemos, assim, como as diferentes técnicas terapêuticas estão integradas em um determinado sistema simbólico e que sua eficácia depende desta integração. A eficácia da magia, afirma Levi-Strauss, implica acrença na magia que vai se desdobrar em três aspectos complementares: a crença do feiticeiro nas técnicas que utiliza, a crença do doente em que o feiticeiro tem o poder para curá-lo e, finalmente,

"la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forman a cada instante una especie de campo de gravitación en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el brujo y aquellos que el hechiza." (LEVI-STRAUSS, 1972, p. 152).

Esse requisito para a eficácia terapêutica não é exclusivo da magia; faz-se, do mesmo modo, presente no trabalho psicoterápico, pois tal como aquela baseia-se na

"crença mútua tanto do terapeuta quanto do paciente de que a doença pode ser removida pela participação em uma relação social onde a utividude mais importante é a transformação de uma experiência individualmente distinta através da comunicação essencialmente verbal." (BERNSTEIN, 1980, p. 231).

ROPA e DUARTE (1985, p.189), também, nos chamam a atenção para a necessidade de uma proximidade entre o sistema simbólico do paciente e o sistema simbólico da terapêutica, colocando que uma das razões que afastam as classes trabalhadoras das práticas psicoterápicas se deve a um distanciamento entre esses dois "universos". Nossas noções de problemas, assim como de causalidade, seriam próprias de nossa cultura, a qual nos

transmitiria uma postura intelectual possibilitando-nos considerar

"que todos os eventos seriam possíveis de explicação lógica, de uma causalidade científica, mesmo que latente e escondida - e que deve ser buscada e encontrada a todo o custo."

Essa mesma questão, igualmente, foi colocada por COS-TA (1986), ao analisar a dificuldade que apresentavam pacientes pertencentes às camadas pobres na compreensão das intervenções do terapeuta. O autor atribui essa dificuldade à proximidade da intervenção psicanalítica com o "hábito mental" do científico, já que se pressupõe que este hábito mental, também, seja compartilhado pelo cliente, para que a psicanálise atinja seus objetivos. Uma pessoa que não comporta deste "hábito tal" não privilegiaria nem a dúvida sistemática nem a nacionalidade lógica pertencentes ao meio científico. Para avaliarmos o "potencial revelador" da estrutura do inconsciente que existir em um sonho ou em um ato falho, é necessário que a pessoa, neste caso, o paciente, acredite que seu verdadeiro assim como a razão de seu sintoma, estão numa razão escondida que se revela através das contradições da linguagem. Porém, para as camadas populares que não compartilham desta lógica escondida,a intervenção do terapeuta só chega a causar estranheza.

Sendo assim, uma terapêutica qualquer, seja ela a umbanda ou a psicanálise, não é

"uma alternativa para <u>qualquer</u> pessoa, mas somente para aquelas que se encontram em maior grau de proximidade da visão de mundo que ela encarna." (FIGUEIRA, 1978, p.76).

É, na tentativa de ampliar o conhecimento sobre diferenças culturais, que os trabalhos de Basil Bernstein vãose inserir, desenvolvendo pésquisas sobre as diferenças de fala entre as classes trabalhadoras inglesas e as classes média e alta. Na classe trabalhadora, encontra um tipo de fala onde estão reduzidos tanto os adjetivos como os advérbios, principalmente, os referentes a sentimentos. Esse tipo de fala ao que "código restrito" limita a possibilidade de expressar diferenças individuais, dando ênfase à manutenção da solidariedade dentro do grupo. Poderíamos dizer que os usuários deste código são pessoas que apresentam dificuldades de expressar a fonte de motivações assim como verbalizar sua experiência pessoal. O código, em questão, está estritamente relacionado com as exigências de estrutura social que tende à semelhança, onde a educação está orientada para o "status", através do qual as normas têm de serem acatadas sem maiores justificativas, já que estão baseadas na obediência coletiva à tradição permanente

"Quando os apelos são onientados para o 'status', o comportamento da criança é referido a alguma lei genal ou local que obriga a conduta a seguir determinadas linhas.(...) Seu efeito é transmitir a cultura, seja esta local ou não, de forma a aumentar a similaridade entre o regulado e os outros que compõem seu grupo."

(BERNSTEIN, 1980, p.238).

Quando uma criança aprende a falar, está aprendendo um código específico, e com esse, as exigências de seu grupo social. Essa criança, ao aprender a falar, está, também, aprendendo a ver e a pensar o mundo de uma maneira particular, que é a própria de seu grupo.

Em seu trabalho, "Classe social, sistemas de fala e psicoterapia", Bernstein afirma-nos que essa diferença de código dificulta a terapia, gerando, no paciente, uma desorganização, porque a orientação dada pelo terapeuta contém apelos direcionados para a pessoa, ao passo que os pais, durante sua criação, utilizavam apelos orientados para o "status", não existindo, portanto, no código lingüístico desse paciente, elementos que lhe permitam responder aos diferentes chamamentos.

Nesta aproximação às dificuldades apresentadas no atendimento psicoterapêutico prestado à população de trabalhadores, evidencia-se que o problema é colocado como se perguntasse: "Por que as pessoas desse determinado contexto são incapazes de realizar um trabalho psicoterápico?" Essa posição deixa transmitir que o modelo utilizado são os valores e as normas da própria classe do terapeuta, permanecendo assim, num ponto de vista etnocêntrico, o qual conduz a que as falhas não sejam

"localizadas nos programas, nem em seus pressupostos ou em seus sistemas interpre-tativos, mas nos pacientes." (LO BIANCO, 1981, p.181)

Concordamos com ROPA e DUARTE (1985), ao afirmarem que a maneira de escapar dessa perspectiva passa por um estudo aprofundado das representações que as populações pobres têm do "sofrimento psíquico" e de suas formas de lidar com ele.

A Doença dos Neavos é uma maneira bastante comum, por parte das populações de baixa renda, de representar a doença mental, ainda que exista concordância em relação a este ponto entre os diferentes autores que fazem referência a tal conceito (ALVES, 1982; BOLTANSKI, 1984; COSTA, s/d; DUARTE, 1986; LOYOLA, 1984; MONTERO, 1985) não acontece o mesmo, quando se trata de descrever o significado que lhe é atribuído por esta população.

Costa defende a tese que as classes populares que classificam sua doença como "doença dos nervos" possuem uma consciência da dimensão psicológica de seu distúrbio, mesmo que, em um primeiro momento, o doente atribua uma origem orgânica à sua perturbação, isto acontece em função da hegemonia do conhecimento médico, e também, pela própria concepção do corpo como instrumento privilegiado que este grupo tem. Mas isto não significa a incapacidade, por parte do paciente, de discriminar a

"origem de um sofrimento psiquico, senão que ele não consegue enunciar estas distinções, dentro de modelos conceituais coerentes e sistemáticos." (COSTA, s/d, p.9)

O paciente pertencente às populações pobres identifica a origem psicológica de sua doença, porém não dispõe de um "instrumento lingüístico" que lhe permita enunciar esta origem vivenciada e reconhecida. Mas será possível "reconhecer e vivenciar" a origem de certas sensações tidas como psíquicas, sem dispor de uma linguagem para enunciá-las? Acreditamos que não, pois isso implica aceitar que essas sensações possam se "exprimir sem linguagem", (BOLTANSKI, 1984, p.131) o que seria adjudicar-lhes uma existência própria, independente da aprendizagem em que estaria baseada sua percepção, identificação e classificação (BOLTANSKI, 1984).

Este ponto de verificar se a doença dos nervos representa para a referida população uma afecção orgânica ou psicológica parece ser um dos mais polêmicos. Alves, diferente de Costa, considera que a doença dos nervos

"está ligada a um critério de organicidade (é 'do corpo')" (ALVES, 1982, p.50)

em contraposição à doença da cabeça" que estaria 🐇 vinculada 🕻 à

esfera do comportamento. .

Montero, em seu trabalho, "Da doença à desordem", que versa sobre as concepções de doença na Umbanda, chega a conclusões diferentes dos dois autores anteriores. Por um lado, a autora atribui à doença dos nervos uma qualidade orgânica, coincidente com Alves, porém, logo se afasta dessa, pois, através de suas entrevistas confere que

"ven a doença constitui-se(...)condição <u>sine</u>

<u>qua non</u> da própria <u>existência</u> da doença.(...)

e esta representação diz respeito tanto às

doenças psiquiátricas quanto às doenças or
ĝânicas.(...) A doença psiquiátrica é per
cebida como sendo um fenômeno tão orgânico

(matérial)quanto qualquer outro tipo de

doença..." (MONTERO, 1985, p.121),

colocando que a distinção orgânico/comportamental não é prioritária entre seus entrevistados. A possibilidade de ver a doença-inclusive as psiquiátricas-é o que vai dividi-las em doenças materiais e doenças espirituais.

"Neste sentido, nossos entrevistados não distinguem o psiquiatra dos outros especialistas: as 'doenças da cabeça' ou 'dos nervos' têm a mesma concretude ou materialidade que qualquer outra doença." (MONTERO, 1985, p.121)

Assim, as doenças que não são materiais, ou seja, aquelas em que o médico não é capaz de "ver" nada, pertencem à ordem do espiritual. Não existiria, estritamente falando, loucura neste sistema de representações. (GUEDES, 1985; LOYOLA, 1984; MONTERO, 1985). A loucura como é representada nas camadas mais

favorecidas se instala sobre a representação de uma "instância psicológica" (DUARTE, 1986), enquanto, nas classes trabalhadoras, sua base de sustentação vai ser outra, dando uma representação diferente, embora

"estejamos sempre referidos ao mesmo comportamento..." (GUEDES, 1985, p.91).

Abrangendo ou não uma dimensão psicológica, a doença, geralmente, é vista como um acidente, uma interrupção no fluxo "normal" das atividades, principalmente, em relação ao trabalho (BOLTANSKI, 1984; COSTA, s/d; LOYOLA, 1984; SOUZA, 1982). Esta incapacidade para trabalhar é considerada como principal índice, para que determinados sinais sejam considerados mórbidos (MON-TERO, 1985), podendo estabelecer-se uma oposição entre Trabalho/Atividade/Força/Saúde e Desemprego/Imobilidade/Fraqueza/ Doença que se faz presente, também, nas doenças dos nervos. (COSTA, s/d)

Tomemos, primeiramente, o par Trabalho/Desemprego. A referência a conflitos no trabalho, geralmente, é comum durante o relato do paciente dos sintomas da "doença dos nervos". Isto está ligado ao fato que, nos indivíduos dessa clientela estudada, a "identidade social" - o ser trabalhador - é

"um elemento definidon da identidade psicológica." (COSTA, s/d, p.22)

Assim, a identidade de trabalhador adquire um papel de relevante importância.

"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." (COSTA, s/d, p.25)

Intimamente relacionado a isso, está, de um lado, a associação "doença-imobilidade", e, de outro, "cura-atividade".

"Ele tava desanimado', 'A dona nem andava',
'Ele tava desempregado', etc. são expressões que caracterizam a situação de doença.
Jã, a cura é descrita nestes termos:'Agora tã com emprego, tã forte'. " (MONTERO,
1985, p.94).

A imobilidade assim como a fraqueza interrompem as atividades cotidianas, principalmente, a capacidade para trabalhar. Talvez seja em função disso que a fraqueza esteja ligada ao sexo feminino, uma vez que o trabalho masculino é considerado o elemento principal para a manutenção da família, e o da mulher, um complemento, algo acessório, uma ajuda, até nos casos em que seu rendimento seja maior que o do marido. (SALEM, 1981). Portanto, no homem forte, não existe a "disponibilidade" de se considerar doente ou perturbado, já que a doença o converte num "homem fraco" que

"tende a ser estruturalmente aproximável do polo feminino, reino privilegiado da aus-culta..." (DUARTE, 1986, p.146).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

"Atrás de toda preocupação com as têcnicas e com a confiabilidade dos dados, está a crença (...) de que o objeto da pesquisa existe em um mundo externo."

WILLIS P. E.

3.1. TÉCNICAS UTILIZADAS

A técnica escolhida para a realização desta pesquisa foi a de entrevistas não-estruturadas, juntamente com observação participante.

A opção por essas técnicas de trabalho não aconteceu ao acaso, nem de maneira tranquila. Surgiu após o esclarecimento de muitas dúvidas, confusões e incertezas. A escolha de uma metodologia qualitativa justifica-se em função do próprio objetivo da pesquisa: conhecer a representação mental que esta população (classe baixa) tem sobre o sofrimento psíquico. Portanto, estamos trabalhando com uma ciência social conforme GEERTZ (1978, p.15)

"não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretaliva à procura de significados."

Còmo veremos mais adiante, ambas as técnicas complementavam-se. As entrevistas era a maneira que tínhamos de centralizar as informações sobre a doença mental, e a observação participante, por sua vez, permitia-nos aperfeiçoar os significados simbólicos destes discursos, levando-nos a

"uma espécie de mengulho no fundo do outro que é condição para o conhecimento..."

(CARDOSO, 1986, p.100).

Já, na fase final de nosso trabalho, começamos a perceber as referências ao discurso médico feitas pela população. Interessados em compreender as relações existentes entre ambos discursos, o do médico e o da população, para melhor alcançar nossos objetivos, incluímos no trabalho de campo não só entrevistas com a médica clínica que desempenha suas funções no ambulatório da vila como com os dois médicos psiquiatras que trabalham em

instituições oficiais de Assistência Social da cidade, além de participar nas consultas grupais realizadas por um destes psiquiatras com pacientes, em sua maioria, provenientes das vilas periféricas da cidade.

3.2. O FAMILIAR COMO OBJETO DA PESQUISA

Um dos primeiros problemas enfrentados para a realização deste trabalho foi com relação à escolha do campo - uma vila da periferia da cidade e, com isso, certos questionamentos surgiram diante de nós: existiria a distância "ótima" entre o pesquisador e seu objeto de estudo? Estaríamos, realmente, diante de outro universo simbólico?

Ao escolhermos uma população pertencente à nossa própria cidade - Passo Fundo/RS - e, principalmente, por sua extensão e densidade demográfica que, em 1985, segundo fontes do IBGE, contava com uma população de 142.633 habitantes para seus 1.951 Km², tornava-se fácil o encontro com a população da pesquisa desejada pelos encontros ocasionais na rua ou transporte coletivo, embora isso fosse um fato comum à todas as pessoas residentes na cidade, era mais evidente com o pessoal da vila escolhida, a Vila Victor Issler, por se localizar perto do préo qual fica na rua de acesso à residíamos. dio onde vila para pessoas que retornam do centro da cidade, permitindo-nos um contato com essa população, mesmo antes iniciarmos a pesquisa. Víamos esses moradores à tardinha, quando saíam do trabalho e voltavam para casa, subir a lomba (atrás da qual de encontra a vila) andando a pé ou de bicicleta, para pouparem uma passagem de ônibus. Não existindo, aparentemente, uma distância suficiente que nos permitisse ver o grupo como algo exotico, eles eram para nos algo familiar; pertenciam ao nosso cotidiano. As noções de distância e de familiaridade têm sido

amplamente trabalhadas por VELHO (1978a, 1978b) DA MATTA (1978, 1984), e, baseados em seus trabalhos, afirmamos que, ralmente, se considera que a maior diferença entre pesquisar uma sociedade tribal e um grupo que pertença à nossa própria sociedade reside no fato de que no caso da sociedade tribal ja existiria uma distância favorável à objetividade, supostamente, aquecomportamentos que pesquisaremos não estão integrados dentro de nosso sistema de classificação. Portanto, vamos nhá-los ao defrontarmo-nos com eles, passo imprescindível para chegar a uma compreensão. No entanto, não devemos considerar a distância física como o único tipo de distância, nem pensar que, por uma sociedade estar afastada, vai ser, necessariamente, estranha e que um grupo próximo de nos não nos cause estranheza, pois o familiar não coincide, necessariamente, com o próximo. Não é o aproximar-se de outra cultura que a tornará nem o afastar-se da nossa que a tornará exótica. Um exemplo claro de familiaridade é o fato de o carnaval brasileiro já nos ser familiar antes de morarmos no Brasil, não foi esta aproximação de estarmos vivendo aqui, que o tornou mais familiar, ciando-se, assim, que coisas que estão longe, podem ser liares e coisas que estão perto, podem ser exóticas.

Vemos, desta forma, que a idéia de distância física fica relativizada por VELHO (1978a,p.38) ao colocar-nos que

"O fato de dois individuos pertencerem a mesma sociedade não significa que estejam mais próximos do que se fossem de sociedades diferentes, porêm aproximados por preferências, gostos, idiossincrasias",

tendo isso se tornado claro para nós durante o próprio trabalho de campo. Neste, a alteridade se fazia presente a cada passo, nos olhares desconfiados que nos lançavam desde as janelas, no

jogo de bola das crianças que se interrompia para poder prestar melhor atenção a esse "fenômeno", a essa irrupção no seu cotidiano. Muitas vezes, no começo do trabalho, essas situações nos levaram a nos perguntar: "que temos de diferente?". A discrição das vestimentas não mostrava discrepâncias aparentes: calças "jeans," camisa, tênis e jaqueta. E, por outra parte, se bem as pessoas de cor branca, de cabelos castanhos não fossem maioria, seu número não era tão inexpressivo para causar estranheza.

Com o tempo, passamos a deixar de ser "atração", e o pessoal começou a aceitar-nos

"como parte de sua vida, como um mal necessário." MALINOWSKY,(1978,p.22).

Persistia, porém, a pergunta: "onde se evidenciava a diferença?" Como e que desde os primeiros momentos de contato identificavam-nos como pertencentes a outro grupo? A resposta a isto surgiu, depois de vários meses de trabalho, em um dia, em que minhando pela vila, vimos um casal saindo de uma das casas 10calizadas no Beira-trilho (ver mapa página 40). Imediatamente, identificamos estas pessoas como não pertencentes ao grupo pesquisado. Certamente, não eram moradores da Vila, nem de nenhuma outra vila, apenas eram pessoas que estavam fazendo alguma quete. A alteridade estava ali, diante de nossos olhos, de maneira tão contundente que era impossível evitar sua percepção, ela batia em nosso rosto, gritava em nossos ouvidos. Não era o fato de estarem vestidas de um modo especial, pois como nos vestiam calças 'jeans', tênis, camisa e jaqueta. Mas havia algo nelas que, ainda que se quisesse tirar essa diferença de cima, tentar apagar essa marca que faz com que sejamos discriminados, ela permaneceria, pois a

"alteridade (...) independe da vontade do pesquisador: esta nos gestos, na posse de

objetos (tais como gravador, papel, cane-ta...), nos hábitos diários de comer, an-dar, vestir, falar e nos sutis rituais da dominação que o pesquisador não consegue escapar." (ZALUAR, 1986, p.115).

Foi esta percepção, este estranhamento de nós mesmos, um dos grandes descobrimentos que nos proporcionou o trabalho de campo. E, no instante em que olhávamos esse casal se afastando pela rua que comunica a vila com o resto da cidade, nos lembramos de R. BARTHES (1977. p.134), quando diz:

" A divisão social passa por meu corpo: meu corpo é ele próprio social."

A partir daí, podemos ver essa alteridade; não, que, anteriormente, ignorássemos sua existência, pois havíamos lido sobre a mesma, a tínhamos percebido nos rostos dos habitantes da vila nos primeiros dias de nosso trabalho. Porém foi nesta oportunidade que ela tomou corpo diante de nós, podendo assim, incluí-la em nosso trabalho, pois ela estava presente

"até mesmo nos obstáculos microscópicos postos à comunicação a serem vencidos passo a passo, nos desentendimentos e desencontros a serem contornados no cotidiano da pesquisa, na incomunicabilidade às vezes conscientemente manobrada pelos nativos."

(ZALUAR, 1986, p.115).

Assim, em uma mesma cidade, embora pequena, podem existir grandes descontinuidades dentro dela (ALVES, 1982, VELHO, 1978a), fazendo que, para o pesquisador, um deslocamento de poucas quadras se transforme numa viagem exótica.

Evidentemente, pesquisar o familiar implica

diferenças em relação ao estudo do exótico, porém isto não significa, necessariamente, que devam ser diferenças negativas. Se, por uma parte, o mapeamento que o pesquisador leva ao campo está mais cristalizado, quando este vai estudar o familiar, ele, também, está mais exposto à crítica, pois seus dados e conclusões podem ser facilmente testados por qualquer pessoa, seja ela leiga, cientista ou alguém da própria população pesquisada, possibilitando ao pesquisador relativizar seus próprios resultados, o que não acontece quando o grupo pesquisado é uma sociedade tribal afastada, da qual, a única versão que temos é a versão do próprio pesquisador (VELHO, 1978a). Talvez seja esta possibilidade de crítica que desperte maior resistência para pesquisar o familiar.

3.3. O DISFARCE DA NEUTRALIDADE

Segundo DA MATTA (1984), existe um período anteriorao trabalho de campo que é o de preparação, tanto do material como também de planificação daquilo que se vai fazer. Nossa preocupação, nesta época, referiu-se em "como" nos apresentarmos aos moradores da vila. Queríamos encontrar uma maneira, a mais neutra possível, de nos aproximarmos do campo, sem influenciar o grupo a ser pesquisado. Ao mencionarmos a nossa profissão, não estaríamos, de alguma maneira, influenciando este grupo? Como apresentar-nos? O que dizer sobre o que estávamos fazendo lá? Em outras palavras, qual a imagem que deveríamos transmitir a essas outras pessoas?

Foi com essas interrogações em nossa cabeça que estabelecemos o primeiro contato com o pessoal da vila. Enquanto aguardávamos, no ambulatório, o momento para falar com a enfermeira, começamos a conversar com alguns moradores, que, também,
estavam à sua espera. Paulatinamente, fomo-nos sentindo

incômodos, tratando de manter uma determinada posição que nem sabíamos, ao certo, qual era. Sentíamos nossa atitude como uma atitude forçada, artificial, tentando metamorfosear-nos, tratando de transmitir aos presentes uma imagem. Este sentimento cobrou-nos tanta força que nos fez sentir como em pose para uma fotografia, identificando-nos em ROLAND BARTHES (1984, p. 12), quando fala:

"... a partir do momento que me sinto olhado pela objetiva, tudo muda: ponho-me a posar, fabrico-me instantaneamente um outro
corpo, metamorfoseio-me antecipadamente em
imagem."

Pretendíamos, embora sem usar adereços, disfarçar-nos, aparentar sermos algo - embora sem ter clareza do que - que não influenciasse o grupo. Obviamente, que explicitar o que somos e os motivos de nossa pesquisa influenciariam o grupo, mas como diz VIDICH (1970, p.165):

"Whether the field worker is totally, partially, or not at all disguised, the respondent forms an image of him and that image as a basis of response. Without such an image the relationship between the field worker and the respondent, by definition, does not exist."

Por outro lado, podemos pensar que um trabalho baseado no desrespeito, no engano teria condições de alcançar uma compreensão? Acreditamos que não.

"It seems to me that any attemp to use masquenades in social research betrays an extraordinary disrespect for the complexition

of human interaction, and for this reason can only lead to bad science." (ERIKSON, 1970, p.255-6).

Isto não só por motivos éticos, senão, também, por motivos teóricos. A utilização do disfarce supõe que existe uma maneira de neutralizar nossa influência no campo, de poder nele entrar, sem modificá-lo. Portanto, a utilização do disfarce na pesquisa de campo não só oculta ao grupo estudado a identidade do pesquisador como evita, que este último perceba sua influência oculta no campo sob o "disfarce de neutralidade", pois segundo BRUYN (1970, p.307)

"... no wholly 'neutral' relation can exist in personal relations; such attempts often result in being impersonal which is in effect becoming personal in negative way."

Este temor paranóico, triste herança do pensamento positivista, de cometer a heresia de influir no campo, de não ser uma tábua rasa, está, da mesma forma, presente na preocupação de ter ou não valores referentes ao grupo que se vai pesquisar, o que nos revela uma postura implícita onde, teríamos, de um lado, o trabalho neutro, o verdadeiro trabalho científico, baseado nesta falta de valores, e, de outro, aquele trabalho parcial, distorcido pelas próprias idéias e simpatias do pesquisador. Entretanto, esta é uma falsa questão, pois como BECKER (1970, p.15) nos coloca:

"This dilemma, which seems so painful to so many. actually does not exist, for one of its horns is imaginary. For it to exist, one would have to assume, as some apparently do, that it is indeed possible do research

that is uncontaminated by personal and political sympathies. I propose to argue that it is not possible and, therefore, that the question is not whether we should take sides, since we inevitably will, but rather whose side we are on."

Este questionamento à neutralidade da pesquisa não pretende apoiar essas práticas que DURHAM (1986), muito acertadamente, chamou de "participação observante" e nas quais o pesquisador se elege como porta-voz do grupo, transformando a pesquisa numa forma de conduzir o grupo a pensar como ele acha que deveriam pensar, deixando, portanto, de utilizar a observação participante como um meio de adquirir conhecimento, para utilizá-la como um instrumento de moldar esse "outro" que, segundo esta perspectiva, nós já conheceríamos, mas ele mesmo se desconhece.

Desta maneira, a observação participante deixa de ser um meio de adquirir conhecimento, para ser um instrumento de transmissão daquilo que nós achamos que estas pessoas devem pensar. CARDOSO (1986, p.100) alerta-nos contra este perigo, quando, ao falar sobre este tipo de prática, diz:

"... a intensificação da participação dos investigadores foi justificada, menos como forma de aproximar para conhecer e mais como identificação de propósitos políticos entre pesquisador e pesquisado. Isto reduz a pesquisa à denúncia e transforma o pesquisador em porta-voz do grupo. E, como conseqüência, elimina um dos passos importantes da pesquisa participante, que é o estranhamento como forma de compreender o

outro."

Acreditamos ter deixado claro que o questionamento da neutralidade aqui realizado, visa ter consciência das influências das atitudes do pesquisador, tanto no campo como nas suas próprias conclusões, pois será a análise destas influências, juntamente com os outros dados obtidos, que nos possibilitará uma melhor compreensão do campo, sendo nosso objetivo relativizar as nossas próprias conclusões, tirar-lhes o caráter de verdade última, pois

- "... a procura de conhecimento da vida social sempre implica em um grau de subjetividade e que, portanto, tem um caráter aproximativo e não definitivo(...)."
- "Isto mostra (...) o carâter de interpretação e a dimensão da subjetividade envolvida neste tipo de trabalho (...) Mais uma
 vez não estou proclamando a falência dorigor científico no estudo da sociedade, mas
 a necessidade de percebê-la enquanto objelividade relativa, mais ou menos ideológi
 ca e sempre interpretativa."(VELHO,1978a,
 p.42).

Levando em consideração os fatores mencionados, decidimos expor nosso trabalho à comunidade, bem como solicitar — lhe seu consentimento e colaboração para a realização do mesmo. Para tal, participamos de uma reunião do Conselho Comunitário Pastoral (C.C.P.), cujo objetivo é reunir as diferentes lideranças da comunidade, oportunidade em que nos apresentamos profissionalmente e colocamos sobre nossa intenção de realizar uma pesquisa que evidenciasse como as diferentes doenças se apresentavam aos moradores da vila. Tínhamos clareza de que iríamos influir no grupo,

ainda que não mais do que se disséssemos outra coisa ou até realizássemos a pesquisa sem dizer nada.

3.4. ENTREVISTAS

Ainda que não constituísse uma norma, era intenção inicial nossa, utilizar somente entrevistas não estruturadas, realizando-se a maioria delas nas casas dos entrevistados, algumas no ambulatório, outras em bares e, mesmo, nas ruas.

Depois das primeiras semanas percorrendo a vila, meçamos a perceber que nos movimentávamos quase sempre pelas mesmas ruas, talvez pela força do costume, pelo cansaço para subir uma lomba ou até por certa resistência a entrar em becos. Havíamos notado, pelas entrevistas realizadas, que a vila apresentava divisões, com lugares que dentro da vila eram tão marginalizados como a própria vila dentro da cidade, e, em função de ser nosso objetivo obter um conhecimento abrangente possivel dessa comunidade, decidimos implementar estratégia especial para o desenvolvimento do trabalho. Antes de sairmos de casa para realizarmos as entrevistas, eram marcadas, num mapa da vila, as ruas pelas quais, nesse dia, transitar. Em suas casas, os entrevistados recebiam-nos bem, embora, muitas vezes, ficassem constrangidos por sua pobreza, fazendo referências do tipo:

"Não repare! A casa é de gente pobre, mas honesta."

Mostravam-se, no entanto, dispostos a participarem das entrevistas. Em função de as mesmas serem gravadas, depois de esclarecermos sobre os objetivos de nosso trabalho, indagávamos se havia inconveniente em usarmos o gravador, pois era um temor nosso que as pessoas demonstrassem preconceito contra o seu uso.De

imediato, soubemos que a gravação da entrevista não representava um problema aos moradores entrevistados, com exceção de uma simpática velhinha, moradora da "Rua dos Trilhos", que, por desconhecer um gravador, ao tentarmos darlhe conhecimento do mesmo e mostrar-lhe o seu funcionamento, disse:

"Ah, mas eu ja conheço esses radinhos de pilha, eu tinha um, mas esta em conserto."

As entrevistas realizavam-se com certa informalidade. Duas vezes por semana, deslocávamo-nos à vila, e a entrevista girava, inicialmente, em torno de perguntas sobre dados gerais das pessoas que moravam na casa. A seguir, era solicitado aos entrevistados que falassem das doenças que conheciam, e entre as mencionadas, aprofundávamos questões relativasà doença dos nervos ou à loucura, procurando entender os sintomas, as causas que as originaram e seus possíveis tratamentos. Se, por acaso, nas respostas dadas às perguntas, não fossem feitas referências a esses tipos de doença, perguntávamos se as conheciam.

As entrevistas sempre foram realizadas procurando obter o que BLUM (1970) chamou de "uma atmosfera permissiva" através de aproximá-las o máximo possível de uma conversa informal. Embora tenhamos conseguido, na maioria das vezes, estabelecer essa "atmosfera permissiva" ao ponto de, em muitas ocasiões, as entrevistas terminarem em roda de chimarrão ou olhando fotos da família, durante os primeiros meses de trabalho de campo, percebemos certos problemas que se apresentavam na sua aplicação. Não raros foram os dias de retorno a casa, de maneira desanimadora, pensando na inviabilidade de êxito para a tarefa proposta. Provavelmente, não haveremos de esquecero dia em que ao concluir uma entrevista com Dona M., na despedida,

nos disse:

"Desculpe, se não respondi o que o senhor queria, mais a gente não tem estudo."

Chegamos a casa totalmente arrasados, questionando-nos: será que não havia validade em todo aquele trabalho realizado até então? Com o passar do tempo, a angústia foi diminuindo e começamos a aceitar a desculpa de que talvez aquele fosse um caso isolado. Voltamos ao campo, embora não totalmente convencidos disso.Dentro de pouco tempo, percebemos, novamente, que, algumas vezes, as respostas eram dadas em função daquilo que o entrevistado acreditava que o entrevistador queria ouvir. (DA MATTA, 1984, ZALUAR, 1986).

Como superar este problema? O que fazer? O passo dado no sentido de contornar tal problema foi prestar mais atenção ao fenômeno. Logo, percebemos que não era só em daquilo que o entrevistado pensava que o pesquisador queria ouvir que existiam deformações, senão, que, também, poderiam atribuir deturpações a problemas éticos, ao medo de fofoqueiros, ao temor de prejudicar alguém, etc. BECKER e GEER (1970,p.134) fazem referência a este fato, assim, como nos advertem que as distorções podem acontecer em função do próprio entrevistador que pode ter entendido o relato do entrevistado com pequenas distorções, tão pequenas que se tornam ficientes para interromper a comunicação e não inspiram a cessidade de serem anotadas. Isto ocorre com maior frequência, quando ambos (entrevistador e entrevistado) compartilham a mesma língua; aqui, o problema se agrava, pois se supõe que, compartilhar a mesma língua, as palavras vão ter o mesmo significado, o que nem sempre acontece, e o resultado é que o quisador nem sequer percebe que não entendeu. Em suas palavras:

"So, although we speak one language and

share in many ways in one culture, cannot assume that we understand precisely what another person, speaking as a member of such a group, means by any particular word. In interviewing members of other than our own, then, we somewhat the same position the anthropopogist who must learn a primitive language, with the important difference that, as Icheiser has put it, we often do not understand that we do not understand and are thus likely to make errors interpreting what is said to us."

Como DA MATTA (1984, p.194) salientou, podem existir

"grandes distâncias entre o 'discurso' (como forma normativa e ideal de comportamento) e a 'realidade' ou seja: o procedimento concreto, visivel, explicito, historicamente dado das pessoas, categorias de
pensar, os grupos que têm compromissos e
investimentos com uma dada situação social."

A observação participante apresenta-se como possível opção para poder superar estes problemas acima mencionados, pois ela complementaria e enriqueceria a técnica utilizada, não só permitindo uma melhor compreensão das informações obtidas até o momento, como também, através da percepção das distorções e discrepâncias observadas, permitindo um futuro aperfeiçoamento das mesmas.

Entretanto, não foi apenas com um padrão como "... Yanstick against which to measure the

ways..." (BECKER and GEER, 1970, p.133)

que a observação participante se mostrou de utilidade para nosso trabalho, ela, também, alertou-nos para

"...uma série de fenômenos de suma importância que de forma alguma, podem ser registrados apenas com o auxilio de questionários ou documentos estatisticos, mas devem ser observados em sua plena realidade. A esses fenômenos podemos dar o nome de os imporderáveis da vida real." (MALINOWSKI, 1978, p.29).

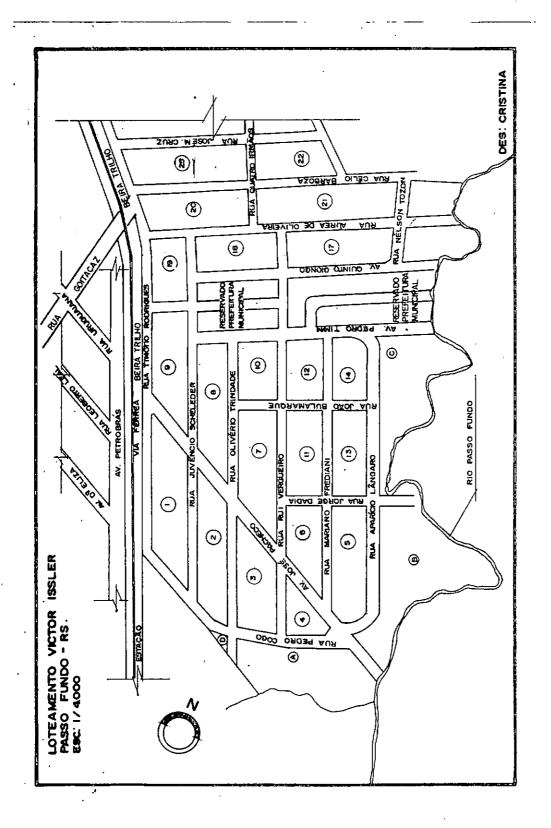
Pelas razões acima citadas, decidimos incluir, em nossa pesquisa, a utilização da observação participante, juntamente com as entrevistas, embora estivéssemos cientes que a mesma não foi implementada com a assiduidade necessária por falta de tempo, e por termos chegado à conclusão desta necessidade somente na etapa final do trabalho. Até então, íamos à vila, duas vezes por semana para a realização das entrevistas. A partir da constatação da necessidade de incluirmos a técnica de observação participante para complementar nosso trabalho, fixamo-nos no ambulatório que a Universidade de Passo Fundo mantém na comunidade, fazendo deste um ponto de referência. Juntamente aisso, começamos a participar de outras atividades da comunidade como festas, reuniões, a espera do caminhão da Prefeitura para a compra de rancho por um preço mais acessível, etc.

Desejamos, também, esclarecer que as idades dos entrevistados são idades estimadas, considerando-se a variação mínima, em cinco anos, aparecendo, assim, sempre idades terminadas em cinco ou zero.

CAPÍTULO IV

DESCRIÇÃO DO CAMPO

"Aqui se precisa tudo, o problema que você pensar, vem aqui e
tu acha. O que se imagina de bom
e ruim tem aqui." (BISCATEIRO,
30a.)



4.1. A CIDADE

A cidade de Passo Fundo está localizada ao noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. a 280 Km de Porto Alegre, a capital do Estado. É uma cidade cuja atividade hegemônica é a agricultura, principalmente, o cultivo da soja. A indústria existente, também, está diretamente ligada à questão agrícola, uma vez que as atividades das principais indústrias estão voltadas ao setor de maquinarias e de implementos agrícolas, e, há, ainda, um Centro de Pesquisa do Governo Federal, onde se desenvolvem trabalhos ligados à agricultura.

Segundo o IBGE, o município de Passo Fundo contava, no ano de 1985, com 142.633 habitantes, sendo a maioria destes, em torno de 85%, de cor branca. Há o predomínio da Religião Católica Apostólica Romana; todas as outras religiões como Protestante Tradicional, Protestante Pentecostal, Espírita Kardecista e Afro-brasileira somadas não chegam a 10% da população.

Circundando a cidade, estão diversas vilas que se localizam pouco ou muito afastadas do centro e constituem a zona periférica da mesma, onde reside a população pobre. Quanto mais afastada for a vila do centro urbano, maior será sua pobreza.

4.2. VILA VÍCTOR ISSLER

A Vila Víctor Issler, cujo nome se deve ao antigo dono das terras que, hoje, formam a vila, tem seu início delimitado pelos trilhos da via férrea e seu término, pelo Rio Passo
Fundo. Possui uma área total de 382.392 m² dos quais, 28.575 m²
são propriedade da Prefeitura Municipal e o restante está dividido em duas partes, tendo sido uma, loteada e adquirida pelos
moradores e a outra, um pouco menor, vendida a uma pessoa, reconhecidamente, pertencente à classe alta de Passo Fundo, que,

além, desta propriedade, possui inúmeros outros bens.

Os primeiros moradores que chegaram ao local há, aproximadamente, vinte e quatro anos, relatam que naquela época

"Isto aqui era aquela bicharada, tudo era mato" (APOSENTADO, 65a.)

não existia nem água, nem luz, e as estradas eram estradas para carroça. Portanto, não havia linha de ônibus que chegasse até ali. Os moradores mais antigos referem-se a essas dificuldades como um grave problema, pois, quando alguém ficava doente não existia outro recurso que não fosse ir até a "cidade" e procurar um táxi para poder levar o doente até o hospital.

Nessa época, a população total da vila era composta, apenas, por oito famílias, que viviam, totalmente, à margem da cidade. Esses primeiros habitantes contam que, ao adquirirem os terrenos, receberam a promessa da imobiliária de que, em pouco tempo, haveria, na localidade, uma infra-estrutura de moradia como nos relata uma antiga moradora:

"O que mais estranhei foi a falta de vizinhos, né? Tinha o filho doente e não tinha
ninguém, nem para deixar para cuidar a casa, eu tinha que baixá-lo no hospital, né?
Dizer que prometeram que vinha luz, ônibus,
tudo ia ser em seguida, disseram que ia ter
viaduto que não tem até hoje, os caras morneram e não fizeram coisissima nenhuma."
(DONA DE CASA, 60a.)

Com o tempo, a população foi crescendo e, consequentemente, novos problemas surgiram. Um deles era a falta de escola no local, porque já existia um grande número de crianças que não eram bem aceitas nas escolas da cidade.

"...porque as crianças aqui era tudo uns coitadinhos, não tinham arrumação, nê?"

E é ligada à criação da escola da vila que aparece uma figura que faz parte da história dessa vila. Trata-se da Irmã Margarida, moradora da vila há uns quatorze anos que é lembrada com grande carinho e gratidão pela população. Lamentamos a possibilidade de não termos tido condições de conversar com ela, pois na época em que iniciamos nossa pesquisa, a mesma já estava acometida de uma grave doença, vindo a falecer pouco tempo depois. Esse reconhecimento de gratidão da população da vila por Irmã Margarida não é tanto em função de um trabalho de cunho religioso, mas de um trabalho em prol da comunidade evidenciado no depoimento:

"E se a gente tem o que tem hoje, eu sempre digo, não nego pra ninguém, foi a Irmã Margarida (...) Desde este calçamento que tem ai. tudo foi ela que fez (...). Era o desejo dela que a escola fosse do Estado, ela morreu pensando que ja estava pronto." (DO-NA DE CASA, 45a.)

Além da lembrança dos benefícios conseguidos para a vila, a marca dessa religiosa parece estar na própria organização da comunidade, que, atualmente, gira em relação à Igreja Católica. Tal fato deve-se à forma de trabalho implantada por Irmã Margarida, qual seja, a tentativa de engajar as pessoas em movimentos de melhorias. Comentando isso, uma moradora nos dizia:

"Ela comprometia a gente duma maneira toda especial, porque ela planejava e comprometia a gente no trabalho, de tal modo que

não podiamos dizer-lhe não." (DONA DE BAR, 45a.)

Isto gerou, num pequeno grupo - o dos primeiros moradores - uma confiança em sua própria organização para poder reivindicar as necessidades do local conforme expressa o seguinte depoimento:

"A vila é boa, viu? Poderia ser melhor, mas la boa viu, porque nos trabalhamos, sempre fomo organizado. O movimento de Igreja, aqui, sempre trabalhando, lutando. É colégio, compra de terreno, tudo. Fomos nos que compramos o terreno para a Prefeitura construir o colégio, senão não faziam." (APOSENTADO,65a.)

Essa organização, como afirmamos anteriormente, é formada por um pequeno grupo, constituído, principalmente, pelos moradores mais antigos que são, inclusive, as pessoas que gozam de certa posição dentro da vila. A grande parte da população não participa, regularmente, de movimentos como esse, fazendo-o, apenas, quando necessitam solicitar algo de especial. Esta posição é justificada por aqueles que têm uma participação mais ativa na comunidade.

"O pessoal mais humilde são tão judiado que já não levam fe, nem com os proprios da casa'. Às vezes, alguém colocava uma ideia e até pode ser bem considerado mas 'esta de arte', é aquele negocio, né? Aquele é outro que também vem... Alguma coisinha tem, então, é uma dificuldade de a gente conseguir se organizar, porque todo mundo, já, acostumado a sofrer, a ser conversado, que já não dá crédito." (APOSENTADO, 65a.)

4.2.1. SITUAÇÃO ATUAL DA VILA

O acesso à Vila Victor Issler é feito por uma única rua. Ao cruzar os trilhos da Viação Férrea, estamos no interior da mesma. Entre os trilhos e a rua principal, uma das quatro únicas ruas empedradas, existem uns metros de terra ocupados por casas extremamente precárias, construídas com sobras de material: madeira, papelão, plástico ou outro qualquer que possa ser utilizado para estes fins. Este grupo de casas erguidas recentemente amplia-se continuamente, embora cada vez que vemos uma nova, pensamos ser a última, pois, aparentemente, não existe mais lugar disponível para novas construções. A população refere-se a essas moradias como o "Beira-Trilho".

A rua principal e as outras três pavimentadas formam um quadrado que determina o trajeto do único ônibus que chega à vila a cada meia hora. As outras ruas são de terra solta o que, juntamente com o diagrama das mesmas, constitui um motivo de freqüentes reclamações pela população, já que, em sua perspectiva, não houve a planificação das mesmas, determinando a existência de ruas sem saída como as que se localizam na área pertencente à Prefeitura Municipal que, da mesma forma que outras, localizadas em outros quarteirões, cortam-se, forçando o morador a dar uma volta até chegar a seu destino.

"Isto aqui foi feito meio à bala, mal e mal foi patrolado, não houve planificação, na-da." (OPERÁRIO, 35a.)

"... as ruas aqui tudo mal traçado (...)essas horizontais dão certas. Umas outras terminam e a gente tem que fazer uma volta, não
tem uma traçado que a gente vá reto." (DONO
DE BAR, 45a.)

Cabe assinalar que, muitas vezes, pelo fato de existirem desníveis no solo, andar por esses desvios, implica descer e subir uma lomba.

A vila pode ser dividida em três zonas: a Alta, a Baixa e a Beira-Trilho. À zona Alta pertencem os moradores que possuem uma situação mais estável de vida, e nela se localizam a
igreja, o ambulatório, a escola e o centro de juventude. A zona
Baixa configura-se pelo banhado, localizado nas terras pertencentes à Prefeitura que, juntamente, com o Beira-Trilho, situado às bordas da via férrea constituem as duas zonas mais pobres
e discriminadas dentro da vila.

A nosso ver, essa divisão não abrange a totalidade da vila, pois existem determinadas zonas que não se enquadram em nenhuma das classificações abordadas.

A maioria das moradias é de madeira e foram construídas, sua maior parte, no centro de um terreno, ficando, rodeadas por um espaço de terra vazio que, em muitas ocasiões, é utilizado para fazer uma pequena horta de uso doméstico. O limite do terreno é marcado por uma cerca de arame que pode, também, ser aproveitado como varal. Muitas casas carecem de vidros nas janelas, obrigando os moradores, durante os dias frios do inverno ou os dias de chuva, a ficarem com as janelas fechadas e os interiores das casas no escuro. Em muitas delas, a pouca claridade que penetra em seus interiores, nesses dias, é através das separações existentes entre as tábuas que formam as paredes. número de quartos é variável em cada tipo de casa. As casas mais pobres estão constituídas por um único ambiente que faz as zes de cozinha e de dormitório, sendo que o banheiro é uma "casinha" afastada da casa. Por sua vez, as casas de melhores condições podem contar com um ou dois quartos separados, geralmente, por cortinas no lugar de portas.

A vila conta com mil famílias, das quais, quatrocentas,

aproximadamente. são posseiros. Este fato cria o temor ao despejo como uma ameaça constante pairando sobre essas pessoas. Embora não explicitado e só compreendido por nós, posteriormente, o medo do despejo estava presente desde o início da pesquisa. Em nossos primeiros encontros, chamou-nos atenção a grande quantidade de pessoas que faziam referências a morar na vila há vinte anos. Mais tarde, compreendemos que isso possibilitaria a invocação do direito de usucapião. É interessante salientar que essa colocação foi diminuindo, à medida que passamos a ser conhecidos pela população. Aproximadamente, trezentos posseiros ocupam terrenos pertencentes ao proprietário que adquiriu as terras do antigo dono, Víctor Issler. Os restantes estão ocupando terras da Prefeitura.

Embora, em sua maioria, os casais não estejam mente oficializados, são, geralmente, estáveis e há pouca troca de parceiros. O trabalho dos homens consiste, principalmente, num emprego temporário como bóias-frias ou biscateiros, constituindo uma minoria o pessoal que trabalha em firmas. As mulheres, por sua vez, quando não estão empregadas como domésticas, como diaristas, seja com salário fixo mensal, permanecem em casa fazendo o serviço doméstico e cuidando dos filhos, cujo número varia entre quatro, cinco e, às vezes, mais. Quando a mulher, também trabalha, as crianças ou ficam no Centro de Juventude ou nos Lares Vecinais, ou em muitas ocasiões, a cargo de uma das irmãs mais velhas, ou, ainda, sozinhas fechadas dentro de casa. funcionamento do Centro de Juventude é similar ao de uma creche. Oferece atendimento a menores entre quatro e quatorze anos, está ligado a uma instituição assistencial e utiliza bolsistas da Universidade de Passo Fundo para atuar junto as crianças. Lares Vecinais é um projeto municipalizado cujo objetivo maior é cuidado dos filhos de mães trabalhadoras, sendo que uma mãe moradora da vila, recebe em sua casa, em média, oito crianças residentes na

vila, ficando sobre sua responsabilidade o cuidado e a alimentação das mesmas desde as primeiras horas do dia até a tardinha.

A vila conta, além da creche acima mencionada, com uma Igreja Católica em cujas instalações atua o ambulatório atendido por uma médica ligada à Universidade de Passo Fundo durante cinco turnos por semana, conjuntamente, com duas enfermeiras pertencentes à Prefeitura as quais cumprem dois turnos diáriosprestando os primeiros socorros aos pacientes e, encaminhando para a medica aqueles casos mais graves. Além disso, o Ambulatório é o encarregado de vacinar a população, bem como o responsável pela distribuição de ranchos que, no momento da fase de sua plantação, destinavam-se especialmente, às gestantes, às nutrientes e às crianças menores de treze anos de idade e agora beneficiam todas as famílias cadastradas no Ambulatório cuja renda familiar seja inferior a dois salários mínimos. Este consistiria em oferecer aos cadastrados dois quilos de cada produto basico da alimentação, tais como: arroz, feijão, de milho, porém:

"... faz tempo que o governo manda sempre a mesma quantia, mas diz que é para continuar inscrevendo pessoas, então sempre é menos a quantidade que se reparte." (ENFER-MEIRA, 30a.)

Os medicamentos são dados pela Prefeitura; já as vacinas e os alimentos vêm da Secretaria de Saúde do Estado. Aproximadamente, nos últimos dois anos, a Prefeitura está vendendo uma quota de alimentos à população a preços muito baixos, de forma um tanto circense: "a carrocinha do povo". Trata-se de um trator puxando um reboque sobre o qual está assentada uma pequena casa de madeira. Logo depois que o trator pára, formam-se longas filas de pessoas interessadas em adquirir os produtos alimentícios

(farinha, arroz, feijão) que se encontram dentro desta "casinha do povo".

Distante a menos de uma quadra da Igreja, está a Escola de Primeiro Grau que conta com vinte professores e trezentos e trinta e sete alunos. A Escola que pertence ao município foi construída pela Prefeitura após ter imposto à comunidade a doação de um terreno para a realização da obra.

Junto à Igreja, funcionam diversas atividades como: Forno Comunitário, Clube de Mães, Pastoral da Saúde, Catequese, Eucaristia, Grupo de Jovens, Grupo de Famílias, Grupo de Idosos, Horta Comunitária, etc. Para cada uma dessas atividades existe um líder que representa o seu grupo no "Conselho Comunitário Pastoral" — reunião que congrega, mensalmente, além de todas essas lideranças, os representantes da Escola, do Centro de Juventude e da Associação de Moradores, estendendo a possibilidade de participação a qualquer pessoa da vila, embora essa não seja geral por parte da população. Nesses encontros, são tratados e discutidos tanto os problemas de saneamento básico que se apresentam na vila como são organizadas festas para comemorar datas significativas e quermesses para reunir fundos para a realização de obras na comunidade.

4.2.2. A VILA E SUA FAMA DE MARGINAL

A vila possui, na cidade, a reputação de ser uma das vilas communior número de marginais. Esta fama que apresenta dentro da cidade faz seus habitantes sentirem-se marginalizados, tendo de passar, muitas vezes, por situações constrangedoras como a relatada neste depoimento:

"Um dia, na aula da minha guria mais velha, uma professora disse:- Vamos parar com esse

banulho, isto aqui esta uma ananquia, não pensem que isto aqui é a V. I." (APOSENTA-DO, 55a.)

vivendo, inclusive, situações de rejeição que vão desde a fama de marginais à própria situação de pobreza:

"... nos ja tinhamos trezentas crianças e na escola la em cima não queriam receber, porque as crianças aqui eram tudo umas coitadinhas, não tinham arrumação, né?" (PE-DREIRO, 45a.)

Esta situação de rejeição origina uma tendência de isolamento entre a população, levando-a fechar-se nela mesma, evitando contato com pessoas e instituições localizadas "do outro lado dos trilhos" como percebemos claramente, na seguinte colocação:

"o pessoal daqui não vai sain da vila pana in até o centro, ele não sabe o que é que é, ou até desconfia da coisa, não sabe como funciona isso, né? Estando dentro da vila, é diferente." (DOMÉSTICA, 20a.)

Frente a essa situação, o pessoal apresenta diversas estratégias. Uma delas que não chegou a se concretizar foi a mudança de nome.

"Foi uma vila que foi'bem falada', foi comentada. A naiz disso nos chegamos a pensar em mudar o nome da vila." (BISCATEIRO,
40a.)

Diante de uma pessoa de fora, os moradores tentam desfazer esta imagem negativa, principalmente, através de três maneiras: negando, simplesmente, a existência do problema

"Ευ ποπο aqui faz vinte e quatro anos e três meses. Ευ ia sempre a trabalhar de noite e so uma vez fui assaltado." (APOSENTADO,55a.)

"Todo mundo diz que é perigoso, mas não é nada. Eu. antes de vir, dizia: Eu não vou no meio desses marginais, mas não é isso, sabe? (...) As outras vilas tudo tem má fé nesta. Acham esta meio braba, mas até agora a mim não me fizeram nada." (DONA DE CASA, 30a.).

colocando o problema no passado. Os marginais teriam existido em outra época, no entanto, agora, já, não seria assim.

"Agona já não, mas houve um tempo que não dava para ninguém passar de noite dos trilhos para cá." (SERVENTE, 45a.)

"Anles linha o problema dos marginais, mas agora! Claro! Não tem uma vila que não tenha uma ocorrência uma vez cada seis meses, mas a nossa, sabe, que dum ano pra cá, principalmente, é a de menos ocorrências?" (POLICIAL, 35a.)

Ou, ainda, uma terceira forma, seria exteriorizar o problema, colocando-o numa zona da vila que não é considerada como parte da
mesma, por ser tão marginalizada quanto a própria vila o é dentro da cidade. Esta zona, como já vimos, é conhecida como "banhado" ou "a baixada".

"Quando tem um problema pode ter certeza, é ali embaixo. Onde tem essas casinhas. Ali, era um banhado que queria que visse (...)
Não sei de onde tiraram esse pessoal que

foram trazendo. O ε., aquele prefeito, foi o que tirou o pessoal não sei de que vila e trouxe prá nos." (CAPATAZ, 50a.)

É importante assinalar que, por ter a vila surgido há, relativamente pouco tempo, a quase totalidade de seus moradores ou são provenientes de outras vilas da cidade mais antigas, ou vieram diretamente do campo.

4.2.3. A RELIGIÃO DA VILA

A Religião Católica, como já dissemos, é a mais reconhecida entre os habitantes da vila. Grande parte das pessoas com as quais falamos não só se diziam católicas, senão se mostravam desconfiadas com a possibilidade de nós não sermos, já que o estudo é visto com um interesse excessivo pelo físico e racional, deixando, de lado, a religião, os valores espirituais. Embora a influência da Religião Católica seja de uma importância considerável, os comentários sobre ela referem-se quase, exclusivamente, à ajuda que é dada por intermédio da Igreja à população através das atividades por ela coordenada, tais como: o Grupo de Mulheres, a Horta Comunitária, etc. que, além, de ajudar, materialmente, são vistas como lugares de desabafo. Em nenhuma ocasião, a religião foi dada como um meio específico de cura.

Se, em relação a temas ligados à saúde e, inclusive, a outros temas gerais, percebíamos uma certa atitude de submissão por parte dos moradores "... o Senhor é que sabe...", "...a gennão sabe, não tem estudo", colocando-se numa posição de desconhecimento frente ao pesquisador; no que diz respeito à religião, notávamos uma inversão deste comportamento, tomando os moradores uma atitude ativa de questionamento. A atitude daquele

que olha a outra pessoa com pena e pensa: "coitado ele nem sequer percebe que não sabe", colocando-se, muitas vezes, numa posição paternalista ao dizer-nos: "...um dia, o Senhor vai poder entender o que estou falando...".

Foi, principalmente, em relação a temas religiosos (e até poderíamos dizer exclusivamente) que a população saía de um papel de despossuído para colocar-se como alguém possuidor de um valor, que o próprio pesquisador carecia e, provavelmente, resultaria difícil de adquiri-lo, já que o estudo, ao mesmo tempo em que permite o acesso a um saber, impossibilita alcançar um outro tipo de conhecimento que, por ser do plano espiritual, se sobrepõe ao conhecimento do pesquisador puramente material e, portanto, de valor inferior. Autodefinir-se como Católico não significa tanto o cumprimento de certos rituais oficiais como casamento, freqüência à missa, etc. que, geralmente, não são realizados pela maioria das pessoas, embora a maioria se considere Católico. Ser Católico refere-se mais a participar de um conhecimento e de certos valores morais do que cumprir com os preceitos "oficiais" da Igreja.

CAPÍTULO V

O "USO" DA MEDICINA

"... acho eu, né? A gente não é médico, não é nada, né?" (SER-VENTE, 40a.)

5.1. O SABER MÉDICO

A prática médica nem sempre foi a terapêutica hegemônica. Nos primeiros séculos da história brasileira, as práticas populares ocuparam este lugar de destaque em detrimento da dicina oficial. Foi, somente, no século XIX com a formação cal de profissionais, juntamente com os avanços que a Medicina começou a se expandir, e com isto iniciou uma luta contra os concorrentes, para eliminá-los e para garantir exclusividade de ação no campo da saúde, criando-se, assim, espaços próprios de atuação. Neste combate contra o "charlatanismo", a Medicina recebe o apoio do Estado, que, por sua vez, consegue através desta ciência estender seu controle a áreas, anteriormente, inatingidas: o interior da família. (COSTA, 1983, TERO, 1985). O médico adquire uma situação de poder perante a população. Ele vai exercer um controle não só sutil, como no caso de determinar normas de convivência, de educação, de moral, mas também, de uma maneira mais direta em relação às populações pobres, por ser ele quem determina o veredicto final, ao firmar a verdade de uma doença através de um atestado, sem qual a mesma não é reconhecida como verdadeira. Essa é, portanto, a situação na qual o médico adquire mais claramente o papel de dominador frente à população pobre. Dessa forma, a exclusividade medica para elaborar um discurso sobre a doença não limita a seus "concorrentes" (curandeiros, benzedeiros, feiticeiros) abrangendo, também, os próprios doentes, pois como lientou MONTERO (1985, p.79)

"Ja no momento da triagem o assistido é desqualificado como individuo capaz de perceber e expressar sensações. Cabe única e exclusivamente ao médico a decisão sobre a

saude/doença: a ele é dado aceitar ou recusar suas queixas e impressões, definir o diagnóstico, normatizar o tratamento."

Por outro lado, esta mesma autora (1985, p.73) mostra-nos que os valores sociais se infiltram na própria

"definição de doença a partir de critérios que têm a ver com a 'capacidade para o trabalho', sobretudo quando a definição se refere às classes mais desfavorecidas."

O médico configura-se em um guardião que vai controlar e evitar que, principalmente, as pessoas pobres deixem de
cumprir suas funções sociais-trabalhar-por considerarem-se doentes. Se uma dessas pessoas sentir a impossibilidade de concorrer ao emprego por causa de uma doença, não dispensará que o
médico avalie e certifique essa necessidade. É, nesse sentido,
entre outros, que os membros da referida classe percebem as relações terapêuticas, principalmente, aquelas que ocorrem em
instituições de assistência oficial como relações de classe e
de dominação. Assim, o médico passa a ser a autoridade indiscutível no que se refere ao eixo saúde/doença.

A visão de que o médico é a autoridade máxima e infalível no binômio saúde/doença é confirmada pela população em diversos depoimentos, entre os quais, destacamos o de uma dona de casa de 40a.

"É, o médico que deve sabé. A gente não tem conhecimento para opinar."

A mesma postura faz-se presente em uma frase continuamente repetida pela população: "O médico disse..." Aqui, parece se condensar a dupla posição dessa população em relação ao médico. Se, por um lado, o discurso médico deve ser aceito, talvez pela

necessidade de respeitar uma diferença hierárquica, ou, mesmo pela influência da própria presença de pesquisador, isso não significa, de maneira alguma, que se deva acreditar no mesmo. Através da frase "o médico me disse" seu discurso fica suspenso, sem ter, aqui, a conotação de ficar anulado, senão, apenas de ficar afastado, sem, contudo ser rejeitado

"...quebra tudo, mais vem dos nervos dele, que ele é uma pessoa muito nervosa, foi o que os médicos disseram." (DONA DE BAR.35a.)

como se a pessoa se limitasse a descrever o que "outros" falaram sem colocar sua posição, ou, manifestando sua discordância, porém, sem arriscar uma hipótese a respeito.

"Problemas dos intestinos, não? Quase morro de dor nos intestinos, e, agora, o médico disse que é só problema de nervos, né? A gente não entende que possa ser isso, Meu Deus..." (PEDREIRO, 35a).

Entretanto, a atitude da população em relação ao médico não é de uma aceitação passiva como, em um primeiro momento, possa parecer. No começo de nosso trabalho, quando éramos vistos como pessoas cujas intenções ainda não estavam muito claras, a hierarquia do médico era respeitada e suas afirmações, sem nenhuma possibilidade de dúvidas, eram aceitas.

"E! O médico que deve sabé. A gente não tem conhecimento para opinar." (DONA DE CASA, 40a.)

Porém, à medida que a confiança ia crescendo, com ela, também, levantavam-se questões sobre o que"o médico disse". O médico era questionado sobre diversos aspectos, tanto no que se referia a seu desempenho profissional específico como ao seu desinteresse

pelo paciente que é, muitas vezes, deixado em segundo plano, em relação ao poder aquisitivo.

"... tive três filhos no hospital. Ai o que linha feito em anos, em poucos meses, se ia. A gente chegou a ter que vender todos os animais que tinhamos, não era muito mas era ludo o que tinhamos." (APOSENTADO,55a.)

A exposição feita anteriormente não significa que o discurso médico careça de qualquer saber para esta população. O médico reconhecido como aquele que tem a autoridade, sendo sua palavra socialmente respeitada. É, neste sentido, o de ser a palavra do médico valorizada socialmente, que a população, muitas utiliza a frase "O médico disse" para ratificar as afirmações, utilizando essa força de verdade legal que teria o discurso médico para fortalecer suas proprias afirmações - fato que não implica - que tal força de verdade lhe seja pela própria população. Seria mais uma apropriação do valor oficial outorgado ao discurso médico, deslocando-o assuas proprias afirmações, ao mesmo tempo, em que aceita aquela parte do curso médico que favorece suas afirmações, rejeita, ou, no nimo, deixa entre parêntese, outras que entrariam em conflito com suas percepções. Referimo-nos que a expressão "O médico ser colocada entre parênteses, pois, disse" pode dições nas quais a população não concorda com as ções feitas pelo médico, pode deixá-las de uma forma pareçam encontrar-se dentro de uma bolha, pois nem são aceitas, nem são rejeitadas. Assim, os médicos não são vistos como tentores de uma verdade inquestionável que permitiria o acesso a uma cura.

"O médico não aparece como um "paissabio"ou como um ser de inquestionavel eficiência

(...) Ele está presente e pode errar..." (ALVES, 1982, p. 116)

e, até mesmo, muitas vezes, são vistos de maneira negativa.

"...tenho muito medo de consultar porque os médicos não acertam, eles experimentam, se não dá com esse remédio vão le dar outro." (DESEMPREGADO, 45a.)

Isto pode parecer uma contradição com o fato de existir procura ao atendimento médico e, muitas vezes, esperança de cura. Esta posição deve-se ao fato de que a Medicina científica não chega a ser questionada: suas críticas só atingem o médico e demais agentes (DUARTE, 1986, LOYOLA, 1984, 1987).

O INAMPS, como órgão de Medicina oficial é, frequentemente, criticado, por seu descaso e sua ineficácia. No entanto, essa crítica tal como a do médico, não põem, em discussão, a necessidade de sua existência. Precisa-se do INAMPS. Precisa-se daquilo que ele oferece a seus usuários por intermédio dos discursos das autoridades, embora se tenha consciência de que, na prática, seu funcionamento distancia-se, em muito, desse discurso, transformando-o, claramente, em um instrumento de dominação ao qual o paciente esperançoso deve sujeitar-se à promessa de obter, em troca dessa submissão, um meio de cura. Somente no final desse processo, descobre o não cumprimento dessa promessa e que o único resultado obtido foram sofrimentos e humilhações.

"Fui tratar-me para ver minha perna, faz uns dois meses. Veja so como está inchada, sempre latejando e, quando fico em pe, ai, sim, que piora. Fui no posto la em cima. Ai me deram uma receita porque não tinha o remedio. Era pra eu pegá no JNPS, fui até o

centro e la tampouco tinha. Ai fiquei sem, né? Assim, agora, quando estou assim, fico aqui mesmo, pra que ir, pra que me dêem ou-lra receita? Aqui, ao menos, não caminho." (DESEMPREGADO, 45a.)

A queixa em relação aos medicamentos é constante na população pesquisada, e, por intermédio dela, percebemos a idéia de funcionamento do INANPS cujo atendimento seria para manter as aparências, "um faz de conta", uma vez que as reais necessidades da população não são atendidas. Senão, vejamos os depoimentos:

"O pai é aposentado, sou eu que tenho que cuidar a mãe, e os remédios com o preço que tá, e no INAMPS nunca tem. Tem esse comprimidinho, né? A.S." (DOMÉSTICA, 35a.)

"Não, esse remédio caro, aquilo ali é caro no INAMPS não se encontra, os remédios grátis não se encontra desse preço(...). Na farmácia do INPS, pode-se encontrar comprimidinhos, remédio baratinho, mais remédio necessário, mesmo, não tem". (OPERÁRIO, 40a.)

Vemos, assim, que não existe uma crítica da Medicina como tal, apenas com referência ao modo como é aplicada nas populações pobres. E é, justamente, porque a ciência médica não é questionada, que ela influencia, através das explicações do médico sobre a organização do discurso destas classes em relação à doença, mais, especificamente, sobre a Doença dos Nervos, pois não se discute a existência ou não de tal ou qual doença, nem a eficácia de um remédio, senão a maneira ineficiente como o médico usa este conhecimento.

5.2. OS MÉDICOS E A DOENÇA DOS NERVOS

A Doença dos Nervos, longe de ser uma construção totalmente independente, produzida pela população classe baixa, está ligada' ao discurso médico. A categoria do Sistema Nervoso é utilizada, frequentemente, pelos médicos na explicação das causas dos sintomas das aos pacientes, quando esses não apresentam uma patologia de ordem orgânica à qual tais sintomas possam ser atribuidos. No entanto, essa mesma categoria não faz parte do vocabulário médico, quando seu interlocutor pertence quadro "científico". Ela é reservada, quase, exclusivamente, para aquelas pessoas que seriam incapazes de entender uma explicação mais "complexa". Em contato com osmédicos que trabalham junto a essa população, constatamos que nunca fizeram referências à "Doença dos Nervos", nem o nervosismo como causa de algum sintoma, ainda que, depoimentos feitos pela população, apareça a ideia de nos o médico dá como causa dos sintomas apresentados peque pacientes a Doença dos Nervos. los

"... isso já consultei, mas em toda parte que fui, todos os doutores disseram que eu sofro dos nervos, se eu me incomodo é pior." (EMPREGADA DOMÉSTICA, 40a.)

"Ja estive internada dez dias por causa dos nervos, tive hemorragia, sangrava pela boca e as pernas todas
vermelhas, e o médico disse que isto
era ludo problema dos nervos."(SERVENTE, 45a.)

Observamos, como participantes, explicações semelhantes a essas, feitas a um grupo de pacientes em consultas grupais realizadas por um médico psiquiatra em uma instituição assistencial:

"M. é um exemplo [referindo-se a um pacienle cuja queixa era dor nas pernas que a impedia de caminhar] de como o sistema nervoso pode agir em qualquer órgão do corpo.
M. pensava que linha algum problema fisico que a impedia de caminhar e só agora esta percebendo que ela sofre dos nervos."

Percebemos, portanto, que a utilização de dois discursos diferentes está relacionada à convicção de que as pessoas pobres seriam incapazes de compreender uma explicação mais elaborada:

"... trabalhando com eles que se vê a ignorância, sabe? É, assim, uma ignorância tão grande que... que é só você convivendo com essa gente para entender a ignorância. Ignorância, assim, que chega a ser doida. Então, eu não sei se eles entenderiam se a gente lhes dissesse que é um problema psiquico, dai a gente lhes fala que é dos nervos que é para eles entenderem." (MÉDICA CLÍNICA, 30a.)

As afirmações dessa médica clínica coincidem com as de DUARTE (1986. p.64), quando diz:

"... a classe médica rejeita o discurso do nervoso enquanto sistema, e só faz uso dele

enquanto categoria 'vulgar', sempre que acredite estar lidando com sujeitos incapazes de aceder às marcas de sua própria representação sobre o homem, considerada 'superior' porque amparada nas mais 'recentes' configurações seu saber 'racional'."

O uso do "discurso do nervoso" para essa camada da população parece estar relacionado com a visão evolucionista que permeia o discurso médico-psiquiatra, segundo o qual tanto o conhecimento vai progredindo através de uma evolução dos conhecimentos anteriores quanto as diferentes culturas estariam em estágios diversos de desenvolvimento, sendo, apenas, capazes de captar aqueles conhecimentos pertencentes ao seu período evolutivo. Segundo DUARTE (1986, p.64), não devemos esquecer que a explicação das doenças remetidas ao

"sistema nenvoso sustentou pon longo peniodo os discunsos médicos intervenientes
em nossa sociedade. Ele parece tensido ininoduzido no Brasil em meados do século
XIX..."

A "Doença dos Nervos" embora não pareça a expressão de uma doença física, tem características um tanto ambíguas. Observamos, de um lado, que o principal tratamento é o medicamentoso, cujas esperanças de cura, por parte do médico, nele se centralizam. As principais reivindicações dos médicos-psiquiatras referem-se à melhoria do atendimento dado pela Secretaria de Saúde, aprimorando, em primeiro lugar, a qualidade e a especificidade da medicação:

"... teria que ter medicamentação especifica. Existem antipsicóticos que se tomam
uma vez por mês, isso, aqui, na instituição

não tem, e o paciente, ai, acaba tendo que tomar outro que é uma vez por dia para conseguir o mesmo efeito." (MÉDICO PSIQUIATRA).

Tal situação reflete um posicionamento que poderíamos condensar em: as doenças mentais são doenças orgânicas sem chegarem a ser corporais. Há, no discurso médico-psiquiatra, uma defesa de origem orgânica das doenças mentais, embora o caráter não - físico desses sintomas seja argumentado frente aos pacientes. Essa dupla perspectiva possibilitaria que a uma doença não lhe fosse atribuída uma causa física (corporal), "algum problema físico" que impede de a pessoa movimentar-se como no caso anteriormente colocado e, ao mesmo tempo, seja dada como causa da mesma um distúrbio orgânico: "nervos".

Os nervos, portanto, ficam numa posição de ambigüidade, expressa na situação de não pertencer à categoria do físico e, ao mesmo tempo, não perder seu caráter de organicidade. Será essa situação de ambigüidade relativa ao sistema nervoso - de ser orgânico sem ser corporal - que possibilitará a apropriação, por parte da população estudada, do discurso médico referente à Doença dos Nervos como veremos adiante.

5.3. A NOVA SIGNIFICAÇÃO

O discurso relativo à doença mental mantido pela população pesquisada liga-se ao próprio discurso médico, o que não significa que o primeiro seja uma reprodução deficiente do discurso ouvido de agentes de saúde.
Ainda que os dois discursos se assemelhem em alguns pontos
como a própria denominação "Doença dos Nervos", isto não elimina a possibilidade de existirem discrepâncias, quando utilizados pela população estudada e pelo médico, à medida que são

vistos como discursos que, embora, estando ambos profundamente interligados, um não pode reduzir-se ao outro. E fazemos nossa a idéia de MONTERO (1985, pp.5.6), ao afirmar que:

"... o que orienta nossa abordagem das representações populares da doença é a de que as produções culturais das classes subaltennas não se opõem como um todo coerente à cultura dominante, posto que não tituem sistemas simbólicos autônomos, teinamente independentes, na sua elabonação das leis que regem a produção da cultura hegemônica. Parece-nos, ao contrário, que as representações populares se elabonam tendo como referência os parâmetros do discurso dominante e procurando tirar partido, na tentativa de criar um espaço próprio, das mesmas leis que constituem aquele discurso. [...] porque não é capaz opon-se ao jogo dominante, a cultura popular aceita-o para melhor corrompê-lo."

Se, de um lado, a população aceita o discurso médico sobre seu "mal-estar", tal receptividade não é passiva, pois esse discurso é transformado, a fim de ser integrado ao seu próprio universo simbólico. É um procedimento que se relaciona com aquilo que vai procurar na consulta médica; não, a simples cura de uma doença, mas juntamente com isso, a necessidade de obter explicação, que venha dar um sentido ao incompreensível, o que faz parte da própria cura. Um exemplo evidente desse desejo de explicação está contido não só nas queixas comuns, referentes aos médicos, como nos elogios a eles feitos, tais como:

"mal e mal ouve a gente, dai ele da uns re-

médios que a gente tem que tomar e nem fica sabendo o que tem." (EMPREGADA DOMÉSTI-CA, 45a.)

"Eu gostania que ele (o médico) me dissesse o que eu tenho, a gente precisava sabê, sabendo o que tem, a gente fica mais tranquila." (DONA DE CASA, 60a.)

"... porque é uma rica de uma doutora. Deus me livre! A Doutora M. é fora de série, né? Essa simplicidade dela, trata o povo, e fala de um jeito que da pra gente entender." (DONA DE CASA, 40a.)

Percebemos assim, que não é somente uma eliminação do sintoma que se deseja, uma vez que, ao procurar o médico, essa população, também, procura uma explicação, um sentido àquilo que está acontecendo consigo e que não consegue entender

"não sei o que acontece comigo, quando me dá o ataque de nervos ninguém pode me contrariar que eu já estoro, faisca curta!" (PE-DREIRO, 40a.)

Essas condutas, este estourar "sem motivo" é, talvez, mais angustiante do que o próprio sintoma, pois escapa a uma possibilidade de classificação, tornando-se não manejável, ingovernável. Será por meio de uma explicação, de uma atribuição de sentido que sua doença poderá transformar-se em algo "natural", ou seja, contextualizável dentro de seu próprio universo simbólico. Entretanto, por existir uma distância cultural entre o médico-psiquiatra e o paciente desta população, a explicação "científica" não poderá ser incorporada ao universo simbólico do paciente sem um trabalho prévio de reinterpretação. Certos termos

da explicação dada pelo psiquiatra serão descontextualizadas para poderem ser, posteriormente, integrados ao universo do paciente. Essa construção feita pela população tem como fonte parte do discurso médico que lhe permitirá expressar suas próprias representações da doença (BOLTANSKI, 1984) de modo articulado com sua visão do mundo, permitindo, desta forma, que o sintoma se torne algo coerente, integrado ao seu contexto social.

A descontextualização de determinados termos científicos para a realização da reinterpretação, segundo (BOLTANSKI, 1984, p.73), não acontece, aleatoriamente, pois

"o doente das classes populares toma do discurso médico os termos que 'são aptos a uma
descontextualização' e que, destacados do
contexto, conservam um sentido..."

Assim, quando um entrevistado nos afirma que sofre dos nervos, embora a colocação parta do que o médico "falou", o significado dado a esta doença por um e por outro são diferentes. Uma dessas diferenças relaciona-se ao sintoma, que, para o psiquiatra é diferenciado da doença, enquanto, para a população em pesquisa, o sintoma e a doença são a mesma coisa, uma vez que não existe a possibilidade de haver uma doença sem ter sintomas.

CAPÍTULO VI

DOENÇA E TRABALHO

"...eu sempre fui muito trabalhador, né? Pra mim não tinha
neve, nem frio, nem chuva..."
(PEDREIRO, 40a)

6.1. SER TRABALHADOR

A referência ao trabalho foi algo constante nas falas da população pesquisada, colocando, nas conversas, toda sua história de labor - sua vida e seus problemas, assim como suas satisfações - estavam a ele ligadas. À medida que se deixava conhecer por outra pessoa, neste caso, o pesquisador, sempre fazia parte importante do relato seu desempenho profissional, a valorização de seus chefes, ou patrões. Os aspectos positivos dessa população, seu valor como pessoa dependiam do valor que obtinham como trabalhadores.

"O patrão veio do Paraná pra me procurar pra eu in lá trabalhar com ele. Ele disse: 'Te pago o que tu quiser', porque ele disse que so eu ia podê fazê esse serviço pra ele. Quando chequei lá, ele me disse: 'Tu vê, ai, quantos empregados tu precisas e pode contratar'." (CAPATAZ, 50a.)

O trabalho configura para essas pessoas não só uma parte de sua vida, senão, o alicerce sobre o qual ela se estrutura e adquire solidez. O trabalho não é parte da vida; representa sua condição, já que não existem reservas de dinheiro, nem bens que possam ser vendidos, à possibilidade de subsistência depende diretamente de estar trabalhando.

"Eu, com o dinheiro da faxina, compro comida pra deixar pro outro dia pras crianças.

Ai, a gente tá sempre com a cabeça cheia.

Será que no outro dia vai ter faxina, e se não tem?" (FAXINEIRA, 25a.)

Isso não se restringe apenas ao plano material, porque a ação de trabalhar faz parte da própria representação como pessoa.

"A gente sempre tem que estar fazendo alguma coisa, eu sempre preciso fazer algo. Antes trabalhava pra uma senhora lá na Vera Cruz, mais agora com as crianças não dá, mais eu sempre estou fazendo alguma coisa, não posso ficar parada. É que a gente está tão acostumada a trabalhar, que, quando, não tem trabalho, não sabe o que fazer." (DONA DE CASA, 35a.)

A ligação entre o trabalho e a representação que a pessoa faz de si própria se misturam a tal ponto que se tornam indivisíveis.

"Sempre fui trabalhador, trabalhei em tudo que é firma, sempre trabalhando, desde criança sempre trabalhei... É. Minha vida é isso ai." (PEDREIRO, 45a.)

Assim, para essas pessoas o trabalho possibilita sua sobrevivência, outorga um valor e constitui parte fundamental da identidade do sujeito (COSTA, s/d).

É essa atividade que lhes possibilita um "status" superior dentro de seu grupo, já que ter um trabalho significa uma posse que as diferencia das pessoas que não a possuem, daquelas que, por não terem trabalho, não possuem nem bens materiais, nem morais "são uns VAGABUNDOS". Constatamos, assim, a uma certa distância, uma pobreza homogênea, que se desfaz, à medida que nos aproximamos da população, pois testemunhamos que existem graduações deste estado de pobreza e, nessas diferenças, o trabalho permite traçar uma barreira muito mais marcante do que os trilhos de trem que separam a vila do resto da cidade. Aqueles que não trabalham, não podem sequer ter esperanças —"são homens

sem futuro" - ou por carecerem de valores morais ou por carecerem de saúde, são eles os verdadeiros "desposuídos". Verificamos, ainda, que a relação entre trabalhador e valor moral presente em inúmeros depoimentos, é determinante ao ponto de afirmar-se que a pessoa trabalhadora é uma pessoa "de bem".

"É pessoal pobre, mais tudo pessoa honrada, tudo trabalhador, né?" (DONO DE BAR, 45a).

"Essa parte que é da prefeitura era cheia de gente da pior espécie. Quando era época de eleição traziam todo o tipo de gente, bastava que votasse neles que davam um terreno. Isto ficou até hoje que a gente diz, 'lá no banhado'. Como se ainda fosse lugar de marginais, embora os marginais já sairam, eles vendem o terreno e agora 95% deles ai da baixada são tudo empregado."

(APOSENTADO, 55a.)

6.2. O NORMAL É TRABALHAR

COSTA (s/d) lembra-nos que tudo que o homem é e tudo que ele tem, está ligado a "ser trabalhador": sua comida, sua casa, seus filhos, sua mulher, ser o "homem da casa", ser uma pessoa de valor, ter alguma posse que o diferencie da "ralé". Tudo, inclusive, sua própria identidade, depende de ele poder trabalhar. Se ele não é trabalhador, não se sente pessoa, pelo menos, uma pessoa normal. Ser trabalhador é inerente do ser humano; é da "natureza" do homem querer trabalhar, se não o faz, é por falta de valor moral ou, como vimos anteriormente -"é um vagabundo" - ou por incapacidade - "é uma pessoa doente".

Autores como: ALVES (1982), BOLTANSKI (1984), COSTA

(1986.s.d), DUARTE (1986), FIGUEIRA (1975), LOYOLA (1984), MONTERO (1985), ROPA et alii (1983) e SOUZA (1982) observaram a relação Doença X Trabalho, e as observações que fizemos coincidem com a deles, no sentido de que a doença é vista como uma ruptura do cotidiano, principalmente, associada à impossibilidade de trabalhar.

"Mulher trabalhadeira, né? Agora, com os problemas nas pernas não pode nem lavar roupa. Não pode, é doente, a coitada." (DONA DE CA-SA, 70a.)

Considerar-se-á, assim, o trabalho como a idéia central sobre a qual se vai organizar o eixo "saúde-doença", onde é traçada a linha divisória que permite diferenciar um do outro, inclusive, nos casos em que a pessoa se auto-intitula como doente. Sua possibilidade de trabalhar ou não é que vai confirmar ou refutar essa hipótese.

"Ele bebe e se passa pon louco, mas ele não tem nada de louco, ponque trabalha, nê?Nou-tro dia, se levanta bom e vai trabalhan."

(OPERÁRIO, 30a.)

Por ser a impossibilidade para o trabalho o que define a doença e, por ser o corpo, a ferramenta de trabalho por excelência, os sintomas corporais vêm a ser nomeados de forma prioritária.

"...faz uma semana que não posso trabalhar, é que com esta perna não dá. Só posso esperar que cure. Se não fosse ela, estaria na rua juntando papelão." (BISCATEIRO, 40 a.)

MONTERO (1985, p.91), da mesma forma, percebeu essa relação com

seus entrevistados:

"Os sinais da doença so adquirem sentido enquanto indicadores de morbidez na medida em que seu aparecimento acarreta consequências nefastas para a continuidade do trabalho · da ação cotidiana. Com efeito, pode-se observar que a percepção do estado morbido se consubstancia de um modo geral, na fala de nossos entrevistados, através das circuns tâncias ou sensações que obrigam o sujeito a alterar a capacidade ordinária do uso instrumental do corpo. Nesse sentido, os disturbios que limitam a locomoção e obrigam à interrupção das atividades cotidianas recem como a forma mais adequada de se descrever a doença: 'Fraqueza nas pernas', 'Não agüentava mais ficar de pe', Não levantava pana fazen nada', Comecei a cain no meio da rua', Me deu uma espécie de desmaio', 'Estava sem forças para trabalhar', são expressões recorrentes. Para termos uma ideia dessa fregüência, basta dizer que estas expressões aparecem em mais da metade dos entrevistados. Desmaios, paralisias, fraquezas imagens privilegiadas para caracterizar casos pessoais e alheios."

As colocações de MONTERO coincidem com as observações feitas por nós, podendo-se complementar a esses sintomas privilegiados que a autora assinala, a tontura que aparece, frequentemente, nas falas dos entrevistados. Embora sem ser um sintoma físico,o desânimo, também, é apontado inúmeras vezes durante a realização

de nosso trabalho como fator que revela a impossibilidade para o trabalho.

"Me da um desânimo que fico sem vontade pra nada". "Quando acordo assim, com isso no peito como uma opressão, não quero nem sair da cama. é como se o corpo me pesasse". "Pra fazer qualquer coisinha é tão difícil."

Assim como a incapacidade para trabalhar identifica a doença, o tempo em que se fica afastado das atividades, determinaria a gravidade da mesma, constituindo, desta forma, uma graduação. No extremo inferior desta escala, encontramos doenças que dispensam maiores cuidados como:

"Foi uma coisinha de nada; no outro dia ja tava boa." (EMPREGADA DOMÉSTICA, 40a.)

passando por outras que requerem cuidados maiores

"Eu tenho vontade de trabalhar mas fui operada faz dois meses duma hérnia, to meior mais ainda não posso fazer força, não é fácil." (DONA DE CASA, 35a.)

"Ele sofria do coração, teve nove dias no hospital sofrendo do coração, fez cirurgia no coração, e destrancar, o Dr. destrancou, nê? Passou meses que não podia fazer nada, até a gente pensou que não ia da pra se curar. Mas agora tá bom, tá trabalhando."

(DONA DE CASA, 45a.)

até chegar o extremo mais alto dessa escala, onde se localizam as doenças incuráveis, quando a incapacidade para o trabalho é permanente.

Para um indivíduo que apresenta uma sensação incomum,

veremos que a mesma constituir-se-á doença, à medida que o impedir de trabalhar. Se fizermos desse procedimento uma norma comum, a doença será sempre determinante de incapacidade e, pela mesma, será reconhecida. No entanto, não é só desta maneira que a doença se relaciona com o trabalho. Esses dois termos parecem formar uma unidade tal que um não se apresenta sem o outro. A falta de trabalhó, principalmente por um período prolongado, é, por sua vez, motivo de doença.

"Eu digo pra ele procurá fazê alguma coisa, não precisa ser um emprego, até trabalhá na horta já tava bom, porque o que não dá é fica sem fazer nada. Aí, a gente fica se enchendo a cabeça de coisa. Cada dia ele está pior, mais nervoso, não dorme direito. Outros dias já andava se queixando de dor nas costas. Já está ficando doentiu, o coitado." (DONA DE CASA, 40a.)

A maneira de ser através da qual essas pessoas se representam é o trabalho, ele é parte de sua "identidade psicológica" (COSTA,1986), uma parte tão essencial que é condição indispensável da "realização integral da natureza humana" (COSTA, 1986, p.7). Para expressar a idéia, um depoimento de um de nossos entrevistados é um bom exemplo.

"Uma pessoa que fica tanto tempo sem trabalhar deve ter algo errado, não é normal."

(DONO DE BAR, 45a.)

Este depoimento não só é importante por aquilo que expressa como também, porque nos chama a atenção para a visão do grupo social em relação àquele que está sem trabalhar. Essa pessoa que fica fora do sistema produtivo, que não pode cumprir aquela função considerada própria de seu papel, qual seja, a de trabalhar para conseguir a sobrevivência de sua família e delepróprio,

além de não conseguir ver-se como uma pessoa "normal", da mesma forma, o grupo familiar e social a que pertence, também, passam a vê-la como uma pessoa com "algum problema". LEVI STRAUSS (1972, p.151), em seu trabalho sobre o feiticeiro e sua magia, procura explicar quais são os mecanismos presentes num caso de conjuro de morte, escrevendo:

"... um individuo consciente de sen objeto de um maleficio, está intimamente persuadido, por las más solemnes tradiciones de su grupo, de que se encuentra condenado; parientes y amigos comparten esta actitud. A partir de ese momento, la comunidad se retrae: se aleja del maldito, se conduce ante el como si se tratase no solo ya de un muerto sino también de una fuente de peligro para todo el entorno; en cada ocasión y en todas sus conductas, el cuerpo social sugiere la muerte de la desdichada victima, que no pretende ya escapar a lo que considera su destino ineluctable."

Transcrevemos esse trecho, porque acreditamos que ele representa muito bem o processo que sofre uma pessoa pertencente a este grupo ao ficar durante certo período impedido de trabalhar. À medida que vai passando o tempo, a idéia de que algo errado deve estar acontecendo com ele, vai-se tornando mais presente, tanto nele próprio e como no seu grupo social. Partindo da premissa que o trabalho é uma atividade inerente do homem, a sua falta vai-se constituir em um índice de anormalidade que será confirmada por seu meio. Neste contexto, é que a doença pode vir a explicar o inexplicável. É assim, que

"torna suportável a impotência social e

psicológica," (LOYOLA, 1984, p.135)

garantindo paradoxalmente, uma coerência mental, pois ordena as experiências do sujeito num conjunto compreensível, defendendo-o contra uma situação de caos.

Temos, assim, que a doença é algo que irrompe no cotidiano da pessoa, impedindo-a de trabalhar, sendo que o conjunto de sensações será admitido como doença, quando forças alheias à vontade do sujeito o impedirem de desenvolver suas funções do dia-a-dia, embora sua vontade seja contrária. É, neste sentido, que SOUZA (1982, p.29) coloca-nos:

"Isto faz com que a doença seja negada até os limites do possivel e que seu conceito se reduza enquanto o de saúde se amplia, para abranger não só a situação definida como de "bem-estar", como também todo um estado ambiguo que não é estritamente saúde mas que tampouco se considera explicitamente doença..."

Esta percepção determina que a doença seja vista, tendo um surgimento súbito.

"Estava convensando com a vizinha e, de golpe, me bateu essa tontuna..." (DONA DE CASA, 30a.)

"Comi, fiquei vendo televisão, e, quando fui me deitar ainda estava bem, nem sei lhe dizer, quando começou, mas comecei a me sentir mal, a dar essa sensação que o corpo ia crescendo, que não ia caber no quanto..."
(PINTOR, 35a.)

"Quando aquilo atacou foi assim... três me-

ses e meio e faleceu, né?" (COSTUREIRA,30a.)

CAPÍTULO VII

SINTOMAS DA DOENÇA DOS NERVOS

"... eu sofro dos nervos, se eu me incomodo é pior, ai, é pior. Por que dai, né? Dói tudo, as veias, o pescoço, me dói a cabeça, também, ai, me dói os braços, fico esquecida né?" (FAXINEIRA, 55a.)

VII - SINTOMAS DA DOENÇA DOS NERVOS

As alterações atribuídas aos nervos compreendem para a população em estudo uma variedade ampla de sintemas que é extremamente difícil classificar segundo nossas categorias, já que vão desde queixas corporais até distúrbios de conduta, sem que exista, ao que parece, nenhum tipo de agrupamento. O sofrimento dos nervos abrange: dor de cabeça, tontura na cabeça, irritação, cansaço, fraqueza, manchas nas pernas, dor nos dedos, dores generalizadas, tremores, paralisia, esquecimento, choro, falta de paciência com as crianças, "faísca curta", insônia, preocupação excessiva, mal-estar, necessidade de gritar, "buraco" no estômago, inapetência, desânimo, preguiça, moleza no corpo, tristeza, agitação, agressividade (vontade de pular nos outros), vontade de beber, dor no coração, problemas intestinais, desmaios, problemas com a família, veias inchadas, hemorragia, etc.

Durante nosso trabalho, percebemos uma diferença no momento em que a população se referia a sofrer dos nervos ou a estar doente dos nervos, pois a doença, conforme referência em capitulo anterior, só se constitui, quando a pessoa fica incapacitada de exercer as atividades exigidas pelo cotidiano (trabalho fora, limpeza de casa, comida dos filhos, etc.). Especificamente, no que diz respeito à Doença dos Nervos, nessa população, constatamos sua manifestação sob a forma de "ataque ou crise dos nervos" o que marcaria a passagem do sofrimento à dôença. Essa passagem não implica uma diferença qualitativa de sintômas, mas uma variação quantitativa, ou seja, os mesmos

sintomas, acima nomeados são os que se apresentam agora na "crise ou ataque de nervos" com uma intensidade tal que interrompe o cotidiano da pessoa. Diversos depoimentos de nossos entrevistados expõem a situação. Entre eles, destacamos:

"Eu vejo a mãe assim, nê? Sempre as dones de cabeça, tomando tanto remédio e não melhora, não melhora, que eu também me ataco." (DONA DE CASA, 45a.)

"... eu tinha comprado no mês passado, me apavorei agora com os preços. Não dá! Aí, quando pequei o ônibus pra casa me deu uma crise de nervos. Gente! eu sentia tudo arrodiando..." (SERVENTE, 40a.)

"... todas as pessoas têm sistema nervoso, muitas têm problema dos nervos, mas so se atacam quando têm um problema específico, senão estão bem." (PEDREIRO, 30a.)

Desta maneira, o sofrimento dos nervos não estaria enquadrado pela população na categoria de doença, constituindo por sua vez, uma categoria intermediária entre a doença e o estado de bem-estar, tendo como resultado a redução do espaço ocupado pelo estado de morbidez que fica restrito apenas àqueles casos onde se apresenta incapacidade para a realização das tarefas. Assim, a maioria das pessoas entrevistadas sofre dos nervos, entretanto, poucas são as que se consideram doentes dos nervos, evidenciando-se o estado ambíguo descrito por SOUZA (1982).

Ainda, no que concerne à diferença entre sofrimento dos nervos e doença dos nervos, outro aspecto verificado durante a realização do trabalho foi a procura de ajuda médica. Embora os sintomas estejam presentes em muitas situações e em diferentes graus, somente a sua aquisição em uma intensidade extrema é que

motiva o paciente a procurar o médico, pois em outras situações, mesmo que existam esses "sintomas" e que a pessoa perceba certas dificuldades em função deles, tolera-os como parte de seu cotidiano.

No decorrer do trabalho, notamos, ainda, que ao mentar os sintomas referentes aos nervos, em nenhum momento, população evidenciou alguma preocupação em estabelecer diferenças referentes a sintomas físicos ou psíquicos. Para essa população há um único agrupamento em que todos os sintomas constituem alterações provindas de um mesmo distúrbio - "os nervos". Esse conglomerado de sintomas surpreende os técnicos que sentam certa dificuldade de agrupá-los dentro das psiquiátrica-psicológica, porque, devido à sua própria diversibilidade, não se enquadram em nenhuma delas. A mesma pode ser atribuída à população, acreditando que a ela, também, lhe causa estranheza essa indiferenciação. Este erro pode estar apoiado num certo etnocentrismo do qual nos resulta difícil despir-nos. Baseados nele, nem sempre é fácil aceitar que não existe uma maneira unica de agrupar os sintomas. Relutamos em reconhecer que nossa forma de classificá-los, possa ser uma entre outras tantas formas, esquecendo-nos de que uma teoria científica

"existe apenas em nosso raciocínio e não apresenta qualquer outra realidade (seja lá o que isto signifique)" (HAWKING, 1988, p. 28).

Portanto, não acreditamos que essa poliformidade sintomática cause surpresa ao cliente e sim, ao técnico, uma vez que é para ele que essa diversidade de sintomas não pode ser causada pela mesma doença, já que possui uma classificação diferente segundo a qual existiria uma mistura, uma contradição. O cliente, no entanto, não percebe isso como algo contraditório. Os sintomas não

se contradizem entre eles, pois não podemos pensar que a contradição exista nas próprias sensações, senão que ela está na maneira como um código as ordena. É a maneira como nós classificamos os sintomas que faz a contradição tornar-se presente. Percebemos que essa contradição só existe para a pessoa que, em função de uma determinada classificação, já elaborou a separação, ainda que a "individualização" em detrimento do conjunto não seja a única maneira de ordenar. Isto coincide com as observações realizadas por LOYOLA (1984, p.148), em sua pesquisa na Baixada Fluminense, onde ficou claro que

"... para os habitantes de Santa Rita que não dissociam a saúde do corpo da saúde do espirito, a higiene corporal não basta para prevenir todas as doenças. É preciso que ela se faça acompanhar de higiene do espirito..."

manifestando, da mesma forma, que um pensamento mais integrado, uma visão de conjunto torna, sem sentido, a divisão entre sintomas corporais e espitituais. A integração de diferentes sintomas, também, se evidenciou nas falas de nossos entrevistados, como por exemplo, a de uma dona de casa de 35a.

"... no começo ena umas manchas pretas nas pernas, depois foram ficando amarelas. Sentia dores pelo corpo inteiro, tudo pelos nervos, alé a cabeça começou a doer. Não dá vontade de fazer nada, doi o corpo todo. É da preocupação, problema em casa..."

Essa integração entre sensações corporais e "psicológicas" faz-se presente, de igual forma, no sintoma de tontura que tem a capacidade, de exprimir tanto manifestações físicas como mentais.

"Eu... qualquen coisa assim me esquecia, tinha que voltar la para ver o que eu ia fazer me esquecia, uma tontura na cabeça que
ja não entendia mais nada." (BISCATEIRO,
36a.)

"... me deu uma crise de nervos, gente! eu sentia tudo arrodiando, tontura, parecia que o ônibus não andava pra frente, que estava arrodiando, comecei a ficar com as pernas bamba..." (SERVENTE, 40a.)

Para expressar uma confusão mental, é utilizado um termo que, ao mesmo tempo, representa uma falta de controle corporal. No caso, essa integração não só se faz presente como também as sensações físicas parecem se erguer como pilares sobre os quais se organizam as diversas sensações, inclusive, as mentais.

Acreditamos ser importante determo-nos um pouco neste ponto. Como vimos, no capítulo anterior, o trabalho parte do que COSTA (s/d) denominou "Identidade Psicológica" em que a representação do "homem trabalhador" é um de seus alicerces. Poderíamos, assim, dizer que ser trabalhador é condição essencial do ser humano. Dessa forma, ele se auto-representa como trabalhador, porém a idéia que tem de um trabalhador se rencia daquela tida por nós. Ao se referir ao trabalho, a população pesquisada está falando de uma atividade estritamente manual, de uma atividade que implica a utilização do corpo esforço físico. Não poderíamos afirmar que atividades que pressupõem a utilização direta do corpo são ou não consideradas por essa população como "trabalho". Compete-nos, porém, afirmar que a população ao referir-se a "trabalho", a "ser trabalhador" está-se referindo à realização de tarefas físicas. Os empregos mais mencionados pelos entrevistados foram, entre outros,

pedreiro, biscateiro, guarda-noturno, servente, empregada doméstica, funcionário da Embrapa, funcionário da Prefeitura, sendo que os empregados da Embrapa e os funcionários municipais desenvolvem funções na construção ou na limpeza. O corpo é, tanto, a ferramenta fundamental para desempenhar tarefas rias e garantir seu próprio sustento e sobrevivência, tornandose um ponto de referência privilegiado das diferentes sensações. (BOLTANSKI, 1984, COSTA s/d, LOYOLA, 1984, MONTERO, 1985, SOUZA, 1982). Segundo ROPA (1985), neste contexto, com o qual concordamos, não existiria, na população pobre, uma categoria do psíquico. Vemos que diferentes sensações, inclusive, aquelas para os profissionais da saúde mental pertenceriam estritamente à área psíquica, essa população só as pode pensar em referência a manifestações corporais. O exemplo de "tontura na cabeça" ou "é fraco das idéias" expressa muito bem a necessidade pensar diferentes sensações, tendo como parâmetro o corpo. Este papel de destaque que o mesmo possui, faz com que os corporais apresentem-se em número maior e que os sintomas portamentais apareçam integrados às sensações físicas como mos neste depoimento.

"Ela vivia sempre no hospital, qualquer negocinho pra ela, que fosse o minimo ela
ja se incomodava, dava desmaios, ficava com
as mãos fechadas, ia pra o hospital, mas
ela tinha muito problema na familia dela
também." (DOMÉSTICA, 20a.)

Já, neste outro, as alterações de conduta ou de sentimentos estariam ligados ao físico desde o momento em que poderiam ser tratadas com cirurgia.

"Ele sofre dos nervos. Que Deus me perdoe!

Mas ele ja fez cirungia, ja se tratou com

médico, com tudo, né? Ele tem assim - como eu vou lhe explicar um ódio dentro dele, assim. ele olha pras pessoas, mas olha com ódio, pra mim mesmo, aqui em casa ele tem aquele ódio, tudo pra ele não serve, tudo não dá certo, a gente faz pelo melhor, e ele acha que a gente está errada..." (FA-XINEIRA, 50a.)

Tanto nos depoimentos extraídos de trabalhos de autores como ALVES (1982), MONTERO (1985) e SOARES (1980) como nos obtidos por nós, durante a realização deste trabalho, a agressividade é apresentada por muitos entrevistados como um sintoma do sofrimento dos nervos, podendo-se apresentar em graus muito variados dentro de uma escala que vai da simples falta de paciência com os filhos como comprova este depoimento de uma dona de casa, 30a.,

"faz anos que sofro dos nervos. Têm dias que estou bem, mas têm outros que qualquer coisinha ja estouro, grito muito com as crianças, coitadinhas! Elas não têm culpa."

estendendo-se a manifestações mais explícitas como crises de grito

"... lem vánias maneiras de comportar-se o doente dos nervos, tem gente que sofre dos nervos e um dia dá aquela crise de gritar, como eu sou uma, né? Eu, quando estou nervosa, dou uns gritos forte..." (DOMÉSTICA, 40a.)

até chegar a demonstrações extremas como quebrar objetos.

"... eu sei pelo meu tio. Meu tio, diz que

ele quebrou tudo, discutiu com o pai e quebrou tudo, mas vem dos nervos dele, que ele é uma pessoa muito nervosa..." (DOMÉSTICA, 25a.)

Embora em formas diferentes, a agressão, invariavelmente, é percebida como uma crise do sofrimento dos nervos. Ela
assinala um estado no qual a pressão a que está exposto o sistema nervoso ultrapassa os limites do suportável, necessitando
de uma descarga. A crise é, ao mesmo tempo, o fator que demonstra tal estado e, por sua vez, serve de descarga para o mesmo.
Não permite uma cura, mas alivia a tensão evitando seu acúmulo.

"Quando os nervos estão muito carregados, a gente precisa desabafar, uns desabafam cho-rando, eu desabafo gritando." (DONA DE CA-SA, 45a.)

Além de essas descargas serem percebidas como crise, uma característica comum é o fato de este ato resultar sempre compreensivel para a pessoa que o executa como para aquelas que o vam, ainda que não possa ser aceito por nenhum deles. É esta possibilidade de a crise ter um sentido compreensível que diferenciá-la de um ato de loucura. Este acréscimo da agressão no sofrimento dos nervos tem sua explicação nos diversos blemas apresentados pela pessoa o que faz com que seus nervos se tornem mais fracos, deixando-a, deste modo, impossibilitada de resistir a minimas pressões externas. É como se os tivessem uma camada protetora que evita a reação frente a qualquer estímulo o que precisaria de uma certa intensidade. poder atingir os nervos. O enfraquecimento eliminaria, essa proteção e tornaria os nervos mais sensíveis aos estímulos externos.

[&]quot;... agona jā sei, quando pode me atacan os

nervos. A semana passada tive uma crise. Meu piá jogando bola contra a casa, esse barulho foi me irritando, me irritando que fui e di uns tapasnele. Mas fazia dois dias que senti que ia ter um ataque, é que fico com os nervos à flor da pele." (FUNCIONÁRIO CRT, 25a.)

Os nervos, portanto, seriam a causa original desta ampla gama de sintomas. O distúrbio nervoso seria capaz de se refletir tanto num sentimento como o ódio, ou numa conduta como a agressão, ou, ainda, numa afecção física como a hemorragia, ao mesmo tempo em que poderia influir em qualquer órgão do corpo, independente de sua localização, podendo causar manchas ou dores na pele, problemas intestinais, desmaios, dores de cabeça, etc., possibilitando, dessa forma, integrar sobre a mesma problemática, sintomas, aparentemente dispersos. Essa qualidade dos nervos não é algo recente nem específico da população estudada. FOUCAULT (1978), na sua"História da loucura", ao referir-se à Medicina do século XVIII, tecia comentários sobre essa "qualidade" de integração que a ciência médica atribuía aos nervos.

"A fibra nervosa é provida de notáveis propriedades que lhe permitem assegurar a integração dos elementos mais heterogêneos.
Jánão é surpreendente que, encarregados de
transmitir as impressões mais diversas, os
nervos estejam por toda parte, e em todos
os órgãos. (...)

"Esta identidade de natureza, sob funções dif ferentes, assegura a possibilidade de uma comunicação entre os orgãos localmente mais afastados..." (p.289). Existiria, ainda, outra característica dos "nervos" presente tanto na utilização deste conceito emitido pela população estudada quanto pela Medicina do século XVIII. Trata-se de a qualidade de integrar, através dos nervos, o físico com o moral, pois esses dois aspectos distintos, apresentam-se integrados no nervoso, quer para nossos entrevistados, quer para a Medicina de outrora.

Verificamos que o discurso médico e o discurso da população pesquisada sobre a doença se interpenetram em diferentes pontos, sem, no entanto, um reduzir-se ao outro. Existe um trabalho de reinterpretação do discurso médico, por parte dessa população, através da apropriação de certos termos que são descontextualizados. Os termos escolhidos para uma descontextualização são aqueles que teriam maiores condições de exprimir a representação da doença apresentada pela população. Este é o mesmo processo que acontece com "os nervos" que têm, nessa possibilidade de integrar diferentes sensações físicas e morais, um ponto de união entre esses dois discursos: o do médico e o da população.

Reiteramos, no entanto, que a utilização de termos extraídos do discurso médico não significa sua aceitação global, nem tampouco, um confronto direto com o mesmo. A aparente aceitação do discurso é a maneira que a população encontrou para apropriar-se da legitimidade de que goza o discurso médico, para assim, poder legitimar seu próprio discurso sobre a doença. Podemos perceber isso, à medida que o diagnóstico de "doença dos nervos" só é aceito, quando o mesmo adquire sentido. Essa aceitação poderá transformar-se, então, num uso de poder médico resultante de uma maneira muito sutil de oposição. MONTERO (1985, p.10) destaca, muito bem, a situação, quando diz:

[&]quot;... não é no confronto dos discursos que se

da a resistência do dominado, mas a maneina pela qual este é capaz de confundir o
jogo do outro, jogando o jogo do outro,isto é, jogando no espaço instituído pelo outro."

CAPÍTULO VIII

CAUSA DA DOENÇA DOS NERVOS

"Eu acho que o problema que afeta mais é o sistema nervoso mesmo, quem não anda nervoso...sempre pensando como vai fazer para
sobreviver amanhã." (OPERÁRIO,
25 a.)

8.1. INTEGRAÇÃO DE DIFERENTES ESFERAS

Na tentativa de pensarmos qual seria o motivo que uma população de classe baixa aponta como causa da doença dos nervos, deparamo-nos com inúmeros fatores possíveis: problemas pessoais, familiares, econômicos, distúrbios físicos, excesso ou falta de trabalho, etc. que tanto podem constituir uma causa única como podem apresentar-se associados entre eles, sem que, para isso, seja necessário a priorização de um ou mais fatores. Isso é possível, uma vez que cada um destes fatores é capaz, por si mesmo, de afetar o "sistema nervoso" sem, ao mesmo tempo, se contradizerem entre si; pelo contrário, complementam-se, podendo, sim, aumentar sua pressão sobre os nervos.

Os fatores econômicos aparecem com bastante frequência e refletem a situação de instabilidade e de insegurança em relação ao próprio sustento.

"Se melhonasse a vida, baixasse essa inflação... É tudo... nemédio,... tudo é cano. A gente não pode mais compná, né? Quenia que baixasse essa inflação um pouco, o salánio, fica lá embaixo e a inflação chega lá em cima. Como é que a gente vai fazê? A gente tem que fican nervoso com uma coisa dessas. Tem que ficá doente mesmo. O pobre não é nada na vida, né?" (COSTUREIRA, 35a.)

A preocupação e a insegurança relativas ao sustento aparece, muitas vezes, em função da família e, principalmente, dos filhos.

"... os problemas que a gente tem... Pobre tem muito problema: começa a pensá no futuro dos filhos... Se meu marido ficá sem emprego, como vamos fazê, e aquilo vai en-

fraquecendo os nervos." (DONA DE CASA, 40a.)

Essa mesma situação, também, está, em muitos casos, estritamente ligada à própria condição de trabalho a que estas pessoas estão submetidas caracterizada pela ausência de vínculo de emprego, considerando que a maioria das pessoas entrevistadas desempenha tarefas "temporárias" como biscateiro, pedreiro, faxineira, costureira, empregada doméstica, e nenhuma dessas atividades oferece-lhes garantias de permanência, incrementando, deste modo, a situação de insegurança, pois por não existirem reservas financeiras, o sustento do núcleo familiar fica na dependência da continuidade ou não desse trabalho. Vemos, aqui, que a instabilidade no trabalho determina, em certos casos, o surgimento do sofrimento dos nervos, porém não podemos deixar de evidenciar que esta situação é decorrente da própria situação de pobreza desta população.

Uma situação de vida que exige de uma população pobre um trabalho diário, sem garantias, instável, não só desponta como um dos fatores prioritários no surgimento da doença como poderá servir de um entrave na possibilidade de cura.

"O medico da fabrica disse que sofria dos nervos e que devia me afastar do serviço pra me tratar, mas pobre não pode se afastar do serviço." (OPERÁRIO, 25a.)

A doença na família apresenta-se, por sua vez, como um fator desorganizador da vida das pessoas quea compõem, no que tange à economia e ao aspecto familiar, provocando preocupações que agem sobre os nervos, debilitando-os e, gerando, consequentemente, o sofrimento dos nervos.

"Comecei a sofrer dos nervos, a me abalar os nervos pelo seguinte: a minha mãe doente, eu sabendo que não podia dá carinho pra

minha menina, tinha que trabalhá pra sustentá minha mãe. Tudo, então, os nervos começam a se agitar." (DOMÉSTICA, 35a.)

Existe um certo equilíbrio familiar que é desestabilizado pela doença de um membro, tornando evidente que não é apenas a situação trabalhista que lhe é precária, senão que toda sua vida também o é. Sua moradia, seu emprego, sua família possuem uma organização tal que não existe espaço para qualquer imprevisto.

"... nos sofremo muito choque nervoso, familia, doença, né? (...) Tive três filhos
no hospital. Ai, o que tinha feito em anos,
em poucos meses se ia (...)" (APOSENTADO,
55a.)

Não existe reserva, nem monetária, nem de tempo, e nem de condições pessoais para enfrentar um problema a mais dos já existentes. Desse modo, a doença de um membro da família pode ser considerada como fator gerador de sofrimento dos nervos pela preocupação que causa nos outros membros como aparece neste depoimento:

"As cannes tremem, qualquer coisa a gente se incomoda, fui no posto com um neurologista e passou, mas são os problemas em casa, tanto problema com a mãe e o filho doente..." (DONA DE CASA, 45a.)

ou como expressa, de forma negativa, por não conseguir explicar o sofrimento dos nervos frente à falta de preocupações relativas à doença dos filhos, esta outra dona-de-casa (35a.) entrevistada.

"...fuz anos sofri muito dos nervos, me doia a cabeça, as carnes tremiam, andava sempre

cansada. Uma falta de vontade! Nem sei do que me veio aquilo, naquele tempo nem me incomodava, não tinha nenhuma menina doente..."

Por outro lado, a doença em um dos membros da família, também, atua, gerando sofrimento dos nervos pela desorganização que causa na estrutura familiar.

"Eu não tou agüentando mais, é tanta coisα. La na escola, o pessoal não entende que eu tenho que ficar no hospital com a menina, até ja me ameaçaram com que podia perder o contrato. Você sabe, eu entrei faz tempo com o contrato e não tenho estabilidade. La em casa com o guri pequeno também, precisa atenção, tenho que prepanan comida, lavan a noupa, tudo. E eu não posso deixa de trabalha. Pior, agora, é quando a gente mais precisa, porque que se gasta com doença... Ai, eu começo a me atacar dos nervos, é tanta preocupação: filha no hospital, criança e marido em casa, trabalho, é tanto problema que os nervos da gente vão ficando fracos." (SERVEN-TE, 45a.)

A doença de uma pessoa da família gera, desta maneira, uma desestruturação familiar, que, por sua vez, pode, em certas ocasiões, possibilitar o adoecer de um outro de seus membros. Por não existirem reservas materiais, diante de uma situação de doença, o trabalho dos restantes elementos da família torna-se mais do que nunca imprescindível. No entanto, como todos os adultos desenvolvem funções essenciais à manutenção do

funcionamento familiar, este acréscimo de exigências, causado pela doença, conduz, inevitavelmente, a uma desorganização do grupo, que, por sua vez, pode gerar uma perturbação pessoal, sentida como sofrimento dos nervos.

Considerações como essas permitem-nos estabelecer uma estreita relação existente entre os aspectos relativos à de trabalho; a aspectos econômicos, familiares e individuais que parecem entremesclarem-se sendo uns conseqüências dos outros e vice-versa como se a alteração de um deles fosse gerar uma teração similar nos outros. Um problema na área de trabalho, como o desemprego, por exemplo, pode levar a pessoa atingida doença conforme abordamos anteriormente e, alem de ser um fator que vai aumentar as dificuldades financeiras, também, pode provocar uma desestruturação do grupo familiar. No discurso dos entrevistados, esses fatores se misturam a tal ponto que se na difícil, na prática, diferenciar uns dos outros, mesmo que iniciem a conversa fazendo referências a uma problemática, no transcurso da mesma, os outros motivos vão-se integrando. Esta integração dos diferentes aspectos, constatada em nosso lho, e percebida, da mesma forma, na dificuldade encontrada por ALVES (1982, p.68) em poder diferenciar categorias como"da beça" e "da vida".

"As categorias vão-se tornando cada vez mais dificeis de precisar, ou melhor, cada vez o discurso dos entrevistados vai-se tornando mais resistente a um enquadramento no código que utilizo e que, como foi dito, tem sua raiz na linguagem médica. As divisões que se seguem "da cabeça" e "da vida" - mesclam-se a todo momento, como se individuo e grupo estivessem amalgamados ou, ao menos, sua modelagem não estivesse

de todo concluida - figura e matéria prima ainda não teriam encontrado o ponto de cisão."

Percebemos, portanto, que existe, nessa população, uma preocupação em estabelecer diferenças para as diversas causas, senão pelo contrário, que elas se apresentam como complementares, e mais, influenciando umas nas outras, convertendo-se, desta maneira, em causa e efeito do mesmo fenômeno.

8.2. O ENFRAQUECIMENTO

Afirmamos, anteriormente, ser a doença percebida como algo que impede a realização das tarefas cotidianas que se racterizam por exigirem do indivíduo um determinado esforço físico. Portanto, a doença é sentida como a incapacidade de realizar esse esforço, estabelecendo-se uma equação: saúde=força X doença=fraqueza. Aqui, a fraqueza aparece como um sintoma permitirá detectar o estado de doença, embora não seja como sintoma que ela se manifeste, podendo, inclusive, ser das condições necessárias para o surgimento da patologia. Um corpo fraco é um corpo que fica indefenso frente ao ataque de qualquer enfermidade, sendo, desta forma, a fraqueza parte da figuração de um campo propício para o desenvolvimento do patológico. Assim, a fraqueza, pode ser causa e conseqüência ao mesmo tempo.

"... tudo isso é muita coisa pra gente. Os nervos da gente vão enfraquecendo, vão enfraquecendo, vão enfraquecendo, até que qualquer coisinha a gente termina se'atacando'." (FUNCIONÁRIO, 40a.)

Os nervos fracos podem gerar, posteriormente, um ataque de nervos,

que, consequentemente, gerará outros sintomas, entre os quais, a fraqueza - uma fraqueza corporal ou anímica.

"... quando me ataco, fico numa fraqueza, as pernas moles, uma tremedeira, não tenho vontade de nada." (SERVENTE, 35 a.)

A ideia de fraqueza como componente da doença muito ligada à auto-representação dessas pessoas. Ora, o trabalho e a força definem o estado de saúde; assim, por oposição, a fraqueza e o desemprego estão associados à doença. Por isso "força do trabalho" deve ser preservada através da alimentação e do sono - dois processos principais na recuperação das energias gastas durante o dia. Comer e dormir bem garantirão à pessoa, no dia seguinte, "forças" suficientes para desenvolver suas tarefas. Por razão como essa, a insônia e a falta de tornam-se para a população pobre sintomas de grande preocupação, pois, ao mesmo tempo, em que são indices de algum problema muito grave, criam uma debilidade pela não reposição das através da alimentação e do repouso, tornando mínimas as possibilidades de cura para a pessoa doente, pois o corpo débil conseguira vencer a doença e, no caso de não estar doente, fraqueza encarregar-se-á de torná-lo a qualquer momento, uma vez que o corpo está, como dissemos antes, indefenso frente a ataques.

A falta de comida, que é um dos fatores assimilados como causa de enfraquecimento dos nervos, é queixa referida nos depoimentos, de forma geral, abrangendo adultos e crianças, cujos efeitos mais nocivos parecem ser considerados para as crianças que vão se criando fracas, tornando-se propensas a que seus nervos sejam facilmente abalados, não podendo suportar muita pressão. Isto significa que a má alimentação recebida durante a infância trará conseqüências desfavoráveis à formação da pessoa,

determinando que, posteriormente, na idade adulta seja uma pessoa fraca.

"O problema, aqui, e pobreza mesmo, nutrição. Essas coisas, mesmo. As crianças não podem se alimentar direito, vão crescendo fracas, mesmo. Depois não têm jeito." (APOSENTADO, 65a.)

A alimentação, como geradora de fraqueza dos nervos, pode agir ou porque a quantidade é insuficiente, ou principalmente, em relação à qualidade dos alimentos, pois faltariam aquelas geradoras de força ou vitaminas para o desenvolvimento pleno do corpo.

"Meu filho sofre dos nervos faz anos. Acho eu que foi algum problema de infância, talvez falta de certas comidas como carne e fruta." (FAXINEIRA, 55a.)

Esse fator de enfraquecimento é sentido como uma situação de pobreza extrema e humilhante. Comer bem, portanto, é sinal de orgulho e de fartura. Nesse sentido, nenhum dos entrevistados se referiu a uma situação de fome como algo que estivesse acontecendo com eles naquele momento - ou era uma referência ao passado, problema, portanto, superado ou uma ameaça futura, ou, ainda, algo que acontecia com outras pessoas, "lá no banhado". A fraqueza pode ser gerada pela falta de elementos para que o organismo desenvolva toda sua "força", mas pode, também, surgir em função de um desgaste que o tempo provoca. A velhice, portanto, é dada como uma causa "natural" de enfraquecimento. Conseqüentemente, os velhos são pessoas mais propensas a contrairem doenças, dentre elas, o sofrimento dos nervos.

"Ela tem uma fraqueza no corpo, ela tem vontade de estar so deitada e aquela tontu-

na (...) panece que está annodeando, faz dois ano que ela está assim. Talvez seja a idade que ela está assim, já tem 60 anos." (EMPREGADO DE FAZENDA, 20a.)

Essa maior propensão para a aquisição de doença fica bem expressa no seguinte depoimento:

"Na vila, é dificil encontrar pessoas sãs, principalmente, essas pessoas de mais idade, as pessoas antigas, né?" (DONO DE BAR, 40a.)

Os nervos vão enfraquecendo com a idade, ainda que não exista nenhum fator externo que determine essa debilidade, por isso

"principalmente são os velhos que sofrem dos nervos." (LAVADOR DE CARRO, 30a.)

Os nervos podem enfraquecer-se pela falta de substâncias fortalecedoras (comida, sono, doença, etc.), por um processo natural (velhice), ou pela presença de fatores debilitadores que implicam um desgaste dos nervos, levando-os à fraqueza. Os diferentes tipos de problemas situam-se nesta categoria, pois exigem uma utilização excessiva do sistema nervoso, que,de acordo com a representação do corpo tida pela população pesquisada gera um desgaste, provocando o enfraquecimento dos nervos. Dependendo da intensidade destes problemas, eles podem agir sozinhos, ou complementam-se, em certas ocasiões, com qualquer um dos fatores anteriormente citados, propiciando o surgimento da fraqueza.

"Tudo é problema de fraqueza no sistema nervoso, a pessoa tem problema, fica pensando só nisso, se alimenta mal, nem come direito, ai vai enfraquecendo que começa a

sofrer dos nervos." (APOSENTADA, 60a.)

Os principais problemas de enfraquecimento referem-se à própria situação de vida, à pobreza e à impotência diante dessa situação.

"Acho eu que a gente sofre dos nervos de se incomodá, é pobrema que não acaba mais; é dinheiro; é filho doente; é tudo o que é coisa, então, fica os nervo esgotado."(PE-DREIRO, 45a.)

É importante assinalar que uma pessoa "fraca" tanto pode significar pessoa fisicamente débil

"Ficou tão fraca coitadinha, que dava pena de ver, nem fazer a comida conseguia..."

(EMPREGADA DA PREFEITURA, 30a.)

como pessoa que não tem força moral. Neste sentido, "pessoa fraca" é utilizada para designar aquelas pessoas que não podem deixar de beber ou aquelas que seriam consideradas sem valores morais, "sem caráter". Este livre trânsito que teria a "fraqueza", permitindo-lhe designar tanto manifestações físicas como manifestações morais, fica condensado na "fraqueza dos nervos" que é, ao mesmo tempo, uma fraqueza físico-moral (DUARTE,1986). Os nervos parecem pertencer a uma zona intermediária entre o físico e o moral, um ponto de união entre esses fatores que se apresentariam para a população estudada numa complementariedade nem sempre de fácil diferenciação para os técnicos em saúde mental.

A idéia de"não esquentar a cabeça" está estreitamente relacionada com o desgaste dos nervos e seu consequente enfraquecimento. Autores como ALVES (1982), DUARTE (1986), LOYOLA (1984), MONTERO (1985), já analisaram a relação entre cabeça

quente e doença dos nervos, mostrando a vinculação entre essa idéia e a da Medicina do século XVIII onde se considerava que a mobilidade excessiva da fibra nervosa provocaria estados de irritação característicos das doenças nervosas. Esta visão médica viria ao encontro de uma filosofia de vida em que se deve tentar contornaros inconvenientes, uma vez que esses, dificilmente, serão superados,

"... mas que se vai fazer, a gente deve seguir remando, não dá рала рагал."(DONA DE CASA, 35a.)

"a gente tem que agüentar, né? Que vai fazer? (OPERÁRIO, 35a.)

mostrando uma forma de pensar segundo a qual a deve evitar preocupar-se pelo que considera inevitável ou proprio de sua condição de vida, já que fato assim e ficar "pensando sempre a mesma geraria um esforço no sistema nervoso. Um esforço excessivo dessa natureza é percebido, principalmente, como "cabeça quente" - sintoma e causa de um mau funcionamento nervos. Portanto, a visão médica transmitida à população de "não se preocupe que vai passar" pode ser incorporada discurso dessa população por integrar-se a seus valores culturais já existentes.

Qualquer coisa que se faça demais é prejudicial para a pessoa, independente de se determinar qual seja a coisa. Mesmo algo benéfico que se utiliza "demais" dará como resultado um enfraquecimento. Até a utilização do remédio de maneira desmedida pode trazer complicações, inclusive, os remédios caseiros. Uma

velhinha relatou-nos que ela usava um chá para os nervos.

"... alguns chamam de chá de pontarina, outros dizem que éalcânfora. Uns dizem de um
jeilo. uns dizem de outro, mas eu. eu tenho ai. Boto uns gainhos sempre, não boto
muito. A gente não toma muito porque, senão,
remédio demais enfraquece a gente. Boto
pouquinho, e não todo dia, também." (PENSIONISTA, 60a.)

É interessante notar que essa norma da moderação se aplica, inclusive, àquelas atividades consideradas de extrema importância para a pessoa, tal qual no exemplo anterior da medicação em que seus efeitos benéficos ou prejudiciais vão depender não só da qualidade de ação, senão também, da sua dosagem. Vemos, portanto, que uma ação pode ser boa, porém se não é devidamente dosada, terá efeitos prejudiciais. Uma mulher que trabalhava de garçonete num bar da cidade e que era muito religiosa, assim, se expressou:

"Uma pessoa que le muito a Biblia, fica louca, a gente não pode len, assim, de manhã
até a noite; se lê, continuamente, sem panan até a noite fica louca. Não pode forçan demais." (35a.)

Ainda que afirmamos, de uma maneira geral, que toda atividade realizada de forma excessiva provoca enfraquecimento, existe uma diferença entre o excesso de preocupação, quer sejam as econômicas, as familiares ou as sociais, que afetaria, inicialmente, os nervos, e, somente como complicação posterior, poderia levar à loucura em caso de não ser tratada.

"...muito pobrema, ne? A gente fica doente

dos nervos, as preocupações, né?"(DONO DE BAR, 45a.)

Por outro lado, o excesso de atividades consideradas próprias de um exercício mental e ligadas à classe dominante como a leitura e o estudo gerariam um enfraquecimento da mente, provocando a loucura.

"... por isso que eu acho que é louco, a gente acha que por que ele estudou muito, ele passava, bem dizer, se a gente deixasse, ele passava as 24 horas em cima de livros, lendo. Isso enfraquece, né? - que é o que acontece com o rapaz, mente fraca."

(DONA DE BAR, 35a.)

A loucura, então, parece ser mais factível de acontecer àquelas pessoas que desenvolvem normalmente essas atividades, pois o estudo a que todos os entrevistados fizeram referência era o de terceiro grau, e, na vila, aqueles que chegam até a Universidade constituem uma exceção.

Neste mesmo contexto, aparecem idéias de acúmulo e de obstrução.

Em relação ao acúmulo, existe a representação de que cada pessoa incumbida de um número determinado de problemas, tem condições de resolvê-los. Se, por alguma circunstância lhe ocorre a impossibilidade de solucionar esses conflitos, ou os mesmos se somam a novas situações problemáticas, criam um acúmulo que gera um desequilíbrio, e, por sua vez, provoca o enfraquecimento dos nervos. Esse enfraquecimento, pode ocorrer pelo aumento da tensão, ou por que a pessoa vê-se comprometida a assumir dois papéis familiares concomitantemente como filha e mulher, ou pai e mãe, tão bem expressos pelos entrevistados.

"Eu vejo a mãe, assim, né? Também me ataco;

fico nuim. Ela não melhona, e não melhona... Meu manido também precisa de mim, e
eu tenho que atenden aos dois, daí aquilo
vai acumulando até que os nervos não agüentam mais." (DONA DE CASA, 35a.)

"Nunca tive manido, sempre fui sozinha, e sozinha não é fácil, é pobrema de dois com um so. Não é fácil. Tem dias que parece que vai explodir a cabeça." (COSTUREIRA, 35a.)

O aumento da pressão sobre o sistema nervoso pode originar um enfraquecimento do mesmo. Vimos que essa pressão pode ser provocada pelo acúmulo de problemas, no entanto, a mesma pode surgir em função de uma obstrução do fluxo normal das tensões. Caso elas não possam circular, vão, também, gerar um acúmulo de problemas, com o consequente aumento da pressão sobre os nervos. Por isso as preocupações devem ser extravasadas através do"desabafo":

"... às vezes, quando vou visitar meus filhos ou quando eles vêm, desabafo bastante com eles. Ai fico melhor." (FAXINEIRA, 45a.)

"Isso fica na minha cabeça, essas coisas do passado, e eu não consigo tinan não gosto de convensan, fico calada, (...) isso vai atacando os nervos." (SERVENTE, 25a.)

Existe na população estudada um fluxo "normal" das tensões geradas por problemas externos à pessoa. Quando essas problemáticas não são resolvidas, a pressão aumenta, tornando-se necessário "colocar para fora" ou através da conversa com outras pessoas como no depoimento acima transcrito ou por meio de uma ação

que permita descarregar esta tensão:

"... eu solno dos nenvos, me ataco pon qualquer coisa, e que,ai, pana passan tenho que chonan, chono o dia todo e, ai, passa."

(DONA DE CASA, 30a.)

A pressão alta tal qual a pressão gerada pelos problemas pode causar o enfraquecimento dos nervos. Essa vinculação de pressão e sofrimento dos nervos faz com que, em determinadas ocasiões, se equipare este último com a pressão alta.

"... os meus pais não ouvi falar que sofressem de pressão, eles nunca se queixaram de
ter sofrido dos nervos. Mas eu e minha senhora faz anos que sofremo." (PEDREIRO,
45a.)

Esse aumento de pressão é causado, principalmente, por um fator que impede o fluxo normal do sangue e origina um acúmulo do mesmo na cabeça da pessoa, sendo que é a obstrução das veias a responsável pelo impedimento da passagem do fluxo sangüíneo, ocasionando tais falhas,

"Deu uma crise nervosa, dai ele foi consultar e o médico quis operar e operou uma veia para destrancar um vasinho." (DOMÉS-TICA, 25a.)

assim como o engrossamento do próprio sangue, situação característica, nas mulheres, durante a menstruação, o que torna coerente a colocação feita por muitas delas ao afirmarem que o sofrimento dos nervos se intensifica nesta fase:

> "Esses dias ai, "os dias do mês" vamos dizê, a minha circulação, eu fico nervosa que ninguém pode me incomodar, pois eu não me

controlo dos nervos pelo sangue grosso e a má circulação. Então, ai eu sofro e o estado nervoso propensa." (GARÇONETE, 35a.)

8.3. A MIGRAÇÃO

A migração da roça para a cidade é dada em vários depoimentos como um fator que pode influenciar na pessoa, provocando sofrimento dos nervos. É comum a frase:

> "Quando eu monava na colônia, não tinha esses problemas." (DOMÉSTICA, 25a.)

A"saudade da roça" apontada no trabalho de ALVES (1982) assinala a existência, por parte de seus entrevistados, de uma visão de que a vida do campo seria mais saudável. Os inconvenientes da vida urbana são causados, principalmente, pelo barulho, pelo clima, ou pelos perigos que a cidade encerra como a bebida, os tóxicos e a violência, responsáveis diretos pela falta de tranqüilidade de seus moradores. No entanto, é interessante ressaltar que nem todos esses motivos são apresentados, genericamente, pela população estudada. Desses, a bebida é o motivo comum apontado como causa do sofrimento dos nervos, sem: estar, contudo, associado ao problema de migração. A violência, presente em algumas falas, não constitui motivo de inquietação, por não fazer parte do cotidiano. Restringe-se aos locais em que se realizam bailes noturnos e, onde, frequentemente, surgem brigas. A população refere-se a esses locais como lugares onde"entra quem quer e sai quem pode". Os assaltos são ocorrências esporádicas, tendo sido duzido o número de pessoas entrevistadas que se queixaram de haver sofrido assalto à mão armada.

Para pessoas como nós, que vivemos muitos anos em cidades capitais cujas residências são contíguas e aglomeradas, a vila parece-nos que goza de amplo espaço, dispondo quase sempre de uma área não ocupada pela construção, mesmo as mais pobres, que, na realidade são a maioria. Esta, porém, não é a
perspectiva da população, aí, residente que cita a falta de espaço como um fator gerador de problemas conforme evidenciamos
no relato:

"Comecei com problema de nervos quando viemos de fora e fomos morar numa casa que tinha pouco terreno, eu sentia que não podia
plantar nada, não tinha espaço, saía da janela e já dava na rua ou na casa do outro." (DONA DE CASA, 25a.)

Este aspecto da falta de espaço apresenta-se complementado pela perda dos vinculos familiares, que é outro fator colocado um problema difícil de ser superado por pessoas que migram roça para a cidade. O grupo familiar, constituído pelo casal pelos filhos, é o que realiza a migração. Dessa forma, tanto o chefe da família como sua esposa se distanciam de seus irmãos, que, na maioria das vezes, são bastante numerosos, assim de seus próprios pais. A saudade de "minha gente" é uma reiterada e apontada como motivo da doença dos nervos. Percebemos, nos contatos mantidos, uma sensação de tristeza e de impotência frente ao afastamento dos familiares - fato, tas vezes, suprido com a presença da vizinhança. Os comentários, a seguir, dos entrevistados deixam claro esse sentimento de perda ocasionado pela vinda à cidade.

"Nem sei do que veio aquilo, naquele tempo nem me incomodava, não tinha nenhuma menina doente. Acho que eu tinha muita saudade era da minha gente, né? Estava acostumada a sempre morar junto, pertinho, né? E depois

me retirei, passou um ano não fui visitar, passou dois não fui visitar, nem eles vieram, fiquei cinco anos sem ver ninguém e parece que aquilo foi me atacando os nervos, né? Eu chorava, sentia saudades, a falta deles." (DONA DE CASA,35a.)

"...meu inmão ficou três dias lá em casa, e foi embora e acho que já faz perto de dez anos que não vi mais. E tinha uma irmã que tinha oito anos, quando minha mãe morreu, e eu nunca mais vi ela, acho que faz uns trinta anos que minha mãe é morta e eu nunca mais vi ela." (DONA DE CASA, 55a.)

Esse último depoimento foi comovente muito mais pelo tom de voz com que foi emitido do que pelo teor do mesmo, pois existia uma tristeza na voz desta pessoa ao referir-se ao tempo em que não via seus irmãos, permitindo-nos avaliar a tristeza e a impotência à que se via reduzida essa pessoa, diante de uma distância física e de uma falta de recursos que lhe impede até de reconhecer familiares tão próximos quanto um irmão.

"Quando ele veio me visitar aquela vez, no começo, não o reconheci, e ele não dizia nada só quando falou e sorriu é que vi que era ele." (DONA DE CASA, 55a.)

Constatamos, ainda, que a falta da família só é referida nos depoimentos femininos. São as mulheres que parecem sofrer mais com esta separação, originando, em alguns casos, desavenças entre os cônjugues, pois, geralmente, foi do homem a iniciativa de continuar morando na cidade.

[&]quot;Tive esse esgotamento nervoso porque tinha

Nonvai com meus pais, mas meu marido não queria. Fiquei com isso na cabeça dois dias. Ai fui enfraquecendo até dar a crise." (DONA DE CASA, 30a.)

Tal atitude não significa, porém, que, entre os homens não se encontre uma preferência pela vida do campo, embora a cidade seja escolhida, principalmente, em função das possibilidades de trabalho que são vistas como maiores que as do campo, assim como o sacrifício que impõe o trabalho rural é superior ao trabalho desenvolvido na cidade.

"Eu gostava mais da noça, mas depois que chega centa idade não da mais: a gente pe-ga chuva, pega sol, é um trabalho muito du-no. Dai nos viemos..." (VIGIA, 50a.)

Este fato relaciona-se à mudança de vida da mulher que migra da roça para a cidade e que não possui nenhum familiar domiciliado na mesma. Sua nova vida restringir-se-á ao serviço de casa, não existindo, praticamente, lugar algum de distração a que as mulheres da vila tenham acesso, nem tampouco, oportunidade de desenvolver atividades que favoreçam a criação de novas relações. Algumas, encontram, na vizinhança, vínculos novos, porém isto, também, é censurado, pois é visto como algo de mulher preguiçosa e fofoqueira, "lugar de muié é dentro de casa". Em diversos depoimentos, surge essa solidão e isolamento.

"De manhã, eu já faço todo o serviço, limpo a casa, lavo roupa deixo comida preparada, depois, à tarde, eu fico livre. Aí, se tem roupa pra arrumar, eu arrumo, senão, vou dormir, porque eu não ando em casa de vizinho, nem de ninguém, para não me incomodar, nem

incomodar ninguém. A gente vai na casa do vizinho, já fala de outra pessoa e eu não gosto disso. A gente solta uma coisinha, uma palavra meia errada, já sai probrema, então, a gente não quer probrema, é meior fica em casa, senão o pessoal começa a pensar, que a gente é fofoqueira, que vai na casa dos outros fazer fofoca. Ai, é melhor ficar sozinha." (DONA DE CASA, 35a.)

Com os homens, a situação é diferente. Além do trabalho que lhes permite estabelecer novos relacionamentos, os bares existentes na vila, tornam-se ponto de reunião depois do trabalho, seja para tomar alguma bebida, seja para jogar cartas, bilhar, ou, simplesmente para conversar. Existindo também o futebol dos domingos. Vemos, assim, que as possibilidades de integração no sexo masculino são maiores que no feminino, além de terem essa integração mais incentivada, já que "lugar de homem é na rua". O homem, dentro de casa, é visto ou como um indício de que algo errado está acontecendo com ele ou como uma possivel causa de um futuro estado nervoso. "Homem dentro de casa o dia todo não dá certo". O relacionamento dos homens com sua familia torna-se, desde criança, de menor intensidade que o da mulher, pois com pouca idade, as pessoas do sexo masculino começam a trabalhar fora de casa, na lavoura ou com o gado, enquanto as lheres ficam mais ligadas à mãe, ajudando-a nas tarefas domésticas, cuidando dos pequenos animais perto de casa o que propicia um estreitamento dos vínculos entre mãe e filha e, na maioria das vezes, a filha maior ocupa-se dos cuidados dos irmãos cumprindo algumas das tarefas "maternas.

As únicas atividades existentes na vila para as mulheres seriam àquelas ligadas à Igraja Católica como o "Forno Comunitário" ou o"Clube de Mães" das quais é uma minoria que participa. Portanto, na maioria das vezes, as mulheres ficam confinadas à sua própria casa, sentindo a perda do relacionamento familiar, uma vez que a possibilidade de substituí-lo por outros novos, é um tanto remota.

8.4. O ÁLCOOL

A presença do álcool, no discurso da população em estudo, é uma constante tal qual, na paisagem diária da vila, são os "botecos". Há um em cada esquina. Não se atribui aos mesmosa existência do alcoolismo; esses são vistos como a prova de excesso de bebida e não como a origem dela. Os próprios donos de bares reconhecem o número elevado dessas casas comerciais, bem como a grande quantidade de venda de cachaça a qual é adquirida pelos comerciantes em garrafões de cinco litros e vendida aos"fregueses" em doses menores (um copo de café). Mesmo assim, o excessivo número de bares não é visto como um incentivo à bebida, senão como uma resposta à demanda da população que, muitas vezes, excede à oferta. Isto fica registrado no seguinte relato:

"Quanenta gannafões de cachaça não dunaquinze dias e tem mais três banes pon aqui pento, neste quanteirão. O que tem de banaqui! E não chega!"(DONO DE BAR, 45a.)

O gosto pela bebida é dado como uma característica do pessoal da vila, sendo o excesso da mesma sempre atribuído aos outros já que os informantes bebem moderadamente "uma cachacinha de vezem quando", o que é considerado saudável.

"Ûm pouco faz bem, só quando o cara abusa é que é ruim." (POLICIAL, 35a.)

Somente uma pessoa referiu-se a ela mesma como alguém que bebesse em excesso.

"Quando eu tinha dinheiro, tomava duas garrafas por dia. Tranqüilo: duas garrafas." (BISCATEI-ro, 30a.)

Convém salientar que essa pessoa, todas as tardes estava em um bar, sendo conhecido pelos moradores como "H... o bêbado". A não ser por esse depoimento, os demais entrevistados referiam-se ao alcoolismo como um problema acontecido com o "pessoal da vila", sem, no entanto, incluírem-se, pessoalmente, nele

"... o pessoal daqui são chegado numa bebida, só nesta vila aqui, dos trilhos para
baixo, aqui se contar dessa rua aqui, desta
esquina até lá tem mais de dez botecos(...).
Dá um por cada quadra. E se tem boteco, é
porque o pessoal vai, né?" (FUNCIONÁRIO DA
CRT, 25a.),

e sem nunca, considerarem que o mesmo pudesse ser um problema que os afetasse direta ou indiretamente.

O álcool, em si, não é algo ruim, e origina problemas, somente quando a pessoa não consegue controlar seu consumo e, a partir desse momento, perde o controle sobre ela mesma.

"... essa gente são meio dominado pelo ālcool, ne? Ficam tipo doente, eu acho que
bebida, cachaça demais quem gosta muito, ele
ja e um doente, ne? Ele ja não pode mais
deixar, chega ai ja tremendo assim! O cara
perde todo o controle!" (DONA DE BAR, 35a.)

Em pequenas quantidades, a cachaça revigora e fortalece o organismo. Em BOLTANSKI (1984) e em DUARTE (1986), a relação entre

álcool e força já fora assinalada, e a mesma se fez presente na população estudada em relação à cachaça em um duplo sentido.Por um lado, como dissemos, a bebida fortalece o organismo como se a cachaça tivesse uma energia que é transmitida para a pessoa que a consome.

"Depois do serviço, passo no bar e tomo sempre uma cachacinha pra repor as forças."

(BISCATEIRO, 35a.)

Por outro, ao mesmo tempo em que fortalece a pessoa que a consome, o próprio ato de ingerir álcool e, principalmente, a cachaça, é tido como uma demonstração de força e coragem como se, neste ato, viesse a estabelecer uma luta entre o homem e a bebida. A cachaça, tida como uma bebida forte, pode, quantidade, levar a pessoa ao descontrole, e é em função deste controle que a luta vai ser estabelecida. Se o homem não manifestar os efeitos do álcool, vai mostrar que sua força é que a da bebida. Essa luta, também, é um exercício que o fortalece, possibilitando incorporar a energia da cachaça. Portanto, à medida que a cachaça repõe forças, reafirma a força da pessoa que a consome. Uma pessoa fraca não vai conseguir manter o domínio sobre a bebida, e existirá, nesse caso, uma perda de controle em que a pessoa passa a ser "dominada pelo álcool", rando um excesso de bebida.

"... porque a cachaça não é como essa bebida cara que a gente nem sente que está bebendo. A cachaça você toma e sente ela descendo goela abaixo, não é pra qualquer um
não (...) sou um cara agüentador, pra me
vollear se precisa muita pinga." (VIGIA,
25a.)

marido como gerador de problemas, principalmente, em relação ao sofrimento dos nervos, uma vez que o alcoolismo é visto como fonte causadora de problemas que debilita os nervos.

"... estava ficando doente dos nervos, tudo isso por causa dos problemas. Meu marido bebe muito, todo dia. Ai, chega, à noite, grita, briga com todo mundo, diz nome feio, não deixa ninguém dormir." (DOMÉSTICA, 40a.)

As agressões verbais e/ou físicas apontadas pelas mulheres como as consequências mais prejudiciais da bebida do marido, levando-as em certos casos, a temerem pela própria vida

"As vezes, passa um mes sem beber, mas tem tempo que ele tira e bebe todo dia. A gente te tem que sair, tem que passar fora, porque... promete matar..." (DONA DE CASA,30a.)

Da mesma forma, o alcoolismo do chefe da família é dado como causa de futuros problemas dos filhos os quais

> "vão-se criando revoltados de ver tanta briga dentro de casa" (DONA DE CASA,30a.),

podendo afetar, inclusive, aos filhos de maior idade:

"... podenia melhonan se o pai deixasse de beben, pois foi pon isso que comecei a so-fren dos nenvos. Ele briga muito, bota a mãe pra fora de casa, dá muita preocupação" (DOMÉSTICA, 20a.)

Se, no entanto, o alcoolismo é um motivo indireto de sofrimento dos nervos entre as mulheres, a mesma visão não se encontra entre a população masculina. De acordo com nossa afirmação anterior, a falta de controle na bebida é tida como ruim

e, em certos casos, como motivo de doença, embora não se apresentem associações entre o álcool e o sofrimento dos nervos. A doença que poderia desencadear o abuso da bebida alcoólica seria a loucura, pois o álcool não afetaria os nervos, e sim, a mente da pessoa.

"... a bebedeira em algumas pessoas da uma dor de cabeça muito forte, isso prejudica a mente e pode dar um estado de loucura."

(PEDREIRO, 45a.)

O álcool, mesmo administrado em pouca quantidade, também, pode terefeito maléfico para aquelas pessoas que já sofrem de uma "fraqueza mental" que seria acentuada pela bebida.

"Uma pessoa assim, fraco mental, não podenia nem toman trago, mas parece que gosta mesmo. Ah! Ai, fica mais paradinho ainda." (BISCATEIRO, 50a.)

Verificamos, assim, uma diferente percepção do consumo de álcool entre os homens e as mulheres entrevistados. Para os primeiros, esse consumo feito em pequenas quantidades além de não lhes causar nenhum distúrbio, lhes traria um benefício, sendo que conseqüências prejudiciais só se apresentariam em casos extremos, dentro dos quais, nenhum deles se enquadra. Já, as mulheres fazem uma relação direta entre o álcool e o aumento da agressão, bem como os conseqüentes problemas familiares que, daí, advêm.

"Eu vejo gente nervosa por ai,quando tá bêbada. Toma cachaça e fica nervosa, né? Quer briga, quer matar..." (GARÇONETE, 35a.)

CAPÍTULO IX

A LOUCURA: UMA OUTRA CATEGORIA

"... a pessoa louca ela faz tanta coisa, né? Mas ela não sabe
o que está fazendo." (FAXINEIRA, 25a.)

9.1. DOENÇA DOS NERVOS E LOUCURA

ALVES (1982, p.51), em seu trabalho de pesquisa, assinalou a diferenciação entre doença dos nervos e loucura presente nos depoimentos de seus entrevistados. Transcrevemos, aqui, um deles que evidencia, nitidamente, essa diferenciação.

"...nervo é nervo (o individuo) pode ficar diferente por causa do nervo, mas não é ma-luco... perturbação nos nervos não é na cabeça."

Baseando-se, neste fato, a autora coloca que o objetivo de pesquisa é entender o significado da doença mental na população estudada, concentrando-se, portanto, na compreensão do que presenta a loucura para essas pessoas. Esta escolha implica desconsiderar a "doença dos nervos" por não se enquadrar que entendemos por "doença mental". Acreditamos, no entanto, que ignorar a compreensão da "doença dos nervos", seja desconsiderar aquilo que esta população tem de característico. Foi justamente o fato se ser a categoria - Doença dos Nervos - propriada população estudada, o que nos motivou a centralizarmos nosso estudo nela, e é a impossibilidade de ser enquadrada no de classificação médico-psicológico que nos permite o acesso a uma maior compreensão dessa população. A diferenciação trada por ALVES entre seus entrevistados, também, é uma tante em nosso trabalho de campo, uma vez que, em nenhum momento, a doença dos nervos é confundida com a loucura.

"Eu acho que existe uma diferença entre uma pessoa doente dos nervos e uma pessoa lou-ca. Lora de si." (PEDREIRO, 40a.)

Essa dissensão tanto é feita em relação acs sintomas

apresentados pelas doenças como em função das causas que as gerariam. Enunciamos, a seguir, alguns aspectos que permitem estabelecer diferenças entre doença dos nervos e loucura.

9.1.1. PRESENÇA DE SINTOMAS FÍSICOS

A doença dos nervos vem sempre accmpanhada de sintomas físicos, enquanto a loucura é mais detectada em função do comportamento da pessoa, podendo ou não, apresentar-se, juntamente, a esse comportamento certas modificações corporais, cuja presença não pode ser considerada como consequência deste distúrbio. Um entrevistado, ao falar de duas pessoas das quais uma era considerada "louca", enquanto a outra era diagnosticada como doente dos nervos diz:

"Ela não fazia loucura, que nem ele fazia. Ele fazia desondem e loucura mesmo, nê? E ela não, ela ficava doente dos nervos, nê? Ela ficava doente mesmo, doente! Assim, sem ânimo, sem força. Assim, ficava doente!Assim, pâlida, olheiras fundas, e, de repente, dava desmaios." (BISCATEIRO, 35a.)

9.1.2. PERMANÊNCIA DOS SINTOMAS

A doença dos nervos manifestava-se sob a forma de ataques. A pessoa que sofre dos nervos apresenta condutas consideradas patologias, basicamente, no momento em que se ataca dos nervos e, logo após, as mesmas desaparecem. Já, na loucura, essas condutas, têm um caráter mais permanente. Neste sentido, é que, às vezes, se pode utilizar expressões "um estado de nervos" ou "estado nervoso" como sinônimos de loucura, por implicarem

"ataque dos nervos" permanente. A denominação de "estado nervoso" é utilizada, principalmente, nos momentos iniciais da loucura. Em continuação à idéia de permanência dos comportamentos atribuídos à loucura servem de exemplo dois depoimentos de nossos entrevistados.

"O louco que traz essa doença é sempre. Se ele é briguento de quebrar as coisas, ele sempre vai ter a mesma reação, não muda."

(DONA DE BAR, 35a.)

"A loucura pode começar pelo estado nervoso. Começa o estado nervoso se tornando muito forte, [...] dava uma dor forte na cabeça, isso prejudica a mente, o estado nervoso prejudica a mente." (OPERÁRIO, 30a.)

Devido à possibilidade de a loucura poder estar ligada a um "estado nervoso" no seu início, é que os termos "loucura" e "estado nervoso" podem-se tornar sinônimos como mostra o relato:

"... tem o calmo, o agitado uma barbaridade e a loucura até a morte. A agitação que chega à loucura até quase a morte, quase de matar, não mata a mim, senão de matar outra pessoa: é o descontrole. Um estado tão forte de nervos que pode levar até a morte. Pode, também, chegar tranqüilo, puxar um revolver e matar o outro. Isso é o estado calmo, a loucura calma." (PEDREIRO, 40a.)

9.1.3. MENTE FRACA X NERVO FRACO

nervos como da loucura. A diferença entre mente fraca e nervo fraco está no objeto do enfraquecimento. Na doença dos nervos, o que enfraquece são, justamente, os nervos; na loucura, dá-se o enfraquecimento da mente. Por entender "mente" como um sistema organizador de idéias, ligado, portanto, à parte racional da pessoa e localizado, exclusivamente, na cabeça, é que a população tanto pode-se referir à loucura como "Tem a mente fraca", ou "tem a cabeça fraca". Tal enfraquecimento da mente é causado pelo abuso do exercício de funções intelectuais como: ler, estudar, pensar, etc. ou pelo abuso do consumo de álcool, ainda que, nos dois casos, pareça existir uma fraqueza anterior de origem hereditária. "Já vem no sangue", "é de família".

9.1.4. FALTA DE CONSCIÊNCIA

Embora existam vários indicadores que permitem identificar a loucura e diferenciá-la da doença dos nervos, será a falta de consciência dos seus próprios atos o ponto principal desta diferenciação. É, constantemente, referido o desconhecimento por parte da pessoa louca de seus próprios atos. Uma das pessoas pesquisadas coloca-nos

"...uma vez eu fiquei louca, fona de si.Não sabia o que fazia, os outros é que dissenam depois, que eu me fechava no banheino..." (DONA DE CASA, 35a.)

A idéia de não ser consciente do que se faz surge muito bem resumida na expressão "fora de si" como denominação de loucura, demonstrando que a loucura é uma situação na qual a própria pessoa se afasta de si mesmo. Desta forma, um mesmo ato tanto pode ser um ato de loucura como consequência da doença dos nervos, dependendo, muito mais de como se faz do que aquilo que se faz,

ou seja, se a pessoa que realiza determinado ato tem consciência ou não daquilo que realiza.

"A pessoa que está atacada dos nenvos ela dá um gnito, ela fala o que tem que falan, ela está bem consciente do que ela está falando. A pessoa fona de si não tem consciencia do que está falando (...) A pessoa fona de si não sabe aquilo que está fazendo, e vamos supon. a pessoa atacada dos nenvos ela sabe que aquilo que está fazendo é ponque ela está atacada dos nenvos, mas não que ela estéa fona de si." (DOMÉSTICA, 35a.)

Portanto, o que vai determinar, em última instância, se a pessoa é louca, não é tanto o ato realizado senão a presença ou ausência de um motivo que a própria pessoa tem para a realização do mesmo. Este motivo, embora seja, muitas vezes, desconhecido pelos outros, seria entendido, caso fosse explicitado. Porém nos casos em que o motivo não é aparente e, tampouco, explicitado, a pessoa pode passar por louca, embora não o sendo.

"Louco é que mexe com o outro, nunca diz coisa com coisa. O B. é louco. Sabe, o que fez esses dias? Deitou no meio da rua, e ficou ali gritando deitado no meio da rua. Se aparecê uma pessoa que é assim, gritando. desbocado do jeito que ele é, dai se acha que é louco. Às vezes, até pode alquém está fazendo por engraçado, mas os outros vão achar que é louco." (BISCATEIRO, 35a.)

A designação de loucura dada aos atos imotivados está contida na

visão do louco como alguém que carece não só de consciência como também de pensamento. O louco é alguém"fora de si", "fora do juízo".

> "O louco seria o que faz as coisas sem pensamento. sem juizo."(SERVENTE, 40a.)

9.1.5. FALTA DE SENTIDO

A falta de pensamento atribuída à pessoa louca é percebida, principalmente, como uma falta de sentido que pode se referir à fala incompreensível da pessoa como a manifestada nos seguintes depoimentos:

"...ele começou a ficar maluco assim... ele so fala besteira, não nome, palavrão, mas ele fala, assim, em revolução, em guerra, sube? Não dá pra agüentar, por isso que eu acho que é louco." (DOMÉSTICA, 20a.)

"O inmão do C..., esse napaz é meio fraco. Eu não sei... não faz nada a ninguém, mas não é cento, também. Convensa, assim, bobagem, ele sabe mais ou menos as coisas, mas muito pouco. né? Não convensa, assim, uma coisa que dê cento, né? Se nota, assim, que a pessoa é doente, mesmo! Assim, fraco mental. né? Uma pessoa perfeita convensa coisas que interessa, né? Ele convensa bobagem. assim, bobagem, né?" (APOSENTADO,55a.)

"Tenho um inmão que está internado no hospital, porque ele certo não é, ficou seis dias sem comer e ele não diz coisa com coisa..." (EMPREGADO, 25a.)

Essa falta de sentido, também, pode ser percebida nas ações do sujeito apresentadas como algo inexplicável e incompreensível.

"De repente, ele pensava um troço e... se ele pensasse não desembarcar mais do ônibus, ele não desembarcava mais, e ninguém tirava ele. Andava pela rua e não dava ouvidos pra nada, e andava sempre com a mãe dele, porque, quando caminhava, assim, não tinha... Pegava aquela reta, assim, e ninguém segurava." (FAXINEIRA, 55a.)

"...era louco. Foi internado num hospital e um dia fugiu do hospital de pijama, foi pana casa, bolou uma roupa e voltou ao hospital." (FOTÓGRAFO, 50a.)

A loucura parece delinear-se como algo incompreensível, algo que não pode ser explicado, aquilo que não tem explicação. É querer dar sentido àquilo que se caracteriza, justamente, por não tê-lo. Isto ficou bem claro nos depoimentos acima e, em muitos outros que, aqui, omitimos, pois todas as falas referindose à loucura caracterizavam-se pela incapacidade de dar significação àquilo que o louco faz. Por isso acreditamos que a melhor explicação do que seja a loucura foi dada durante uma discussão em um bar, quando um dos freqüentadores questionou o outro:

"ε ο que é louco pra você? - Louco não é nada. É louco." (PEDREIRO, 50a.)

9.2. OCULTAMENTO DA LOUCURA

Se, por um lado, o sofrimento dos nervos é um tema livremente comentado, o mesmo não se pode dizer em relação à loucura. Diante de uma pessoa desconhecida, há um receio de falar sobre este tema, razão pela qual o mesmo só foi abordado pela população no momento em que nos tornamos conhecidos da comunidade. No início de nossa pesquisa, os moradores nunca fizeram referências à loucura de uma maneira direta. E, quando enfocávamos tal assunto, o mesmo era utilizado de forma estigmatizante, localizando-o numa zona marginalizada da vila.

"Gente com doença da cabeça só ali pelos banhados, lá embaixo." (BISCATEIRO, 20a.)

A loucura era, portanto, vista como problema existente fora da vila, pois tal localidade, embora estivesse inserida no perímetro geográfico da vila, não era considerada por seus moradores, como parte da mesma.

No período inicial de nossa pesquisa, a população nunca fez referências àquelas pessoas da vila consideradas "loucas". Somente depois de algum tempo de trabalho, através do qual fomo-nos tornando uns "estranhos conhecidos" é que foi possível aos moradores começarem a expressar-se espontaneamente sobre a loucura, desejando que conhecêssemos os "loucos da vila". Uma constatação interessante é que esta situação de ocultamento da loucura percebida por nós em relação aos moradores em geral é descrita pelos mesmos em relação à família do louco como explicitou um entrevistado.

"Genalmente, eles tentam esconden pessoas assim. Uma familia que tem uma pessoa assim. elas escondem, elas isolam, elas escondem de outras pessoas, isso não entendo por quê." (PINTOR 35a.)

Em relação aos moradores parece existirem dois motivos para estes ocultamentos. O primeiro diz respeito a um mecanismo de proteção existente entre os moradores da vila que se furtam de falar sobre si e os outros sem antes conhecerem as intenções do intruso. O segundo motivo liga-se ao temor que sentem os moradores de serem confundidos com loucos. Isto posto, percebemos que o morador só se permitia falar sobre o tema, quando tinha certeza de que o pesquisador não o incluiria nesta categoria. Já, com os familiares, o temor de que o diagnóstico de loucura seja estendido da pessoa doente aos demais membros da família parece ser o motivo principal do ocultamento. A estreita ligação da loucura a fatores hereditários "vem no sangue", "é de família" parece ser um dos alicerces deste medo.

É com essa intenção de ocultar o louco que, muitas vezes, se recorre à doença dos nervos. Os parentes mais próximos das pessoas da vila consideradas pela população como loucas, utilizavam, inicialmente, a doença dos nervos para designar a doença de seu familiar. Foi, somente, quando a confiança no pesquisador aumentou, que puderam falar da loucura de seu parente, inclusive, muitas vezes, solicitando ajuda para o mesmo.

A utilização da expressão "doença dos nervos" como substituto protetor frente ao possível estigma da loucura não deve ser visto como uma outra forma menos comprometedora de dominar a mesma patologia. Não é atrás do nome "doença dos nervos" que se intenta esconder a loucura, e sim, atrás de sua significação.

9.3. HERANÇA

Enquanto, para o sofrimento dos nervos, o fator hereditário é de pouco valor, recaindo a maior importância sobre situações externas ao sujeito e que agem sobre ele, na loucura, a herança configura-se na causa principal da doença. É através dela que as pessoas vão explicar um acontecimento que de outra forma seria imcompreensível. Não existe uma causa para a pessoa

ser assim, já que é algo que vem com ela desde sua nascença,

"... ele é fraco da cabeça, acho que foi desde pequeno assim, né? Acho que não foi de pois de grande. Criança que nasceu com problema acho, nasceu assim, né? Tem gente,
tem criança que já nasce doente mesmo, né?"
(POLICIAL, 35a.)

O fator principal na herança não são os genes senão o sangue ao qual está encarregada a tarefa de transmitir as características dos progenitores. Estas características dos antepassados vão perdurar no sangue de seus descendentes por quatro ou cinco gerações. Uma entrevistada, falando de um vizinho, a quem se referia como sendo louco diz:

"... ele ja è de nascença, né? Uns dizem que è veia que trancou, mas veia è de nascença, né? Eles puxam pelos pais, né? Dizem que até a quinta geração a pessoa puxa o sangue, né? " (OPERÁRIO, 35a.)

Mas não são só os aspectos que perduram no sangue e são transmitidos aos descendentes, também, os aspectos morais passam de uma geração a outra por este meio, inclusive, a tendência a falar determinado idioma já vem definida no sangue, a tal ponto que uma mistura de diferentes tipos de sangue pode gerar problemas na fala.

"...meu filho de oito anos fala muito ennado, ponque ele é muito mistunado, eu tenho
umas quantas naças. Meu manido, também, ele
é muito mistunado. Eu tenho indio, italiano, brasileiro e polonês. Meu manido, também. tem polonês, tem alemão, tem italiano,

tem essas cruzas. Puxa mais para o polonês que é calmo, mais quieto." (DONA DE CASA,35a.)

Além dos termos "é de nascença", "puxou o sangue" é, também, utilizada a expressão "é de família", para se referir à hereditariedade. Por meio dessas frases, evidencia-se que a doença de um membro da família, mais que um distúrbio individual, é uma característica do núcleo familiar por se fazer presente em vários de seus membros.

"Nessa casa amarela, ai, vive uma familia que lem os três filhos que são loucos. Um foi embora, o outro é casado e mora em S.M. e o outro, aqui. Ele não ofende ninguém, não ataca ninguém. mais, tampouco, conversa com alguém. Está só no hospital. Dizem que é de familia, né?" (APOSENTADA, 60a.)

Embora as três expressões digam respeito à herança, existem pequenas diferenças entre elas. "É de nascença" pode significar tanto fatores hereditários e, desta forma, igualar-se a "puxou o sangue" como incluir outros fatores congênitos.

"Desde pequeno já era uma criança estranha, a mãe dele teve problemas no parto. Quando uma criança já nasce fraca, com esse problema. já não tem salvação." (DONA DE CASA, 45a.)

O termo "é de família" utilizado para expressar um fator hereditário serve, também, para assinalar que essa doença está presente em vários membros da família, incluindo-se aqueles que
não possuem ligação sangüínea.

"Mas, isso, na verdade, já vem de familia,

minha avo e um tio morreram loucos e um irmão de meu marido, também." (DONA DE CA-SA, 55a.)

Embora haja pequenas diferenças entre as expressões referentes à hereditariedade, existe um consenso em que, independente de como foi que a pessoa nasceu assim, a loucura sempre seria uma doença inerente à pessoa, não podendo, por isso, ser adquirida posteriormente. Assim, por ser uma característica da pessoa, é que a loucura não tem cura, pois aquilo que

"a pessoa já é, quando nasce, depois ninguém tina." (PEDREIRO, 45a.)

A mente fraca vai continuar sempre fraca, sendo, desta forma, mais propensa a uma piora do que a uma melhora.

"... o que é de familia não tem cura, fraqueza da segunda, lenceira, quanta geração, aquilo já vem duma geração fraca, a mente da pessoa já é fraca, é depois com qualquer coisa já fica pion." (PENSIONISTA, 55a.)

CAPÍTULO X

CONCLUSÃO

"A gente procurava outras coisas, como vou lhe dizer: so franca, ne? A gente procurava curador, remedios de casa, tudo, agora eu nem sei de que ele ficou melhor."

(SERVENTE, 25a.)

CONCLUSÃO

Podemos observar no transcurso do trabalho que esta população possui discurso próprio em relação à "doença mental". Este discurso está intimamente entrelaçado com sua forma de vida e com sua visão de homem e de mundo. Desta maneira, o trabalho, por ser parte importante de sua representação como pessoa, influi sobre o que esta população reconhece como doença, em sentido amplo, e mais especificamente sobre a "doença dos nervos". Não podemos separar o trabalho de sua própria condição de vida marcada pela instabilidade e pela carência. Portanto, esses dois fatores, também, estão presentes na visão desta população em relação às causas do "nervoso".

Acreditamos ser importante assinalar, aqui, o fato de todos os fatores que intervêm como causa da Doença dos Nervos assim como os diferentes sintomas apresentados e, inclusive, as vezes - como no caso da fraqueza - os próprios sintomas e causas, não se excluem, nem formam categorias isoladas, senão que se complementam, chegando em ocasiões a tal ponto de integração que nos resulta difícil poder diferenciá-los.

Surge-nos, aqui, uma pergunta similar e, ao mesmo tempo, diferente da que em um princípio originou nosso desejo de aproximar-nos desta população. Como já dissemos, as dificuldades surgidas no atendimento psicoterápico levaram-nos a nos perguntar: qual seria o caminho para superá-los? Um primeiro passo acreditamos já tê-lo dado, qual seja o de conhecer qual é a representação que esta população tem sobre a "doença mental". Porém seria improdutivo ficar neste ponto, sem tentar ir além e

procurar, a partir desta percepção da população, instrumentalizar técnicas que se integrem com esta representação da "doença mental", ou seja, a "doença dos nervos".

Resultou para nós extremamente difícil realizar uma conclusão deste trabalho, já que não existiria propriamente uma conclusão, e sim, uma continuidade. Além disso, realizar uma conclusão é, de certa maneira, restringir as possibilidades das múltiplas conclusões a que os leitores desta dissertação poderiam chegar. Porém, já que, apesar de tudo, fizemos uma conclusão, só nos resta imitar Michel Foucault no seu prefácio de "História da Loucura" (1978) e dizer: "Pelo menos é canta.".

XI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, S.R.P. (1982) Do outro lado do muro: estudo sobre a representação da doença mental em uma população favelada do
 Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria/
 UFRJ, (Dissertação de Mestrado).
- AUGRAS, M. (1982) As fontes explícitas da obra antropológica de Freud, Anquivos Bnasileinos de Psicologia, 34(2):3-15,ab/junho.
- BARTHES, R. (1977) Roland Banthes pon noland banthes, São Paulo, Cultrix.
- -----, (1984) A Camana Clana: nota sobre a fotografia, Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- BASTIDE, R. (1967) Sociologia de las enfermedades mentales, México, siglo ventiuno.
- -----, (1976) El лиеño, el ілапсе у la loисила, Buenos Aires, Amorrortu.
- BECKER, H.S. (1970) Whose Side Are We On? in: FILSTEAD, W.J.(ed)

 Qualitative methodology: finsthand involvement with the

 social World. Chicago, Rand McNally College Publishing

 Company.
- Interviewing: A Comparison. In: FILSTEAD, W.J.(ed) Qualitative methodology: finsthand involvement with the social world.

 Chicago, Rand McNally College Publishing Company.

- BENEDICT, R. (1958) El hombre y la cultura, Investigación sobre los origenes de La civilización contemporanea, Buenos Aires, Sudamericana.
- BERGER, P. & LUCKMANN, T. (1976) A construção social da realidade, Petrópolis, Vozes.
- BERNSTEIN, B. (1980) Classe Social, Sistemas de fala e Psicoterapia, in: FIGUEIRA, S.A. Psicanálise e Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- BEZERRA, B. Jr. (1983) "A noção de individuo: Reflexão sobre um implicito pouco pensado", Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/UFRJ, (Dissertação de Mestrado).
- BLUM, F.H. Getting individuals to give information to the outsider. in: FILSTEAD, W.J. (ed) Qualitative methodology: finsthand involvement with the social world, Chicago, Rand McNally College Publishing Company.
- BRUYN, S.T. (1970) The Methodology of Participant Observation.
 in: FILSTEAD, W.J. (ed) Qualitative methodology: firsthand
 involvement with the social world, Chicago, Rand McNally
 College Publishing Company.
- BOLTANSKI, L. (1984) As Classes Sociais e o cospo, Rio de Janeiro, Graal.
- CARDOSO, R.C.L. (1986) Aventuras de Antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. in: CARDOSO, R.C.L. (org) A aventura antropológica. Teoria e Perquisa, Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- COSTA, J.F.(s/d)"A consiência da dvença enquanto consciência do sintoma", Rio de Janeiro, datilografado.
- ----,(1983) Ordem Médica e Norma Familiar, Rio de Janeiro, Graal.

- -----, (1986) Relatónio de Pesquisa, Rio de Janeiro, datilografado.
- DA MATTA, R. (1978) O ofício do Etnólogo ou como ter Anthropological
 Blues, in: NUNES, E. de O. (org) A aventuna sociológica,
 Rio de Janeiro, Zahar.
- -----, (1984) Relativizando: Uma introdução à Antropologia
 Social, Petrópolis, Vozes.
- DUARTE, L.F.D. (1986) Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas, Rio de Janeiro, Jorge Zahar/CNPq.
- DUMONT, L. (1970) Homo Hierarquicus, Madrid, Aguilas.
- DURAM, E.R. (1986) A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas, in: CARDOSO, R.C.L.(org)

 A aventuπa antποροlógica. Teoria e Pesquisa, Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- ERIKSON, K.T. (1970) A comment on Disguised Observation in Sociology, in: FILSTEAD, W.J. (ed) Qualitative Methodology: finsthand involvement with the social world, Chicago, Rand McNally College Publishing Company.
- EVANS-PRITCHARD, E.E. (1978) Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande, Rio de Janeiro, Zahar.
- FIGUEIRA, S.A. (1975) Relativização da Doença Orgânica: Diferentes representações sociais. (Questões para uma Psicologia Preventiva) in: Infância e Adolescência, V 1, partes 3/4.
- I: Levi- Strauss e Peter Berger. in: FIGUEIRA, S.A. coord.

 Sociedade e Doença Mental, Rio De Janeiro, Campus.
- -----, (1981) O contexto social da Psicanalise, Rio de Janeiro, Francisco Alves.

- FIGUEIREDO, M.G. & SCHUNGER, A.A. (1982) Estratégias de Atendimento Psicológico-institucional a uma população carente.

 in: Série Estudos PUC/RJ, Nº 10.
- FOUCAULT, M. (1978) Mistónia da Loucura, São Paulo, Perspectiva.
- GEERTZ, C. (1978) A interpretação das culturas, Rio de Janeiro, Zahar.
- GUEDES, S.L. (1985) Umbanda e Loucura, in: VELHO, G. (org) Desvio e Divergência, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- HAWKING, S.W.(1988) Uma breve história do tempo, do Big Bang aos buracos negros. Rio de Janeiro. Rocco.
- IBGE FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (1980) ¹X Recenseamento Genal do Brasil. Rio de Janeiro, (ed) IBGE, v.1 (t.4,n.22;t.3,n.20; t.6,n.22).
- -----, (1986) Estimativa dos Censos Demográficos рала оз anos terminados em О e com estimativa рала оз anos terminados em 5. Memorando nº 1535, datilografado.
- LEVI-STRAUSS, C. (1972) Antropologia Estrutural, Buenos Aires, Eudeka.
- LO BIANCO, A.C. (1981) Concepções de família em atendimentos psicológicos fora do consultório: um estudo de caso, in:VELHO, G. & FIGUEIRA, S.A. (coords) Família, Psicologia e Sociedade, Rio de Janeiro, Campus.
- LOYOLA, M.A. (1984) Médicos e Cunandeinas, Conflito Social e Saude, São Paulo, Difel.
- ma, in: Ciênciahoje, Vol. 6 Nº 35.
- MALINOWSKI, B. (1978) Os angonautas do Pacífico Ocidental, São Paulo, Abril Cultural.

- MONTERO, P. (1985) Da doença à desordem, a magia na Umbanda, Rio de Janeiro, Graal.
- ROPA, D. & DUARTE, L.F.D.(1985) Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras, in: FIGUEIRA, S.A. (org), Cultura da Psicanálise, Rio de Janeiro, Brasiliense.
- SALEM, T. (1981) Mulheres faveladas: "com a venda nos olhos", in:

 Penspectivas Antropológicas da Mulher 1, Rio de Janeiro,

 Zahar.
- SOARES, S.S.F.(1980) Enlouque cen para sobreviven: manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência.

 Brasília, ICH/UNB. (Dissertação de Mestrado).
- SOUZA, L. (1982) A saúde ea doença no dia a dia do povo, in: Cadennos do CEAS, Nº 77, jan/fev.
- VELHO, G. (1978a) Observando o Familiar, in: NUNES, E. de O.(org),

 A Aventuπα Sociológica, Rio de Janeiro, Zahar.
- ra e o Estudo de Sociedade Complexas", in: Antefato, Ano 1,

 Nº 1.
- plexas, in: FIGUEIRA, S.A. (org) Psicanálise e Ciências Socials. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- buição da Antropologia Social, in: Desvio e Divengência,
 Rio de Janeiro, Zahar.

Ò

VIDICH, A. (1970) Participant Observation and the collection and interpretation of data, in: FILSTEAD, W.J. (ed) Qualitative Methodology: finsthand involvement with the social world, Chicago, Rand McNally College Publishing Company.

ZALUAR, A. (1986) Teoria e Prática de trabalho de campo: Alguns problemas. in: CARDOSO, R.C.L. (org) A Aventuna Antropológica. Teoria e Pesquisa, Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Esther Maria M. Arantes

Orientadora PUC/RJ

Angela Baraf Podkameni Dept'o. de Psicologia

PUC/RJ

Dept°. de Psicologia PUC/RJ

Visto e permitida a impressão Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 1989

marie Cichan motte

Maria Euchares de S.Motta Coordenadora dos programas de Pós-Graduação do Centro Teologia e Ciências Humanas.