

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**O FENÔMENO DO *PÂNICO*:
UMA ANÁLISE DE SUA CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL**

MARIA CRISTINA RIESINGER PEREIRA

Florianópolis, 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**O FENÔMENO DO *PÂNICO*:
UMA ANÁLISE DE SUA CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL**

Maria Cristina Riesinger Pereira

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Antropologia.

Florianópolis, 2002

AGRADECIMENTOS

Agradeço a orientação de Esther Jean Langdon durante o processo de elaboração da dissertação. Sinto-me para sempre grata pelos seus múltiplos ensinamentos, os quais transcenderam o plano acadêmico.

Agradeço a Conceição de Oliveira pelos conhecimentos transmitidos, por seu exemplo e pela presença permanente nestes anos todos .

Agradeço ao meu filho Gabriel por tudo e, sobretudo, pelo seu companheirismo e pela sua compreensão de minhas prioridades durante o mestrado.

Aos professores do PPGAS e aos colegas de mestrado, o meu agradecimento pelas oportunas discussões acadêmicas e pelas experiências compartilhadas .

A CAPS e ao CNPq, o meu agradecimento pelo apoio financeiro.

Aos funcionários da secretaria do PPGAS.

De maneira especial, agradeço aos informantes desta pesquisa, principalmente por compartilharem comigo suas experiências e concepções, tornando possível este estudo.

Ao Gabriel

RESUMO

Neste estudo foram examinadas as formulações da biomedicina e da mídia sobre o *pânico*. Ademais, foi investigado o ponto de vista de sujeitos de camada média urbana sobre a perturbação. Mediante a apresentação das visões dominantes - e em circulação - sobre o que é o *pânico* e a descrição e a análise dos processos de doença dos informantes, o estudo procurou dar uma idéia do processo através do qual as alterações corpóreo-mentais são reconhecidas pelos sujeitos como sintomas e traduzidas como doença, ou seja, recebem significados socialmente legítimos.

Palavras-chave: pânico; doença como experiência; doença como processo; perturbação.

ABSTRACT

This study examined the formulations of biomedicine and the media on *panic*. In addition, we investigated the point of view of urban middle class subjects on their experiences with such disturbance. Through the presentation of the dominant – and circulating – views on what *panic* is and informants' description and analysis of the processes of illness, the study attempted to capture the process through which corporal-mental alterations are recognized by individuals as symptoms and translated as illness, in others words, through which they receive socially legitimate meanings.

Key words: panic; illness as experience; illness as process; disturbance.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	7
2. O PÂNICO HOJE.....	14
2.1 DA NEUROSE DE ANGÚSTIA, DE SIGMUND FREUD, AO TRANSTORNO DE PÂNICO, DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE DOENÇAS MENTAIS –III (DSM-III).....	14
2.2 O PÂNICO COMO “TRANSTORNO DE PÂNICO”: O MODELO BIOMÉDICO	19
2.3 A DISCUSSÃO DA MÍDIA SOBRE O PÂNICO	29
3. OS PROCESSOS DE DOENÇA.....	38
3.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E FONTES	38
3.2 OS(AS) INFORMANTES E AS ENTREVISTAS	44
3.2.1 Olga	44
3.2.1.1 Síntese das entrevistas: o processo da doença	44
3.2.2 Jonas.....	52
3.2.2.1 Síntese das Entrevistas: o processo da doença.....	53
3.2.3 Clara	61
3.2.3.1 Síntese da Entrevista: o processo de doença.....	62
3.2.4 Hermes.....	66
3.2.4.1 Síntese da Entrevista: o processo da doença.....	67
3.2.5 Garuda	71
3.2.5.1 Síntese das Entrevistas: o processo de doença.....	73
4. A Experiência dos Atores Sociais: Pânico como Drama Subjetivo	80
4.1 REFLEXÕES INICIAIS: O CONCEITO EXPERIÊNCIA NA ANTROPOLOGIA SIMBÓLICA E SUA RELAÇÃO COM O DRAMA SOCIAL	80
4.2 PÂNICO COMO DRAMA SUBJETIVO	85
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXO	120

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Entre meados de 1997 e o final do ano de 1999, trabalhei como médica psiquiatra no posto de saúde CS-II Lagoa da Conceição, da prefeitura municipal de Florianópolis, que atende a população da Costa Leste do município abrangendo as localidades da Costa da Lagoa, Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Canto dos Araçás, Lagoa da Conceição, Rio Tavares e Campeche. Naquela ocasião, percebi entre os usuários a presença de um sofrimento que insistentemente se mostrava - e era assim relatado - como “*crise de falta de ar e taquicardia*”, “*medo de perder o controle*”, “*medo de morrer*”, “*tontura*”, “*náusea*”, etc. Segundo me contavam as pessoas, elas tinham “*crises de pânico*”, “*pânico*”, “*transtorno de pânico*”, “*doença ou síndrome do pânico*”.

Entre os casos que surgiam na consulta médica, a grande maioria já chegava ao posto com o diagnóstico de “transtorno de pânico”, o qual havia sido feito em atendimentos de emergência em hospitais gerais ou por médicos de diversas especialidades: neurologistas, clínicos, psiquiatras, ginecologistas, etc. Em outros inúmeros casos, funcionava o autodiagnóstico, e as pessoas remetiam-se à mídia como principal informante da espécie de mal que sofriam. Esses dados indicavam a popularidade do fenômeno do pânico entre a população da costa Leste e entre a sociedade brasileira. Além disso, apontavam para a relevância da mídia e dos profissionais da biomedicina¹ na divulgação da categoria transtorno de pânico.

Nesse sentido, lembro-me do caso de uma jovem senhora, de classe popular, que trouxe à consulta um exemplar da revista “*Veja*” com uma extensa matéria sobre *pânico*. Indicando-me o texto da revista, ela afirmou: “Isto é o que eu tenho”. Esse atendimento tornou-se paradigmático para a minha experiência, pois no decorrer da conversa indaguei-lhe se ela conhecia mais alguém que padecia do mesmo sofrimento, ao que ela respondeu: “Sim, minha mãe. Ela sofre dos nervos”.

¹ Entendo biomedicina como a medicina ocidental, conforme a compreensão de diversos autores antropólogos, entre eles Jean Langdon (1996), Byron Good (1990), Kleinman (1982).

Naquela oportunidade, chamou-me a atenção o fato de que duas categorias estavam sendo evocadas pela jovem: ela tinha *pânico*, e isso era semelhante aos “*nervos*” de sua mãe. Além disso, quando as pessoas me contavam sobre suas *crises de pânico*, muitas vezes expressavam-se dizendo: “eu estava histérica”, “tive um ataque de nervos”.

Tudo isto me instigava a refletir: para alguém que também o pensa como *nervos*, poderia ser o *pânico* a mesma coisa do que para outro que também o pensa como *histeria*? Quais seriam os sentidos em comum entre as pessoas que se reuniam sob o diagnóstico de *pânico*?

Ainda escutando os doentes falarem sobre sua doença, percebi que havia “queixas” parecidas e não somente quanto às expressões corporais. Aspectos socioculturais – crise de papéis sociais, trajetórias e identidades, descompasso entre projeto pessoal e expectativas do grupo familiar, especulações sobre o sentido da doença, presença de um ethos individualista (DUMONT, 1972; DUARTE e GIUMBELLI, 1994) – assim como experiências de solidão, insatisfação e medo também eram recorrentes. Naquela oportunidade, essas observações levaram-me a questionar se haveria alguma relação entre o pânico e a modernidade, ou seja, entre o *ethos* e o *eidós* moderno.

Ao mesmo tempo, acrescentava-se a essas reflexões um descontentamento com a formulação essencialmente biológica da biomedicina para o *pânico* - ou seja, sua hipótese centrada na ativação indevida do sistema de alerta do sistema nervoso central e conseqüente ao desequilíbrio de neurormônios (noradrenalina, serotonina e ácido aminogamabutírico), cujo efeito se expressa nas *crises ou ataques de pânico* - e com sua ênfase no tratamento à base de remédios antidepressivos e tranqüilizantes. Mais profundamente, essa insatisfação com o modelo biomédico para o *pânico* estava - e está - ligada a uma contrariedade com a própria visão da medicina ocidental: com o seu olhar cartesiano que dissocia o corpo da mente, as emoções do pensamento e que, assim, não aborda a pessoa em toda a sua integridade e complexidade; com sua perspectiva clínica e seu foco na sintomatologia e diagnose; com sua abordagem dos sintomas como sinais naturais, biológicos, de uma realidade psicopatológica universal e, sobretudo, com sua metodologia diagnóstica que consiste em destacar do que é dito pelo doente sobre sua aflição os aspectos que se conectam com os modelos nosológicos e em

recortar o restante que ali não cabe, isolando de sua descrição - e compreensão - do processo de doença os aspectos biográficos e socioculturais.

Esse era, então, o quadro geral em que se encontravam as minhas reflexões sobre o tema desta pesquisa e sobre a minha posição como médica antes de entrar no mestrado em antropologia: com vários pés atrás em relação à maneira biomédica de explicar as doenças e com algumas pulgas atrás da orelha em relação ao *pânico*.

Entrei no mestrado em antropologia com uma proposta bastante genérica para um estudo sobre o fenômeno do *pânico*. Naquela oportunidade, eu pensava em realizar entrevistas com pessoas que tivessem esse diagnóstico a fim de compreender a desordem a partir do *ponto-de-vista do ator* (GEERTZ, 1976). Ainda não havia o necessário recorte da pesquisa. Um primeiro recorte surgiu na ocasião da elaboração do projeto para este estudo, quando optei por analisar o processo da construção sociocultural do *pânico*, isto é, a forma pela qual o distúrbio é formulado, “negociado” e legitimado nos diversos campos socioculturais envolvidos. Posteriormente, já durante o trabalho de análise das entrevistas, decidi manter o enfoque anterior, porém atendo-me mais à apresentação e discussão das versões da biomedicina, da mídia (internet e revistas) e da psicanálise, e focalizando com maior densidade a análise das entrevistas com os informantes para examinar a maneira como os sujeitos estão construindo as suas *experiências* com a doença, com os sintomas e com o sofrimento.

Assim, neste estudo, divido com os(as) leitores(as) uma abordagem peculiar para o *transtorno de pânico*. Para tanto, lanço mão da disciplina antropológica para, sobretudo, distanciar-me da posição que participa das concepções ou representações biomédicas sobre doença e saúde, normalidade e anormalidade. Busco, desse modo, um outro lugar: aquele que me permite interagir com o objeto de estudo a partir da perspectiva da antropologia da saúde, cuja concepção de doença autoriza-me a contemplar diferentes dimensões da enfermidade e do processo de adoecimento.

Para a antropologia, a doença não é uma entidade natural e tampouco resulta apenas da disfunção ou do desvio de atividades fisiológicas normais, como postula a biomedicina. Nesta visão, a doença é antes de tudo um processo subjetivo em que as expressões corporais e a experiência com o sofrimento são mediadas pela cultura. Abordada como um processo e não como uma categoria fixa, a doença é entendida como uma seqüência de eventos na qual as pessoas envolvidas buscam compreender o sofrimento para ordenar a experiência e tentam encontrar alívio para o padecimento.

Nesse sentido, o que uma doença é está ligado às percepções e às ações dos sujeitos que participam do processo de tradução dos sintomas e das decisões terapêuticas. Por outro lado, participam desse processo os sistemas de saúde ou sistemas médicos, os quais, através dos profissionais da saúde, lançam sinalizações e referências que orientam os indivíduos nas interpretações dos sintomas e em suas escolhas de tratamento.

É importante destacar que, para a antropologia, os sistemas médicos são sistemas culturais, isto é, são sistemas de significados firmados em uma ordenação singular de instituições e modelos de interações interpessoais (Arthur Kleinman, 1978). De acordo com Byron Good (1994, p.68), a medicina ocidental, por exemplo, é uma “forma simbólica através da qual a realidade é formulada e organizada de uma maneira específica”.

Nesta abordagem do *pânico*, procuro justamente explorar essa noção de doença como processo. Busco tornar mais clara a idéia de que o *pânico*, antes de ser uma categoria estável e fixa, é um processo experienciado, cujo significado se prende a um contexto específico, do qual participam a biografia do sujeito doente, as suas relações sociais e a dimensão sociocultural mais ampla – aqui incluídas as noções gerais de doença propostas pelos sistemas de saúde locais e as formulações específicas sobre o *pânico*, veiculadas, principalmente, pelos profissionais da biomedicina e pela mídia. Ainda busco enfatizar o aspecto estruturado desse evento de doença para deixar à vista a sua dimensão temporal - com início, meio e fim - e de significado, já que cada fase possui características e metas que lhes são específicas. Em termos bem genéricos, na seqüência de acontecimentos, primeiro há o reconhecimento de um estado corpóreo-mental alterado como uma doença; segundo, o diagnóstico e a escolha terapêutica e, por último, a avaliação do tratamento.

Além de examinar o *pânico* como um processo, eu o destituo dos invólucros ou representações pelos quais ele tem sido explicado e formulado, para abordá-lo através da moldura de *perturbação físico-moral*, categoria antropológica proposta por Luiz Fernando D. Duarte (1976, 1998) para designar o campo dos fenômenos humanos que, na cultura ocidental, cinde-se em diferentes denominações, como: “doença mental”, “distúrbios psíquicos”, “somatizações”, etc. De acordo com o autor, a categoria procura abarcar as múltiplas alterações do estado “normal” - e culturalmente definido - da pessoa e situar, através do qualificativo físico-moral, o caráter de participação ou de mediação da corporalidade com os demais planos da vida social.

Assim, no primeiro capítulo, inicio descrevendo a história da conceitualização do *transtorno de pânico*, na qual procuro destacar o entrecruzamento das teorias psicanalíticas e psiquiátricas na construção dessa categoria. Depois, discorro sobre a formulação biológico-descritiva do modelo biomédico, que aborda a perturbação em termos de uma alteração neurohormonal, praticamente independente da biografia e do contexto sociocultural do sujeito doente. Ainda junto a essa discussão, procuro destacar a maneira como os depoimentos dos doentes são recuperados e inseridos na grade diagnóstico-explicativa biomédica. Através de uma manobra discursiva, na consulta médica o médico enfatiza os aspectos físicos e biológicos das queixas do doente e desfocaliza os demais elementos de seu relato: biográficos, relacionais, etc. Após a discussão sobre a formulação biomédica, tento mostrar a visão da psicanálise sobre a perturbação, a qual situa o *pânico* como uma “*neurose de angústia*”. Na sessão seguinte, apresento algumas reflexões sobre a discussão da mídia acerca do *pânico*: examino, de forma breve, um site da internet e, depois, quatro reportagens de diferentes revistas do país bastante populares e acessíveis – *Nova, Tudo, Veja* e *Quem acontece*. Procuro demonstrar a popularização do fenômeno em estudo nos veículos da mídia e discutir algumas perspectivas que, a meu ver, evidenciam-se em suas formulações. Como não poderia deixar de ser, uma atualização do discurso dominante da biomedicina poderá ser verificada.

No segundo capítulo discorro, de início, sobre a metodologia utilizada nas entrevistas que realizei com cinco informantes. Na seqüência, reflito sobre a minha posição, ambígua, de terapeuta e mestrandia em antropologia. Em seguida, passo para uma sessão basicamente descritiva, em que discorro sobre os cinco informantes – Olga, Jonas, Clara, Hermes e Garuda (nomes fictícios) – e sobre as entrevistas realizadas. Organizei essas entrevistas sob a forma de um relato do “*processo de doença*” (Jean Langdon, 1995) – uma descrição temporalmente ordenada para produzir um destacamento das seqüências de eventos e das percepções e reflexões dos informantes sobre o que lhes acontecia em cada momento do processo.

O terceiro capítulo compreende a análise das experiências dos informantes com o *pânico*. Dessa análise destacou-se uma leitura em comum: para os entrevistados, a experiência com o *pânico* é percebida, principalmente, como um processo de transformação de si-mesmo e de sua relação com o mundo. A dramaticidade, a reflexividade e a qualidade transformadora desse processo levaram minhas reflexões a

aproximá-lo do *drama social* descrito por Victor Turner. Diferente do *drama social*, que procura dar conta de processos dramáticos relacionados às resoluções de conflitos legais e jurídicos, o drama vivido pelos informantes envolve as suas percepções e, assim, é um *drama subjetivo*. Por outro lado, à semelhança do *drama social*, ordenei esse *drama subjetivo* em quatro fases: 1- *Fase de percepção da ruptura*: é a fase que dá início ao processo de doença e é percebida como uma ruptura com o cotidiano. É o momento em que aparecem os primeiros *sintomas* ou a primeira *crise de pânico*. 2- *Fase de crise*: é uma fase de transição entre a perplexidade inicial e percepção de que é preciso agir e tentar resolver o distúrbio. Há a percepção de uma intensificação das crises e de uma ampliação dos problemas. 3- *Fase de tentativa de resolução*: é um momento crítico marcado pela reflexão e pela ação, pois é quando o sujeito procura resolver e criar um sentido para a experiência com o sofrimento. Nesta fase, abordo o *itinerário terapêutico* (John Jansen, 1978), que se refere ao processo de administração das alternativas de tratamento, ou seja, ao processo que envolve as escolhas em relação às terapias e compreende as negociações entre rede social, familiares e *doentes* nessas decisões. Procuo enfatizar a “negociação” ou o diálogo que se estabelece entre o doente e sua família, profissionais da saúde, amigos, vizinhos, etc., no processo de interpretação - culturalmente aceitável² - dos sintomas que vai conduzir à terapia percebida como apropriada. Ainda dentro da perspectiva do itinerário terapêutico, focalizo o processo reflexivo e o processo de legitimização durante os quais os informantes criaram a possibilidade de refletir e legitimar suas percepções de ser *diferente*. 4- *Fase da possibilidade de rearticulação das relações do sujeito consigo mesmo e com o mundo ou do reconhecimento da necessidade de adaptação à perturbação*: é uma fase na qual o sujeito já se sente mais aliviado das pressões anteriores e pode refletir sobre a *crise* de uma maneira distanciada. É o momento no qual o sujeito tem a possibilidade de rearticular sua forma de interagir com o mundo das relações sociais e consigo mesmo ou de adaptar-se à situação de doença.

Por fim, nas considerações finais procuro compensar a rigidez do recorte desta pesquisa - ou seja, a abordagem do pânico como um processo - apontando alguns temas não contemplados na análise como as concepções de corpo entre os informantes, as técnicas

²De acordo com Staiano (1981), esta interpretação é uma seleção dos significados potenciais” dos sinais percebidos.

terapêuticas utilizadas, etc. Além disto, neste espaço final aponto algumas implicações deste estudo.

2. O PÂNICO HOJE

2.1. DA NEUROSE DE ANGÚSTIA, DE SIGMUND FREUD, AO TRANSTORNO DE PÂNICO, DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE DOENÇAS MENTAIS-III (DSM-III)

De acordo com a visão da psicanálise, a história da conceitualização do *transtorno do pânico* desenvolve-se a partir das diferentes formulações propostas pelos profissionais do campo da psicopatologia ao problema da *angústia*. Inclusive, conforme Pereira (1997), é possível dizer que a categoria *transtorno de pânico* surge a partir da apropriação diversa da noção de angústia em dois campos do conhecimento, a psiquiatria e a psicanálise.

A angústia, como objeto de reflexão, tem se apresentado ao pensamento ocidental desde o surgimento da concepção de uma clivagem na interioridade do sujeito (PEREIRA, 1997, p. 21). Ao homem grego, para quem a individualidade se realizava no ideal do herói homérico e constituía-se nas e pelas realizações concretas de sua existência, a idéia de uma cisão dentro de si não fazia qualquer sentido (VERNANT, citado por PEREIRA, 1997, p. 22). Tanto para Aristóteles como para Ésquilo, o temor é sempre o medo de alguma coisa que está além do sujeito.

Na elaboração da angústia como possibilidade conceitual, contribuíram os grandes pensadores e os místicos da Igreja - entre eles, São João da Cruz, Mestre Eckhart e Agostinho - que introduziram a visão de um sujeito não-transparente a si mesmo, cujo mundo subjetivo permanece em grande parte inacessível, e incompreensível, a sua própria consciência. Agostinho (citado por Pereira, 1997, p. 24), por exemplo, perguntava-se: “Isto é meu espírito, sou eu mesmo. Mas, afinal, o que será mesmo que sou, meu Deus?”

O tema da angústia coloca-se precisamente a partir do questionamento sobre o sentido do *eu*. Nesse sentido, a contribuição da filosofia é decisiva. Especialmente através das reflexões de Pascal, Kirkegaard e Heidegger essa noção torna-se um conceito legítimo para o pensamento ocidental. A partir de Kirkegaard, a angústia é considerada a essência da condição humana e provém das infinitas possibilidades diante das quais se situa a liberdade do sujeito. Abordada dessa forma, a angústia não é nem contingente, nem “curável”, e o que ela faz é convocar cada um a posicionar-se em relação a ela (PEREIRA, 1997, p.28). Heidegger, por sua vez, contribuiu para essa discussão trazendo a dimensão da *experiência do*

Nada (HEIDEGGER, 1929 citado por PEREIRA, 1997, p. 30), a qual, de acordo com o filósofo, é revelada a partir da angústia. Nas palavras de Pereira:

Assim, nas perspectivas do pensamento filosófico e da psicopatologia, o problema da angústia coloca-se historicamente a partir da concepção de uma relação indissociável do ser com o nada que lhe é intrínseco, de tal modo que essa negatividade é neles concebida como a dimensão fundadora e insuperável da existência (PEREIRA, 1997, p. 32).

Ao chegar no campo da psiquiatria, a questão da angústia passa a ser abordada segundo uma perspectiva positivista, ou seja, como um conjunto de alterações afetivo-corporais - os assim chamados *acessos de angústia* - inscritas num *quadro clínico*.

Para dar uma idéia do extenso quadro em que se inscreve a dimensão psiquiátrica da angústia, destaco que desde o século XIX, no contexto da psiquiatria francesa, os estados ansiosos agudos faziam parte da descrição de diversas entidades nosológicas clássicas, a saber: o *delírio emotivo* (Délire Émotif), de Morel; os *terrores mórbidos* (Terreurs Morbides), de Doyen; a *grande ansiedade* (Grande Anxiété), de Henri Ey; a *ansiedade paroxística* (Anxiété Paroxystique), de Brissaud e o *medo nos exércitos* (Peur dans les Armées), de Brousseau (Pereira, 1997, p. 43). Além dessas, encontram-se as descrições de *neurose de terror* (Schreckneurose), em Kraepelin; de *tempestade de movimentos de ensaio impulsivos*, em Kretschmer; do *medo dos espaços*, em Legrand Du Saulle; da *neuropatia cérebro-cardíaca*, em Krishaber (1873) (PEREIRA, 1997, p. 46).

Para a psiquiatria americana do final do século XIX, as crises de angústia eram centrais para o diagnóstico da *síndrome do coração irritável* ou *neurastenia cardiocirculatória* ou, ainda da *síndrome de DaCosta*, observada em soldados da Guerra Civil norte-americana e descrita por Jacob Mendes DaCosta.

De acordo com Pereira (1997), os trabalhos de DaCosta sobre estados agudos de angústia, assim como os de Georges Beard, que estudou a neurastenia, foram decisivos na elaboração da *neurose de angústia* proposta por S. Freud (1856-1939). Para esse médico, a neurastenia era uma neurose sexual, mas abrangia em sua descrição clínica algumas manifestações que podiam ser circunscritas em um grupo particular de sintomas cuja etiologia sexual demonstrava ser mais específica. O grupo que se destacava da neurastenia e que tinha uma etiologia sexual específica era a *neurose de angústia*, atribuída, inicialmente, à excitação erótico-física não consumada.

O procedimento nosográfico freudiano em relação à neurose de angústia pode ser comparado àquele realizado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais-III (DSM-III, 1980) com o *transtorno de pânico*:

Em ambos os casos, tratou-se de separar dentro de uma categoria - em voga e consagrada, em sua época - um subgrupo sintomatológico específico em função da coerência psicopatológica interna que apresenta o subgrupo que passava a constituir um novo diagnóstico autônomo. Assim, do ponto de vista nosográfico, o DSM-III reelaborou a categoria da neurose de angústia do mesmo modo como Freud, um século antes, o fizera com a neurastenia (PEREIRA, 1997, p. 67).

À concepção praticamente biológica da *angústia* das primeiras reflexões de Freud, é associada, posteriormente, uma visão que leva em conta seus aspectos psíquicos, ou seja, as representações sexuais. Conseqüentemente, a *angústia* não constitui uma manifestação totalmente dependente da excitação sexual física, mas é antes dependente das relações entre essa excitação e as possibilidades que encontra para ser simbolizada e elaborada no plano das representações. Assim entendida, a *angústia* é um afeto que tem sua origem nas excitações sexuais e que, ao não encontrar um correspondente no nível psíquico, passa a ser vivido como invasão, ameaça e ataque.

Mais tarde, Freud desenvolveu o conceito de *desamparo* (Hilflosigkeit), que se refere precisamente ao estado psíquico da impossibilidade de controlar as pulsões e que está ligado ao *afeto de terror* (Schreck) (PEREIRA, 1997, p.72). A partir de então, o perigo do qual o psíquico procurará se afastar é o de ficar desamparado diante de um fluxo incontrolável de excitação sexual, a qual será vivida como *angústia*:

(...) a significação da situação de perigo, o que toda angústia sinaliza, é a possibilidade de instauração de um estado de falência do funcionamento psíquico. Este estado, Freud denomina desamparo (Hilflosigkeit). Tal é a condição do aparelho psíquico quando se encontra em uma situação dita traumática e o afeto que daí emerge é o terror.” (PEREIRA, 1997, p. 252)

No mesmo período em que Freud elaborava a sua teoria psicanalítica, que encaminhava a questão da angústia para a base das neuroses e mesmo para as psicoses, as quais seriam a sua expressão extrema, Emile Kraepelin (1856-1926)¹ propunha uma outra

¹ De acordo com A. Young (1995, p.95-96), a abordagem de Kraepelin para a classificação psiquiátrica baseava-se em três idéias:

abordagem para as desordens mentais. Enquanto o interesse de Freud incidia nas estruturas motivacionais profundas, Kraepelin o focalizava na descrição clínica dos sintomas e do curso, na evolução e prognose das desordens.

Nessa perspectiva, a tensão entre as perspectivas de Freud e Kraepelin foi marcante na construção da teoria psiquiátrica contemporânea. As nosologias psiquiátricas europeias e norte-americanas foram elaboradas em diálogo com essas abordagens (Allan Young, 1995; Pereira, 1997; A. Martínez-Hernández, 2000).

No contexto da psiquiatria norte-americana, até os anos 50 a perspectiva descritiva de Kraepelin esteve menos evidenciada e as desordens mentais eram abordadas predominantemente a partir de uma perspectiva psicodinâmica. Inclusive nas primeiras versões da nosografia oficial da Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM) - DSM-I² e o DSM-II - os *acessos de angústia* ou de *ansiedade* estavam descritos sob a categoria *neurose de ansiedade*.

Entretanto, a partir daquela década, diversas drogas psicoativas, como a clorpromazina, demonstraram-se eficazes e tornaram-se disponíveis para o tratamento de psicose, depressão, ansiedade e desordem maníaco-depressiva, o que provocou a retomada do modelo biológico-descritivo de Kraepelin. Nessa perspectiva, as descobertas de medicamentos eficazes no tratamento de desordens mentais tiveram um papel decisivo no desenvolvimento de uma psiquiatria empírica e, como veremos, na fabricação da categoria *transtorno de pânico*, que substituiu, no DSM-III, a *neurose de ansiedade*.

É precisamente nesse período que surge a pesquisa de Donald Klein, psiquiatra da Universidade de Columbia, E.U.A., sobre a eficácia da imipramina - um fármaco derivado da clorpromazina - em doentes ansiosos. Através de suas descobertas, o pesquisador propôs um

a) As doenças mentais são melhor entendidas por analogia com desordens físicas. A visão de Kraepelin era de que o progresso da medicina contra as doenças infecciosas adveio quando as idéias sobre causas genéricas foram abandonadas e quando os pesquisadores redirecionaram suas atenções para descobrirem as causas específicas das síndromes específicas. Nesse sentido, de acordo com Kraepelin, o passo histórico da medicina consistiu na classificação das diferentes espécies de doenças. Já a psiquiatria deveria seguir e ir além destas classificações.

b) A classificação das desordens psiquiátricas demanda uma observação cuidadosa dos fenômenos visíveis. Ainda, somente através do registro, reunião e comparação sistemáticos de histórias de caso é que é possível identificar o conjunto de sintomas que se reúnem em cada caso. Inferências baseadas em teorias etiológicas que carecem de evidência empírica sólida ou que invocam a operação de mecanismos invisíveis devem ser rejeitadas.

c) Pesquisas empíricas demonstrarão, eventualmente, que as desordens mentais têm origem orgânica e bioquímica. Até o presente, sabe-se pouco sobre essas causas, mas isso não nos impede de classificá-las, pois uma classificação das desordens mentais é necessária para descobrirmos as etiologias.

² A primeira edição do DSM (DSM-I) apareceu em 1952, mas seu sistema de nomenclatura não era universalmente aceito, já que muitos psiquiatras e instituições psiquiátricas americanas recusaram-se a adotar a sua linguagem comprometida com premissas psicodinâmicas. O editor do manual, Adolph Meyer, abordava os grupos diagnósticos como representações de reações quantitativamente diferentes da personalidade humana para um conjunto único de causas: psicológicas, sociais e biológicas (YOUNG, 1995, p.98).

novo modelo nosológico para os transtornos ansiosos, cujo postulado básico era a distinção entre crises de ansiedade e ansiedade crônica fundada na resposta aos efeitos tranquilizantes e ansiolíticos da imipramina. Sob a categoria *pânico*, Klein reuniu os pacientes cujos sintomas eram suscetíveis de melhora com um tratamento à base daquele fármaco, obtendo, assim, duas categorias distintas: *ansiedade crônica* e *transtorno de pânico*. O termo *pânico*³ foi escolhido em função do caráter súbito e inexplicável dos ataques de ansiedade e medo.

Naquela ocasião, contudo, a psiquiatria americana ainda não possuía uma nosografia consistente com as necessidades de uma ciência experimentalmente fundamentada, já que as nosografias existentes, como já foi mencionado, baseavam-se em premissas psicodinâmicas. Essa situação levou a Associação Americana de Psiquiatria a buscar uma nosografia que desse conta da nova demanda. É aí que surge o DSM-III (1980): uma nosografia moldada segundo a perspectiva descritiva de Kraepelin e identificada com a demanda de uma psiquiatria baseada em experimentação.

Conforme a descrição de A. Young, o DSM-III é um inventário de cerca de 200 desordens mentais. Cada uma dessas desordens é considerada como “uma síndrome psicológica” ou um “comportamento clinicamente significativo” (DSM-III, 1980, p.6 citado por YOUNG, 1995) e estão agrupadas em categorias baseadas em padrões compartilhados: transtornos de ansiedade, transtornos sexuais, esquizofrenia, etc. Por outro lado, na “Introdução” do DSM-III está escrito que o manual fornece uma *metalinguagem diagnóstica*, isto é, uma forma de falar sobre desordens mentais que não é específica de nenhuma orientação teórica, pois fundamenta-se em padrões estatísticos, baseados, por sua vez, em comportamento, marcadores bioquímicos, déficits cognitivos, etc.⁴.

De acordo com Martínez-Hernández (2000), é precisamente a negação da teoria que permite situar o manual no terreno da ideologia empiricista e, mais especificamente, no campo da teoria empiricista da linguagem⁵, uma teoria que situa categorias e fenômenos em uma relação de um para um. Na nosologia neo-kraepeliniana, o diagnóstico torna-se o simples exercício da aplicação de nomes predeterminados a coisas. Essa estratégia, segundo o autor, é

³ De acordo com diferentes documentos biomédicos, a origem do termo *pânico* está ligada à palavra grega “*panikón*”, isto é, terror ou pavor repentino que vem de Pã. Conta o mito de Pã que essa divindade grega, com cabeça e tronco humanos e patas e chifres de bode, divertia-se infundindo o *terror pânico*, devido à sua estranha figura, nos viajantes que se aventuravam nas regiões montanhosas da Arcádia.

⁴ Em relação às críticas – especialmente as da psicanálise – feitas ao DSM-III na época de sua publicação, remeto o(a) leitor(a) ao trabalho de Young “Harmony of Illusion” (1995, p.100).

⁵ Sobre a teoria empiricista da linguagem, ver também Byron Good, *O Coração do Problema: a semântica da doença no Irã*, 1977.

uma tentativa de limitar a inferência teórica, assim como a tradição positivista tentou restringir seu escopo teórico a “uma cópia dos fatos”.

A importância do DSM-III para a categoria *transtorno de pânico* é crucial: é a partir de sua entrada naquele manual que esta perturbação recebe o status atual de entidade nosológica, ou seja, de doença com limites precisos e com etiologia e tratamento conhecidos. Além disso, a descrição que o DSM-III - e mais recentemente a do DSM-IV(1995) - dá ao transtorno torna-se a referência socioculturalmente legítima para todas as outras fontes: compêndios de psiquiatria, manuais de psiquiatria, revistas, livros de auto-ajuda, internet, etc.

2.2. O PÂNICO COMO “TRANSTORNO DE PÂNICO”: O MODELO BIOMÉDICO

O *transtorno de pânico* é descrito por Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 545), no Compêndio de Psiquiatria, junto aos *transtornos de ansiedade* e encontra-se acompanhado, por exemplo, do transtorno obsessivo-compulsivo, da fobia social, do transtorno do estresse pós-traumático e da ansiedade generalizada.

Em relação aos transtornos ansiosos, os autores citados acima esclarecem - e confirmam o que já foi mencionado na sessão anterior - que, nas últimas décadas, a psiquiatria norte-americana afastou-se de conceitualizações baseadas em formulações psicodinâmicas das neuroses e que, inclusive, esse termo foi suprimido da nomenclatura médica oficial.

Uma rápida passagem pela abordagem biomédica da ansiedade faz-se necessária, já que é dela que partem os demais elementos do modelo. Assim, de acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997): “(...) a sensação de ansiedade é vivência comum a, virtualmente, todos os seres humanos. (...) caracteriza-se por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, geralmente acompanhados de sintomas autonômicos”⁶.

O *sentimento difuso e desagradável* é considerado como um sinal de alerta, um aviso que possibilita que a pessoa tome medidas preventivas contra a ameaça. Quando considerada como um simples estado de alerta, a ansiedade é similar ao medo⁷, porém com uma diferença: o medo é uma resposta aguda a uma ameaça externa, definida ou *não-conflituosa*; já a ansiedade tem um caráter crônico e é decorrente de conflitos. Entretanto, a ansiedade diferencia-se mesmo do medo por estar ligada diretamente às ameaças - *internas* ou *externas*

⁶ Relativos ao sistema nervoso autônomo, que produz sintomas como palpitações cardíacas, sudorese, dilatação da pupila, tremores, inquietação, etc

⁷ Segundo o Compêndio, a distinção entre medo e ansiedade surgiu por acidente: os primeiros tradutores de Freud teriam traduzido a palavra alemã para medo, *angst*, como ansiedade.

- à própria *unidade ou integridade* (KAPLAN, SADOCK E GREBB, p.546): ameaças de lesões corporais, dor, impotência, possível punição ou frustração de necessidades sociais ou corporais, separação de pessoas amadas, etc.

Para explicar a *ansiedade patológica*, Kaplan, Sadock e Grebb (1997) discorrem sobre as *teorias biológicas* e as *teorias psicológicas* - psicanalíticas, comportamentais e existenciais. As teorias biológicas sobre ansiedade são centrais para o modelo biomédico sobre o *pânico*, e em relação ao desenvolvimento delas, os autores dizem o seguinte:

(...) as teorias biológicas sobre a ansiedade desenvolveram-se a partir de estudos pré-clínicos com modelos animais de ansiedade; do estudo de pacientes nos quais foram determinados fatores biológicos; do crescente conhecimento envolvendo a neurociência das ações de drogas psicoterapêuticas. Em um extremo, há os que afirmam que as alterações biológicas mensuráveis nos pacientes com transtornos de ansiedade refletem os resultados de conflitos psicológicos; o pólo oposto afirma que os eventos biológicos precedem os conflitos psicológicos. Ambas as situações podem existir em indivíduos específicos, podendo haver um espectro de sensibilidades de base biológica entre pessoas com sintomas de transtorno de ansiedade.”(KAPLAN, SADOCK E GREBB, p.548)

Dentre os modelos biológicos apresentados pelos autores do *Compêndio de Psiquiatria* (1997), destaco o dos *neurotransmissores*. Trata-se de um modelo desenvolvido a partir de estudos em animais⁸ e de respostas a tratamentos medicamentosos e que mapeou três neurotransmissores associados à ansiedade: noradrenalina, serotonina e ácido gama-aminobutírico (GABA).

Assim, a formulação biomédica para o *pânico* parte de premissas biológicas⁹ e de modelos comportamentais e farmacológicos sobre a ansiedade e o envolvimento dos neurotransmissores nos processos ansiosos. A participação da perspectiva psicanalítica nessa

⁸Conforme o *Compêndio*: “Grande parte das informações básicas da neurociência sobre a ansiedade provém de experiências com animais envolvendo paradigmas comportamentais e agentes psicoativos. Um desses modelos da ansiedade em animais é o teste do conflito no qual o animal é simultaneamente confrontado com estímulos positivos (por exemplo: alimentos) e negativos (por exemplo: choque elétrico). As drogas ansiolíticas tendem a facilitar a adaptação do animal a esta situação, ao passo que outras drogas (como as anfetaminas) desintegram ainda mais as suas respostas comportamentais. (KAPLAN, SADOCK E GREBB, p.548)

⁹ Uma premissa biológica é aquela que vai buscar nos processos físico-químicos as respostas para os fenômenos pesquisados. Na verdade, conforme José Carlos Rodrigues (1989,p.51), esta é uma “premissa biológica estreita” já que hoje já se pode falar em uma “nova biologia”.. Essa biologia nova “abre-se ao fenômeno social que, embora largamente presente entre os animais e mesmo entre os vegetais, não era apreendido, por ausência de princípios teóricos e de conceitos. O ponto de vista teórico vigorante atualmente é outro: o organismo é contextualizado em seu meio, mas a própria idéia de *meio* também se transformou. *Meio* não é mais um pano de fundo físico-químico, passivo e contextual. È, antes, um sistema global de interinfluências biopsicossociais: é ecológico e também etológico.

formulação fica implícita na terminologia, mas é destacada como uma teoria associada e como referência histórica - já que a conceitualização da ansiedade origina-se naquele campo da psicologia.

Retomo Martínez-Hernández (2000, p. 29-30), que aponta algumas considerações relevantes para esta discussão. O autor diz:

Uma das constantes na história da psiquiatria é a tensão criada pela sua tentativa de juntar-se ao modelo biomédico e os obstáculos que impedem sua adesão aos ideais deste modelo. (...) o conhecimento psiquiátrico contemporâneo continua incapaz de tornar visíveis os processos patofisiológicos, determinar a etiologia da maioria das desordens mentais e, conseqüentemente, estabelecer normas biológicas revestidas com a aparência de “realidades inquestionáveis”.

O autor citado destaca que até o momento atual, com umas poucas exceções – como as assim chamadas desordens mentais orgânicas –, as etiologias orgânicas das desordens mentais ainda estão no plano da conjectura. Com isso, Martínez-Hernández não quer dizer que associações ou correlações estatísticas não tenham sido estabelecidas entre uma série de processos orgânicos e determinados conjuntos de sintomas ou síndromes.

Por esta razão as classificações psiquiátricas atuais são clínicas (baseadas em sinais e sintomas) e/ou patocronológicas (baseadas no curso), mas não etiopatogênicas (causais) ou anatomopatológicas (baseadas na localização da desordem). Em outras palavras, o que as classificações expressam não é um conhecimento sobre processos de doenças, mas as manifestações destes processos: seus sinais e sintomas. (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2000, p.32)

Seguindo a lógica descritiva da psiquiatria contemporânea, comentada por Martínez-Hernández, a definição apresentada por Kaplan, Sadock e Grebb para o *transtorno de pânico* é basicamente descritiva, ou seja, esse transtorno é definido a partir de sua sintomatologia:

O transtorno de pânico se caracteriza pela ocorrência espontânea e inesperada de ataques de pânico. Os ataques de pânico têm duração relativamente breve (geralmente menos de 1 hora) com intensa ansiedade ou medo, junto com sintomas somáticos como palpitações e taquipnéia.” (1997, p. 553)

Já o *ataque de pânico* está descrito como uma crise inesperada, de duração relativamente breve (segundo a fonte, as crises duram, geralmente, menos de 1 hora), com intenso medo ou ansiedade, junto com sintomas corporais, como palpitações e respiração rápida. Reproduzo abaixo o quadro – extraído do DSM-IV e encontrado no Compêndio de

Psiquiatria (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997) –, com os critérios diagnósticos para o *ataque de pânico*:

Critérios Diagnósticos para Ataque de Pânico
<p>Um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual quatro (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvem-se abruptamente e alcançam um pico em 10 minutos:</p> <p>1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado; 2) sudorese; 3) tremores ou abalos; 4) sensação de falta de ar ou sufocamento; 5) sensação de asfixia; 6) dor ou desconforto torácico; 7) náusea ou desconforto abdominal; 8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; 9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciada de si mesmo); 10) medo de perder o controle ou enlouquecer; 11) medo de morrer; 12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento) e 13) calafrios ou ondas de calor.</p>

Conforme o jornal oficial do Conselho Federal de Medicina (C.F.M.), *Medicina – Conselho Federal*, o *transtorno de pânico* inicia-se com as crises e geralmente passa para um quadro de *agorafobia*, no qual a pessoa evita determinadas situações ou lugares por temer o início de uma outra crise. Ainda segundo o jornal do CFM, situações e locais típicos de *agorafobia* são: túneis, engarrafamentos, avião, grandes espaços abertos, shopping centers, ficar sozinho, sair sozinho. Embora o desenvolvimento de *agorafobia*, de acordo com as fontes examinadas, seja freqüente, o DSM-IV prevê critérios diagnósticos para *transtorno de pânico com agorafobia* e *transtorno de pânico sem agorafobia*.

Ainda no Compêndio de Psiquiatria (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997), em relação à etiologia estão descritos, nesta ordem, fatores biológicos, fatores genéticos e fatores psicossociais. Quanto aos fatores biológicos evocados, eles se referem às alterações nos sistemas neurotransmissores da noradrenalina, serotonina e ácido gama-aminobutírico relacionados aos sistemas de alerta, reação e defesa do sistema nervoso central. Esta é a hipótese básica da biomedicina para explicar a origem das *crises de pânico*: a ativação desequilibrada do sistema de alerta. Diz o texto:

Os dados biológicos em sua totalidade focalizaram a atenção das pesquisas sobre o tronco cerebral (particularmente, sobre os neurônios noradrenérgicos do locus ceruleus e os neurônios serotoninérgicos do núcleo da rafe mediana), o sistema límbico (possivelmente responsável pela geração de ansiedade antecipatória) e o córtex pré-frontal (possivelmente responsável pela geração da esquiva fóbica).” (KAPLAN, SADOCK E GREBB, 1997, p.554)

A relação etiológica entre sintomas e bases neurológicas¹⁰ mal-funcionantes surgiu em todos os documentos biomédicos investigados e está evidente no texto do Compêndio de Psiquiatria, citado acima. É interessante que, para cada sintoma descrito, a biomedicina procura encontrar uma correspondência física. Assim, à *ansiedade antecipatória* está relacionado o sistema límbico e à *esquiva fóbica*, o córtex pré-frontal.

Nessa perspectiva, é possível dizer, junto com Byron Good (1990), que a ênfase do modelo biomédico recai na interpretação dos sintomas como manifestações de uma realidade biológica subjacente e que a biomedicina possui uma *visão estratigráfica* da doença - em camadas sucessivas de acesso e visibilidade¹¹. Para esse autor, inclusive, se a perspectiva biomédica reconhece que estas manifestações podem receber influências da cultura, por outro lado ela presume que as queixas podem ser mapeadas diretamente de sensações e processos patológicos. Na visão biomédica, a desordem, “(...) localiza-se no corpo individual, e a meta do tratamento é entender o fenômeno de superfície com referência a uma ordem ontológica mais profunda, para conectar sintomas e sinais à estrutura e funções fisiológicas a fim de intervir neste nível”. (BYRON GOOD, 1990)

Na sua costura das realidades patológicas com as realidades profundas e físicas, a formulação da biomedicina encontra na genética uma explicação etiológica coerente com seu sistema. Assim, em relação aos *fatores genéticos*, Kaplan, Sadock e Grebb afirmam:

Vários estudos descobriram um aumento de 4 a 8 vezes no risco para transtorno de pânico entre os parentes em primeiro grau de pacientes com transtorno de pânico, em comparação com os parentes em primeiro grau de outros pacientes psiquiátricos. Os estudos com gêmeos realizados até o momento, em geral, relatam que os gêmeos monozigóticos¹² estão mais propensos a serem concordantes para o transtorno de pânico do que os gêmeos dizigóticos.”(KAPLAN, SADOCK E GREBB, 1997, p. 555)

Em relação aos *fatores psicossociais*, duas teorias estão apontadas como as formulações desenvolvidas para explicar a origem psicossocial do *transtorno de pânico* e da *agorafobia*: as teorias cognitivo-comportamentais e as teorias psicanalíticas.

¹⁰ Nesse sentido, para destacar a amplitude do paradigma organicista biomédico, aponto que a década de 90 foi declarada a *década do cérebro* pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido às novas descobertas no campo da fisiologia, genética, neuroquímica, neuroimagem e psicofarmacologia, as quais permitiram um maior conhecimento do cérebro e produziram grande impacto na diagnose e tratamento e de *transtornos mentais*.

¹¹ Este tema tem sido descrito e comentado por diversos autores da antropologia da saúde aos quais remeto o leitor. Entre eles, destaco Byron Good (1999); A. Kleinmann (1992); Zempléni (1985), etc.

¹² Zigoto é a célula reprodutora formada pela reunião de dois gametas de sexo oposto; óvulo fecundado. Gêmeos monozigóticos são aqueles de cuja formação participaram um óvulo e um espermatozoide

Segundo o Compêndio de Psiquiatria (1997), para as teorias comportamentais, a ansiedade é uma resposta aprendida pela modelagem do comportamento parental ou pelo processo de condicionamento clássico. Já as formulações psicanalíticas conceitualizam os *ataques de pânico* como resultantes de uma defesa malsucedida contra impulsos ansiogênicos e afirmam que há sempre um *ativador psicológico* para o *ataque do pânico*.

Um olhar mais atento sobre as teorias comportamentais, as experiências de condicionamento e seus diálogos com a biomedicina mostrar-se-ia fecundo, mas escaparia dos limites deste estudo. Ficam em aberto as indagações: por que a psicologia comportamental está solitariamente contemplada - apenas a psicanálise a acompanha - no discurso biomédico sobre o *transtorno de pânico*? Deve-se à afinidade de ambas com o modelo empírico?

Por outro lado, é possível observar que a psicanálise encontra também um espaço entre o modelo biomédico que não descarta as causas psicológicas mas as reposiciona na grade de seu sistema, conforme pode ser avaliado nas seguintes colocações:

Embora os ataques de pânico estejam relacionados neurofisiologicamente com o locus ceruleus, o início do pânico geralmente está conectado a fatores ambientais ou psicológicos. Há evidências experimentais de que os indivíduos que sofrem de pânico têm uma incidência mais alta de acontecimentos vitais estressantes – especialmente, perdas¹³ (KAPLAN, SADOCK E GREBB, 1997, p.555).

As pesquisas indicam que a causa dos ataques de pânico tende a envolver o significado inconsciente de eventos estressantes e que a sua patogênese pode estar relacionada a fatores neurofisiológicos ativados pelas reações psicológicas. (KAPLAN, SADOCK E GREBB, 1997, p.555)

Em relação ao tratamento biomédico para o *pânico*, o Compêndio de Psiquiatria (1997, p. 559) afirma:

Com tratamento, a maioria dos pacientes melhora dramaticamente de seus sintomas de transtorno de pânico e agorafobia. Os dois tratamentos mais efetivos são a farmacoterapia¹⁴ e a terapia cognitivo-comportamental. A terapia familiar e de grupo pode ajudar os pacientes afetados e suas famílias a se ajustarem ao fato de que os

¹³ A *ansiedade de separação* é apontada pelo modelo psicanalítico como uma das origens da angústia e, conseqüentemente, dos acessos de angústia.

¹⁴ Entre os medicamentos indicados para o tratamento deste *transtorno de ansiedade* são recorrentemente citados os ansiolíticos e os antidepressivos

pacientes têm o transtorno e às dificuldades psicossociais que o transtorno possa ter precipitado.

Observa-se, na descrição acima, a ênfase dada ao tratamento medicamentoso e também à terapia cognitivo-comportamental; esta última desponta, como já apontei antes, como a terapia não-medicamentosa preferencial para o modelo biomédico.

A fim de conhecer os interesses de pesquisas em relação à temática do *pânico* entre alguns pesquisadores do campo biomédico, examinei a base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)¹⁵. Assim, para a chamada *síndrome and pânico*, obtive uma amostra de 35 sumários de pesquisas biomédicas envolvendo *pânico* e realizadas no período entre 1984-1999. A partir dessa amostragem consegui discernir três campos de preocupações: 1- pesquisas envolvendo alterações somáticas e pânico; 2- pesquisas sobre relação do pânico com outras doenças mentais; 3- pesquisas específicas sobre pânico. Vide quadro na página seguinte:

¹⁵ Destaco para os(as) leitores(as) que somente examinei a base de dados LILACS e que não pesquisei em outras fontes como por exemplo a Medline.

Alterações Somáticas e Pânico	Pânico e Outras Doenças Mentais	Pesquisas Específicas sobre Pânico
prolapso de válvula mitral/pânico (7 pesquisas)	depressão/pânico (2 pesquisas)	fisiopatologia (2 pesquisas)
alterações de tireóide/pânico (1 pesquisa)	alcoolismo/pânico (1 pesquisa)	psicofármacos (8 pesquisas)
dor-précardial/pânico (2 pesquisas)	histeria/pânico (2 pesquisas)	determinação do perfil de personalidade em pacientes c/ pânico (1 pesquisa)
tonturas/pânico (2 pesquisas)	ansiedade de separação/agorafobia (1 pesquisa)	teste de protocolo para diagnóstico de pânico (2 pesquisas)
asma brônquica/pânico (2 pesquisas)		tratamento
sintomatologia auditiva e vestibular/pânico (1 pesquisa)		

Através desse pequeno mapeamento pude perceber, sem surpresas, a ênfase do modelo biomédico na busca da aproximação do *pânico* com a dimensão física (physis =natureza): é possível verificar que, de um total de 35 pesquisas, 25 delas estão relacionadas, de uma maneira ou de outra, com a esfera corporal.

Por outro lado, essas recentes pesquisas permitiram-me avaliar a intensidade da mobilização dos profissionais da biomedicina para alcançar critérios de diagnóstico; para encontrar clareza na relação proximidade/afastamento do pânico com outras doenças *mentais* – por exemplo, pânico/histeria – e com doenças *físicas* – pânico/prolapso de válvula mitral –; para esclarecer tratamentos, etc. Sem dúvidas, o *pânico* – apesar de já ter sido descrito como entidade nosológica, em 1980, no DSM-III, como já foi dito - ainda está sendo delimitado, mapeado e construído.

Um outro tema que será contemplado nestas reflexões sobre a discussão da biomedicina acerca do *pânico* é a maneira pela qual o discurso biomédico apropria-se do ponto de vista do *doente*. É recorrente entre os teóricos da antropologia da saúde – entre eles destaco Byron Good (1999), Arthur Kleinman (1982,1988), Angel Martínéz-Hernández (2000) – a afirmação de que, no modelo da biomedicina, o ponto de vista do sofredor – ou as “queixas” do doente – é chamado para revelar *a dimensão patofisiológica da enfermidade*, isto é, para

ênfatisar a correlação entre sintomas e biologia ou natureza. A compreensão da forma *como* a psiquiatria e a biomedicina abordam os *sintomas* é central para o entendimento da crítica antropológica à maneira biomédica de abordar o que o doente fala que sente.

Nesse sentido, de acordo com Martínez-Hernández (2000), a psiquiatria pode tratar os sintomas como *sinais físicos reificados* para articulá-los em um paradigma universalista, *ou* pode reconhecer que sintomas não são sinais e que, conseqüentemente, requerem interpretação. Para esse autor, a biomedicina está comprometida com o neo-kraepelinismo, um movimento da psiquiatria contemporânea – já mencionado anteriormente – que privilegia a primeira destas duas possibilidades. Retomo suas reflexões já que elas explicam claramente a maneira como, no encontro médico-paciente, o ponto de vista do doente é remodelado e inserido na grade diagnóstica biomédica:

O clínico adota a posição, capturada por Lacan com precisão, do “sujeito que supostamente sabe” (LACAN, 1973, p.240). Em perfeita oposição, pacientes “não sabem” e quando eles não se sentem bem, voltam-se para o profissional em busca de alívio, tanto para suas doença como para a angústia que esta lhe causa. Os pacientes descrevem o que eles sentem, relatam seus sintomas e contam a história de sua aflição. De todas estas informações o profissional resgata somente alguns fatos sobre os quais fundamenta uma diagnose. Esta operação de resgate envolve a conversão de “Meu Deus! A vida não tem mais sentido desde que o meu marido morreu!” em “sentimentos de desespero”. Se o relato da história do paciente parece que divaga para além do sujeito - “é claro que minha filha cresceu e quer viver sozinha”- o profissional pode ouvir o paciente um pouco, mas finalmente pergunta “Você se sente cansado pela manhã?”, “Perdeu peso recentemente?” O paciente entende a mensagem e tenta ser mais preciso. Novamente o psiquiatra pode interromper com mais questões: “Você já pensou em suicídio?”, “Você já pensou que a vida não vale mais à pena?”, “Você dorme bem à noite?” O paciente responde a estas questões mas sempre em termos biográficos e morais. Novamente o clínico tenta ajustar o foco: “Há quanto tempo você vem se sentindo assim?” ou “Você está tomando sua medicação?” - conseqüentemente convertendo a história em um inventário de fatos remodelados em termos de critérios diagnósticos. (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2000, p. 246-247)

Segundo Martínez-Hernández, no processo diagnóstico da biomedicina, há a conversão de sintomas em sinais físicos; a supressão da autoria; a evitação da mensagem e da intenção significativa da queixa. Nesta perspectiva, a intenção do leitor torna-se dominante e limita o sintoma à sua própria interpretação:

A semiose torna-se física, um fenômeno natural que adquire significado somente na medida em que o receptor da mensagem o constrói. O modelo resultante é unidirecional com a interpretação movendo-se do clínico para o paciente ou, mais precisamente, do profissional para a doença. A única variabilidade de qualquer significância aqui é produzida pela inferência clínica: o diagnóstico será ansiedade ou depressão?”(MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2000, p. 248)

Se o diagnóstico é o objetivo principal do encontro clínico, então a experiência do doente com o sofrimento não é contemplada. Ao invés, o discurso biomédico produz um novo enfoque sobre essa experiência. Nesse sentido, observei que, nos documentos biomédicos examinados, os depoimentos dos doentes com *pânico* são importantes na medida em que avalizam e reforçam: primeiro, um estado de sofrimento que precisa ser diagnosticado, tratado e eliminado e, segundo, a ausência de relação dos sintomas com o contexto sociocultural. Por exemplo, à dimensão do sofrimento presente no seguinte depoimento “De repente, eu senti uma terrível onda de medo, sem nenhum motivo. Meu coração disparou, tive dor no peito e dificuldade para respirar. Pensei que fosse morrer” (FOLHETO informativo¹⁶ distribuído pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica¹⁷), o discurso biomédico vai responder apontando o potencial destrutivo da perturbação, a necessidade de um diagnóstico preciso e de um tratamento que elimine o sofrimento.

Para Illich (citado por VARGAS, 1998, p.128-129), o ideal médico do *bem-estar* demanda, ao lado da luta contra a morte e pela cura das doenças, uma batalha pela eliminação da dor. Para vencer essa batalha, os saberes médicos apropriam-se da dor e do sofrimento, os quais passam a ser reificados, tornando-se índices de reações de um organismo ameaçado em sua saúde. Assim, é preciso que a dor se cale, o sofrimento vá embora para que o corpo se recolha- em seu silencioso funcionamento. Vargas (1998, p. 129), seguindo Illich, acrescenta:

As sensações do corpo passam a ser, por conseguinte, um problema técnico.(...) O problema, adverte Illich, é que esse processo de medicalização da dor, ao responder dessa maneira acelerada à demanda de gestão técnica das sensações do corpo, constituiu, como uma de suas táticas mais significativas, a crescente prescrição do uso medicamentoso de drogas, em especial a dos analgésicos, dos tranqüilizantes, dos antidepressivos e dos ansiolíticos.

¹⁶ Este folheto disponibiliza, sob a forma de perguntas e respostas, uma série de informações sobre sintomas, gravidade do distúrbio, tratamento, causa, recursos terapêuticos, etc.

¹⁷ O folheto do National Institute of Mental Health/ Instituto Nacional de Saúde Mental foi produzido pelo Departamento de Saúde e Serviço Social dos EUA, em 1991, e traduzido e distribuído no Brasil pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (SBPsC). Este material integra o Programa de Educação Sanitária da SBPsC.

Sob essa ótica, o sofrimento, hiperexaltado nos documentos biomédicos sobre *pânico*, aparece como um sinal que legitima a intervenção médica através da prescrição do tratamento biomédico. A implicação dessa legitimidade, por sua vez, é a medicalização do sofrimento.

Por outro lado, a ênfase nos aspectos destrutivos do pânico remete às reflexões de Laplantine (1991, p. 101) sobre doença, as quais retomo:

A doença, longe de ser uma experiência bruta - uma experiência apreendida pelo médico em termos de “fatos nosográficos” e pelo etnólogo em termos de “fatos etnográficos”- é principalmente ambivalente e relativa a sistemas de avaliação que informam, ao mesmo tempo, a prática do terapeuta e a experiência do doente .

Entre os *sistemas de avaliação*, Laplantine (1991) discerniu o *modelo da doença maléfica* e o *modelo da doença benéfica* – tais modelos surgiram a partir de seu estudo sobre representações da doença e da cura. Nesta reflexão sobre o modelo biomédico para o *pânico*, é interessante destacar o *modelo de doença maléfica*.

Nesse sentido, segundo o autor, o *modelo de doença maléfica* está ligado à constituição do saber médico no Ocidente – o modelo hegemônico da biomedicina – que se inscreve na lógica da doença como mal absoluto. Nesse modelo, a doença é percebida como perigosa, nociva e indesejável e deve ser evitada através da profilaxia e prevenção. Quando as técnicas de evitação não são bem-sucedidas e a doença se instala, ela deve ser rapidamente combatida – seja frontalmente, através de uma contra-agressão (como, por exemplo: antibioticoterapia) ou indiretamente, mediante ajustes e correções, como nas terapias de inspiração psicológicas.

Além disso, ainda de acordo com Laplantine, somos ensinados pela cultura biomédica a viver a doença como um não-sentido radical, um azar, um absurdo, já que a doença é abordada como um acontecimento catastrófico sem revelações, significados ou justificativas.

2.3. A DISCUSSÃO DA MÍDIA SOBRE O PÂNICO

O *pânico* mostra-se como um tema extremamente popular na mídia: recebe tratamento extenso na internet; aparece, com frequência, em revistas de interesse geral como a *Veja* e a *Tudo*; é matéria de reportagens na TV e em jornais de circulação diária, como o

Diário Catarinense. Assim, hoje em dia não é difícil obter informações sobre o *pânico* –ao menos para quem pode ter acesso a revistas, TV, jornais e, especialmente, a internet.

De fato, quando eu pesquisei na internet, observei que havia uma quantidade considerável de textos cujos autores eram pessoas que, conforme afirmavam, haviam passado pela experiência com a perturbação e que então se colocavam na rede como referência, tanto de informação como de solidariedade. Além desse gênero de texto, encontrei muito material produzido por médicos, entre eles alguns psicanalistas, e instituições médicas. Em todos os casos, *links* e referências de livros, listas de mensagens e vídeos encontravam-se à disposição do internauta. Entre os *links* apontados foi freqüente achar referências a *sites* estrangeiros – homepages privadas, *sites* de instituições, etc. –, principalmente norte-americanos, mas também ingleses, uruguaios, etc., o que indicou a amplitude e a fecundidade do fenômeno na rede brasileira e na sociedade ocidental contemporânea.

Entre as formulações produzidas por profissionais brasileiros da saúde, destacaram-se duas perspectivas teóricas: a da psicanálise e a da biomedicina. Curiosamente, junto aos *sites* brasileiros, de leigos e profissionais, percebi a renitente repetição de *um* discurso. Explico-me: encontrei um modelo de perguntas e respostas sobre a perturbação que se repetiu em vários *sites*, o qual observei, depois, no *site* do Instituto de Saúde Mental dos E.U.A (gopher://gopher.gsa.gov:70/00staff/pa/cic/health/panic). Este, ao meu ver, mostrou-se como a fonte na qual beberam os demais *sites* examinados¹⁸. Trago aqui esse assunto para apontar o que me pareceu ser considerado, do ponto de vista dos nativos que freqüentam o espaço da internet, como o “discurso confiável da internet sobre o *pânico*” ou “a voz que sabe o que é e o que não é o *pânico*”.

O *site* intitulado *Página sobre o Transtorno do Pânico* (www.geocities.com/Rainforest/1332/pan.html), existente desde 1996 e, segundo o seu texto, organizado pelo economista Sérgio Valle, chamou a minha atenção. Trata-se de um dos *sites* que repete o mencionado modelo de perguntas e respostas norte-americano, mas que não se limita a uma simples reprodução e acrescenta outras questões. Além disso, o organizador reuniu uma enorme variedade de *links*, citou referências de livros, vídeos, etc.

Junto ao título do *site*, destaca-se, significativamente, a imagem de um pequeno cérebro. A relação do *pânico* com a dimensão neurofisiológica mostrou-se praticamente onipresente nos *sites* pesquisados e, no caso escolhido, essa conexão estava explícita desde o

¹⁸ Para citar alguns, aponto os sites www.doctor.com.br/doecars.htm#03 e www.geocities.com/Rainforest/1332/pan.html, nos quais encontrei a repetição do modelo oferecido pelo *site* do Instituto de Saúde Mental dos EUA.

início. Entre as perguntas e respostas que aparecem no *site* do Instituto de Saúde Mental dos EUA e que são reproduzidas pelo *site* brasileiro, destaco o item *O transtorno do pânico é um problema sério?*, no qual há a seguinte resposta:

O Transtorno de Pânico (T.P.) é um problema sério de saúde. Atualmente 2% a 4% da população mundial sofre deste mal, que acomete mais mulheres do que homens em uma proporção de 3 para 1. Há muito que o T.P. deixou de ser um diagnóstico de exclusão. Hoje mais do que nunca, há necessidade de um diagnóstico de certeza para tal entidade clínica. As pessoas que sofrem deste mal costumam fazer uma verdadeira **via-crucis** a diversos especialistas médicos e após uma quantidade exagerada de exames complementares recebem, muitas vezes, o patético diagnóstico do **nada**¹⁹, o que aumenta sua insegurança e desespero. Por vezes esta situação dramática é reduzida a termos evasivos como: estafa, nervosismo, stress, fraqueza emocional ou problema de cabeça. Isto pode criar uma incorreta impressão de que não há um problema de fato e de que não existe tratamento para tal patologia (VALLE, 1996).

Neste caso, o *pânico* é enfaticamente afastado tanto do *nervosismo* como da *estafa*, do *stress*, da *fraqueza emocional* e do *problema de cabeça*.

O termo *nervosismo* inclui-se no universo semântico da categoria doença dos nervos ou do nervoso a qual tem sido ampla e internacionalmente estudada por diversos pesquisadores antropólogos, entre eles, para citar somente os brasileiros, Luiz Fernando D. Duarte (1976), Marina Cardoso (1999), Miriam Cristina Rabelo e Paulo César Alves (1999), Maria Lúcia Silveira (2000). Para Maria Lúcia Silveira, que estudou o fenômeno da doença dos nervos entre pessoas de camada popular, moradoras do Campeche, em Florianópolis, o nervoso sintetiza uma experiência pessoal na vida social, funcionando como um idioma social reconhecido que permite ao doente o acesso a uma condição privilegiada: atenção especial, alívio de certas obrigações, proteção, etc. Então, não é possível considerar o nervoso como um acontecimento meramente biológico. Sofrer ou ter uma crise de nervos é, sobretudo, uma oportunidade para expressar um contexto pessoal, social, político adverso ou hostil.

Já *problema de cabeça* ou *doença da cabeça*, conforme Marina Cardoso (2000), é uma categoria que, tal como a categoria doença dos nervos, enfatiza a relação do sujeito com seu ambiente físico, moral e social. Distancia-se, contudo, do *nervoso*, por ser a expressão máxima desse estado. A autora, em seu estudo entre camadas populares, observou o uso da

¹⁹ Conservei os negritos que existiam no texto original, já que eles são indicativos da ênfase e da importância que o texto quer atribuir às categorias que não devem ser confundidas com *transtorno de pânico*.

expressão *doença da cabeça* em situações nas quais a gravidade da doença dos nervos se manifestava em toda a sua radicalidade, nas palavras da autora:

Dentro do quadro mórbido do *nervosismo*, o *estar ou ter cabeça fraca* representava assim um estado de perturbação maior que afetava o desempenho das funções, naquilo que elas valorizavam no indivíduo, ou seja, a demonstração da capacidade de discernimento e responsabilidade pessoal frente à atribuições e aos acontecimentos. Esses atributos apareciam como as qualidades maiores que o indivíduo devia possuir, culturalmente dadas e idealmente valorizadas como necessárias e constitutivas das funções e papéis a ele atribuídos.” (CARDOSO, 2000, p. 165-166)

Por outro lado, de acordo com M. Lúcia Silveira (2000, p. 64), à histeria e à hipocondria era atribuída uma constituição fraca ou contranatural dos nervos. Nesse sentido, é possível pensar que a expressão *fraqueza emocional*, utilizada no texto da internet, está associada ao *nervoso*, mas já inserida em uma matriz psicologizada através do conceito emoção.

Ao que tudo indica, o discurso da internet quer afastar o *pânico* principalmente do modelo do *nervoso*. Tal sinalização sugere-me a busca de legitimidade (PARSONS, 1951) através do aval biomédico, de um sofrimento que, pelo menos para alguns, quer ser específico, isto é, quer ser entidade clínica.

Nessa perspectiva, os balizamentos oferecidos pela camada média urbana – aquela que possui acesso à internet no Brasil contemporâneo – para o que é e o que não é *pânico* tornam-se compreensíveis a partir do conceito de *fronteiras culturais*, de Gilberto Velho, que esclarece:

[...] fronteiras culturais são as diferentes tradições culturais, as diversas experiências humanas em termos de valores”as quais demarcam ethos - “aspectos morais, estéticos e valorativos de uma determinada cultura” (GEERTZ,1978) - e visão de mundo - “aspectos cognitivos, existenciais”(GEERTZ,1978). (VELHO, 1987)

Conforme esse autor, em diferentes fronteiras simbólicas pode-se distinguir a “existência de certos temas, de determinados paradigmas culturais mais significativos e que têm um potencial de difusão e contaminação maior do que outros” (VELHO, 1987). Nas camadas populares, *doença dos nervos* é uma noção recorrente e compreensível: é um tema compartilhado nesse campo de comunicação. Já no universo das camadas médias urbanas, o

qual está mais vulnerável às ideologias de modernização e ao ethos individualista e psicologizante (VELHO, 1987 e FIGUEIRA, 1978)²⁰, o modelo do *nervoso* não ecoa: aqui é a formulação biomédica sobre o *pânico* que comunica a *melhor* mensagem.

Ao examinar um outro campo da mídia, o das revistas de circulação nacional, e, mais especificamente, as revistas *Nova*, *Tudo*, *Veja* e *Quem acontece*²¹, encontrei formulações nas quais o *pânico* está descrito como o efeito de um desequilíbrio emocional na revista para mulheres, a *Nova*; de uma ansiedade patológica, na revista *Tudo*; de um medo patológico na *Veja* e como uma somatização decorrente de muitas perdas sofridas e mal-elaboradas na *Quem acontece*.

Em todas as reportagens foram apresentadas referências sobre os sintomas das crises de pânico. Essas sinalizações variaram desde descrições – e também transcrições – de depoimentos de doentes sobre as suas crises – como para lembrar ao leitor que isto aconteceu mesmo, com pessoas reais – até descrições impessoais e bastante próximas do linguajar técnico e abstrato da biomedicina. Como exemplo transcrevo as descrições da crise de pânico da revista *Veja* e da *Nova*:

Veja: “Um ataque de pânico é uma das experiências mais devastadoras que um ser humano pode enfrentar. Ele ocorre sem aviso prévio, em situações das mais comecinhas – no trabalho, numa festa, no carro. A pessoa começa a tremer, é tomada pela tontura, a pressão arterial dispara, o coração bate descompassadamente. Os sintomas são parecidos com os de um infarto, e, nesse instante a morte iminente adquire contornos de certeza (VEJA, ano 34, n.7, p. 107, 2001) .

²⁰ De acordo com Figueira, na sociedade contemporânea a psicanálise difundiu-se para além de seu próprio campo e não somente influencia o *senso-comum* como os discursos científicos. Para este autor, a influência da psicanálise na cultura contemporânea – o Brasil é a segunda maior *cultura psicanalítica* e perde somente para os E.U.A.– reflete-se sobre um *ethos* – um código de emoções, modo de ser –, um *eidos* – lógica do pensamento, a *verdade psicanalítica* – e incide sobre um dialeto – a linguagem ou jargão psicologizado – e a *psicotagarelice* – o falar de si.

²¹ Para quem não conhece as revistas citadas, as seguintes descrições podem ser interessantes: a revista *Nova* é uma revista de gênero da Editora Abril, para mulheres da *cultura letrada* (DUARTE, 1998), que aborda os mais variados temas, considerados pertinentes a este universo, através de um discurso íntimo, informal e pontuado por citações de casos aparentemente recortados da realidade cotidiana. A *Tudo* também é da Editora Abril e, como o seu nome já indica, é uma revista semanal que aborda uma variedade de temas: desde a crueldade humana nas brigas de animais, em reportagem estilo *denúncia*, a crise na Argentina; o programa de TV *Casa dos Artistas* até *Doenças da Ansiedade*. Os seus textos breves, com títulos bombásticos escritos em fontes enormes (no mínimo, fonte n. 28), parecem estar destinados a um público de *camada média* (VELHO, 1987) que busca informações, mas que não se enquadra nos moldes da outra revista de *interesse geral*²¹ da Editora Abril, a *Veja*²¹. A *Veja*, por sua vez, é uma revista semanal que persegue um estilo jornalístico do tipo sério, *neutro* e comprometido com uma *cultura letrada* . Por fim, a *Quem acontece*, da Editora Globo, focaliza sobretudo as *celebridades* do momento, especialmente aquelas da televisão brasileira, e assuntos afins. Através de reportagens carregadas de fotos dos artistas, que podem ocupar a página toda, e acompanhadas de textos curtos, a revista procura atingir, a meu ver, o público feminino adulto-jovem – apesar de não ser específica para este gênero – de *camada média*.

Os sintomas são aterrorizantes. Taquicardia, dor no peito, falta de ar, suores e boca seca aliados ao medo de morrer, de perder o controle ou de ficar louca. Tudo isso mais tremores, formigamento nos braços e nas pernas, calafrios e náuseas (NOVA, p. 101, 1996).

É possível notar nas descrições a mesma configuração de sintomas apresentada pelo modelo biomédico. O texto da revista *Nova* chega bem perto, inclusive, da listagem dos treze sintomas, descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – IV(DSM-IV, 1994). Observo que, à semelhança da biomedicina, está presente a ênfase na potencialidade destrutiva da *crise de pânico*. Ou seja, é comunicado para o leitor o aspecto devastador, aterrorizante, torturador dos ataques.

Nesse sentido, observei nas reportagens, o destacamento do termo *vítima* para os *sujeitos doentes*, de *torturador* para *pânico*, e de *calvário* e *batalha* para o *processo de doença*. Percebe-se que os termos usados pela mídia chamam à imaginação noções de sacrifício, imolação, injustiça, morte, violência, tortura, infortúnio, catástrofe. Essas evocações impressionantes provocam e constroem uma perspectiva que vitimiza o doente e, de uma certa forma, o desresponsabiliza ou exculpa.

Na reportagem da revista *Quem acontece*, o *pânico* aparece como um dos dramas – o pior deles – vividos pela atriz Cristiana de Oliveira. O foco da matéria não é exatamente a perturbação, mas sim a maneira aguerrida como a atriz tem superado diversas adversidades e, entre elas, o *pânico*. Cristiana é, assim, chamada de “guerreira” e de “vitoriosa”, pois suportou todo o sofrimento “sem remédios” e “sem pedir ajuda a ninguém” (QUEM ACONTECE, ano 2, n.72, p.63, 2002). Pensando nas evocações dessa reportagem junto com aquelas abordagens vitimizantes comentadas antes, é possível construir a seguinte lógica: se o *pânico* é um *torturador* e os doentes são suas *vítimas*, devem existir – ou serem criados – *heróis e heroínas* capazes de exaltar a possibilidade de vencê-lo, especialmente sem pedir ajuda e sem tomar medicamentos.

A fim de explicar como surgem os *ataques de pânico* e outras desordens como as fobias, etc., as versões examinadas partem das seguintes premissas: nos animais e nos seres humanos há um *medo* –, *ansiedade ou emoção* inatos e naturais, que são benéficos, saudáveis e necessários quando preservados em um estado puro e equilibrado, mas que, ao serem corrompidos, passam a ser patológicos. E ainda: o medo e a ansiedade são sinalizadores biológicos de situações de ameaça e, assim, quando o perigo é concreto, o medo e a ansiedade são saudáveis e adequados; quando a intimidação é irreal ou subjetiva, são anormais e inadequados. A essas premissas é associado o modelo da “química do medo” (VEJA, ano 34,

n.7, p. 107, 2001), o qual se ancora na formulação biomédica da “ativação do sistema de alerta”..

Nesse sentido, a faceta doentia da *ansiedade*, *medo* ou *emoção* é explicada em termos de um desequilíbrio bioquímico. Para esse desequilíbrio contribuem a predisposição genética, os limites de tolerância do corpo à ansiedade ou medo, a angústia, os conflitos, o stress, as perdas de entes queridos, o uso de hormônios para emagrecimento, a tensão pré-menstrual e, entre outros, o excesso de café.

O desequilíbrio se expressa no plano visível do corpo sob a forma de sintomas, as *crises de pânico*. Sua origem, contudo, é bem mais profunda e está lá nas estruturas cerebrais. Termos técnicos da neurologia – sistema límbico, hipotálamo, amígdalas cerebrais, neuromônios como serotonina, noradrenalina e acetilcolina – são chamados para explicar a *geografia* e a *química* do medo – as responsáveis pela transformação do medo e ansiedade saudáveis em *pânico* doentio.

Nas reportagens, o discurso sobre o *pânico* parte de premissas biológicas e evolucionistas²². Nesse sentido, suas premissas são biológicas, porque apontam para os processos bioquímicos, na busca de oferecer esclarecimentos sobre o fenômeno do *pânico*. Por outro lado, suas premissas são evolucionistas, porque procuram conectar o medo do presente com um medo ancestral e natural, o qual, por uma sucessão de causas e efeitos, torna-se doentio, como pode ser verificado no seguinte fragmento:

Dito assim pode parecer, no entanto, que a ansiedade é uma característica ruim, o que não é verdade. Os cientistas que estudam a evolução dos animais pensam ao contrário. Segundo eles, a ansiedade foi e continua sendo uma vantagem biológica, que serviu aos nossos ancestrais, incorporou-se aos genes da humanidade e nos faz bem até hoje. (...) um instrumento de alerta e reação contra as situações de perigo. Imagine um ancestral do homem descansando em sua caverna, quando, de repente, surge um urso. Nessa situação, a sensação de ter de fazer algo com urgência, seja fugir, seja enfrentar o inimigo, poderia significar a diferença entre a vida e a morte.(REVISTA TUDO, n. 41, 2001).

Ainda nesse sentido, recupero também o depoimento do psiquiatra Geraldo Ballone, da reportagem da revista Tudo (n. 41, 2001): “[...] o homem pensa, logo cria medos”: “Na vida moderna, as idéias de que o colega de trabalho quer puxar o seu tapete ou de que o sinal

²² O evolucionismo é um movimento teórico do século XIX que surge com um grande objetivo: traçar leis gerais que expliquem a transformação do passado em presente. Esse movimento quer construir, através de perspectiva científica, uma elaboração teórica sobre a origem do homem. Está fundamentado no Positivismo, isto é, na idéia de uma evolução contínua, progressiva e que afirma o valor da relação causa-efeito. (MURRAY LEAF, 1979)

vai parar o seu carro diante de um bandido têm, para o homem, um papel semelhante ao do urso para os nossos ancestrais”.

É no mínimo curiosa a aproximação de exemplos tão díspares: aquele do ancestral na caverna que encontra o urso e o medo do bandido na sinaleira fechada. Contudo, é dessa forma que um senso de coerência e lógica é criado na explicação evolucionista e biologizante oferecida pela mídia. A meu ver, essas formulações comunicam uma coerência e uma lógica porque conseguem explicar, primeiro, os sintomas da crise de pânico, ou seja, o padrão visível de expressões corpóreo-mentais e, segundo, o uso de fármacos no tratamento das desordens de ansiedade²³. Por outro lado, acredito que essas formulações acabam por legitimar as pesquisas farmacológicas – e seus custos.

Não somente a perspectiva biomédica aparece no discurso da mídia para explicar a origem do *pânico*, mas também a visão psicanalítica. O ponto de vista da psicanálise é destacado para esclarecer “os vácuos” (Veja, ano 34, n.7, p. 110, 2001) deixados em aberto pelo modelo da medicina biológica. Assim, as reportagens trazem depoimentos de psicanalistas que enfatizam a importância da história e das experiências individuais na constituição da angústia, história esta que, de acordo com aquela perspectiva, é a verdadeira origem das *crises de pânico*. Por outro lado, a visão psicanalítica é trazida para destacar uma fonte de ansiedade: a sexualidade, que, segundo o psicanalista, é geradora de *conflitos e angústia*. Além disso, essa abordagem aparece para demonstrar que há modelos que relativizam as noções de normal/anormal, doença/saúde, como pode ser observado no seguinte fragmento do texto da Veja (ano 34, n. 7, p. 109): “[...] o medo patológico é apenas a expressão de uma angústia mais profunda. Não pode ser considerado uma doença em si”..

É possível afirmar então que, no discurso da mídia, a visão da psicanálise situa-se como um contraponto para o reducionismo biológico da teoria biomédica sobre o desequilíbrio neurobioquímico. Neste contraponto, a psicanálise formula a conhecida idéia: *quem veio antes o ovo ou a galinha?* “Os seguidores de Sigmund Freud enfatizam que o desequilíbrio na química do cérebro não é causa, mas consequência.”(Veja, ano 34, n. 7, p. 110, 2001).

²³ Em relação a isso, a abordagem da revista Veja destacou que: “Os pesquisadores agora se empenham em afinar a descoberta de que o sistema [límbico] é regulado por duas substâncias neurotransmissoras, a serotonina e a noradrenalina, que se relacionam ao humor e às sensações de bem-estar.”, para logo em seguida dizer: “A história dos anti-depressivos, usados para combater fobias e pânico, está intimamente ligada aos avanços nesta direção. No início, as esperanças depositavam-se sobre drogas como Anafranil e Tofranil, que agem sobre a química cerebral como um todo. A constatação de que a serotonina tinha um papel preponderante no processo propiciou a criação de medicamentos que atuam especificamente sobre este neurotransmissor” (VEJA, ano 34, n. 7, p. 109, 2001).

Em relação às possíveis maneiras de tratar o pânico, está recorrentemente mencionado o tratamento com medicações antidepressivas e ansiolíticas. Ainda, é destacada a necessidade de associação desse tratamento com a terapia comportamental. É certo que outras terapias são citadas, como a terapia cognitiva, as terapias individuais ou de grupo e a psicanálise, junto com homeopatia e religião. Contudo, a terapia comportamental prevalece sobre todas as outras como a principal aliada para o tratamento à base de remédios. Essas indicações provêm do modelo biomédico, que se atualiza, sem sombras de dúvidas, na versão da mídia.

É importante dizer que, apesar de haver um esforço, em algumas versões, de produzir um discurso relativista que inclua em sua abordagem tanto a perspectiva biomédica como a psicanalítica, assim como aspectos críticos do modelo biológico – como o questionamento levantado pelo psicanalista sobre quem vem antes: o desequilíbrio bioquímico ou os sintomas? –, o que de fato fica ressaltado é o aspecto biológico, ou seja, a bioquímica alterada do *medo* que, detectando erroneamente uma ameaça onde ela não existe, detona processos orgânicos desordenados e hiperativos. Apesar de a psicanálise cumprir um papel de *advogado do diabo* para a hipótese biomédica, esta última prepondera como explicação dominante. A hipótese da ativação do sistema de alerta é, ao final e para todos os efeitos, o modelo que responde pelo que é, como e porque do *transtorno de pânico* no discurso da mídia.

3. OS PROCESSOS DE DOENÇA

3.1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E FONTES

Neste estudo, o método para a escolha dos informantes difere de pesquisas que focalizam o trabalho de campo em um bairro escolhido, fazem um recorte da classe social e a partir daí perseguem redes de informantes. Como exemplo de pesquisa voltada para o estudo de moradores de um bairro específico, penso no trabalho de Maria Lúcia Silveira (2000) sobre as *nervosas* do Campeche, no qual a autora dirige o seu olhar para um grupo de mulheres de classe popular e as novas informantes são encontradas a partir de indicações das próprias entrevistadas. A minha pesquisa, ao contrário, não teve como antecedente o recorte de classe social e tampouco o recorte de um local determinado. Para a escolha dos informantes, utilizou como critério o fato de o sujeito situar-se como *sofredor de pânico*. Esse critério foi compreendido e operacionalizado sem levar em consideração a presença de um diagnóstico realizado por profissional da saúde. Bastava, assim, que o sujeito cogitasse estar sofrendo desse mal.

Outro critério adotado na escolha dos entrevistados diz respeito à opção por encontrá-los através de minha própria rede de relações profissionais, pessoais, etc. Percebi, desde o início do mestrado, que isso seria possível, pois nas conversas informais com os colegas da antropologia, por exemplo, quando o assunto era o meu objeto de pesquisa, freqüentemente alguém relatava uma história sobre o tema ou referia-se a algum(a) amigo(a) que tinha *pânico*. Por outro lado, o fato de eu trabalhar com psicoterapia falava a favor da facilidade de, ao menos, contatar os colegas médicos para pedir-lhes indicações de pessoas dispostas a falar sobre sua experiência com essa perturbação. A outra opção que eu havia cogitado era buscar informantes via serviços de atendimento psiquiátrico, tais como o Ambulatório de Psiquiatria do Instituto São José, da cidade de São José, SC, e a Unidade Psiquiátrica do Hospital de Caridade, de Florianópolis, SC, mas isso não se mostrou necessário e eu nem verifiquei se seria possível ou não.

De fato, quando chegou o momento de dar início ao trabalho de campo, ou seja, no mês de março de 2001, eu já estava com os contatos e com o consentimento informal de três informantes. Tais contatos resultaram das indicações de meus colegas de turma do mestrado.

Enquanto eu iniciava o contato com os primeiros informantes, liguei para alguns colegas médicos e mantive-me à espera de seus retornos. Por várias vezes foi preciso ligar novamente para eles e lembrá-los de meu pedido. Obtive a resposta de uma colega durante o mês de junho, e entre as duas pessoas indicadas por ela encontrei uma informante. A outra pessoa indicada não respondeu às minhas ligações, e eu não insisti muito, pois considerei seu silêncio como um possível indicador de uma resposta negativa - ao menos naquele período. Na mesma época, certa amiga minha falou-me que havia conversado com um senhor conhecido que lhe havia dito que estava com *pânico*. Essa amiga contou-lhe sobre o meu estudo e ele mostrou-se aberto para falar comigo. Liguei-lhe em seguida e assim encontrei o quinto informante.

Todos os informantes receberam esclarecimentos sobre a minha intenção quanto às entrevistas: disse-lhes que eu queria conversar com pessoas que tinham *pânico* para compreender como percebem essa experiência, como se sentem e o que pensam, que medidas tomam para resolver o problema, como explicam e convivem com essa doença, etc. Ademais, todos foram informados de seus direitos à confidencialidade e ao respeito ao anonimato do informante. Nesse sentido, os nomes utilizados neste trabalho são fictícios e optei por chamá-los por nomes que comunicassem, de alguma maneira, uma imagem ou qualidades de cada um. Assim, escolhi o nome Olga para a minha primeira informante, pensando em *Olga Benares*, a meu ver uma mulher forte que passou experiências, em um certo sentido, estigmatizantes. Jonas designa o segundo informante, já que, como o Jonas que foi engolido pela baleia e depois devolvido à vida no mito bíblico, o entrevistado passou por um longo período de imersão – foi *engolido* – no sofrimento. Clara, nome para a terceira entrevistada, foi devido à sua clareza em avaliar suas experiências com a perturbação. Hermes para o informante mais velho, por evocar uma imagem de sobriedade e sabedoria. Por fim, Garuda, o nome da *águia de Vishnu*, que por ser exótico e oriental, evoca sentidos ligados às cosmologias terapêutico-espirituais da Nova Era (MALUF, 1996): nessa informante encontrei, de forma mais radical, as expressões dessa visão de mundo.

Entre os cinco informantes contatados, somente um deles, Hermes, não passou pela experiência de *crises de pânico* e não possui diagnóstico biomédico: ele acha que tem *pânico* e não havia procurado, até o momento da entrevista, auxílio de profissional da saúde.

O grupo de informantes apresentou algumas similaridades que me permitem localizá-lo na chamada “camada média urbana” (Gilberto Velho, 1986). Nesse sentido, todos os entrevistados têm, no mínimo, formação secundária. Dos cinco informantes, três têm o terceiro grau completo e um deles está na fase de conclusão do curso. Entre os três que possuem curso superior, uma fez mestrado e outro, especialização – todos exercem atividades profissionais ligadas ao ensino. Uma das entrevistadas trabalha em uma loja como vendedora e outro ainda é estudante.

Além disso, todos eles me pareceram marcadamente afáveis e polidos. Seus depoimentos incluem contrapontos literários, científicos. Terminologias do campo da psicologia, da biomedicina, das culturas terapêutico-espirituais (MALUF, 1996) estiveram presentes em seus discursos.

Por outro lado, com exceção de uma informante que mora próximo à praia da Joaquina, todos moram em bairros urbanos servidos de infra-estrutura básica, ou seja, com água, luz, esgoto, linhas de ônibus, telefones, comércio, etc. Suas moradias são espaços confortáveis e ordenados.

Todas as entrevistas foram realizadas na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina, durante o período que abrangeu o intervalo de tempo demarcado pelas seguintes datas: 25/03/2001 - 1/08/2001. Foram entrevistas semi-estruturadas e eu parti de um roteiro baseado em temas que procurei mapear durante a conversa: a primeira crise; as reflexões, percepções, sentimentos suscitados pela crise; o surgimento dos sintomas; as reflexões, percepções, sentimentos suscitados pelo surgimento dos sintomas; as providências tomadas; as fontes de informação (ou com quem conversou, o que leu, etc.); as hipóteses sobre as causas, a última crise.

Contudo, as entrevistas foram basicamente conversas nas quais eu e os(as) informantes usufruímos de bastante liberdade para – desenvolver assuntos que eram determinados mais pelos conteúdos que emergiam e menos por um roteiro fixo. As entrevistas duravam entre uma hora e meia e duas horas e o número de entrevistas realizadas com cada informante foi variado. Optei por uma espécie de planejamento flexível, marcando as entrevistas de acordo com a quantidade relativa de temas deixados em aberto durante o encontro anterior. Esse critério é bastante difícil

de comunicar por escrito, já que se baseia totalmente na minha percepção dos referidos temas em aberto. Explico-me: trata-se de uma sensação de esgotamento da conversa, uma espécie de satisfação – momentânea e transitória –, um limite de ambas as partes em relação ao que foi conversado.

Iniciei as entrevistas com os informantes sem gravá-las. Gravar ou não gravar as entrevistas tornou-se um “problema metodológico” para mim, e estive hesitante durante um tempo até tomar a decisão de gravar uma conversa a título de experiência. Assim, gravei a segunda entrevista com o segundo informante, Jonas. No entanto, não me pareceu que o gravador tenha sido, no meu caso, de muita ajuda. Apesar de o informante ter concordado com a gravação, percebi diferenças em relação à nossa primeira conversa tanto em suas atitudes como nas minhas, diferenças que atribuí à presença do gravador: percebi, por exemplo, que a disposição para a descontração do informante – tão marcante no primeiro encontro – desapareceu nesta segunda entrevista. Embora inúmeras variáveis possam ter se reunido para compor a situação diversa, creditei ao *elemento gravador* o motivo das variações observadas e depois desejei experiência decidi esquecê-lo. Refletindo sobre o assunto, pensei que o gravador sintetizou para mim a imagem oposta a um procedimento – o diálogo – que cotidianamente se dá sem *replays* ou *forwards* - daí, provavelmente, a sensação incômoda que sua presença me provocava...

Na medida em que as entrevistas não foram gravadas, não foi possível fazer uma transcrição fiel dos depoimentos dos informantes. Contudo, como as entrevistas eram descritas logo após o seu término, foi possível lembrar-me de alguns fragmentos tal como eles apareceram no relato dos entrevistados. A respeito das descrições das entrevistas, é importante lembrar que são descrições da minha compreensão do que foi dito associada a fragmentos fiéis dos depoimentos.

Nas descrições das entrevistas, preferi ordenar o meu relato sob a moldura de um *processo de doença*. Assim, em cada caso procuro relatar todo o episódio de mal-estar, partindo de seu *início* até o momento da entrevista e abrangendo as escolhas terapêuticas e os discursos dos informantes durante a seqüência de eventos. Em alguns casos, esse processo ficou bem claro, em outros, nem tanto. Não há dúvida de que de tudo o que foi conversado durante as entrevistas, recortes e opções foram feitos. Assim, procurei contemplar nos relatos os depoimentos que mais marcadamente demonstravam, primeiro, a seqüência do processo e segundo, os pontos em comum das entrevistas.

Um outro assunto que quero abordar neste espaço dedicado à metodologia está ligado à minha experiência antropológica de trabalho de campo. Nesse sentido, a escolha de uma desordem mental – o *transtorno de pânico* – como objeto de pesquisa, somada ao fato de eu trabalhar com medicina e, mais especificamente, com psicoterapia, propiciou o desenvolvimento de uma situação híbrida em relação à qual eu tive que me manter sempre muito atenta.

Durante a entrevista seletiva para o mestrado em antropologia, essa situação não passou despercebida a um dos membros da banca, que então me perguntou: “Como você pensa em lidar com a experiência do estranhamento em campo?” Naquela ocasião, lembro-me que respondi à banca dizendo que, de uma certa forma, a experiência do estranhamento não me era incomum, pois pensava já tê-la vivido durante o período em que trabalhara (1989-1998) em um hospital psiquiátrico, o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Ainda agora, como antes, penso que o convívio com aquela instituição, com seu cenário e seus personagens – pacientes, psiquiatras, terapeutas, enfermeiros, etc. – e com suas representações e práticas próprias sobre a *loucura* me permitiu conhecer a tensão resultante de estar situada em um lugar ambíguo, no qual eu me percebia, ao mesmo tempo, engajada na experiência e mantendo um distanciamento crítico.

Entretanto, viver o trabalho de campo foi diferente. Viver essa situação equivaliu, de uma certa forma, ao esforço de distanciar-me de um objeto de trabalho, já que, como terapeuta, tenho pacientes que se pensam/dizem-se portadores de *pânico*. Se, por um lado, o conhecimento prévio das impressões de alguns doentes sobre o impacto da perturbação em suas vidas me tornara sensível ao problema, por outro poderia cegar-me para os aspectos realmente novos – e antropológicos – que surgissem... E se eu, por trabalhar com terapia, já era acostumada a escutar as pessoas, então, nas entrevistas, a tarefa seria a de interagir com os informantes como uma mestranda/pesquisadora sensibilizada pela disciplina da antropologia...

Fácil dizer, difícil fazer... Na verdade, o papel de médica e o de pesquisadora estavam presentes durante os encontros com cada informante. Quando eu queria me esquecer da médica, algumas vezes, eram os próprios informantes que se encarregavam de lembrar-me dela... Como, por exemplo, na entrevista em que Olga me perguntou: “O que é que as pessoas que tu conheces falam sobre o pânico?” E durante o encontro com Jonas, que já no final da conversa me fez esta pergunta, lembrando-me da pesquisadora: “E sobre o teu trabalho? Vais abordar o pânico como uma questão humana? Social?”

Do ponto de vista da pesquisadora, notei que abordar o pânico como uma *questão humana* significava compreendê-lo como uma situação culturalmente possível e passível de acontecer a qualquer um, a mim mesma. Retirá-lo da moldura biomédica correspondia a investigá-lo fora dos limites da normalidade e da anormalidade e, sobretudo, como uma experiência significativa.

3.2. OS(AS) INFORMANTES E AS ENTREVISTAS

3.2.1. Olga

Entre a última semana de março e o mês de abril do ano de 2001, encontrei-me três vezes com *Olga* em seu apartamento, e esses encontros duraram de uma hora e meia a duas horas.

A informante está com 40 anos de idade, é professora universitária. Ela é casada, não tem filhos e mora com seu companheiro – também professor –, em um aconchegante apartamento de um condomínio com diversos edifícios, em um bairro urbano da ilha de Florianópolis. O seu prédio situa-se quase no final do terreno desse condomínio, onde há mais silêncio. A sua vizinhança é composta de vários pequenos prédios, casas, comércio variado, escolas, farmácias, bancos, etc.

Para dar uma descrição genérica de *Olga*, eu diria que a informante impressionou-me pela sua disposição intelectual, seu espírito crítico e inquieto e pelo seu esforço para compreender sua perturbação. Nota-se em sua fala a presença de um jargão intelectual. Ao falar, ela utiliza categorias como *performance*, *identidade*, *liminaridade*, *contexto*, *cenário*, *desenho*, etc.

3.2.1.1 Síntese das entrevistas: o processo da perturbação

Conforme o relato da informante, seus sintomas iniciaram há 11 anos atrás. Naquela ocasião, *Olga* morava, com seu ex-companheiro, em um bairro do interior de Florianópolis, pouco populoso, distante do centro da cidade e de seus amigos, servido por poucos horários de ônibus e linhas telefônicas, e isso caracterizava, para ela, uma situação de isolamento e solidão. À noite, escutava o vento e os sons dos animais noturnos e sentia medo. Ao mesmo tempo, ela fazia mestrado e lecionava em uma universidade local – atividades que, segundo ela, mantinham-na bastante ocupada – e sozinha – em casa.

Outrossim, *Olga* enfatizou que estava com “problemas nas relações profissionais”. Em suas palavras, havia um “conflito de perspectivas” entre ela e um grupo de colegas de trabalho e “este era o clima no trabalho: um clima de racha total”. De acordo com *Olga*,

havia, no espaço profissional, o grupo dos “utilitaristas, que lêem o mundo como este espaço de poder adquirir poder, ganhar dinheiro, fama” e o grupo dos “diferentes” – no qual ela se situava.

Para a informante, a solidão, o medo da noite, os problemas nas relações profissionais, tudo isso, em seus termos, “compôs um cenário, um cenário detonador das crises”. Nessas *crises* ela percebia “angústia, falta de ar, sensação de sufocamento, choro, taquicardia, medo de morrer, de ficar só, medo da noite”.

A princípio, *Olga* recorria à emergência de um hospital para tratar as *crises* com medicação tranqüilizante e injetável. Suas vizinhas – a maioria nativas do bairro – conheciam-na como a “moça que sofre dos nervos”, pois como ia freqüentemente ao hospital e não possuía “doença visível” – cortes, feridas –, seu problema deveria ser “nervos”..

Além das crises, *Olga* percebia uma dificuldade para interagir com espaços pequenos e/ou fechados, como elevador, cinema, assim como com a multidão e viagens de avião, de ônibus. Por outro lado, segundo a entrevistada, as crises iam e vinham: havia períodos mais calmos e outros em que ela tinha crises freqüentes.

Como continuava a sentir-se mal, a informante procurou um médico acupunturista, que diagnosticou o *transtorno de pânico*. De acordo com *Olga*, na ocasião em que o médico lhe falou que tinha *pânico* – e isto foi há mais ou menos 11 anos atrás –, isso era algo totalmente novo para ela: “não se ouvia falar de pânico, falava-se em estresse, em estressada...” Por outro lado, quando recebeu o diagnóstico de *pânico*, *Olga* sentiu-se aliviada do peso da desqualificação: “O diagnóstico dá a dimensão da importância.” / “Agora, não sou mais desqualificada, pois tenho uma doença, há uma doença...”; e também: “Agora sei que não é “nada”/ “[...] O classificar te alivia...”

O médico disse-lhe que devia diminuir as suas atividades de trabalho, prescreveu-lhe medicação antidepressiva e tranqüilizante, massagens e acupuntura. Nessa oportunidade, *Olga* abandonou o mestrado e pediu licença de trabalho.

Em um outro momento de *crise*, *Olga* consultou uma médica, que lhe receitou Florais de Bach, os quais, de acordo com ela, não ajudaram e somente pioraram os sintomas:

Liguei para a médica e ela me disse que a piora dos sintomas já tinha acontecido com uma outra pessoa. Ela me falou que eu devia parar de tomá-los e que voltasse lá para vê-la, mas eu não fui... fiquei com medo... Eu vou reinventando medos. A gente começa a ter medo e a inventar outros...

Na visão de *Olga*, o fato de ela ter abandonado o mestrado ampliou ainda mais o seu quadro de problemas: havia, de antemão, o julgamento de seus colegas de trabalho, segundo o qual ela era “*incompetente*” e, naquela ocasião, as críticas acirraram-se ainda mais. Tudo isso contribuiu para a intensificação de sua percepção de isolamento. Passou por um período de recolhimento em que ficava bastante em casa e dormia muito. Mais tarde, ingressou em um outro mestrado, o qual, segundo *Olga*, tinha mais a ver com ela.

Na seqüência, a informante procurou um psiquiatra, de orientação psicanalítica, com quem começou a fazer psicoterapia junto com um tratamento medicamentoso à base de remédios alopáticos – antidepressivo e tranqüilizante. Segundo *Olga*, esse tratamento tem lhe ajudado muito e até o momento das entrevistas ela continuava a fazer psicoterapia e a tomar remédios. Escutei diversas vezes *Olga* dizer: “Isto eu comecei a relacionar a partir da terapia” ou “Isto foi o Fred que falou...” , etc. Por outro lado, em relação aos remédios, ela comentou que um deles, o antidepressivo Aropax havia lhe proporcionado, em suas palavras, “a sensação de ser normal...como os outros, que podem tomar um ônibus quando querem, que podem ir comprar cigarros na hora em que querem...”

Apesar de ser bom para diminuir ou afastar os sintomas, esse medicamento provocou-lhe aumento de peso e ela optou por parar de tomá-lo: “Agora, tomo o Zoloft e tenho sintomas, por exemplo: não posso ir ao cinema, não entro em elevadores, não viajo de avião... [...] Sou claustrofóbica... Por isto é que a minha casa é aberta, do quarto posso ver tudo em casa, não há portas...”

Quando já estava fazendo terapia psicanalítica, *Olga* construiu a seguinte leitura sobre os acontecimentos citados antes: para ela, o questionamento sobre sua *competência/incompetência* era um fato recorrente, pois o que lhe ocorreu no ambiente de trabalho já lhe havia acontecido

durante o seu convívio com a família de origem. Em sua visão, os discursos e as posturas daqueles colegas eram semelhantes às de seu pai. Em suas palavras:

As “performances” de meus colegas eram parecidas com as de meu pai. É como se os tipos, os personagens, se repetissem...compõem-se de uma paisagem, um cenário semelhante. As reuniões de trabalho e os encontros na sala de jantar se assemelhavam...

A informante contou-me que a problematização sobre sua *competência* chegou até o ponto de ela mesma duvidar de suas *capacidades*. Segundo *Olga*:

Como eu era, digamos, viajandona, rebelde, diferente – diferente de meus irmãos, que tinham personalidades mais estruturadas – eu tinha dúvidas quanto à minha saúde mental. / Eu não sabia se eu era retardada./ Depois, quando eu fiz ressonância magnética¹, disse para Ângelo [seu marido]: Agora vou ter uma prova concreta de minha saúde mental.

Nesse sentido, até receber o diagnóstico de *pânico*, ela ponderava se teria ou não *problema mental, na cabeça*.

Por outro lado, disse-me que quando os sintomas surgiram, ela lembrou-se das *crises* que tinha durante a infância e adolescência. O seu relato: “Desde pequena eu tinha umas esquisitices. Eu era conhecida na família como *a dodói*, porque fazia umas *performances* durante as brigas de meus pais...Eu gritava, me contorcia...”

Para Olga, inclusive, sua *identidade* – seu termo – formou-se através das imagens de *diferente doentinha, esquisita, nervosa*. As *crises* da infância envolviam – como as atuais – angústia, *taquicardia*, falta de ar e sensação de sufocamento. Inicialmente, os seus sintomas surgiam quando os seus pais discutiam, depois, apareciam também na escola:“(...) sentia falta de ar, na escola”/ “[...] tinha que ir para a coordenação, porque ali era um espaço seguro”/ “meu irmão ia me buscar quando eu tinha crise na escola”.

Ressonância Magnética Cerebral.

Em relação aos motivos, *Olga* disse-me que não se lembra se as *crises* aconteciam devido a situações na própria escola ou se eram problemas anteriores, trazidos de casa, que se expressavam ali.

As suas *crises* do período da infância e adolescência eram tratadas com medicação tranqüilizante. Segundo o neurologista que a acompanhava, as *crises* não eram *convulsivas*” e ela não tinha *epilepsia*. Na ocasião, o médico aconselhou que ela “levasse uma vida tranquila” e chegou até a recomendar que ela parasse de estudar. Também, receitou-lhe medicação tranqüilizante – “diazepan, valium” – a qual ela tomou durante todo o período escolar. Em um certo momento, já na graduação, *Olga* decidiu parar com os remédios, pois sentia muito sono e achou que devia aprender a viver sem eles, que eram como suas *muletas*.

Através da psicoterapia psicanalítica, *Olga* tem construído uma leitura que lhe oferece um novo sentido para as suas experiências com a família de origem. Assim, a família foi descrita por ela como “rígida, preconceituosa, fria, que não trocava afeto, de cultura alemã”; o pai, como um tipo autoritário, severo e “belicoso”; a mãe submissa, que “tinha uma sensibilidade muito podada”; o irmão mais velho, como aquele a quem o pai concedia maior espaço e liberdade já que “era homem” e a irmã menor que, aos olhos da informante, era “mais organizada e disciplinada” e tinha, como o irmão, “personalidade mais estruturada”; a avó materna, uma pessoa afetiva – “eu só trocava afeto com minha Avó” -, sensível, que sabia lidar com as plantas e benzer as tempestades – “Ela era uma *bruxa*...”

Nessa mesma perspectiva, *Olga* contou-me que, desde cedo, percebeu a distância – hierárquica – entre os pais e os (as) filhos (as), entre o que é *dos homens* e o que é *das mulheres*, entre operários e *letrados* entre *alemães*” e *não-alemães*.

Sua última *crise de pânico* aconteceu no ano passado (ano 2000) e, de acordo com *Olga*, essa *crise* coincidiu com suas ponderações a respeito de sair ou não do departamento onde trabalha. Assinalou então que esse foi um episódio-exemplo de seus “problemas com deslocamento” os quais já lhe haviam sido apontados pelo psicanalista. *Olga* explicou-me: “Sempre que tenho que sair de um estado para outro, de um espaço físico para outro, eu perco a fluidez...”

Associada à sua reflexão anterior sobre *deslocamento*, Olga trouxe uma outra avaliação de si – mesma:

Com o Fred (o psicanalista), vi que tenho problemas com o controle... Eu tenho que controlar, quando não tenho o controle é que vêm os sintomas. Quando ando de táxi, por exemplo, não há problemas, pois posso mandar o cara parar, ir prá onde eu quiser. Com amigos também...O problema é quando não há como controlar, como no avião, no ônibus...

Atualmente, *Olga* já lida melhor com as suas *crises*. Contou-me que no decorrer de seu processo de doença, ela foi percebendo que durante as *crises* sentia uma necessidade muito grande de falar sobre o que lhe acontecia. Percebeu que ao falar se acalmava e a crise passava. Disse-me que o seu companheiro a ajuda muito nesses momentos, pois ele a escuta, descreve-lhe o que está observando: "Ele me disse que nas crises eu fico mais contida e que meus gestos, meu olhar mudam..."

A questão da solidariedade, da possibilidade do diálogo e da escuta do outro esteve ressaltada nas reflexões de Olga sobre o *pânico*" Em sua visão, existe um *algo* que está sendo comunicado durante as crises e com o processo de sofrimento: "O pânico é uma doença que precisa ser compartilhada...É uma doença que precisa de testemunhas...O que a crise quer dizer tem que ser dito de um jeito, e isto é performance..."

Em relação a essas reflexões, lembro-me que Olga contou-me que um dia estava em casa e começou a sentir muita angústia, falta de ar, taquicardia. Decidiu sair em busca de ajuda e foi até uma farmácia: ela já conhecia as pessoas que trabalhavam ali. Chorando, contou a uma delas o que estava sentindo. A pessoa a escutou em silêncio e a crise foi amainando...

Ainda nesse sentido, Olga disse-me que o fato de ter percebido a sua necessidade de falar sobre si mesma, sobre suas experiências com as crises, sobre suas experiências cotidianas e passadas levou-a a optar pela psicoterapia. Ali, Olga encontra um espaço para falar e refletir:"Com o pânico tu vai pra tua biografia, há uma radicalidade na experiência da individualidade...tu vive a tua biografia...por mais que tu precise do outro, da solidariedade do outro, tu vai pra tua experiência."

Contou-me que descobriu que o pescoço é sua *área crítica*” pois nas *crises*, é ali que ela percebe “um aperto” que lhe dá a “sensação de sufocamento”. Para ela, o pescoço é o locus crucial da “ligação entre a cabeça e o corpo”. Além disso, sendo a parte do corpo por onde ar e alimentos entram e saem, o pescoço é, para ela, “o espaço que faz a conexão com o dentro e o fora, com o externo e o interno”. Dessa forma, Olga tem dado uma atenção especial ao seu pescoço: procura tocá-lo, massageá-lo, pede ao companheiro que a afague nesse lugar, etc. Também faz diariamente exercícios respiratórios de ioga.

Hoje em dia, ela não somente lida melhor com as fases críticas como reflete *sobre* elas. Assim, para *Olga*, a *crise* é uma experiência crucial, que dá um tom especial ao *pânico*: “O pânico é diferente de outras doenças nas quais a pessoa não tem consciência da crise, ela nem sabe que tá em crise. No pânico, não tem como tu não viver a crise...”

Perguntei-lhe o que ela queria dizer com “consciência da crise” e a informante explicou da seguinte forma: “A consciência da crise é reveladora e há uma noção positiva de crise. Há uma lucidez: a de que tem saída”.

As *crises de pânico*, segundo a entrevistada, abrigam aspectos destrutivos e criativos, assim como sinalizam que há uma insatisfação e que existe a possibilidade de transformação: “A crise indica uma outra possibilidade: a de ser diferente. Tem a idéia de que não tá legal do jeito que tá, daí tu te remete para as relações familiares, profissionais e toma consciência da insatisfação.”

Por outro lado, para Olga, as *crises* fazem um recorte no tempo e no espaço, o qual abre caminho para que outros significados se imponham: “Durante as crises compõe-se um cenário, vários signos ativam-se e remetem a um outro espaço, outro tempo. É como se tu fosse remetida a um outro cenário. Um cenário detonador...”

Em relação a isso, a entrevistada relatou que quando viaja e passa por lugares muito abertos e com pouca vegetação, percebe a presença dos sintomas: “As paisagens áridas, vazias, sem referências detonam angústia, falta de ar, ansiedade...”

Houve momentos em que Olga falou sobre crise de uma maneira geral, não se referindo especificamente à crise de *pânico*: “[...] na crise há ambigüidade, ela tem um potencial destrutivo, mas ao mesmo tempo é um aprendizado, um laboratório de experiências e criatividade”.

De forma semelhante, a informante refletiu genericamente sobre o *pânico*: “O “pânico” é uma doença estranha, diferenciada, que tem uma outra visibilidade porque é uma doença invisível, não aparece em exames, não dá prá ver...é subversiva e não se materializa”.

Quando os sintomas começaram, ela passou a refletir sobre as suas relações – com os familiares, com os colegas de trabalho – e sobre as diferenças de valores, estilo de vida presente nos diversos grupos, pois, para ela, é difícil conviver com outros valores, com as diferenças: “Não é fácil lidar com a diferença, com valores muito diferentes e conviver com estes valores diferentes”. Em relação a isso, Olga mencionou sua *máxima*: “Aprender a conviver com os tolos e cruéis” e complementou com a de uma amiga sua: “construímos castelos na beira do mar, vêm as ondas que derrubam os castelos e temos que construir tudo de novo...”

No período em que as entrevistas foram realizadas, a informante já se percebia melhor em relação a outras fases de seu processo de doença. Ela mantinha seu vínculo com a universidade, estava dando as suas aulas e participava ativamente do ambiente acadêmico. Continuava fazendo terapia psicanalítica e usava medicação antidepressiva e ansiolítica. Ainda tinha sintomas, como, por exemplo: não conseguia ir ao cinema e evitava fazê-lo, não entrava em elevadores, não viajava de avião, não conseguia ficar junto à multidão. Contudo, segundo ela, modificou-se a maneira como ela percebe as suas relações no ambiente de trabalho: “Hoje eu tento não misturar tudo: vi que a universidade não é o meu único lugar de prazer e que isto eu obtenho em outros espaços e com outras pessoas.”

Por outro lado, nesta fase, a entrevistada já consegue sintetizar uma causa para sua perturbação, pois para a minha pergunta “qual, ou quais, a(s) causa (s) de sua doença?”, Olga deu a seguinte resposta: “ Ah, eu vou dizer que é a família...”

3.2.2. Jonas

Encontrei-me duas vezes com Jonas e nossas conversas duraram mais ou menos duas horas. O informante tem 26 anos e mora com seus pais e irmã em uma casa num bairro próximo ao Centro de Florianópolis. Ele tem uma namorada, gosta muito de ler e está terminando o curso universitário, em que é monitor de uma disciplina. Jonas é um jovem do tipo forte, que já praticou luta marcial e faz surfe de vez em quando. Sua fala é clara, pausada, e seu olhar é sério e concentrado. No pátio de sua casa há um orquidário, onde Jonas cultivava belíssimas orquídeas de variadas espécies.

Não tive dificuldade para encontrar sua moradia, mas foi difícil estacionar meu carro, já que, durante o dia, a rua onde ele reside fica completamente abarrotada de carros. A casa de Jonas tem dois andares e, na frente há uma cerca e um portão com grades altas, de ferro.

Tive a oportunidade de conhecer a mãe e o pai do informante; conheci também o cãozinho da família, a quem eles devotam especial atenção e afeto. A mãe de Jonas, uma senhora miúda e de olhar atento, atua como advogada. Ao encontrar-me, ela, gentilmente, colocou-se à minha disposição para conversar sobre o *problema* do filho.

A primeira entrevista foi realizada no quarto do informante – seu espaço privado na casa –, e utilizamos a cama para sentarmos. Seu quarto pareceu-me um ambiente bem ordenado, mobiliado com uma cama e mesa de cabeceira, um armário, uma prateleira onde havia vários livros, discos e o aparelho de som. Junto à parede e próxima a prateleira estava a sua prancha de surfe. A conversa iniciou-se com os meus esclarecimentos sobre a pesquisa, seguidos de um agradecimento antecipado pela sua disposição de ser meu informante. Jonas respondeu dizendo-me que não tinha problemas em falar sobre *isso*, pois acreditava que ao fazê-lo poderia ajudar outras pessoas.

Na segunda entrevista conversamos na sala, já que todos os outros moradores da casa haviam saído. O ambiente era bem arranjado e espaçoso. Sentamos nas poltronas que estavam lado a lado: eu precisava de proximidade física, uma vez que havia decidido gravar a conversa e meu gravador não era muito potente.

Como a primeira entrevista não foi gravada e a segunda o foi, na minha descrição do que foi conversado há transcrições exatas, provenientes da gravação, há transcrições fiéis, baseadas

na minha memória do que foi falado e há relatos sobre o que eu compreendi acerca do depoimento do informante.

.2.2.1 Síntese das Entrevistas: o processo da doença

Há cerca de 9 anos surgiram seus primeiros sintomas. Na ocasião, Jonas fazia faculdade, morava com seus pais, tinha uma namorada e estava com 18 anos, aproximadamente.

Para Jonas, sua doença “começou aos poucos... tudo começou com um incômodo na garganta” - havia como um catarro, “uma bola na garganta” - que lhe dificultava o engolir da saliva e dos alimentos. Sua primeira hipótese para este sintoma foi *alergia*.

O informante explicou que quando começou com a “bola na garganta”, ele estava namorando uma moça que tinha alergia a camarão e fazia *edema de glote* - categoria biomédica utilizada pelo informante que indica inchaço na região da glote causado por processos reativos (alérgicos) e que pode levar à obstrução da passagem do ar – quando comia tal alimento. Ele disse: “talvez eu estivesse sugestionado por ela, sabe-se lá.”

Algum tempo depois, houve um acontecimento muito marcante para Jonas: “uma surra encomendada” por um rival agressivo e ciumento. Era o início da noite, Jonas estava sozinho e dirigia-se à casa da namorada:

Eu saltei do ônibus e fui caminhando em direção à esquina e eles vieram por trás e um veio correndo e deu com o pé nas minhas costas. [...] aí eu caí com a cabeça no meio fio e abriu uma cicatriz aqui [mostrando a cicatriz para mim]. Na época eu tava fazendo Kung-fu e tinha um preparo físico muito bom e eu na hora que caí já me levantei e aí já tinha os cara pela frente assim e esses outros por trás, aí eu fui no primeiro que tava na minha frente e dei um soco nele, aí ele caiu no chão. No que ele caiu no chão eu passei por cima dele e saí correndo, não parei mais!

Esse episódio extremado foi denominado pelo informante como o “gatilho” de sua perturbação:

(...) eu senti muito medo! Foi uma experiência muito traumatizante. (...) Ainda demorou um tempo até eu desenvolver o pânico mesmo...eu acho que foi só o gatilho mesmo, porque daí foi abalando a minha segurança, eu acho... Não sei explicar porque...mas eu sei que eu tenho certeza que isto foi um marco, né...?

Após a experiência com a "agressão covarde", Jonas sentia-se inseguro para andar sozinho de ônibus. A princípio, temia pegar uma linha de ônibus específica: aquela da Agrônômica, que o conduzia até a casa de sua namorada, já que o ataque havia ocorrido nas proximidades da casa dela. Depois, o temor estendeu-se a todos os ônibus e aos lugares desconhecidos e cheios de pessoas.

Mais adiante, sobreveio-lhe a "primeira grande crise" – termo utilizado pelo entrevistado – descrita com se segue: "Eu estava em uma aula na universidade e comecei a passar mal. Sentia a bola na garganta - que era como algo que me apertava a garganta - tinha "taquicardia" (seu termo), suava e aí, sim, eu pensava que ia morrer."

Jonas disse-me que naquele dia em que teve a crise não lhe havia acontecido nada de extraordinário: "Não lembro de nada em especial...uma situação associada...eu não lembro de nada, de provas, de uma situação de stress, de muita coisa pra fazer...(...) Pô, já tive em situações bem mais estressantes, assim, milhões de trabalhos e coisas pra fazer, fiz tudo e não teve problemas..."

Naquele período, ele passou a ter *crises* muito frequentes, diárias, que surgiam subitamente. Deixou de ir às aulas na universidade, pois não conseguia sair de casa. Procurou então o médico da família, com quem teve uma longa conversa. Esse médico sugeriu que ele estava com *pânico*.

Jonas procurou informar-se sobre o *pânico* de várias maneiras: através de conversas com médicos, leitura de revistas, livros, etc. Contou-me que esta é uma característica sua: "[...] quando alguma coisa acontece comigo, eu vou atrás do que tem de informação disponível porque eu...ah, médico não me trata como trata qualquer um...ele tem que

me convencer muito bem que aquele tratamento vai me ajudar em alguma coisa porque senão eu não faço e pronto.”

O seu próximo passo foi consultar um psiquiatra, que lhe confirmou o diagnóstico de *transtorno de pânico*. Começou a tomar remédios - antidepressivo e ansiolítico - e a fazer psicoterapia, mas não se adaptou com nenhum desses tratamentos. Aliás, Jonas teceu inúmeras críticas ao psiquiatra e seu tratamento, as quais transcrevo a seguir:

Ele me dopou. Eu tomava frontal 0,75 mg, 3cps/dia e anafranil 0,25 mg, 3 cps/dia. Eu dormia o dia inteiro. A princípio, eu ia acompanhado de meu pai nas consultas com o psiquiatra. Depois, o médico quis falar sozinho comigo. Queria ouvir *a voz de meu inconsciente*.

Indignado, Jonas expressou sua repulsa ao atendimento do psiquiatra e ao seu método terapêutico:

Eu é que não queria ficar esperando meu inconsciente falar e ficar falando com aquele psiquiatra! Ele tinha cara de louco! Não simpatizei com ele! Ele sempre me perguntava: e daí, já estás com a porra seca? - porque ele só ficava preocupado com o sintoma colateral do anafranil, que é falta de espermatozóides! Os médicos só dão rótulos! Não segui o tratamento com este médico.

Após essa tentativa terapêutica, Jonas parou de tomar os remédios e abandonou a faculdade. Entrou em uma fase crítica, na qual ficou praticamente recluso, em casa, por 8 meses:

Eu tinha crises que duravam um dia inteiro. Tem gente que tem crise que dura poucos minutos. As minhas duravam horas. Eu acordava com crise e só aliviava quando eu dormia exausto da sensação de crise. Eu não saía pra nada. Emagreci 3 kg em uma semana. Ficava deitado na cama todo o dia.

Nesse período, Jonas procurou um padre, em Santo Amaro, com quem fez “passes ou imposição de mãos, aquilo que as pessoas chamam de reiki ou bioenergética...”

Ainda durante essa fase, Jonas fez tratamento de regressão de memória com um “médico espírita”, mas essa abordagem não lhe forneceu alívio: “não adiantou bulhufas...eu sei de casos de pessoas que fazem regressão de memória e ficam boas da noite pro dia, mas...não deu certo...”

O grupo familiar e o informante são espíritas e, nesse sentido, Jonas colocou: “o espiritismo me ajudou muito no pânico”. Disse-me que se ele fosse buscar uma explicação para o que estava passando ele certamente encontraria no espiritismo, como por exemplo, segundo o informante, “a história de vidas passadas e de estar pagando algo”. Contudo, na sua opinião, “[...] não é por aí. A vida se faz a cada dia...” Para ele, as religiões sempre trazem um ensinamento moral e foi esse aspecto do espiritismo que mais lhe ajudou.

O informante ressaltou a sua percepção de uma ruptura com a normalidade cotidiana e a passagem para um outro estado, desconhecido e incontrolável, o qual lhe mostrou um outro aspecto da vida e dele mesmo. Transcrevo suas reflexões sobre a experiência com a sua *primeira crise*:

Eu chorei...[depois da crise] porque imagina, cara, eu tava me sentindo o cara mais humilhado do mundo, assim...tava me sentindo ridículo...É...isto abala a tua autoconfiança. É...imagina você assim, um cara com sei lá, não lembro direito, 18, 19 anos sei lá...passando mal...assim, não...não podendo ir pra aula, dependendo dos outros...deixa a pessoa terrível...aquela sensação de inutilidade, de impotência é a pior coisa que tem...ainda mais na idade em que normalmente a gente se sente o centro do mundo, que acha que pode tudo...é uma decepção muito grande.

O cotidiano de Jonas mudou totalmente depois do aparecimentos dos sintomas. As mudanças percebidas envolveram também o dia-a-dia de seus familiares, que se mobilizaram para suprir suas novas necessidades. Esse, inclusive, foi o tema ressaltado pela mãe de Jonas durante os poucos minutos em que conversamos. Ela disse-me: “Que experiência que tivemos, que doença terrível...o que nós já passamos...Ele não ficava sozinho em casa e nós nos programávamos pra sempre um de nós estar por perto.”

Mais tarde, Jonas retomou o tratamento medicamentoso com antidepressivos e ansiolíticos e retornou à universidade após fazer um novo vestibular. Dessa vez, optou por um outro curso, o qual ele estava em vias de concluir na ocasião em que nos encontramos. Contou-me que teve problemas para ficar sozinho na universidade, sem pessoas da família ou amigos íntimos. Assim, a princípio, seus pais o acompanhavam até ao campus e ficavam aguardando sua saída, no carro. Ele explicou: "Para que eu tivesse certeza de que eles estariam ali para me ajudar... Eu sentia desconforto, ansiedade (seu termo), mas a crise ficava suportável. Sempre tive apoio da família."

O resgate do valor positivo da família foi apontado pelo entrevistado como uma das coisas boas que vieram com a perturbação. Segundo ele, através da experiência com a doença, ele passou a valorizar muito o que tem por perto, o dia-a-dia, as pessoas queridas, sua família, amigos. Ele afirmou que hoje tem mais "qualidade de vida", pois, antes, ele não pensava em muitas coisas, como, por exemplo, no "valor da família".

Embora haja a percepção de uma positividade na experiência com a perturbação, em seus depoimentos o informante enfatizou os aspectos negativos da experiência com as *crises*: "na hora da crise, não dá para pensar, nem controlar, é algo terrível. Não tem como te explicar, não existe adjetivo que eu posso usar para te explicar, porque tu não tiveste pânico e não vais nunca saber como é. Só quem passa por isso sabe."

A experiência com o descontrole foi enfatizada como a pior face da experiência com a crise: "A pior coisa que alguém pode dizer para alguém que tem pânico é dizer: tu tens que ser forte, superar isto, controlar! Não há como controlar!"

Para Jonas, "ficar descontrolado" é quando "tu não pensa, tu age. Quase como se fosse um arco reflexo, só que bem mais complexo, porque é uma resposta bem complexa...porque tu sente muita coisa junto, ao mesmo tempo..."

Em um outro momento da conversa, Jonas referiu-se, novamente, ao tema controle/descontrole:

Eu não bebo, não uso drogas porque não gosto de me sentir descontrolado. Já bebi e ficava fúlo da vida quando eu queria falar alguma coisa e não saia. Eu preciso controlar. Não suporto que meu corpo não obedeça o que eu quero. Meus amigos fumam maconha quando vamos surfar. No carro, eu coloco a camiseta na boca pra não respirar aquilo.

Falou que sempre foi considerado *diferente* pelos seus familiares. A mãe lhe contou que as irmãs do colégio de freiras em que ele estudava falaram a ela que ele era “a criança mais madura que já passou pela escola”. “Não que eu fosse mais estudioso ou inteligente, mas era maduro”, explicou o informante.

Em associação com esse tema, o de perceber-se ou ser apontado como diferente, assinalo que o entrevistado relatou sobre o seu “poder de cura pelas mãos”. Disse-me que fazia *passes* (impostação de mãos) no avô durante a doença deste – o avô teve câncer. Contou-me, também, sobre o episódio em que participou de sessões de reza, visualização da doença e cura de uma menina que tinha câncer no baço. Contudo, ao contrário do acontecimento sobre a menina doente, ele nunca visualizou a sua doença. À minha pergunta: “Você via a sua doença?”, ele respondeu:

Não...Não olho pra mim...e, digamos assim, eu até consigo aliviar a minha dor, assim, quando eu tô com dor de cabeça ou com dor em algum lugar, com as minhas mãos...até consigo, mas é engraçado...a gente dificilmente utiliza o que tem pra si, eu pelo menos, não utilizo...Se é um dom, ou alguma coisa, eu não uso pra mim...e também sou completamente contra qualquer pessoa que cobre porque eu acho que aquilo que tu ganha de graça, tu dá de graça...

Por outro lado, a mãe de Jonas, que, como eu disse antes, durante alguns momentos participou da conversa, ressaltou que o filho sempre foi muito sensível e muito maduro também. Disse-me que sempre foi exigente com ele e que conversava bastante com Jonas, quando ele era criança, sobre as virtudes tais como o não mentir, a bondade, etc. O entrevistado interferiu dizendo: “Também, tu me criaste para eu ser o Cristo, não?” A explicação sobre a

educação rígida foi complementada por outras idéias e, como Jonas, sua mãe atribui ao episódio da *surra encomendada* o status de detonador de seu problema. Além desse, sua mãe mencionou a hipótese biomédica dos níveis baixos de serotonina.

A valorização positiva para controle e negativa para descontrole apareceu, também, no depoimento de sua mãe. Segundo ela, o filho nunca ficou desequilibrado durante todo o processo, pois ele não se descontrolava, sempre estava *consciente* e sua postura era “uma postura serena, de aceitação e não ficava revoltado”. Ela se preocupava muito com isto, pois “ele podia descambar para algo *mental*”.

Segundo o grupo familiar de Jonas, há uma história familiar de *pânico* na família. O entrevistado disse: “o meu avô não ficava em casa sem um carro na frente..que pudesse levá-lo ao hospital, se necessário, e a minha avó, ela era “nervosa”, sempre fez tratamento para nervos. Ela era muito sensível, frágil”.

A sua última *crise* surgiu no ano passado (2000) e foi descrita por Jonas da seguinte maneira:

Eu tinha te dito que foi numa aula, no ano passado...(..) eu comecei a me sentir mal, sentir mal, dificuldade de respirar, tal, aí saí da sala e acabei ligando pruma namorada que eu tinha na época e ela foi me buscá. E aí eu chorei, fiquei triste, fiquei com medo que eu voltasse a ficar doente tal e pararáparará e aquela coisa toda que eu já falei que as pessoas quando ficam tristes sentem, né?

Jonas disse que, nesses 9 anos em que está doente, ficou somente 8 meses sem tomar remédios e, segundo ele: “[...] foram os 8 piores meses que eu fiquei nas piores crises...” Em relação às suas opções pelo uso de medicação e tratamento biomédicos, o informante afirmou:

Olha, eu não me sentindo mal, tá muito bom, entende? Eu não sentindo aquele sintoma que eu tinha na garganta, tá muito bom...se o diagnóstico foi bem preciso e eu não tô sentindo (os sintomas), tá muito bom...sabe? Eu vou ser bem sincero, assim, ó, eu já pensei, talvez se eu parasse o remédio, como é que ia

ficar, se eu ia ficar bem, se eu não ia ficar bem...mas eu também penso: não adianta eu parar o remédio e não ficar bem...eu quero qualidade de vida...Não interessa a que preço...

Apesar de não ter mais tido “crises” freqüentes, Jonas percebe que ficou com *limitações* : “Tenho medo de ficar sozinho, em alguns lugares, e passar mal. Por exemplo, se hoje tu me dissesse: - ‘Jonas, você vai pra os EUA, sozinho, fazer um mestrado...’ Eu iria, mas ia assim, ó...” (fez um gesto com a mão fechada indicando medo).

Além disso, Jonas não se sente bem junto à multidão - antes da perturbação, ele “adorava sair à noite, fazer festa, ir a boates” - e, como já foi dito, hoje evita locais onde há muita gente.

Sobre sua experiência com as limitações provenientes da perturbação e sobre seus planos para o futuro:

(...) eu me sinto triste de...assim, não ter uma confiança plena pra mim, né, de pegar um avião e ir pra algum lugar, passear, agora...Assim, sem mais nem menos, sem ter alguém que eu tenha muita confiança junto. Entende?...mas eu estou planejando ir na metade do ano que vem pra Costa Rica surfar...é...quem sabe até lá eu me acostumo com a idéia e vou mesmo?

Ultimamente, Jonas já lida de uma outra maneira com as crises. Ao contrário da fase inicial, quando ficava de cama, isolado, com crises diárias, atualmente, ele quase não tem crises pois aprendeu a manipular a expressão destas e toma, continuamente, medicação. Nesse sentido, ele falou em “estratégias” para lidar com a perturbação, fazer com que o mal-estar passe. Uma de suas estratégias é a evitação: por exemplo, como ele não consegue ficar em lugares onde há muita gente, então evita ir aos locais com multidão. A outra é desviar a atenção do mal-estar, pensar em outra coisa, distrair-se.

Como já foi dito, na ocasião em que nos encontramos, Jonas estava terminando o seu curso universitário. Ele ainda não sabia o que faria a seguir – ir para a Costa Rica surfar, conforme o depoimento acima citado, era uma possibilidade; a outra era procurar um trabalho.

Ele estava com uma namorada e mantinha a sua dedicação ao cultivo de orquídeas. Seguia tomando medicações alopáticas e estava sem ter crises há mais ou menos um ano.

Nesse momento de seu processo, Jonas possuía uma teoria sobre o seu *pânico*, a qual eu denominei *teoria biopsicoespiritual*, descrita por ele nos seguintes termos: "O pânico tem três aspectos: científico, psicológico e espiritual. O científico é a disfunção da produção de serotonina; o psicológico é a porretada da rapaziada e o espiritual a história das vidas passadas".

Por outro lado, Jonas já reflete de uma maneira mais distanciada sobre o potencial, destrutivo das crises de *pânico* percebido por ele":

É...a subjugação pode chegar a ser completa...Eu tive um pedaço muito infeliz que não saía de casa...Acho que têm situações que podem ser tão destrutivas na vida de uma pessoa como isto, assim, mas essa é uma situação que pode...que, sei lá, se a pessoa não souber lidar com isso, pode não se recuperar nunca mais...eu não sei se a forma como eu lidei foi a melhor forma possível mas...tô bem hoje...

Apesar do convívio sofrido com as limitações conseqüentes à perturbação, o informante afirmou: "Hoje eu tenho mais qualidade de vida do que antes de ter iniciado com o pânico".

3.2.3. Clara

A informante está com 28 anos, tem curso superior e especialização, trabalha como professora em escola pública, mora em um bairro urbano, na região continental da cidade de Florianópolis. Na oportunidade em que nos encontramos, ela estava morando com seus pais e irmão, mas seu casamento estava marcado para julho de 2000 e seus planos eram de mudar-se para São Paulo, cidade onde o noivo mora.

Encontrei-me uma vez com *Clara* e conversamos durante cerca de duas horas, em sua casa. A entrevistada é uma jovem alta, que se expressa de forma clara e serena sobre seus

problemas. Impressionou-me pela objetividade com que descreveu sua situação e pela sua seriedade.

A moradia da entrevistada localiza-se em uma rua calma em termos de movimento de carros, apesar de estar totalmente habitada, plena de outras residências. A casa tem dois andares; na frente, há uma grade alta e um pequeno gramado. A porta de entrada abre-se para uma sala onde estão o sofá e poltronas e, mais ao fundo, uma grande mesa de madeira e cadeiras – também de madeira, pesadas e adornadas – onde sentamos para conversar.

3.2.3.1 Síntese da Entrevista: o processo de doença

De acordo com Clara, em 1995 ou 1996 surgiram-lhe as primeiras sensações de mal-estar: “um incômodo no estômago, náuseas, taquicardia, dormência no braço esquerdo”. As sensações eram leves e passaram sem que a entrevistada procurasse auxílio de profissional da saúde ou qualquer outra ajuda.

No final de 1999, aconteceu a *primeira crise*. Ela estava em um bar, acompanhada do noivo, e iniciou, subitamente, com “agonia no estômago, um incômodo, uma dor, uma sensação de que algo ia acontecer, ânsia de vômito, o coração disparou, tinha dormência no braço esquerdo e diarreia”. A perturbação, segundo ela, surgiu “do nada”.

A partir daí, começou a ter *crises*, as quais, de acordo com Clara, aconteciam com frequência em espaços públicos, mas surgiam também enquanto estava em sua casa: “As crises aconteciam muito em lugares públicos, mas eu tinha crises vendo TV, na sala... Também no meu quarto, quando estava deitada, sozinha.”

Contou-me que lembrou-se de ter visto em uma revista *Nova* - de sua coleção - uma reportagem sobre *pânico* e que, ao reler a matéria, reparou que esta, em suas palavras, “falava sobre coisas que eu sentia”. Depois disso, “lia tudo o que encontrava” sobre essa doença: pesquisava em *sites* médicos na internet (através do *site* de busca *Cadê*), em revistas, etc. Assim, antes de procurar algum profissional da saúde, Clara já pensava que podia estar com *pânico*.

A primeira profissional de saúde procurada pela entrevistada foi uma psicóloga, que lhe confirmou o diagnóstico de *pânico* e receitou-lhe florais de Bach. Conforme *Clara*, tais medicamentos não lhe fizeram bem.

Após ter abandonado o tratamento com a psicóloga, a informante procurou um psiquiatra, que lhe falou da dificuldade em definir se o seu diagnóstico era *depressão com ataques de pânico* ou *transtorno de pânico*. Segundo ele, isso seria esclarecido mais tarde e dependeria da sintomatologia que surgisse no decorrer de seu processo. Esse médico lhe receitou medicação antidepressiva e ansiolítica e aconselhou-a a fazer psicoterapia. Sugeriu-lhe, na ocasião, alguns psicoterapeutas, mas *Clara*, apesar de desejar fazer psicoterapia, não teve condições financeiras para isso.

Nos encontros com o psiquiatra, a conversa girava ao redor dos sintomas, das experiências com as *crises*, mas, segundo *Clara*, não era *psicoterapia*: "O médico poderia até ter feito psicoterapia comigo, se ele quisesse, porque as consultas duravam uns 25, 30 minutos, mas ele me disse que a UNIMED não cobria o pagamento...."

Clara tomou a medicação durante cinco meses - período em que se encontrou semanalmente com o psiquiatra - e depois disso parou por sua conta: disse-me que já estava bem e sentia-se presa aos remédios, sem liberdade para, por exemplo, "tomar um golinho de cerveja em uma festa..."

Através de conversas com outras pessoas que têm *pânico*, em pesquisas na internet e em revistas, *Clara* aprendeu que era bom escrever sobre o que a incomodava ou sobre o que gostaria de dizer ou fazer e depois rasgar - "isto funciona", disse-me ela. Por outro lado, a informante apontou um diferente aspecto em relação às trocas de informações com os outros doentes de *pânico*, o qual sinalizou a questão do que é compartilhado: "É muito bom conversar com outro que tenha pânico, pois como vou poder conversar com quem não passou pela experiência? Como vou explicar a situação para quem não tem pânico?"

Ainda sobre as maneiras de tratar a perturbação, *Clara* contou-me que, durante as *crises*, ela se utilizava do seguinte recurso: respirava em um saco de papel. Aprendeu esse macete com o seu psiquiatra, que lhe explicou que o gás carbônico acumulado pela respiração no interior do

saco diminuía o ritmo cardíaco, ou seja, desacelerava os batimentos do coração, provocando uma melhora mais rápida da crise.

Além das *crises* periódicas, Clara percebia "dificuldade para sair de casa sozinha", "medo de sair sozinha porque eu podia ter uma crise..." e "muita tristeza". Conforme me disse, sua tendência era a de ficar recolhida, quieta, muitas vezes chorando - ela tinha crises de choro. Para ela, as atitudes de seus amigos foram decisivas: eles vinham vê-la freqüentemente e tiravam-na de casa para passeios, caminhadas, para conversar... Por outro lado, para Clara, o psiquiatra contribuiu bastante, pois ele a instruía para que não deixasse de sair por temer que as crises retornassem. Dizia-lhe que ela não devia "evitar as crises", mas sim aprender a conviver com elas e não temê-las. Explicou a ela que as crises não ofereciam risco de vida e ensinou-lhe o recurso, já citado, do uso do saco de papel durante as crises.

Para explicar o aparecimento dos sintomas, a informante relatou a situação problemática que havia entre ela e o grupo de amigos: "Tinha muitas intrigas, fofocas e eu me questionava se era isto que eu queria das amizades..." / "Eu engolia muito sapo e também não conseguia deixar nada pra trás, não perdoava e não dizia nada pras pessoas..."

Associado a isso, *Clara* colocou que naquele período estava trabalhando demais - de 12 a 14 horas por dia - e ainda fazia especialização em uma universidade local.

Durante as *crises*, a informante percebia pensamentos sobre colocações que gostaria de ter feito - em seus termos: "coisas que queria ter dito" - para as pessoas com quem estava tendo problemas de relacionamento. Nas *crises* havia *um aumento de consciência*. Quando as *crises* passavam, *Clara* sentia uma sensação de "devastação", "como num deserto...". "dava um cansaço..." (neste momento de seu depoimento, a informante deitou a cabeça em seu braço, que estava sobre a mesa, para mostrar-me como se sentia após as *crises*).

Há alguns anos atrás, sua mãe teve *depressão*, "ela ficava só na cama... só no quarto, mas nunca procurou um médico". Segundo *Clara*, para o pai "ir ao psiquiatra é frescura!". Nessa mesma fase, a entrevistada começou com *esofagite*, que tratava - e estava tratando até o momento da entrevista - com remédios do tipo *antiácidos*. Clara relacionou a sua

esofagite com ansiedade e disse que “ansiedade é essa coisa no estômago que tu quer resolver de qualquer maneira. Que tu quer enfrentar, descobrir...é um medo de coisas que tu não consegue esquecer”.

A informante relatou que, na fase atual, para não ter as *crises*, ela se esforça para fazer o que ela quer e quando se sente *injustiçada*, em seus termos, “roda a baiana”. Clara afirmou que hoje vive melhor do que antes do aparecimento da perturbação. O seu depoimento: “Tirei o peso de me sentir responsável pelo mundo...”; “É’ um processo de mudança e estou aprendendo a relativizar, comecei a rir de meus problemas.”

Refletindo sobre sua situação, a entrevistada me disse: “[...] toda esta experiência provocou mudanças radicais na minha maneira de encarar o trabalho, as relações com as pessoas, as minhas próprias atitudes... Vi que não dava pra fazer só o papel que esperam de mim’.

Segundo ela, era preciso aprender a “dizer não e a impor limites, porque as pessoas só pisam em você se você se deitar no chão...”

Por outro lado, a informante ressaltou o papel de sua família e da educação na origem de seus problemas: “Se eu fosse dar uma de psicóloga de garagem, eu diria que o meu problema tem a ver com o fato de que meus pais sempre pensaram que era forte e devia ser educada, adulta”.

Em sua visão, ao contrário de seu irmão, ela não costumava pedir ajuda aos pais e procurava virar-se sozinha. Disse-me que começou a trabalhar com 14 anos - na Legião Brasileira de Assistência (L.B.A.), como estagiária - e que se criou com a idéia de que tinha que ser, em suas palavras, “superior”, “altruísta”: acreditava que pensar em si mesma era “egoísmo”. Neste sentido, Clara apresentou a sua leitura-síntese sobre o processo de sua doença: “[...] as crises são um olhar no espelho, um olhar para trás e ver o que tu estás fazendo...”

Na ocasião em que nos encontramos, a entrevistada estava sem sintomas e havia suspenso, por sua conta, o tratamento psiquiátrico - que, como já foi dito, consistia no uso diário de medicação antidepressiva e ansiolítica e de encontros semanais com o médico. Ela

estava dando aulas para uma turma de alunos de primeiro grau, em uma escola pública, e tinha bastante trabalho. Isto não estava sendo um problema para ela, conforme eu pude perceber; ela demonstrava estar satisfeita e disse-me que gosta muito de dar aulas. Além disso, como já foi dito, ela estava se preparando para casar em julho de 2001.

3.2.4. Hermes

Encontrei-me uma vez com o informante, durante o mês de junho de 2001. Diferente dos outros quatro informantes, que escolheram suas moradias como cenário para as entrevistas, Hermes preferiu conversar no local onde trabalha, isto é, no atelier onde ele dá aulas de tear. Não tive dificuldade de encontrar o local combinado, já que o entrevistado trabalha em uma instituição cultural, local que eu já conhecia.

Seu espaço de trabalho é um amplo ateliê que está totalmente preenchido por inúmeros teares: uns mais simples e pequenos, outros mais complexos e grandes. Muitos dos teares estão em atividade, ou seja, estão sendo utilizados pelos alunos de Hermes e de sua mulher – atualmente, o informante dá poucas aulas e a maioria delas são realizadas pela esposa. As paredes do ateliê estão cobertas por seus trabalhos, que chamam a atenção pela diversidade de cores e texturas. Em uma das paredes estão expostas inúmeras amostras de pontos de tear.

Hermes está com 57 anos; seu olhar é vivo e afável, sua fala é bem suave e pausada, o rosto é recoberto por uma farta barba grisalha. Ele se graduou em Letras há vários anos e desde então dá aulas particulares de inglês. Há mais de duas décadas, paralelamente ao ensino de inglês, dá aulas de tecelagem em tear. É casado e tem três filhos - com 25, 22 e 19 anos - que moram com o casal. A filha mais velha tem uma criança pequena, que mora também com eles. A casa da família localiza-se em um bairro urbano de Florianópolis.

Essa foi uma entrevista diferente das outras, pois o informante pensava que podia estar com *pânico*, mas não havia tido *crises de pânico*, pelo menos até o momento da entrevista, nem procurou auxílio profissional de nenhum tipo. Nesse sentido, achei que a conversa foi muito interessante, pois, até então, eu não havia tido a oportunidade de conversar com alguém que estivesse somente com a *pulga atrás da orelha*. Optei por não lhe perguntar diretamente sobre

sintomas e por não mencionar as categorias *ansiedade*, “*taquicardia*, *ataques de pânico*, etc. a fim de que o informante ficasse bem livre para escolher a sua própria terminologia.

3.2.4.1 Síntese da Entrevista: o processo da doença

Desde o final do ano passado (ano 2000), o informante percebe-se *diferente* em relação às suas outras fases de vida. Desde então, percebe que não tem mais vontade de sair, encontrar, visitar pessoas, ir a lugares com muita gente. Antes, era uma pessoa muito sociável, gostava de ir a festas, bares, falar com todo mundo. Na ocasião da entrevista, disse-me que sua falta de vontade para sair chega até ao ponto de querer isolar-se, que se pudesse ficaria só ali, no ateliê, “entocado”.

Segundo Hermes, tudo começou quando sofreu uma decepção muito grande com pessoas que considerava amigas. O fato em questão teve como palco as suas relações profissionais - que, para ele, significavam mais do que *trabalho* e os colegas, mais que *amigos* - e envolveu uma decisão da instituição cujo resultado excluiu o entrevistado de acontecimentos sobre os quais ele tinha uma expectativa muito grande. Hermes utilizou os seguintes termos para descrever como se sentiu: “traído”, “desconsiderado”, “de fora”, “isolado”, “outcast”, ou seja, “descartado, jogado fora”. Ele afirmou: “não era pra eu ficar assim. [...] Mas desta vez, tocou fundo. Tu vê como é a mente humana: um pensamento puxa outro e eu me vi ligando uma coisa a outra e ficando cada vez mais decepcionado com tudo”.

Tal episódio foi muito marcante para ele, que agora não tem mais, segundo seu depoimento, uma aceitação espontânea das pessoas: “Antes eu aceitava todo mundo e não ficava desconfiado da amizade das pessoas. Agora eu tô sempre com um pé atrás.”

Associada à sua percepção de isolamento no espaço profissional existe a percepção da ausência de um espaço para as suas preferências e gostos junto aos familiares. Disse-me que, em casa, não pode escutar suas músicas ou falar sobre a literatura que gosta de ler, pois os filhos e esposa não gostam e não entendem: “Assim vou me encapsulando... Dificilmente encontro pessoas que gostem de conversar sobre o que eu gosto...”

A literatura é um de seus prazeres e assuntos preferidos. Como exemplo de um livro marcante, Hermes fez referência a *Shadows Fall*, de Simon R. Green, cuja história o informante contou-me com grande satisfação. Curiosamente, o argumento da narrativa desse livro toca no tema das coisas pendentes e esquecidas, assuntos abordados por Hermes durante a entrevista. A seguir procuro reproduzir a narração de Hermes sobre o livro:

Trata-se da história de uma cidade para onde vão todos os personagens da literatura, do cinema, etc. que já tiveram seu momento de *glória* e de *culto* no imaginário ocidental e que hoje se encontram esquecidos. Digamos, por exemplo, que a *fada Sininho* tenha sido esquecida, que ninguém mais lembre dela; se este for o caso, é para *Shadows Fall* que ela irá. Nesta cidade também habitam todos aqueles que deixaram coisas pendentes; ela é a cidade das pendências... Se alguém já morreu e não te disse que te ama, esta pessoa está lá, em *Shadows Fall*, esperando que você vá lá encontrá-la. É, também a cidade do divertimento, do sonho, é um paraíso: todos os personagens estão lá fazendo suas artes, entretendo uns aos outros...

O informante ressaltou que, como todo mundo, tem os seus problemas, mas que não os fica colocando para fora, falando com as pessoas sobre a sua vida íntima, pois não é desse tipo de pessoa. "Sou uma pessoa muito controlada, isto já faz parte da família. Todos somos assim, muito controlados, um pouco como os europeus".

Hermes teorizou sobre *os estágios do pânico*: para ele, o *pânico* pode ter vários estágios e crê que o seu seja um estágio bem inicial ou leve.

Eu quis saber o que ele conhecia sobre *pânico* e onde havia obtido informações sobre esse tema. Ele se lembrou que leu algo na *Veja* e também viu alguma coisa na TV. Pedi-lhe que me relatasse algumas dessas informações, e ele citou o caso de uma senhora de quem durante muitos anos ninguém sabia a existência, pois ela não saía de casa: "Ela falava com as pessoas através de um pequeno postigo na porta..." Na TV, viu que falaram "sobre um cara, em São Paulo, que explodiu, botou pra fora, ficou mal e depois disso não saiu mais de casa...É porque é muita pressão..." Um outro caso lembrado por Hermes: "uma reportagem

sobre a solidão em São Paulo". Perguntei-lhe o que ele entendia por *pânico*: -"é o isolamento", respondeu-me.

Hermes explicou que o seu isolamento pode ser uma tendência familiar: "Na minha família, quando as pessoas vão ficando mais velhas, quando vai chegando o *inverno*, elas vão deixando de sair de casa, não querem mais tomar banho, não trocam de roupa...nós somos assim..."

Após sua explicação familiar, o entrevistado comentou sobre a "vida moderna, atribulada, que produz *pânico* nas pessoas". "A tv", continuou ele, "[...] traz muitas informações, alertas sobre problemas de diversos tipos, mas o que eu posso fazer? Sou só um, estou sozinho, como posso mudar a situação? "

Um outro fato foi ressaltado por *Hermes* como um acontecimento que contribuiu para a sua sensação de isolamento: durante o ano 2000, o informante participava de um "ateliê livre de pintura" criado por ele e por alguns amigos. O grupo se reunia para pintar no ateliê da instituição em que Hermes trabalha, nas sextas à noite. O entrevistado disse-me que aquela experiência estava sendo muito boa para todos. Inesperadamente, porém, a administração local não permitiu mais a realização dos encontros e o grupo não pode mais se reunir ali e acabou por se desfazer: "Eles nos disseram que nos estatutos não constava nada em relação a ateliê livre, portanto esta atividade não poderia ser feita naquele local".

Pude perceber o quanto deve ter sido frustrante para ele o fechamento do ateliê, já que essa iniciativa havia sido, para Hermes, uma tentativa de "fazer algo criativo". Em sua visão, a mídia está constantemente fazendo alertas, mostrando problemas sociais, etc., e ele não sabe o que fazer, não pode fazer nada porque está só... Nesse sentido, o fechamento do ateliê representou, nas palavras de Hermes "(...) mais uma decepção com o *sistema*...Hoje, o valor da pessoa não conta para a instituição..."

Quis saber mais a respeito de suas críticas ao sistema, e o entrevistado partiu para um relato sobre sua ligação com a ideologia hippie: "Fui filho dos hippies e quando esta fase acabou, fiquei sem pai, nem mãe...Fiquei com a cabeça na lua e nunca me

adapte...Sempre fui um marginal, não um marginal no mau sentido, mas no sentido de estar à margem..."

O informante crê que, ao contrário dos outros, ele nunca se preocupou com coisas essenciais. Para ele, "coisas essenciais" são "como diz a palavra, a essência, o que é fundamental..." Hermes considera que quem tem família deve acompanhar o ritmo dos filhos, manter a casa em boas condições, ter carro... "Nada disto eu tenho. Nunca liguei pra isto, perdi muito tempo com bobagens...Por exemplo, o lado comunitário, social, de fazer algo pelas pessoas, só agora é que estou tendo vontade de fazer...nunca me preocupei com isto..."

Hermes contou-me que tem planos de sair da cidade e mudar de vida. Ao falar sobre isso sua voz fica mais pausada ainda e o tom é de tristeza: "Tenho medo de sair, me mudar, ir pra um outro lugar, mais pequeno, no campo, e chegar lá e ver que ainda não é ali que quero ficar, que não é ali que me sinto bem...Aonde ir, então?"

Junto aos planos de mudar-se para o campo há o desejo de realizar um trabalho diferente entre os camponeses: Hermes gostaria de ensinar tecelagem a essas pessoas.

As pessoas nem imaginam que podem fazer tecidos, tapetes, roupas, elas pensam que isto só é feito em fábricas. Mas hoje as pessoas estão mais abertas pra fazerem aula disto ou daquilo...hoje é mais natural pagar pra aprender. Tenho certeza que seria fácil levar o material produzido para a estrada e vender. Logo, logo se criaria ali um ponto de venda...

No final da entrevista, que precisou ser terminada um pouco abruptamente, já que o aluno de Hermes havia chegado, o informante contou-me sobre dois amigos seus que desenvolvem um projeto ecológico e pedagógico em escolas. Hermes demonstrou um vivo interesse pelo engajamento em projetos sociais e *alternativos*. De acordo com a história contada por Hermes – sobre o livro *Shadows Falls* – trata-se de coisas pendentes que ele agora tenta resgatar.

3.2.5. Garuda

Encontrei-me uma vez com a informante durante o mês de junho e outra durante o mês de agosto de 2000. Nossos encontros tiveram a duração de mais ou menos duas horas. A informante está com cerca de 40 anos, mora com seus dois filhos, trabalha como vendedora em uma loja no bairro vizinho. Esteve separada do marido, mas, na ocasião das entrevistas, já havia se reconciliado com ele. O casal mora em casa separadas, isto é, ela e os filhos estão em uma habitação e o marido em outra, em um bairro próximo.

A entrevistada impressiona, ao meu ver, pela imagem que transmite de mulher forte e, ao mesmo tempo, sensível. Além disso, são marcantes a franqueza e a clareza com que ela se expressa. Suas roupas, o local onde ela mora, a decoração de sua casa, a linguagem: tudo, nela, remete para o universo “alternativo” (Soares, 1995).

A moradia de Garuda fica em uma pequena e bonita região próxima à praia da Joaquina, em Florianópolis. O local é favorecido por iluminação pública, telefone, comércio – como pequenos mercados, padaria e restaurantes. Sua vizinhança é composta por casas, em sua maioria simples e bem arranjadas, e por uma oficina de pranchas de surfe.

Antes de mais nada, é preciso que eu esclareça que essa informante não me era desconhecida: nossos filhos frequentaram a mesma escola durante alguns anos e a amizade dos dois, naquela ocasião, aproximou-nos. Contudo, quando meu filho se mudou para outra escola, nosso contato praticamente se extinguiu. Depois disso, encontramos-nos somente uma vez e isso se deu pelo mesmo motivo que agora nos reaproximou: sua perturbação. Lembro-me que Garuda veio até a minha casa para, a pedido de sua médica - que não possuía receituário específico para a prescrição de medicações controladas -, pegar uma receita de tranquilizante, pois estava com uma viagem de avião marcada e se sentia insegura de viajar sem alguma medicação.

O fato de haver um vínculo prévio de amizade entre nós causou-me certa apreensão, mais pelo diferencial em relação aos outros informantes, os quais eram todos *desconhecidos*, do que por outras razões. Assim, antes da entrevista lembro-me que eu estava com os seguintes pensamentos: “Será que o fato de já termos compartilhado outras experiências poderá atrapalhar a entrevista?”, “Será que ela vai se sentir confortável para se

abrir?", "Como será nosso reencontro?" Felizmente, tudo correu bem, e não achei que o fato de conhecê-la previamente tenha interferido nas entrevistas.

Eu tive um pouco de dificuldade para encontrar seu endereço, pois Garuda vive agora em uma nova casa, fruto de suas últimas conquistas. Assim, na manhã da primeira entrevista, quando eu estava próxima de sua rua - porém *perdida* -, precisei ligar de um telefone público pedindo-lhe que me orientasse novamente. Garuda aguardou-me na frente de sua casa e recebeu-me de maneira bastante calorosa.

Naquela oportunidade, sua casa estava em fase dos acabamentos, praticamente pronta, faltando-lhe somente alguns detalhes, como o portão da frente e a pintura dos muros laterais. Ao entrar em casa, *Garuda* foi direto para a cozinha - que está separada da sala apenas por um balcão - e eu fiquei apreciando a luminosidade e a disposição dos espaços. O andar térreo compõe-se de um ambiente único, que engloba a cozinha, a sala e um banheiro, onde a informante criou um pequeno jardim aproveitando a luz do sol que entra por uma grande vidraça. Próxima da cozinha, há uma mesa com bancos de madeira. No centro da sala, há uma escada espiralada de metal que leva para o mezanino, onde está o seu quarto e os quartos dos dois filhos.

Como Garuda trabalha durante a tarde - na ocasião, ela trabalhava das 15h até as 21h e, como não costuma acordar cedo, ela pediu-me para não chegar antes das 9h30 horas - somente tivemos a oportunidade de nos encontrar durante o horário em que ela fazia o almoço. Isso, a nosso ver, não atrapalhou, e na primeira entrevista, inclusive, eu pude ajudá-la a cortar os vegetais e legumes da sopa.

Essa informante tem uma particularidade: seu depoimento foi permeado de referências aos livros que ela tem lido durante o seu processo de doença. De acordo com *Garuda*, os livros: *Muitos Mestres, Muitas Vidas*, de Brian Weiss; *A Divina Sabedoria dos Mestres*, de Brian Weiss e *Meditando com Brian Weiss* (acompanhado de cd, 20 min.); *A Profecia Celestina* de James Redfield; *Mulheres que Correm com os Lobos*; *Morte e Renascimento: A Suprema Alquimia*, de Zulma Reyo e *O Corpo em Terapia: a abordagem bioenergética*, de Alexander Lowes ajudaram-na a tomar decisões importantes e forneceram-lhe orientações terapêuticas.

É interessante apontar que na entrevista com Garuda *quase* não escutei a palavra *pânico*. A informante utilizou termos como *sofrimento, medo, problema emocional, taquicardia, falta de ar, crises, etc.*

3.2.5.1 Síntese das Entrevistas: o processo de doença

De acordo com o depoimento de Garuda, sua perturbação começou há cerca de 5 anos, e os primeiros sintomas percebidos foram *taquicardia* e *hipersensibilidade*: “Eu tinha *taquicardia*, de repente, várias vezes por dia. Depois notei que eu me sensibilizava com filmes que eu via ou com situações dramáticas na TV”. Tudo a afetava muito - coisas do cotidiano -, “não sentia vontade de sair de casa, chorava por qualquer motivo” - “eu estava super sensível...e eu nunca fui assim, sempre fui muito forte”.

Além de *taquicardia* e *hipersensibilidade*, Garuda passou a perceber “falta de ar, sensação de sufocamento, dores pelo corpo todo, insônia”. Começou a ter momentos críticos nos quais os sintomas acentuavam-se: “Meu problema ataca os chakras do pescoço e do coração. Eu tinha crises de taquicardia, as pupilas ficavam muito dilatadas, as amídalas se fechavam, eu tinha um aperto na garganta...muita dificuldade pra engolir a saliva...”

Após o aparecimento dos primeiros sintomas, ela foi a um cardiologista. Fez vários exames, inclusive eletrocardiograma, e todos deram normais. O médico disse-lhe que seu problema devia ser *depressão* e prescreveu-lhe um medicamento alopático antidepressivo, o qual ela não tomou. Em troca, optou por buscar um tratamento alternativo: a acupuntura. Associado às aplicações, a médica indicou-lhe o uso de “Kawa-Kawa”, uma medicação antidepressiva fitoterápica.

De acordo com Garuda, ela fazia consultas semanais com a médica, que a escutava bastante, deixando-a bem à vontade para buscar as suas explicações e, segundo ela, isso foi bom:

Ela sempre me deu muita liberdade pra que eu buscasse a minha cura. [...] Ela dizia que se eu quisesse tomar remédios fortes, faixa preta, que eu fosse procurar outra pessoa, mas que isto não ia adiantar, porque eu estava passando por um problema emocional, que nenhum remédio ia curar e que eu tinha que buscar a cura dentro de mim.

Conforme o meu entendimento, o tratamento com a médica acupunturista não se configurava exatamente como *psicoterapia*; contudo, durante os encontros, havia um diálogo sobre o seu sofrimento e a médica e a informante discutiam juntas sobre as possíveis causas da perturbação.

O diagnóstico de *pânico* foi-lhe dado pela médica já citada após o episódio que descrevo a seguir. A fim de relaxar e dar uma aliviada na *rotina* de sofrimento com os sintomas, a informante e os filhos decidiram fazer uma viagem para uma região praiana, longe de Santa Catarina. Para tanto, optaram por viajar de avião. Contudo, *Garuda* percebeu-se com, em suas palavras, “um medo horrível” de entrar - e viajar - no avião. Sentiu que não conseguiria viajar, a não ser que tomasse um remédio mais forte. O medo não era somente de voar no avião mas, também, de ir sozinha com os filhos a um lugar desconhecido. Foi precisamente nessa situação que eu e a informante nos encontramos, situação descrita brevemente nas descrições gerais: sua médica sugeriu-lhe que ela me procurasse para obter uma receita de remédio tranqüilizante para a sua viagem.

Após esse acontecimento, *Garuda* e sua médica começaram a pensar que o seu problema poderia ser *pânico*. Em suas palavras:

Eu percebi que tinha medo... tinha medo de sair de casa, tinha medo das situações. É que eu estava muito sensível, fragilizada. Tudo me afetava. As pessoas, as situações me afetavam...Mas eu percebi que isto fazia parte de um processo de cura, que eu precisava ficar mesmo sozinha, quieta. Por tudo o que eu estava lendo, eu via que eu tinha que ficar quieta um ano ou mais, prá pensar, mudar. O medo indicava que eu não tinha mesmo que sair de casa.

De acordo com a informante, o episódio do medo de viajar de avião para uma cidade desconhecida foi uma das raras ocasiões em que ela tomou medicação alopática tranqüilizante. “Eu até carrego na bolsa, mas não uso, é só por segurança...” Contou-me, porém, sobre uma outra ocasião em que também precisou tomar esse tipo de remédio. Ela estava em sua dentista e começou a passar mal, de repente. Sentiu as amídalas fecharem-se e não conseguia mais engolir a saliva, então, “[...] arranquei tudo de minha boca e engoli um comprimido de *Lexotan*... Esta crise foi horrível! Horrível!”

Na ocasião em que os sintomas começaram, a informante percebia-se insatisfeita: seu casamento não estava bem. Em relação ao marido, a entrevistada colocou que

ele é do tipo que pensa que mulher não precisa trabalhar e que deve ficar em casa, do tipo que pensa que mulher não precisa se desenvolver. Que não dá espaço, nem liberdade, para ela se desenvolver. Agora ele também está se cuidando, procurando crescer. Senão não dá, só um querendo melhorar e o outro não...

Assim, a informante se questionava se não estaria ficando "como a mãe", pois, como ela, sentia-se "presa e insatisfeita". Sua mãe, segundo ela, era uma mulher muito "rígida e repressora" e que "tomava conta de tudo". Entre os pais, havia uma diferença grande de idade e, conforme *Garuda*:

Tudo isto deve ter provocado nela uma insatisfação muito grande, porque quando ela estava no auge, ele estava mais sossegado. / Ela tinha uns ataques histéricos horríveis, batia muito no meu pai, sem mais nem menos, gritava muito conosco...eu ficava apavorada. As vezes, ela precisava tomar injeção calmante que o médico aplicava em casa.

A leitura do livro - recomendado por sua vizinha - *Mulheres que Correm com os Lobos*, especialmente a sessão *Pele de Foca, Pele da Alma* (p. 323) foi decisiva para ela: "o livro chegou na hora certa"/ "eu me vi ali." Em resumo, a referida sessão discorre sobre o conto de fadas *Pele de Foca, Pele da Alma*, no qual a heroína abandona sua pele de foca e o oceano, onde habitava, para casar-se. Mais tarde, a moça apaixonada percebe que nunca devia ter deixado a sua pele de foca, já que essa era a sua alma, e retorna para o lugar de onde veio. Durante a leitura desse livro, *Garuda* refletiu muito sobre ela mesma e sobre sua vida: "Virei uma máquina processadora". "À noite, eu ficava bem desgastada e acordava com falta de ar..." Nesse período, ela diz que encontrou "forças para se separar de meu marido".

Por outro lado, de acordo com a percepção da informante, seus sintomas começaram na mesma ocasião em que parou de fumar *baseado* (*Canabis sativa*). Nessa fase, "sentia dores

intensas no corpo todo, dores que não passavam". Uma amiga sua, que é espírita, disse-lhe que ela estava "se purificando", ou seja, nessa visão, as dores faziam parte de um processo de purificação do espírito provocado pela ruptura com aquele hábito de fumar. Essa mesma amiga sugeriu-lhe a leitura do livro *Muitos Mestres, Muitas Vidas*, de Brian Weiss, que teve um papel importante no processo de *Garuda*. Durante o período em que lia o livro, ela voltou a ter um sonho que era recorrente durante sua infância e adolescência. O relato do sonho: "No sonho, alguém me deixa numa caverna ou num lugar parecido e uma parede de pedra vem na minha direção e começa a me esmagar... Muitas vezes eu acordava quando já estava de pé, apalpando a parede do quarto, procurando uma saída..."

Para a informante, o significado do sonho é claro: é uma experiência de aprisionamento e morte vivida em uma outra vida e que está sendo lembrada nas imagens oníricas. Para ela, os seus problemas atuais abriram espaço para que as experiências passadas pudessem aparecer. O sonho recorrente, de acordo com *Garuda*, é indicativo da gravidade de sua situação: "É como se o sonho estivesse me dando um sacudão, me avisando que algo estava muito mal, porque, imagina, voltar a sonhar com aquele sonho que eu tinha sempre na adolescência é porque eu tava muito mal..."

No decorrer de seu processo de tratamento, *Garuda* percebeu que precisava relaxar, parar, pensar. Que precisava meditar. Procurou na literatura algum material sobre meditação e encontrou o livro, também de Brian Weiss, *Meditando com Brian Weiss*, que vem acompanhado de um CD. Desde então, faz diariamente a meditação e os exercícios de relaxamentos propostos no roteiro do CD, durante 20 minutos. *Garuda* contou-me, emocionada, que a meditação a ajudou muito: "Quando percebi que era como um tranqüilizante e que ao mesmo tempo me reabastecia, eu não parei mais de meditar todo o dia". Ela afirma: "todo mundo tem esta força, este poder mágico, só que as pessoas não têm disciplina e não se dão o tempo necessário".

Observei e falei para a entrevistada que, entre os diversos livros que ela havia me mostrado e falado a respeito, não havia nenhum que abordasse a explicação biomédica para *pânico*. A informante disse-me que não se interessa por essa explicação, porque conhece pessoas

que se tratam com a biomedicina e que estas pessoas não se curam. "Elas não vão se curar porque só querem ficar melhor no presente. Essas pessoas melhoram, mas não vão se curar pra sempre."

Por outro lado, para *Garuda*, o uso dos *remédios fortes* – ou seja, a medicação alopática – está ligado à necessidade que as pessoas têm de controlar a *crise*. Isso, segundo ela, não está correto: "Tu não tens que controlar...tu tens que sentir aquilo tudo. Eu nunca soube de ninguém que morreu disto..."

Garuda enfatizou que o sofrimento faz parte do processo de cura e transformação. Por essa razão, não é bom usar medicamentos *fortes*, que afastam os sintomas e o sofrimento que os acompanham: "Tu tens que ir até o fundo, é preciso ser forte, mas o sofrimento faz parte...Não adianta ficar tomando remédios."

Contou-me que passava muitas noites insone e nessas ocasiões ficava pensando sobre sua vida, problemas, medos e, em suas palavras, "se eu não conseguia cortar, barrar esses pensamentos, eles aumentavam e iam por um canal e a *coisa* me pegava pelo corpo".

Nos períodos mais difíceis, ela sentia muito medo de ficar sozinha com os filhos à noite - com medo de assalto, ladrões -, e uma amiga sua dormia com ela, segurando as suas mãos. Houve também um período em que ficou sem sair muito de casa e, quando saía, apareciam os sintomas:

eu saía só pra o estritamente necessário, fazia as coisas da rotina, ia aos bancos, supermercado... Nessas horas eu sentia medo, tinha falta de ar, taquicardia, mas procurava agüentar, segurar... Eu fazia relaxamento através da respiração e procurava me concentrar no que eu estava fazendo...

No final da segunda entrevista, a informante falou que para ela é muito bom falar, pois isso faz com que ela organize as suas idéias e fortaleça o seu entendimento do problema. "Tem muita gente que não gosta de falar", disse-me *Garuda*, mas ela é diferente:

O problema é quando tu esconde, não aceita o que tu estás passando. Quando tu não assume que tens o problema é muito

pior, aí é que tu não resolve, porque é preciso encarar de frente e é preciso ser muito forte. Por isto é que muita gente prefere o tratamento tradicional, porque é mais fácil. É difícil suportar o sofrimento...é preciso ter colhões!

Na visão de *Garuda*, o sofrimento deve ser contado, vivido e suportado com coragem e determinação. É necessário suportar o sofrimento, pois a doença é parte de um processo maior que promete a transformação. Em suas palavras:

Doença é transformação, é algo que tá avisando que alguma coisa não tá bem e que tu precisa rever, superar. Não é algo só físico. Eu sempre digo isto aos meus filhos...O meu filho tinha umas amidalites horríveis, com placas, e eu sempre dizia que elas eram emocionais. Quando nós nos mudamos pra cá, ele nunca mais teve, parou de ter... É que tinha um problema residencial, o ambiente era instável, vivíamos numa instabilidade enorme...

Na fase atual de seu processo de doença, *Garuda* já consegue sintetizar duas possíveis causas para a sua perturbação. De acordo com a informante, essa leitura surgiu através de discussões com a sua médica. Assim, para elas, há “a causa química, a falta da química do *baseado*, e a história de vida”.

Em relação à *história de vida*, a informante afirmou: “Eu sempre procurava ir além do meu limite. Por exemplo, se eu tinha que dar um salto, procurava dar um grande salto só pra ver se eu conseguia... [...] eu sempre passava do meu limite...não via meu limite...tudo isto me ensinou que eu tenho limites...”

Por outro lado, ela percebe o seu convívio com a família de origem como turbulento e afirma: “Acho que isto deve ter provocado conseqüências em mim, só não sei onde isto aparece, mas deve ter me influenciado.”

Feliz com seus progressos na maneira como lida atualmente com a perturbação, *Garuda* relatou o que havia lhe acontecido na noite anterior à entrevista:

Na noite passada, meu filho combinou com o amigo que ia deixar a porta da casa aberta para que ele pudesse entrar, de manhã cedinho, e acordá-lo para irem surfar. Durante a noite, comecei a pensar que alguém poderia entrar em casa e fiquei com medo, mas consegui cortar (com os dedos da mão fez um gesto indicativo de uma tesoura) estas idéias e barrar o fluxo de pensamento dizendo a mim mesma que nada de mal ia acontecer, que eram só os meus temores... Por fim , parei de pensar nisto e consegui dormir.

No período em que as entrevistas foram realizadas, a informante continuava fazendo acupuntura com a mesma médica, mas com menos frequência, e não tomava mais a medicação fitoterápica “Kawa-Kawa”. Agora suas crises já são, como me disse, “contornáveis”.

Como foi dito nas Descrições Gerais, na ocasião em que nos encontramos, Garuda havia se reconciliado com o marido, porém a relação de ambos estava diferente: cada um vivendo em sua casa e ambos participando dos cuidados e da educação dos filhos. Além disso, ela estava trabalhando fora, ou seja, pela primeira vez estava tendo uma atividade remunerada e diferente das tarefas domésticas.

De acordo com ela, todo o seu processo de sofrimento já dura cinco anos, mas hoje em dia ela já se sente “80% melhor”. Avaliando esse processo, Garuda falou: “Hoje eu me conheço muito mais...olha, foi a melhor coisa que me aconteceu. Eu renasci.”

4. A EXPERIÊNCIA DOS ATORES SOCIAIS: PÂNICO COMO DRAMA SUBJETIVO

4.1. REFLEXÕES INICIAIS: O CONCEITO *EXPERIÊNCIA* NA ANTROPOLOGIA SIMBÓLICA E SUA RELAÇÃO COM O *DRAMA SOCIAL*

É possível afirmar que a discussão sobre *experiência*, na antropologia, insere-se em um contexto teórico caracteristicamente crítico dos modelos que representam a realidade social como imutável e estável. De acordo com Edward M. Bruner (1986, p. 3), Victor Turner teria desenvolvido suas formulações sobre experiência na esteira de sua “[...] rebelião contra o estrutural-funcionalismo e seu modelo estático e fechado de sistemas sociais”.

Nesse sentido, os teóricos da experiência cultivam uma visão processual da vida social e um conceito dinâmico e semiótico de cultura¹ em que os atores sociais são seres criativos, que agem com intencionalidade, estão sempre produzindo cultura e fazendo emergir significados na interação social. Dessa forma, posso afirmar, junto com J. Bruner: “Mudança, continuidade e transmissão cultural ocorrem todas simultaneamente nas experiências e expressões da vida social.” (BRUNER, 1986, p. 12)

A perspectiva antropológica que enfatiza significados – e conseqüentemente o ponto de vista de indivíduos – associa-se diretamente às reflexões de Wilhelm Dilthey que introduziu o conceito de *experiência vivida*. Para Dilthey (1911, p. 113), a experiência é um sistema multifacetado e coerente, dependente da interação entre cognição, afeto e volição (Turner, 1987). Em outras palavras, para esse autor, a experiência compõe-se em cada indivíduo a partir da repetição regular de vivências singulares, as quais formam uma *tradição de expressões*.

Assim, no pensamento de Dilthey (1911, p. 113), a experiência é a realidade primária ou o fundamento de tudo aquilo que se considera como costume, tradição e convenção. Junto a essas experiências de vida, ele reúne também o sistema referencial pelo qual o indivíduo

¹ - Conforme Geertz (1989), “*cultura é ciência interpretativa a procura de significado*”

interage com as outras pessoas e com os objetos externos. É nesse plano da realidade que a experiência vital, assim como a consciência empírica, constituem-se. Dessa forma, *experiências de vida e concepções de mundo* são produtos de processos históricos. Nas palavras de Dilthey (1911, p.113):

Entre as experiências da vida, as que se baseiam na realidade do mundo exterior e nas minhas relações com ele são as mais importantes, pois restringem a minha existência, exercem sobre ela uma pressão que não posso por de lado e impedem de forma inesperada e insuperável as minhas intenções. O complexo das minhas induções, a soma de meu saber, funda-se nestes pressupostos baseados na consciência empírica.

Nessa perspectiva, o conceito *experiência* lida com a maneira pela qual indivíduos experienciam sua cultura, ou seja, como os eventos são recebidos ou percebidos pela consciência. Tal conceito focaliza a dimensão da *vida vivida*, ou seja, o mergulho do agente social² no fluxo da cultura e dos processos sociais. Segundo, Rabello, Alves e Souza (1999, p. 11), esse conceito expressa “uma preocupação em problematizar e compreender como indivíduos vivem seu mundo, o que nos remete às idéias de consciência e subjetividade, mas também e especialmente, de intersubjetividade e ação social.”

Conforme Turner (1986, p. 35), segundo a etimologia, a palavra inglesa *experience* deriva-se da base indo-européia *per* - tentar, aventurar, risco. Através do cognato germânico de *per* - conforme Turner, aqui o *p* é substituído por *f*, segundo a lei de Grimm -, *experiência* aproxima-se de *fare* (taxa, porção); *fear* (medo) e *ferry* (transportar). Já o grego *perao* conecta *experiência* a “*I pass through*” (*movo-me, vivo*) - Turner considera que esse sentido tem implicações na aproximação de *experiência* com *ritos de passagem*. Sendo assim, é possível dizer que a *experiência* circunscreve-se no espaço da aventura, do perigo e da transformação.

Dilthey (1911) propôs uma interessante diferenciação entre *experiência* e *uma experiência*. A primeira diz à simples experiência individual, à recepção do fluxo da vida pela consciência passiva. Já *uma experiência* é aquela que se destaca da fugacidade dos acontecimentos rotineiros para formar o que Dilthey chama de *estrutura de experiência*. Como tal, possui um início e um fim e também um aspecto transformador e formador. São as experiências marcantes, as iniciações em novos momentos e formas de vida, por exemplo: o

² “Antropologia da experiência vê pessoas como agentes ativos do processo histórico no qual constróem seu mundo”. (BRUNER, 1986, p. 12).

primeiro caso de amor, o primeiro trabalho, uma viagem transformadora, uma crise ou conflito, um episódio de doença, etc. Algumas dessas experiências pontuais são intensamente individuais e outras são compartilhadas com o grupo; porém todas são articulações intersubjetivas que se tornam expressão.

Assim, destaco que Dilthey considera *realidade* como aquilo que há realmente; já *experiência* é como a realidade se apresenta para a consciência e *expressão* é como a experiência individual é enquadrada e articulada. A relação entre a díade *experiência-expressão* é, para esse autor, essencialmente dialógica, pois a experiência estrutura as expressões e as expressões também estruturam a experiência. Assim, o entendimento dos outros e de suas expressões torna-se possível através do sentido que encontramos em nossas próprias experiências e em nosso autoconhecimento. Por outro lado, certos textos clássicos, rituais, obras de arte – as *expressões* humanas – fornecem um sentido e esclarecem determinadas experiências interiores. Tal é a base de todo conhecimento nas ciências humanas, acrescenta Dilthey, e a esse modo de conhecimento ele chamou de *círculo hermenêutico*.

A comunicação de uma experiência pode não ser tarefa fácil. Frequentemente se conclui que o que foi dito sobre uma experiência não foi capaz de abarcá-la e que a experiência é, nesse sentido, inatingível. Então, como estudar a experiência? Dilthey (1976, p. 230 apud TURNER e BRUNER, 1986) responde a esta pergunta da seguinte forma: “*Transcende-se a esfera estreita da experiência através da interpretação de expressões*”. É através do entendimento ou interpretação das expressões - representações, performances, textos, objetificações - que se chega à experiência. O significado de expressões fica mais claro a partir das seguintes afirmações de Turner (1986, p.17): “*Expressões são secreções cristalizadas da experiência humana vivida*” ou “*expressões são as experiências encapsuladas.*”

A perspectiva hermenêutica considera a *vida* um processo de diversificação e diferenciação que se desdobra em novas experiências através da combinação entre rupturas e (re)uniões. As experiências que se destacam do - ou rompem com o - fluxo cotidiano causam impressões fortes e evocativas que reavivam experiências passadas, matizando o momento vivido com as tonalidades pregressas. Nesse sentido, no conceito de experiência há sempre uma dimensão temporal explícita e auto-referente àquele que viveu a experiência.

Por outro lado, conforme Turner (1974), a conseqüência imediata de acontecimentos perturbadores ou marcantes é a busca do significado para o que interrompeu o fluxo rotineiro

da vida. Tais *estruturas de experiência* - com início, meio, fim - são, por conseguinte, *estruturas de significado*, já que entre distúrbio e harmonia está, no decorrer do caminho, a busca pelo sentido. Justamente, para a perspectiva hermenêutica, o que mantém juntos o presente e o passado é a unidade de significado.

Nessa mesma direção Turner (1974) desenvolveu reflexões sobre determinadas unidades de experiência - ou de significado - as quais ele chamou de *dramas sociais*. Para ele, o *drama social* é um evento disruptivo e de conflito, que revela e focaliza aspectos socioculturais - significados-chave e relações de poder - dispersos e pouco nítidos na vida cotidiana, sobre os quais se torna urgente refletir e posicionar-se. Nesse sentido, o autor traça um paralelo entre a vida social e o drama, para enfatizar que é durante os períodos dramáticos da vida que as pessoas são chamadas para uma reflexão mais profunda sobre o que estão fazendo, o que buscam ou como vivem. Os momentos de conflito, discussões e doenças, enfim, os momentos de ruptura com o fluxo cotidiano e *estável*, são ocasiões nas quais as pessoas têm a possibilidade de expressar e transformar suas posições, desejos, necessidades, etc. Por outro lado, esse autor considera que é na experiência do rito que as pessoas podem resolver ou transformar seus conflitos.

Assim, Turner retoma as considerações de Van Gennep (1978) sobre as três fases dos ritos de passagens - separação, margem ou *limen* e agregação - para enfatizar a centralidade da *fase liminal* do rito nas resoluções de conflitos sociais. Há, nos ritos, uma seqüência de ações que parte da separação da vida cotidiana, passa por uma fase liminal e termina com o retorno à rotina. A fase liminal é caracteristicamente expressiva, reflexiva, criativa e transformadora: nela, o que estava oculto se manifesta; aqui, as pessoas refletem sobre si mesmas, sobre a sociedade ou grupo social, resgatam e transformam seus valores e objetivos.

Novamente, Turner resgata Van Gennep (1978) e a seqüência trifásica dos ritos de passagens, e sugere que os *dramas sociais* podem ser melhor compreendidos se possuírem quatro fases denominadas: 1- fase de ruptura; 2- fase de crise; 3- fase de compensação; 4- fase de reintegração, ou, como outra possibilidade, fase do reconhecimento de uma dissociação irreparável.

A *fase de ruptura* é sinalizada pelo rompimento das relações cotidianas e é o início simbólico do *drama social*.

A *fase de crise* é um período de transição e conduz à mudança. Inclui aspectos liminais e é uma fase de intensificação e expansão da crise até os pontos frágeis e de clivagem da sociedade.

A *fase de compensação* possui padrões liminais, como a fase liminal do rito, devido ao seu caráter de *estar entre (betwixt and between)* e é a ocasião na qual o grupo social oferece uma resposta crítica aos eventos que levaram à *crise*. A característica marcante do estado liminal é a ambigüidade, ou seja, uma condição de indeterminação que abre, assim, espaço para a reflexão crítica, para a criatividade e para a transformação. De acordo com Turner (1974, p. 117):

Os atributos de liminaridade, ou de *personae liminares*, são necessariamente ambíguos, uma vez que esta condição e estas pessoas furtam-se ou escapam à rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições num espaço cultural. As entidades liminais não se situam nem aqui nem lá; estão no meio e entre (*betwixt and between*) as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimoniais. (...) Assim, a liminaridade é freqüentemente comparada à morte, ao estar no útero, à invisibilidade, à bissexualidade, às regiões selvagens e a um eclipse do sol ou da lua.

Na fase de compensação surgem os mecanismos de controle e ajuste da *crise*, que conduzem ao alívio da perturbação. Tais mecanismos podem ser meros aconselhamentos pessoais até arbitragens jurídicas e legais. De acordo com Turner (1981, p. 151), é principalmente no período da *compensação* que são criados os *gêneros culturais* - narrativas orais, literatura e outros.

Na quarta fase, a de *reintegração*, há uma rearticulação - de valores e metas - no cenário social e um reposicionamento dos papéis sociais. Por outro lado, nessa fase pode haver o reconhecimento ou legitimação de uma cisão ou dissociação. O *continuum* social pode ser analisado sincronicamente, ou seja, pode-se ver e comparar as relações sociais, os valores, os poderes, as regras sociais que precederam o conflito e as(os) que se seguiram a ele. Esse é o momento em que é possível enxergar o que se manteve e o que se transformou a partir da experiência disruptiva.

Nesta sessão procurei dar uma idéia da conexão entre a perspectiva hermenêutica, que destaca o conceito *uma experiência* no sentido atribuído por Dilthey - e já mencionado antes -, e a perspectiva processualista, que gera um conceito como o *drama social*, de Turner. Trata-se de situações temporalmente estruturadas que apontam para um desfecho

significativo, e tanto uma como a outra ajudaram-me a pensar os dados que surgiram das entrevistas com os informantes. Nesse sentido, toda a sinalização teórica é necessária para as minhas reflexões subseqüentes.

4.2. PÂNICO COMO DRAMA SUBJETIVO

Nesta sessão, concentro-me na análise das entrevistas com os informantes - *sujeitos com pânico*. Para tanto, durante o decorrer destas ponderações, os depoimentos dos entrevistados, descritos no capítulo anterior, serão retomados. As repetições de seus discursos são, assim, voluntárias e necessárias. O fio condutor dos recortes e a seleção dos trechos consiste em uma tentativa de revelar os elementos comuns nas várias entrevistas. Parto do pressuposto de que as experiências dos sujeitos são expressas por um código simbólico comum ao grupo e passível de ser apreendido por meio desses relatos singulares.

As entrevistas que realizei durante o período entre março e agosto de 2001 na cidade de Florianópolis colocaram-me em contato com cinco pessoas - cujos processos de doença foram apresentados no capítulo precedente - das *camadas médias urbanas*³ (Gilberto Velho, 1987), que afirmavam ser portadoras de *transtorno de pânico*.

Notei entre os(as) entrevistados(as), de um modo evidente, a presença de um *ethos* psicologizante - ou seja, que privilegia os valores de cuidado de si e de interioridade em detrimento de outros valores, como a prosperidade, a produtividade, a honra, etc. - e individualista, isto é, ancorado na ideologia do individualismo, cuja noção central é o *indivíduo-valor* (Louis Dumont, 1972). Além disso, observei entre eles, um discurso psicologizado, centrado em si mesmo e em uma história familiar.

Nesse sentido, Gilberto Velho (1987), em suas reflexões sobre as camadas médias urbanas, descreveu a *família* como um foco polarizador, em relação ao qual o indivíduo de camada média tenderia ou a *permanecer* ligado em termos de valores e estilo de vida, ou a *mudar*, buscando outros rumos e desejos: “A referência poderia ser positiva ou negativa, mas era constante e vigorosa.(...) O fato é que a identidade social dos indivíduos pesquisados sempre tinha a origem familiar como referência fundamental” (VELHO, 1987, p. 118).

Por outro lado, percebi especialmente entre os informantes uma sintonia com - e uma abertura para - as *cosmologias terapêutico-espirituais da Nova Era* (MALUF, 1996). Em relação às cosmologias da Nova Era, Sônia Maluf (2001, p. 1) sintetiza:

Nos últimos anos, um novo fenômeno cultural pode ser observado nas maiores cidades brasileiras: a emergência de um campo de intersecção entre novas formas de espiritualidade (e de religiosidade), práticas terapêuticas alternativas e a vivência de experiências ecléticas pelas classes médias urbanas. A extensão dessas práticas e de um campo semântico a elas ligado nos permite defini-las como uma nova cultura terapêutica e espiritual.

A afinidade com a cultura terapêutico-espiritual revelou-se nas escolhas dos informantes por terapias alternativas como a acupuntura, Florais de Bach e regressão de memória e na maneira desapegada e informal como manipularam essas opções; no modo peculiar de encarar a *crise* ou a doença, ou seja, como uma experiência transformadora; na inserção de práticas espiritualizadas - como ioga, meditação - no cotidiano; na forma como conceberam e abordaram o *corpo*, a saber, sem restringi-lo à materialidade do corpo físico; no marcante criticismo em relação a questões éticas – como, por exemplo, um descontentamento com o autoritarismo, uma adesão à autenticidade e à verdade, um desencantamento com o “individualismo extremado”⁴ (SALEM, 1991, p. 60); etc.

Recupero as seguintes reflexões de Sônia Maluf (2001, p. 6) sobre a *tradição de pluridade terapêutica* no Brasil:

A pluralidade terapêutica é caracterizada pelas práticas informais em relação aos processos de doença e cura. Essas práticas aparecem não apenas na utilização de técnicas e fórmulas "caseiras", tradicionais ou naturais de cura, mas também nas práticas disseminadas de automedicação, da circulação de um conhecimento terapêutico popular que incorporou o discurso médico e científico e, sobretudo, de uma larga difusão de um jargão ou dialeto médico, terapêutico e psicoterapêutico.

³ As camadas sociais podem ser melhor compreendidas a partir do conceito *fronteiras culturais* (VELHO, 1987), ou seja, como limites construídos em termos de valores e experiências.

⁴ Conforme Tânia Salem (1991, p 60), o indivíduo emerge, nas sociedades contemporâneas, como *valor mestre* da organização social e como sujeito normativo das instituições políticas, sociais, econômicas e filosóficas. Ao invés de identidades relacionais, surgem identidades auto-referidas, isto é, o sujeito percebe-se como uma mônada auto-inteligível em seus próprios termos e uma entidade que antecede qualquer relação social. Nessa configuração moral, as partes possuem prioridade em relação ao todo. Na medida em que o indivíduo é o fundamento desta moralidade, uma radicalização possível para esta experiência seria, nas palavras da autora, o *individualismo extremado*.

À semelhança de Gilberto Velho e Sônia Maluf, Luiz E. Soares (1995) desenvolveu reflexões sobre as camadas médias nas quais observou uma emergente consciência religiosa. Segundo o autor, essa busca de uma nova orientação religiosa - e, portanto, ética -conflui para um experimentalismo em múltiplos níveis e passa, fundamentalmente, por uma reformulação de valores e uma busca de novas possibilidades: um outro estilo de vida, novas formas de trabalho, etc. A essa reorientação, Soares, denominou *cultura alternativa*⁵.

Refletindo sobre os depoimentos dos sujeitos desta pesquisa, identifiquei uma leitura, certamente local e singular, que evidenciou um sentido transformador na experiência com o *pânico*. Nesse sentido, em todo os casos, na ocasião do início da perturbação, destacou-se a percepção de uma ruptura com as relações sociais e a percepção de um isolamento social. Nesta última, foi recorrente a aproximação de experiências do passado, vividas junto à família e percebidas como experiências com a diferença. Assim, notei que a perturbação era percebida por eles (as) não somente como uma doença, com seus aspectos de desvio (PARSONS, 1951) e sofrimento (DUARTE, 1998), mas sobretudo como um processo de transformação de si mesmo e de sua relação com o mundo. Esse processo mostrou-se estruturado, com início, meio e fim, e as suas qualidades dramáticas, reflexivas e transformadoras aproximaram-no do *drama social*, de Turner (1974).

Em sua formulação do conceito de *drama social*, Turner estava preocupado com o aspecto processual e dramático das resoluções de conflitos sociais e processos jurídicos e legais. Já este estudo propõe-se a pensar sobre um outro campo social: a percepção dos sujeitos envolvidos na experiência com o *pânico*. Assim, faço uma adaptação do *drama social* de Turner, pois focalizo um drama percebido e, portanto, um *drama subjetivo*.

Para abordar *subjetividade*, este trabalho apóia-se na perspectiva fenomenológica, que a considera como encarnada no corpo, não se referindo, portanto, a uma consciência que avalia o mundo à distância. Nesta visão de uma subjetividade que está *no corpo* estão implicadas três idéias ou noções: a idéia do *corpo* como modo de engajamento ou inserção no mundo – ou seja, o *corpo* é também transpassado por uma dimensão subjetiva de sentido –; a idéia da *unidade corpo/mente* e a noção do *indivíduo situado em seu contexto social*. Esta última, confere a toda experiência o seu caráter *intersubjetivo*, pois o indivíduo é, desde

⁵ De imediato, salta a pergunta do autor: “Alternativo exatamente a quê, já que o quadro geral brasileiro não destaca de forma evidente estruturas convencionais, tradições institucionalizadas?” Para Soares (1995, p. 192), a linhagem *alternativa*, cuja ascendência *hippie* é evidente, define-se contra: “competição predatória; consumismo; violência; negligência ética; impunidade recorrente”.

sempre, um *ser-com-outros* (MERLEAU-PONTY,1999), enraizado em um contexto histórico e sociocultural.

Seguindo a moldura do *drama social* proposta por Turner, organizei o *drama subjetivo* em quatro fases, como se seguem:

1. *Fase de Percepção da Ruptura*: é o início do processo de doença, no qual surge a percepção da ruptura com o cotidiano através do aparecimento dos primeiros *sintomas* ou da primeira *crise de pânico*;
2. *Fase de Crise*: é a imersão na experiência com as *crises de pânico*. Caracteriza-se pela percepção da ampliação dos problemas e da intensificação do sofrimento. Possui aspectos liminais e é um momento em que o sujeito percebe que é preciso tomar medidas para resolver a *crise*;
3. *Fase de Tentativa de Resolução*: é uma fase crítica e liminal, na qual os doentes buscam o alívio dos sintomas através de um itinerário terapêutico heterogêneo. Junto às escolhas de tratamento e à busca de significado para o que lhes acontece, observa-se um processo reflexivo no qual o sujeito se organiza como *diferente* e parte para uma busca de legitimidade para o sofrimento.
4. *Fase da possibilidade de rearticulação das relações do sujeito consigo mesmo e com o mundo ou do reconhecimento da necessidade de adaptação à perturbação*: é um momento no qual o sujeito já pode tomar distância dos acontecimentos perturbadores e refletir sobre eles como um todo. Nesta fase abre-se a possibilidade de uma reconfiguração da maneira como o doente percebe a si mesmo a as relações sociais. Pode, contudo, significar (apenas) uma adaptação à situação perturbadora.

A seguir, apresento mais detalhadamente uma descrição de cada fase.

1- Fase de Percepção da Ruptura:

Esta fase abre o *drama subjetivo*, demarcando um *antes* e um *depois*, e é, portanto, um divisor de águas. Aqui é onde o sujeito percebe a ruptura com a regularidade cotidiana através do aparecimento dos sintomas. Para utilizar uma categoria nativa que surgiu no

depoimento de Jonas, essa fase pode ser percebida como o *gatilho* que aciona o processo dramático.

O processo de doença inicia-se com uma ruptura violenta e abrupta da relativa estabilidade cotidiana, ou seja, começa com o aparecimento totalmente inesperado de intensas e perturbadoras sensações e percepções corpóreo-mentais: as chamadas *crises de pânico*. Essas *crises* pegam o sujeito de surpresa e tudo se passa, nessa fase, como se surgissem *do nada*, conforme expressou a informante Clara:

Eu estava num bar e, de repente, comecei a passar mal. Eu tinha uma agonia no estômago...um incômodo, uma dor, uma sensação de que algo ia acontecer...tinha ânsia de vômito, dormência no braço, o coração disparava...eu tinha diarreia...A crise veio do nada...

Jonas expressou-se de maneira semelhante quando me falou sobre o dia em que teve a primeira crise:

Não lembro de nada em especial...uma situação associada...eu não lembro de nada, de provas, de uma situação de stress, de muita coisa pra fazer...(...) Pô, já tive em situações bem mais estressantes, assim, milhões de trabalhos e coisas pra fazer, fiz tudo e não teve problemas..

Nas *crises*, durante alguns minutos, a pessoa é envolvida, praticamente imergida em sua interioridade e colocada em contato com o seu corpo, pensamentos e emoções de uma maneira nunca antes percebida. Nesse sentido, há uma ruptura com as percepções corpóreo-mentais cotidianas, que se mostram ou são percebidas como hiperfuncionantes ou hiperativas. Costumeiramente, as *funções* do *corpo* - respiratórias, digestivas, cardiovasculares, etc., – e de cuja presença somente nos lembramos nas *disfunções* - são percebidas como *involuntárias*, mas, durante as *crises*, elas se tornam ainda mais rebeldes à vontade. Assim, tem-se uma situação onde a habitual parceria e o silêncio do corpo são substituídos pela percepção de um *corpo* insurgente e expressivamente descontrolado.

Conforme a perspectiva fenomenológica, o *corpo* é o fundamento – e o agente – da experiência e da intencionalidade. Em Merleau-Ponty (1999, p. 122), o *corpo* está descrito como *o veículo do ser-no-mundo*” e, como tal, é a perspectiva através da qual nos situamos. Nas palavras desse autor, “se percebemos com nosso corpo, o corpo é um eu natural e como que o sujeito da percepção” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 278).

Nessa perspectiva, de acordo com os dados que surgiram no campo, a idéia-chave para a compreensão da *fase de percepção da ruptura é o descontrole do corpo*. Essa percepção, inclusive, é um dos motivos que levam os doentes a buscarem o tratamento.

Em seus depoimentos, os informantes fizeram referências ao descontrole do coração ou *taquicardia*, descontrole das emoções ou *hipersensibilidade, angústia, tristeza*; descontrole da passagem do ar ou *sensação de sufocamento, falta de ar*; descontrole das funções intestinais ou *diarréia*; descontrole das percepções cotidianas ou *insegurança, isolamento, medo, medo de morrer*, etc.

Retomo o depoimento do informante Jonas – já transcrito no capítulo anterior – sobre, em seu termos, a sua *primeira grande crise* para demonstrar a sua percepção da *crise* inesperada: “Eu estava em uma aula na universidade e comecei a passar mal. Sentia a bola na garganta, que era como algo que me apertava a garganta, tinha taquicardia, suava e aí, sim, eu pensava que ia morrer.”

Do depoimento de Jonas, destaco um outro fragmento - este sinaliza a sua perplexidade diante da experiência com o descontrole: “Na hora da crise, não dá prá pensar, nem controlar, é algo terrível. (...) A pior coisa que alguém pode dizer prá alguém que tem pânico é dizer: tu tens que ser forte, superar isto, controlar! Não há como controlar!”

Na visão do informante, *ficar descontrolado* é quase como uma passagem para um estado de ação *pura* e reativa, já que essa ação não é filtrada ou avaliada pelo pensamento. Em suas palavras: “(..) tu não pensa, tu age. Quase como se fosse um arco reflexo, só que bem mais complexo, porque é uma resposta bem complexa...porque tu sente muita coisa junto, ao mesmo tempo...”

Por outro lado, observei que não houve um consenso entre os informantes em relação a como responder ao descontrole percebido. Se, como disse a entrevistada *Olga*, “a idéia

durante a crise é a de que preciso controlar", *Garuda*, ao contrário, exaltou a percepção oposta, dizendo: "(...) tu não tens que controlar, tu tens que sentir aquilo tudo...e eu nunca soube de ninguém que morreu disto..."

Após esse primeiro contato com a perturbação, observei que os informantes começaram a ter *crises* frequentes e recorrentes. E isso os conduziu à próxima fase.

2 - Fase de Crise:

Considero a *fase de crise* como um momento de transição, um hiato entre a irrupção dos sintomas e as fases seguintes, durante o qual a percepção de ruptura com o fluxo do dia-a-dia já está consolidada e fica evidente que os problemas não podem mais ser evitados ou escondidos. Como Turner, percebo nessa fase um componente liminal, que se mostrou nas percepções dos informantes sob a forma de um isolamento social.

Se há uma opacidade difusa em termos de sentido para o que está acontecendo, de alternativas de abordagem e intervenção, há, por outro lado, a clareza de que é preciso agir. Contudo, essa premência para a ação a princípio, aparece junto com uma espécie de imersão no sofrimento e na perplexidade. O depoimento do informante Jonas é ilustrativo desse mergulho, que teve início depois de sua *primeira crise de pânico*: "Deixei de ir às aulas, fiquei praticamente recluso por 8 meses. Eu tinha crises que duravam um dia inteiro.(...) Eu acordava com crise e só aliviava quando eu dormia, exausto da sensação de crise. Eu não saía pra nada. Ficava deitado na cama o dia todo."

De acordo com Luíz F. Duarte (1998, p 13), o essencial da *doença*, isto é, a experiência disruptiva com as formas e funções regulares da *Pessoa*⁶, implica *sofrimento*, seja este entendido no sentido físico, mais restrito, ou no sentido moral, mais abrangente. Apesar de ter optado neste estudo por não desenvolver uma discussão sobre a Pessoa, nas *fases de ruptura* e de *crise* observa-se bem a mencionada experiência com a disrupção da maneira cotidiana como os sujeitos percebem a si mesmos e que conduz ao sofrimento. Assim, sem sombras de dúvidas, percebi nos depoimentos dos informantes a expressão de um sofrimento -

⁶ "A 'Pessoa' é um constructo cultural, uma forma complexa e culturalmente modelada de experienciar o self [si-mesmo] e o outro"; Good 1994:73.

especialmente, quando eles me falavam sobre as feridas abertas pela experiência com a *crise de pânico*: a sensação experimentada de medo da morte, o encontro com exóticas percepções de si mesmos, o descontrole vivido, as mudanças radicais no cotidiano, etc.

Do depoimento de Jonas resgato a fala na qual ele me conta sobre o seu sofrimento, conseqüência dos vários constrangimentos sentidos após a primeira *crise*, que aconteceu durante uma aula na universidade: constrangimento de seu amor-próprio, mediante o encontro com o ridículo de si-mesmo e com sua inutilidade; constrangimento de sua autonomia, através do confronto com sua dependência; constrangimento de seu poder, através da percepção de sua impotência. A sua declaração:

Eu chorei...porque imagina, cara, eu tava me sentindo o cara mais humilhado do mundo, assim...tava me sentindo ridículo...É...isto abala a tua auto-confiança. É...imagina você assim, um cara com sei lá, não lembro direito, 18, 19 anos sei lá...passando mal...assim, não...não podendo ir pra aula, dependendo dos outros...deixa a pessoa terrível..aquela sensação de inutilidade, de impotência é a pior coisa que tem...ainda mais na idade em que normalmente a gente se sente o centro do mundo, que acha que pode tudo...é uma decepção muito grande”.

No depoimento de Olga, encontrei a expressão do sofrimento ligado ao medo da finitude: “[...] na crise, a sensação é a de que o limite é a morte”. Esta afirmação surgiu enquanto falávamos sobre o medo que ela sente nas crises de pânico, o qual, para a informante, é um temor de entregar-se para a experiência com o descontrole, já que este, de tão extremado, parece-lhe que pode levar à morte. Olga inclusive, complementou a sua idéia dizendo-me: “E eu não estou preparada para isto...”

Para Jonas, da mesma maneira, a experiência com a crise é uma experiência com o medo da morte:

O medo que eu sinto na crise é um medo de...ficar doente de novo, medo de que aquilo, de repente, como eu te falei.. porque quando você tá em pânico tu não consegues te convencer por argumentos de aquilo não vai sair daquilo, tu entendes? Eu não...eu sei que a minha garganta não vai fechar...eu sei que eu não vou ficar sem respirar...que eu não

vou morrer, mas os sintomas, é tão ruim que tu não consegues te convencer de que isso não vai acontecer..."

Por outro lado, para a informante Garuda, a percepção da *crise* configura-se na dimensão do *horror* que a atinge, assim como o medo da morte, espaços subjetivos cruciais e extremados. A entrevistada disse: "A crise foi horrível, horrível!"

Junto à questão do sofrimento, há ainda um outro aspecto a considerar: é a percepção da incomunicabilidade da experiência com os sintomas ou com as *crises de pânico*, o que foi mencionado por Jonas e Clara. Transcrevo, a seguir, os depoimentos dos informantes, já descritos no capítulo anterior:

Jonas: "Não tem como te explicar, não existe adjetivo que eu possa usar pra te explicar porque tu não tiveste pânico e não vais nunca saber como é. Só quem passa por isto sabe" ..

Clara: "[...] como vou poder conversar com quem não passou pela experiência? Como vou explicar a situação para quem não tem pânico?"

De acordo com a percepção dos entrevistados, é difícil para as pessoas que não passaram pela experiência com as *crises* entender essas vivências, e assim é complicado falar-lhes sobre o *pânico*. À primeira vista, essa idéia lembra a celeuma, ao mesmo tempo senso-comum e filosófica⁷, da incomunicabilidade das experiências em geral. Porém, refletindo mais sobre a inquietação dos informantes em relação às dificuldades – percebidas – de comunicação e compreensão, destacaram-se algumas indagações que divido com os(as) leitores(as): É possível pensar que a experiência com as *crises de pânico*, por *situar* a pessoa em paisagens subjetivas tão estranhas ou distantes do cotidiano – como informam reiteradas vezes e de várias formas os entrevistados –, provoque a sensação, no sujeito que a vive, de estar excluído do universo dos significados compartilhados? É possível que os sujeitos percebam as suas experiências como acontecimentos que transcendem a possibilidade de sua comunicação e entendimento?

Sem poder responder a essas perguntas no momento, apenas assinalo que considero a percepção da dificuldade dos informantes em comunicar suas experiências com a perturbação

⁷ Na sessão sobre o conceito *experiência*, no início deste capítulo, comentei a posição de W. Dilthey sobre o tema incomunicabilidade/comunicabilidade da experiência.

como parte da experiência de isolamento social que desponta como um sofrimento adicional à sensação de ruptura com o cotidiano – no caso, o cotidiano da partilha de experiências. Ao mesmo tempo, penso que a percepção de um isolamento social revela a esfera liminal da fase de crise.

3 - Fase de Tentativa de Resolução:

A fim de tentar *resolver* a *crise* em que se encontra, nessa fase o sujeito sai da perplexidade e procura encontrar e criar recursos – terapêuticos e compreensivos – que o socorram e que limitem, dissolvam e expliquem a perturbação.

Do ponto de vista simbólico, a *crise* mobiliza o doente para um estado de *liminaridade*, o qual suscita não somente experiências extremadas, mas também reflexões *sobre* a *crise*. Assim, nesse momento liminal, o sujeito retoma as suas experiências do passado, organizando-as em um processo reflexivo em que vai refletir sobre as suas relações sociais e sobre si mesmo, e sobretudo sobre as suas percepções de *ser diferente*. Além de mobilizar a pessoa para a reflexão, a *crise* a conduz à ação. Nessa fase, então, observa-se o *itinerário terapêutico* (JANSEN, 1978), no qual, junto à procura de alívio e significado para os sintomas, evidencia-se um processo de legitimização, ou seja, a procura da legitimidade para o sofrimento – especialmente para a mencionada percepção de *diferente* – através do diagnóstico e do tratamento para a perturbação.

As escolhas terapêuticas dos entrevistados revelaram abertura e flexibilidade na maneira de tratar a perturbação. Embora todos os informantes – à exceção de Hermes – tenham consultado médicos para tratamento e diagnóstico, o tratamento efetuado não se restringiu às orientações desses profissionais. Ao contrário, as alternativas de tratamento inscreveram-se em um amplo leque de possibilidades que incluiu desde o tratamento com as chamadas *medicinas doces*⁸, como Florais de Bach; tratamento com acupuntura, psicanálise, tratamento psiquiátrico da biomedicina, regressão de memória, ioga, passes e meditação.

Nesse sentido, foi possível observar entre os itinerários terapêuticos uma heterogeneidade nas escolhas, um evidente entrecruzamento de terapias e mesmo um desapego em relação às alternativas de tratamento. Se a compreensão dos sintomas como decorrentes de perturbações subjetivas ou espirituais foram determinantes nas suas decisões

⁸ Conforme Sônia Maluf (2001), as *medicinas doces* ocidentais compreendem a homeopatia, os florais de Bach, a fitoterapia, a naturopatia, etc.

por terapias holistas e espirituais, considero que não foi complicado para os informantes associar a essas concepções a formulação biológica da biomedicina, que me pareceu ser incorporada como mais uma possibilidade explicativa, e seu arsenal medicamentoso como uma alternativa para o alívio dos sintomas.

Penso que a observação de um itinerário terapêutico plural ou eclético é significativa para esta análise, sobretudo porque o ecletismo observado nas escolhas de tratamento dos informantes parece ser uma característica do grupo pesquisado, conforme apontei no início do capítulo, utilizando-me das reflexões de Sônia Maluf (2001) sobre as experiências terapêutico-religiosas das camadas médias urbanas brasileiras.

Estão implícitas no conceito de itinerário terapêutico as noções antropológicas da doença como processo e significado, isto é, a doença considerada não como um momento único, mas sim, como uma seqüência de eventos nas quais as reflexões dos doentes sobre o que lhes acontece vão surgindo junto com a sua procura por alívio dos sintomas e do sofrimento (LANGDON,1995). Nesse sentido, a doença constitui-se em uma experiência única, um processo particular a cada caso, já que sua configuração, em termos de sentido, etiologia e tratamento, depende dos arranjos socioculturais específicos – relações sociais e contexto sociocultural – nos quais está situado o indivíduo. Considero que essa singularidade da experiência com a perturbação fica particularmente clara nos processos de doença dos informantes descritos no capítulo anterior.

Por outro lado, o envolvimento de outros membros do grupo social próximo no processo de negociação das escolhas terapêuticas não ficou nítido em todos os itinerários. É possível dizer que em alguns casos os entrevistados foram fazendo, ao longo do seu processo de doença, as suas opções terapêuticas praticamente sozinhos.

Contudo, houve casos em que percebi o diálogo que se estabeleceu entre o sujeito e seus amigos ou entre o doente e seu médico. Como exemplo, aponto o caso de Garuda, que, conversando com sua vizinha, recebeu dela livros e idéias que lhe oportunizaram tanto referências de sentido para os seus sintomas quanto indicações terapêuticas. Segundo essa entrevistada, ela só percebeu que estava passando por um *processo de purificação espiritual* a partir da observação feita por sua amiga espírita sobre o significado de suas *dores no corpo*. Ao mesmo tempo, dialogando com sua médica acupunturista, a informante ia construindo as suas próprias interpretações na matriz holística daquela medicina. Assim, apesar de essa entrevistada dizer que tem *pânico* – e, nesse sentido, ela percebe o valor comunicador da categoria –, observei que esse termo aparece pouco em seu discurso. As categorias escolhidas

pela informante para denominar e interpretar sua perturbação – *sofrimento, problema emocional, problema, crise* - conectavam-se às suas opções terapêuticas. Transcrevo a parte de seu depoimento na qual ela discorre sobre as considerações de sua médica acupunturista:

Ela dizia que se eu quisesse tomar remédios fortes, faixa preta, que eu fosse procurar outra pessoa, mas que isto não ia adiantar, porque eu estava passando por um problema emocional, que nenhum remédio ia curar e que eu tinha que buscar a cura dentro de mim.

Em outros casos, como no processo de Clara e de Hermes, pude observar a influência da mídia no processo de interpretação do significado dos sintomas.

Recordo que Clara, após a sua primeira *crise*, lembrou-se de uma reportagem que tinha lido - e guardado⁹ - na revista Nova¹⁰. Relendo aquela matéria, a informante percebeu que o texto falava, em suas palavras, “sobre o que eu estava sentindo...” A informante reconheceu-se e situou-se – encaixando-se – nas descrições oferecidas pelo texto da mídia. Assim, antes mesmo de Clara procurar ajuda profissional, ela já tinha uma interpretação em potencial para o que sentia. Conversando com a psicóloga que procurou para se tratar, ela obteve a confirmação para o seu diagnóstico. Depois disso, quando a informante consultou um psiquiatra, ele apresentou-lhe a perspectiva da biomedicina para a qual o diagnóstico ainda estava indeterminado: poderia ser *depressão com ataques de pânico* ou *transtorno de pânico*. Apesar dessas observações do médico, tive a impressão de que para Clara não havia dúvidas de que ela tinha *pânico*.

O processo de Hermes é peculiar, pois, ao contrário dos outros entrevistados, ele não tem um diagnóstico formal¹¹ de *pânico*, mas cogita e diz que tem a perturbação. As suas cogitações aproximaram-se do fenômeno do *pânico* mediante algumas leituras – de revistas como *Veja* – e reportagens da TV. Ao relatar-me sobre o que conhecia acerca do *pânico*, Hermes contou-me que soube do caso de uma senhora que vivia *isolada* e de quem, durante

⁹ Destaco que a informante Clara contou-me que costuma guardar textos, artigos, etc. “interessantes”. Ainda em 1996, ela interessou-se pelo texto da revista Nova e o guardou. Naquela ocasião (em 1996), percebeu alguns sintomas – os quais não configuraram *crises*–, que surgiram somente em 1999, como está descrito no capítulo anterior.

¹⁰ Uma síntese da reportagem da revista Nova (maio, 1996) pode ser encontrada na sessão dos Anexos, no final deste trabalho.

¹¹ Considero como *diagnóstico formal* aquele feito por profissional da saúde socialmente reconhecido.

muitos anos, “ninguém sabia de sua existência, pois ela não saía de casa. Ela falava com as pessoas através de um pequeno postigo na porta...” Um outro exemplo citado pelo informante: “Eu vi na tv que um cara, em São Paulo, explodiu, teve uma explosão, botou pra fora, ficou mal e depois disto não saiu mais de casa. É porque é muita pressão...” E ainda: “[...] vi uma reportagem, na tv, sobre a solidão em São Paulo”.

É interessante notar como Hermes articula reflexões originais com os textos veiculados pela mídia: para ele, *pânico é isolamento*. Através de seus depoimentos, percebi que a temática do *isolamento* é central em sua experiência com a perturbação: ele se percebe isolado no seu espaço de trabalho, sente-se deslocado entre os familiares... Assim, é possível dizer que ele concebe a categoria *pânico* de acordo com seus próprios sentidos e experiências.

A partir desses dois casos comentados acima, quero destacar como a popularização do *pânico* via mídia vai oferecendo aos sujeitos balizamentos de sentido para o que é, a princípio, percebido como uma perturbação. Observo, sobretudo, que há uma apropriação ou releitura das informações que circulam e a produção de re-interpretações mediadas pelos significados do universo do informante.

Em relação à busca de sentido para a perturbação, notei que algumas importantes questões ligadas às indagações “o que é que eu tenho?” e “o que devo fazer para resolver?” eram respondidas, de alguma forma, pelo diagnóstico. Nessa perspectiva, observei que a categoria biomédica *transtorno de pânico* ou simplesmente *pânico* foi utilizada em consenso pelos entrevistados para comunicar e parcialmente interpretar a perturbação percebida, mesmo quando o(a) informante não havia nem consultado um biomédico - como no caso de Hermes - ou mesmo quando outras categorias eram também utilizadas, como foi dito há pouco a respeito do processo de Garuda.

Do ponto de vista dos informantes, o esforço biomédico para a construção de um diagnóstico único e exato não é irrelevante, pois o diagnóstico delimita, classifica e ordena, ao indicar a etiologia, o tratamento e o curso da doença, e ainda confere legitimidade ao sofrimento. Retomo, do capítulo anterior o que Olga me disse sobre este assunto: “O diagnóstico dá a dimensão da importância.”/ “Agora, não sou mais desqualificada

pois tenho uma doença, há uma doença..."/ "Agora sei que não é "nada"./ "O classificar te alivia..."

Para a informante, a categoria diagnóstica surge não somente como um mecanismo social que legitima seu sofrimento, desobriga-o de suas atribuições sociais e o exculpa do comportamento desviante, mas também como um mecanismo terapêutico que dá contornos legítimos para o que é desconhecido e o que, por ser "*nada*", causa-lhe sofrimento e constrangimento social. A afirmação de Olga descrita acima, "o classificar te alivia", lembrou-me das pioneiras observações de Lévi-Strauss (1989) "A pior ordem é melhor que a desordem"...

O diagnóstico, além disso, comunica o que a doença é e o que não é e, assim, afastou as idéias de Olga de que poderia ter, em seus termos, *doença mental, na cabeça*:

Como eu era, digamos, viajandona, rebelde, diferente - diferente de meus irmãos que tinham personalidades mais estruturadas - eu tinha dúvidas quanto à minha saúde mental. / Eu não sabia se eu era retardada / Depois, quando eu fiz ressonância magnética, disse para Ângelo (meu marido): agora vou ter uma prova concreta de minha saúde mental.

A percepção de *ser diferente* não surgiu somente no discurso de Olga, mas foi, recorrente no discurso dos entrevistados. Considero, inclusive, que a temática da diferença é um dos fios que tecem a experiência dos informantes com o *pânico*. Isso fica mais evidente quando se examina a leitura que eles(as) fazem da perturbação através da ligação do presente dramático com o passado, também percebido como problemático, ou, no mínimo, diferente. No que se segue, recupero algumas passagens do capítulo anterior sobre os informantes onde aparecem as referências às suas percepções de ser *diferente* ou de ser *considerado diferente*:

Olga: "Desde pequena eu tinha umas *esquisitices*. Eu era conhecida na família como a dodói porque fazia umas *performances* durante as brigas de meus pais...Eu gritava, me contorcia, babava..." // Para Olga, inclusive, sua identidade - seu termo - formou-se através das imagens de *diferente, doentinha, esquisita, nervosa*. // Na visão de Olga, o fato de ela ter abandonado o mestrado, ampliou ainda mais o seu quadro de problemas: havia, de antemão, o julgamento de seus colegas de trabalho, segundo o qual ela era incompetente e, naquela ocasião, as críticas acirraram-se ainda

mais. Tudo isto contribuiu para a intensificação de sua percepção de isolamento.

Jonas: Falou que sempre foi considerado *diferente* pelos seus familiares. A mãe lhe contou que as irmãs, do colégio de freiras em que ele estudava, falaram a ela que ele era “a criança mais madura que já passou pela escola”. “Não que eu fosse mais estudioso ou inteligente, mas era maduro”, explicou o informante. Associado a isto, o entrevistado relatou sobre o seu “poder cura pelas mãos”. Disse-me que fazia “*passes*” (impostação de mãos) no avô, que teve câncer. // Por outro lado, a mãe de Jonas (...) ressaltou que o filho sempre foi muito sensível e muito maduro também. Disse-me que sempre foi exigente com ele e que conversava bastante com Jonas, quando ele era criança, sobre as virtudes tais como o não mentir, a bondade, etc. O entrevistado interferiu dizendo: “também, tu me criaste para eu ser o Cristo, não?”

Clara: Clara colocou que “se eu fosse dar uma de psicóloga de garagem, eu diria que o meu problema tem a ver com o fato de que meus pais sempre pensaram que era forte e devia ser educada, adulta”. Em sua visão, ao contrário de seu irmão, ela não costumava pedir ajuda aos pais e procurava virar-se sozinha. Disse-me que começou a trabalhar com 14 anos - na Legião Brasileira de Assistência (L.B.A.), como estagiária - e que criou-se com a idéia de que tinha que ser, em suas palavras, “superior”, “altruísta”: acreditava que pensar em si mesma era “egoísmo”.

Hermes: “Fui filho dos hippies e quando esta fase acabou, fiquei sem pai, nem mãe...Fiquei com a cabeça na lua e nunca me adaptei....Sempre fui um marginal, não um marginal no mau sentido, mas no sentido de estar à margem...”; “Nunca liguei pra isto, perdi muito tempo com bobagens...Por exemplo o lado comunitário, social, de fazer algo pelas pessoas, só agora é que estou tendo vontade de fazer...nunca me preocupei com isto...”

Garuda: No caso desta informante, a percepção da diferença está deslocada dela mesma e situada na diferença percebida em sua mãe: ela contou-me que sua mãe era uma mulher muito “rígida e repressora” e que “tomava conta de tudo”. (...)“Ela tinha uns ataques histéricos horríveis, batia muito no meu pai, sem mais nem menos, gritava muito conosco...eu ficava apavorada. As vezes, ela precisava tomar injeção calmante que o médico aplicava em casa”./ Comentando sobre a instabilidade no ambiente de sua família de origem, Garuda falou: “Acho que isto deve ter

provocado conseqüências em mim, só não sei onde isto aparece, mas deve ter me influenciado.”

Na construção de uma inteligibilidade para a perturbação, os entrevistados recorrem às suas experiências do passado, pelas quais, em suas visões, entrecruzam-se significados ligados à condição de *diferente* – como os julgamentos de *esquisita, muito maduro, muito sensível, superior, adulta, o Cristo* – e de *desacreditável* – como *doentinha, incompetente, marginal, histérica*. Nesse sentido, há uma demanda de esclarecimento e mesmo de legitimidade para a percepção de diferença, que, na visão dos informantes, esteve sempre ali como um acompanhante pesado... A meu ver, a perturbação legitima as suas percepções da diferença.

Em relação às reflexões dos entrevistados sobre seus relacionamentos – consigo mesmos e com os outros –, notei a recorrência da percepção de uma ruptura com as relações sociais e a percepção de um isolamento social. Esses dois vetores, segundo as leituras que fazem os(as) informantes, teriam dado partida ao processo de doença, como pode ser avaliado nas descrições abaixo, transcritas do capítulo anterior:

Olga: De acordo com os depoimentos de Olga, alguns eventos, sincrônicos ao surgimento de suas *crises*, compuseram o que ela denominou de “cenário detonador das crises”. Os eventos relatados pela informante são os seguintes: pela primeira vez, ela vivia em um bairro pouco habitado e afastado do centro da cidade de Florianópolis, distante de “referências seguras”- amigos, ônibus, telefones, etc.; naquela ocasião, ela se sentia sozinha e tinha medo, principalmente à noite; desenvolvia projeto de pesquisa de mestrado na área das ciências sociais – é importante destacar que o espaço social escolhido para sua pesquisa foi a sua cidade natal: segundo seu relato, isso levou-a a relembrar o seu passado e a refletir sobre o seu ambiente sociocultural de origem. Além disso, no espaço das relações profissionais havia um acirrado “conflito de perspectivas” entre a informante e um grupo de colegas de trabalho, o qual lhe causava a sensação de isolamento e de estar à margem do grupo.

Jonas: No depoimento do informante Jonas, um determinado contexto de relações sociais está problematizado como o gatilho ou *trigger* de sua doença: durante uma visita à namorada, o entrevistado foi atacado e perseguido na rua por um grupo de rapazes. Essa agressão, descrita por ele como “covarde”, foi uma “surra encomendada” por um rival anônimo, ciumento e vingativo. O episódio foi intensamente marcante para Jonas, que a partir daí passou a ter medo de pegar sozinho o ônibus que o conduzia à casa da namorada. Segundo ele, o medo ampliou-se até ao ponto de não mais conseguir utilizar este

transporte. Ele disse: “[...] eu senti muito medo! Foi uma experiência muito traumatizante.(...) Ainda demorou um tempo até eu desenvolver o pânico mesmo...eu acho que foi só o gatilho mesmo porque daí foi abalando a minha segurança, eu acho...Não sei explicar porque...mas eu sei que eu tenho certeza que isto foi um marco, né...?” Algum tempo depois, enquanto estava em uma aula na universidade, sobreveio o que Jonas denomina “a primeira grande crise”..

Clara: No período em que as *crises* apareceram, a entrevistada Clara estava com problemas de relacionamento com um grupo de amigos. Segundo ela, circulavam no grupo muitas “intrigas”, “fofocas”, “injustiças” e ela se questionava se era isto que desejava das amizades. A sua *insatisfação* com tais relações era também um desassossego em relação à sua maneira de interagir com o *mundo das relações*: “na minha família sempre me diziam para não fazer barraco...”; “eu sempre pensei que devia ser altruísta, pensar nos outros... e sempre fazia o papel que esperavam de mim, não impunha meus limites nas relações e não sabia dizer não”; “(...) eu engolia muito sapo, mas não dizia nada...Também, não conseguia deixar nada para trás, não perdoava...”

Hermes: De acordo com Hermes, “tudo começou no final do ano passado quando eu sofri uma decepção muito grande com pessoas que eu considerava como amigas”. O evento destacado pelo informante refere-se ao contexto de suas relações profissionais – espaço de trabalho e de sociabilidade onde ele costumava compartilhar confiança e sentimentos de amizade. Tal acontecimento mostrou-lhe uma faceta inesperada do mundo das relações e Hermes sentiu-se “traído”, “descartado”¹², “isolado”, “à margem”. Desde então, Hermes nota que perdeu a vontade de interagir com as pessoas da mesma maneira como o fazia antes: “Antes, eu era uma pessoa muito sociável, gostava de sair, ir às festas, bares, falar com todo mundo...” Agora, se pudesse, Hermes ficaria “entocado” – como me disse – em seu atelier... Ao mesmo tempo, a sua trajetória de vida, o seu papel de pai e de cidadão e o seu espaço na sociedade foram colocados em xeque: “[...] perdi muito tempo com bobagens...Por exemplo, o lado comunitário, social, de fazer algo pelas pessoas, só agora é que estou tendo vontade de fazer...nunca me preocupei com isto... [...] Tu vê como é a mente humana: um pensamento puxa o outro e eu me vi

¹² Hermes utilizou o termo “*outcast*” (descartado) para descrever como se sentia.

ligando uma coisa à outra e ficando cada vez mais decepcionado com tudo..."

Garuda: No caso desta informante, durante o período em que se iniciaram os primeiros sintomas ela estava casada e vivia situações de insatisfação na relação com o marido: "eu me questionava se não estava ficando como a minha mãe...[...] presa, insatisfeita ..."

Referindo-se ao ex-marido, Garuda disse-me: "ele é do tipo que pensa que mulher não precisa se desenvolver... que não dá espaço, nem liberdade pra ela se desenvolver." Ao mesmo tempo, um outro evento foi destacado por ela e diz respeito à decisão da informante de parar - subitamente - de fumar *baseado*. Para ela, a ausência da química da Cannabis em seu balanço bioquímico provocou o início dos primeiros sintomas – taquicardia e hipersensibilidade (sentia-se mais frágil e sensível). A *instabilidade* na relação com o marido e a falta do relaxamento diário que lhe proporcionava a *erva* foram acontecimentos decisivos: "sem o baseado, eu estourei..."

Através dos relatos dessa entrevistada é possível notar como a leitura construída destaca as experiências problemáticas com o mundo das relações: há a percepção de *conflito* no espaço profissional, de *insegurança* devido à possibilidade da irrupção de violência nas relações, de *insatisfação* com as relações de amizade e consigo mesma, de *isolamento* no espaço profissional e familiar e de *instabilidade* e *aprisionamento* no casamento e de – novamente – *insatisfação* consigo mesma. Aos olhos dos informantes, tudo se passa como uma reação em cadeia, mesmo que esse encadeamento tenha sido construído a posteriori¹³: a ruptura com as relações sociais leva ao isolamento que provoca a irrupção das crises. A idéia de um encadeamento de eventos, inclusive, ajuda a compreender as metáforas - utilizadas por Olga e Jonas, respectivamente – de um *cenário* que detona as *crises* e de um *gatilho* que aciona, ejeta, põe em movimento – ígneo – as *crises*.

¹³ Remeto o (a) leitor(a) para a *fase de percepção de ruptura* na qual destaco que, para os informantes, inicialmente as *crises* parecem que vêm do *nada*, sem estarem conectadas – causalmente – às suas experiências cotidianas.

4 - Fase da possibilidade de rearticulação da percepção de ruptura com as relações sociais ou fase da percepção da necessidade de adaptação à perturbação:

A fase final do drama subjetivo representa para o doente um momento de alívio e melhora. Posso dizer que é o fechamento de um processo rítmico, de altos e baixos, que envolveu muito sofrimento, esteve marcado por rompimentos abruptos e violentos da vida cotidiana – as *crises de pânico* – e que começa, de uma certa forma, a estabilizar-se novamente. Para os informantes, apesar da singularidade de cada processo, penso que a relativa estabilidade alcançada envolveu uma mudança no modo de estar-no-mundo, a qual se configurou como um salto qualitativo ou como uma adaptação conformada e grata. Contudo, ambas as formas emergentes de estar-no-mundo constituíram uma renovada reinserção do doente em seu espaço de relações sociais, a meu ver acrescida do que em Turner (1980, p. 437) é denominado “gozar da vida”; ou seja, após o alívio das tensões maiores, os sujeitos puderam retomar seus trabalhos, projetos, amores, estudos, etc. Nada garante, contudo, que não surjam novas crises: o caminho é longo...

Agora que o sujeito já passou pela experiência temporal que envolveu as fases de percepção da ruptura, imersão no sofrimento e tentativa de resolução, ele pode analisar o *continuum* de maneira distanciada e como um todo. Nesse momento surgem as avaliações do processo, manifestam-se as sínteses sobre o valor da experiência com o sofrimento, aparecem as reflexões sobre a doença. Da mesma maneira, é aqui que emergem as visões menos opacas sobre as causas da perturbação, os motivos que levaram à ruptura com as relações sociais, ao aparecimento dos sintomas e do sofrimento. Através dos depoimentos dos informantes, as considerações acima se tornam mais claras.

Nesse sentido, a meu ver as informantes Garuda, Clara e Olga chegaram até à quarta fase, cada qual à sua maneira, com alguns *pomos de ouro* nas mãos, ou seja, ao longo do processo modificaram-se suas percepções de si mesmas e das relações sociais. A seguinte afirmação de Garuda confirma a sua nova percepção de si, que toma a forma, para ela, de um renascimento: “Hoje eu me conheço muito mais...olha, foi a melhor coisa que já me aconteceu. Eu renasci.”

Da mesma maneira, encontro nos depoimentos de Clara uma avaliação de sua perturbação que reflete uma outra visão dela mesma e de seu estar-no-mundo: “Toda esta

experiência provocou mudanças radicais na minha maneira de encarar o trabalho, as relações com as pessoas, as minhas próprias atitudes...Vi que não dava pra fazer só o papel que esperam de mim."

É possível observar em Clara a percepção, adquirida durante o processo de doença, de que era preciso mudar a sua maneira de ser para evitar o aparecimento das *crises* e do sofrimento. Para a informante, antes da perturbação, e para utilizar sua própria expressão, as suas *posturas* nas relações eram aquelas de uma pessoa "adulta", "altruísta", "superior" – no sentido de colocar-se acima dos quiproquós cotidianos, de relevar os conflitos e não ser "egoísta". Contudo, atualmente ela percebe que o melhor é mesmo "rodar a baiana" e expressar a sua contrariedade com as relações sociais. Para tanto foi preciso adquirir leveza, distanciamento e flexibilidade: "Tirei o peso de me sentir responsável pelo mundo..."/"(...) estou aprendendo a relativizar, comecei a rir de meus problemas."

Na leitura de Olga – e conforme a sua máxima, já citada durante a descrição de seu processo de doença: "aprender a conviver com os tolos e cruéis", a sua perturbação está ligada ao aprendizado do convívio com a diferença: "Não é fácil lidar com a diferença, com valores muito diferentes e conviver com estes valores diferentes."

Expressando uma transformação no seu modo de perceber o *conflito de perspectivas*, o qual, aos seus olhos contribuiu para compor o *cenário detonador* de suas *crises de pânico*, Olga afirmou: "Hoje eu tento não misturar tudo: vi que a universidade não é o meu único lugar de prazer e que isto eu obtenho em outros espaços e com outras pessoas."

Os casos de Jonas e Hermes são diferentes. É possível pensar que Jonas atingiu a fase de possibilidade de rearticulação (fase 4), já que ele, na ocasião das entrevistas, havia saído da reclusão paralisante inicial, estava concluindo o seu curso universitário, tinha uma namorada, cuidava com esmero de suas orquídeas e fazia planos para o futuro. Além disso, à semelhança de Olga, Clara e Garuda, Jonas percebia mudanças em sua vida: "Hoje eu vivo melhor do que antes, agora tenho mais qualidade de vida".

Além disso, como essas entrevistadas, Jonas produziu ao longo do processo uma teoria sobre o (seu) *pânico*, a qual foi descrita no capítulo anterior, e isso o remete para a

quarta fase. Contudo, falta a Jonas o que, nos casos das informantes ficou evidente, ou seja, a percepção de uma transformação subjetiva. Como é possível avaliar no seu relato seguinte, há nele uma tristeza resignada e talvez significativa da ausência de uma resolução mais eficaz:

É...a subjugação pode chegar a ser completa...Eu tive um pedaço muito infeliz que não saía de casa...Acho que têm situações que podem ser tão destrutivas na vida de uma pessoa como isto, assim, mas essa é uma situação que pode...que, sei lá, se a pessoa não souber lidar com isso, pode não se recuperar nunca mais...eu não sei se a forma como eu lidei foi a melhor forma possível mas...tô bem hoje...

Em relação ao caso de Hermes, é possível considerar que o seu processo ainda está em resolução e, portanto, ele não passou para a última fase.

Na fase da possibilidade de rearticulação foi possível ainda observar as noções de doença dos informantes. No caso da informante Garuda, a sua noção de doença fundamenta-se nas idéias-chave aviso/sinal e transformação. Em suas palavras:

A doença é algo que está avisando que alguma coisa não tá bem (...) eu sempre digo isto a meus filhos...Meu filho tinha umas amigdalites horríveis e eu sempre dizia que elas eram emocionais. Quando nós nos mudamos para cá, ele nunca mais teve, parou de ter...É que antes vivíamos numa instabilidade enorme...(referindo-se ao período em que ela, o marido e os filhos viviam juntos)".

Conforme o depoimento de Olga, a doença é, tal como para Garuda, uma *transformação*, algo que, basicamente, não é *físico*. Segundo ela, a sua doença veio da família, não pela carga genética, mas através dos modelos de relação e dos valores com os quais conviveu no passado. Além disso, para ela a doença é "expressão" e "performance" que "precisa ser compartilhada".

Por outro lado, para a informante Clara, a sua doença é um "olhar no espelho". Durante as crises, ela percebia "um aumento de consciência", pois surgiam-lhe reflexões sobre a sua maneira de lidar com o mundo das relações. Neste caso, a noção de doença está associada à idéia de reflexão e significado.

Embora a perturbação tenha sido descrita, pelos informantes, em termos de “devastação”, “descontrole”, “horrível”, “explosão”, “sufocamento”, “tragédia”, etc., na fase final do drama subjetivo esteve ressaltado – quase como uma síntese ou resultado do processo – o aspecto *transformador* desta experiência. Em outras palavras, o convívio sofrido com o chamado *transtorno de pânico* foi avaliado como uma experiência com a *devastação/destruição/descontrole* e, ao mesmo tempo, como uma experiência com a *transformação*. Para os sujeitos com quem conversei, ao final, o sofrimento aparece relativizado: ele tem duas faces e vai além do que parece... A fim de comunicar a imagem dual de *devastação/transformação* que se esboçou nas avaliações dos informantes de suas experiências com o *pânico*, ilumino alguns de seus depoimentos – retomando-os do capítulo anterior :

Olga: “(...) na crise há ambigüidade, ela tem um potencial destrutivo, mas ao mesmo tempo é um aprendizado, um laboratório de experiências e criatividade.”/ “A crise indica uma outra possibilidade: a de ser diferente. Existe a idéia de que tu não tá legal do jeito que tá, daí tu te remete para as relações familiares, profissionais e toma consciência da insatisfação.”; “No pânico não tem como tu não viver a crise...(...) a consciência da crise é reveladora e há uma noção positiva de crise.”

Jonas: “O pânico me deu muito prejuízo, mas também me fez valorizar as coisas do dia-a-dia, as pessoas próximas, queridas...”; “Hoje tenho mais qualidade de vida do que antes de ter o pânico, porque antes eu não pensava em muitas coisas...como, por exemplo, o valor da família...”

Clara: “Depois das crises eu tinha a sensação de devastação, como um deserto...Dava um cansaço...” - enquanto falava, a entrevistada deitou sua cabeça em seu braço, que estava acima da mesa, dando-me uma idéia de como se sentia após as suas crises. // “Durante as crises, eu pensava nas coisas que gostaria de ter feito ou dito para as pessoas. (...) a crise é um aumento de consciência.”; “Agora eu vivo melhor do que antes de ter as crises.”

Hermes: “Eu comecei a me sentir diferente, perdi a vontade de ficar entre as pessoas...Tudo isto que está me

acontecendo tem a ver com esta insatisfação com a maneira como estão as coisas...”// “Eu nunca me preocupei com coisas essenciais, (...) fundamentais. Nunca liguei para isto, perdi muito tempo com bobagens...Por exemplo, o lado comunitário, social, de fazer algo pelas pessoas, só agora é que estou tendo vontade de fazer...nunca me preocupei com isto...”

Garuda: “eu sempre passava do meu limite...não via meu limite...tudo isto me ensinou que eu tenho limites...”; “Tudo me afetava. As pessoas, as situações me afetavam...Mas eu percebi que isto fazia parte de um processo de cura, que eu precisava ficar mesmo sozinha, quieta. Por tudo o que eu estava lendo, eu via que eu tinha que ficar quieta um ano ou mais, prá pensar, mudar.”

A experiência com a perturbação parece, assim, configurar-se na tensão entre devastação/descontrole e transformação. A idéia – notoriamente senso-comum – de que alguma coisa sempre precisa ser devastada, destruída para que o novo possa surgir, parece aplicar-se bem no caso de suas vivências com a perturbação.

Entre as reflexões distanciadas sobre a *crise*, destaco o relato de Olga sobre as periódicas enchentes de sua cidade natal, através do qual ela trouxe para a conversa o elemento trágico da *crise* que destrói e, ao mesmo tempo, mobiliza para a ação as diversas arenas sociais. De acordo com seu relato, as enchentes “sacodem a cidade”, de tempos em tempos, alteram o ritmo do cotidiano, demandam novas atitudes – inclusive no plano das estruturas arquitetônicas (“a construção de casa altas, a necessidade de um sótão...”) –, revelam situações antes ocultas. Por outro lado, quando as enchentes passam, as narrações dos episódios dramáticos enriquecem as conversas nas reuniões sociais: “Reunião social sem uma boa história trágica não era completa...”

Considero o relato de Olga sobre as enchentes como uma metáfora do (seu) *pânico*. A idéia da água que sobe e *crece* – repentinamente, desmesuradamente – “sacudindo”, como ela me disse, e arrastando as estruturas, lembra a situação descrita pelos informantes como uma *crise de pânico* que surge de repente. Contudo, conforme o discurso da informante, a idéia da enchente que sacode a cidade evoca outros significados: para ela, de uma certa forma, é bom que as águas subam... E, nessa perspectiva, destaco que a água lava, limpa,

refresca e renova. Quando utilizada em rituais de iniciação, como, por exemplo, no batismo cristão, a água purifica.

Em seu depoimento, o informante Hermes associou sua história à da cidade *Shadows Fall*¹⁴ e, com isso, ofereceu um contraponto interessante que complementa e amplifica as reflexões de Olga sobre as enchentes. Retomo, do capítulo anterior, o relato de Hermes:

Shadows Fall é a cidade para onde vão todos os personagens da literatura e cinema que já tiveram seu momento de glória e de culto no imaginário ocidental e que hoje estão esquecidos. Imagine que a Fada Sininho tenha sido esquecida, que ninguém mais se lembre dela. Neste caso, é para Shadows Fall que ela irá. Esta é a cidade do divertimento, do sonho. Ela é um paraíso, porque todos os personagens estão lá com suas artes e poderes, entretendo uns aos outros. E lá estão, também, todos os que morreram e deixaram coisas pendentes. Assim, se alguém te ama e morre antes de dizer-te, esta pessoa está em Shadows Fall, esperando que você vá encontrá-la... Ela é a cidade das pendências e dos esquecidos..."

A presença da história sobre *Shadows Fall* no discurso do informante Hermes não é fortuita: ela é parte do “ponto a fazer” (OCHS e CAPPS, 1996, p. 26) de sua narrativa, já que para ele é importante refletir, nesse momento de sua vida, sobre as suas coisas pendentes, os seus personagens criativos já esquecidos. Entretanto, há algo na história de Hermes que conflui para o que me foi dito pelos outros informantes e, nesse sentido, considero que o tema das *coisas pendentes e esquecidas* é um significado compartilhado: o que está esquecido e em pendência pode ser resgatado através da experiência com o *pânico*.

¹⁴ Citado pelo informante D: *Shadows Fall*, de Green, R. Simon.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Neste estudo examinei as formulações circulantes sobre o fenômeno do *pânico* e encontrei um campo heterogêneo, um universo com vários discursos.

Entre esses discursos, encontrei o modelo biomédico sobre o *transtorno de pânico*. Trata-se de um modelo centrado em uma perspectiva biológica e universalista e que circula mundialmente. Essa versão diz que o pânico advém do desarranjo de neuromônios – e que está, provavelmente, ligado à hereditariedade.

Além desse, encontrei o discurso da mídia - neste trabalho examinei a internet e quatro revistas do país – sobre a perturbação, no qual verifiquei na maioria uma atualização do discurso biomédico. Mas a discussão da mídia contempla também a visão da psicanálise sobre o pânico, que aparece, inclusive, como um contraponto para o ponto de vista biológico da biomedicina. Nesse sentido, a formulação psicanalítica resgata a dimensão da subjetividade, situando a angústia como a origem do pânico, dos tremores, da náusea, da aceleração do coração, etc.

Ademais, encontrei o discurso dos sujeitos - sofredores - sobre a perturbação. Os informantes desta pesquisa não avaliaram seus processos de doença como um acontecimento estritamente médico ou clínico já que o consideraram, — sobretudo, como uma oportunidade para examinarem suas experiências de vida e seus relacionamentos e para legitimarem as suas percepções de sujeitos *diferentes*. Nesse sentido, os entrevistados construíram a experiência com a perturbação como um *drama subjetivo*: a busca pelo alívio dos sintomas e pelo significado do episódio disruptivo correu paralela à procura de um novo modo de estar e de ser no mundo.

Por outro lado, nas formulações dos informantes encontrei uma diversidade de discursos: percebi que ali convivem as versões sobre o *pânico* da biomedicina, da psicanálise, os discursos das cosmologias terapêutico-religiosas da Nova Era, as explicações espíritas, etc.

Mediante a descrição e a análise dos processos de doença dos entrevistados e a apresentação das visões dominantes - e em circulação - sobre o que é o *pânico*, procurei dar uma idéia do processo através do qual as alterações corpóreo-mentais são reconhecidas pelos sujeitos como sintomas e traduzidas como doença, ou seja, recebem significados socialmente legítimos.

Neste estudo, contudo, muitos temas não puderam ser abordados devido aos limites impostos pelo recorte escolhido. Em relação aos temas que surgiram na análise das entrevistas não foi possível, por exemplo, discutir mais detalhadamente as reflexões dos informantes sobre os sintomas, as noções de corpo e tampouco foram abordadas as técnicas corporais terapêuticas utilizadas durante as suas buscas de alívio para o sofrimento.

De maneira breve, destaco que nas reflexões dos informantes sobre os *sintomas* e o *corpo* - assim como sobre a maneira como eles foram tratados no decorrer dos processos de doença - encontrei concepções que transcenderam o plano estritamente *físico* ou *material* do corpo: estiveram refletidas também as dimensões—da moral, do espírito e da biologia - o corpo foi o veículo mediante o qual as percepções de descontentamento e isolamento foram comunicadas. De maneira parecida, os sintomas não foram considerados como simples sinais de alterações corporais e biológicas: foram vistos muito mais como expressões de um sofrimento moral.

Medicamentos, caminhadas, disciplina respiratória, meditação, respirar em saco de papel durante as crises e sessões de acupuntura foram algumas das estratégias utilizadas pelos informantes não apenas para conter as *crises de pânico*, mas ao menos para aliviá-las ou prevenir o seu aparecimento. No decorrer do processo terapêutico os entrevistados não somente—estabeleceram relações renovadas consigo mesmo e com o mundo, como construíram uma nova ligação com a dimensão da *corporalidade*.

Junto às tematizações da transformação de si e das relações sociais, da renovação da relação do sujeito com a corporalidade, está implícita a temática da *noção de pessoa* no sentido de um conjunto de representações e práticas sobre *si mesmo* e o outro (DUARTE, 1998) - e, a meu ver, essa é a implicação mais direta deste trabalho.

Entre as diversas pistas que apontaram para o tema da *noção de pessoa*, vejo que o fato de os informantes se perceberem como *diferentes* é bastante revelador: *diferentes* em

relação a quem? E isso me leva a outras perguntas: Qual é a concepção de *pessoa* entre o grupo que se reúne sob a categoria *pânico*? Qual é a relação entre a *noção de pessoa* moderna e o *pânico*? Estas são perguntas que ficam em aberto...Noto, contudo, que algumas sinalizações já apareceram neste estudo e, sendo assim, aponto as seguintes considerações - incertas e inacabadas - sobre esse assunto.

Nesse sentido, observei que nos depoimentos dos informantes surgiram referências à *histeria* e ao *nervoso*, especialmente quando os entrevistados descreveram experiências constitutivas da identidade, tal como pode ser verificado na seguinte afirmação de Olga: “me criei com a idéia de que eu era esquisita, nervosa”, ou na recordação de Garuda: “minha mãe tinha ataques histéricos”. Outrossim, os *nervos* foram mencionados no discurso de Olga para demonstrar a maneira como ela era percebida por seus vizinhos, *nativos* do bairro onde ela morava: “para a vizinhança eu era a moça que sofria dos nervos, pois eu ia ao hospital e não tinha nenhum corte, ferida ou doença (visível). No caso de Jonas, a referência ao *nervoso* surgiu quando o informante me contou sobre a doença de seu avô: “meu avô tinha um pânico: ele era nervoso”.

Assim, parece-me que, no caso dos informantes, tanto o *nervoso* como a *histeria* ainda servem de ponto de referência para a discussão da interpretação dos episódios de *pânico*, pois o integram na *história patológica* do grupo social - as “memórias sociais” (ZEMPLÉNI, 1994, p. 155) - a que pertencem ou em que interagem. Para esse grupo de pessoas, o *nervoso* e a *histeria* ainda fazem sentido e comunicam experiências. Entretanto, tais expressões não aparecem em seus discursos para descrever as experiências com o sofrimento *do presente*, já que, ao invés dessas referências, os informantes preferem a categoria *pânico*.

A preferência pela categoria *pânico* apareceu também no discurso da internet, como já mencionei durante a análise da discussão sobre a perturbação na rede. Naquele discurso percebi claramente a busca de uma diferenciação e de um afastamento do modelo do *nervoso* mediante a adoção - e legitimação - da categoria biomédica *transtorno de pânico*.

O que ainda não foi mencionado é que entre o discurso da internet encontrei dados relacionados à concepção de *pessoa* do grupo que não quer ser reconhecido como “nervoso, estressado, estafado, emocionalmente fraco” (Valle, 1996, disponível em www.geocities.com/Rainforest/1332/pan.html, acessado em 10, mai, 2002), etc. O texto do *site* diz o seguinte:

As pessoas que tem o T.P., em sua maioria, são pessoas jovens (faixa etária de 21 a 40 anos), que se encontram- na plenitude de suas vidas profissionais. O **perfil de personalidade** das pessoas que sofrem do T.P., costuma apresentar aspectos em comum: geralmente são pessoas extremamente produtivas no nível profissional, que assumem uma carga excessiva de responsabilidades, exigentes consigo mesmos, não convivem bem com erros ou imprevistos, alto nível de criatividade, excessiva necessidade de estar no controle e de aprovação, têm tendência a se preocuparem excessivamente com problemas cotidianos, auto-expectativas extremamente altas, pensamento rígido, competente e confiável, repressão de alguns ou todos os sentimentos negativos (os mais comuns são o orgulho e a irritação), tendência a ignorar as necessidades físicas do corpo, entre outras. Essa forma de ser acaba por predispor estas pessoas a situações de stress acentuado, fato este que pode levar ao aumento intenso da atividade de determinadas regiões do cérebro desencadeando assim um desequilíbrio bioquímico e conseqüentemente o aparecimento do T.P. Vale ressaltar ainda que alguns medicamentos como anfetaminas (usados em dietas de emagrecimento) ou drogas (cocaína, maconha, crack, ecstasy, etc.) podem aumentar a atividade e o medo, promovendo alterações químicas que podem levar ao T.P. (grifos do autor)

De acordo com essa visão, há uma *personalidade* característica que expõe os sujeitos ao *stress* e desencadeia o desequilíbrio neuromonal detonador das *crises de pânico* - essa é uma hipótese etiológica que se utiliza do conceito do *stress*, porém situando-o em uma grade socioculturalmente legítima, ou seja, a hipótese biomédica da *ativação do sistema de alerta*.

A fim de investigar a possibilidade de situar os informantes desta pesquisa no perfil de personalidade apontado pelo texto da internet, examinei os seus depoimentos. A partir dessa análise, encontrei algumas confluências - especialmente em relação aos seguintes qualificativos morais mencionados no site: alto nível de exigência consigo

mesmo, repressão de sentimentos negativos, excessiva necessidade de estar no controle e sobrecarga de responsabilidades.

Nesse sentido, observei que Garuda e Clara fizeram considerações relacionadas ao item *alto nível de exigência consigo mesmo*. Garuda, por exemplo, disse: “Eu sempre procurava ir além do meu limite. Por exemplo, se eu tinha que dar um salto, procurava dar um grande salto só pra ver se eu conseguia...”

Entre o discurso de Clara, encontrei a seguinte afirmação relacionada ao item *repressão de sentimentos negativos*: [...] engolia muito sapo e também não conseguia deixar nada pra trás, não perdoava e não dizia nada pras pessoas...”

A temática do controle – conforme o item *excessiva necessidade de estar no controle* – mostrou-se presente em praticamente todos os casos. Em relação ao descontrole, Jonas falou:

Eu não bebo, não uso drogas porque não gosto de me sentir descontrolado. Já bebi e ficava fulo da vida quando eu queria falar alguma coisa e não saía. Eu preciso controlar. Não suporto que meu corpo não obedeça o que eu quero.

Finalmente, encontrei a temática da *sobrecarga de responsabilidades* em todos os discursos, já que os cinco informantes mostraram-se como pessoas superocupadas e com muitas responsabilidades. Destaco, assim, as inúmeras tarefas de Clara, que durante a semana reunia a carga horária de uma especialização com inúmeras horas de trabalho; as tarefas da discência associada às do mestrado, no caso de Olga; os afazeres domésticos e com os cuidados dos filhos, de Garuda; o envolvimento de Hermes com as aulas de tecelagem e o ensino de inglês e, por fim, o curso e a monitoria de Jonas no curso universitário.

É interessante destacar que a *responsabilidade*, apontada no discurso da internet, aparece para Luiz F. Duarte (1986, p. 256) como uma das tematizações mais importantes do *nervoso* e que integra o espaço da *pessoa moral*, descrita por Mauss (1978) como um dos aspectos da *noção de pessoa* ocidental:

Boa parte da tematização do nervoso passa direta ou indiretamente pela questão da “responsabilidade”, que é tão vital para nossos observados sujeitos quanto para a teoria da pessoa moderna. [\(DUARTE, 1986, p. 256\)](#)

Em seu já mencionado estudo sobre a *doença dos nervos*, Luiz F. D. Duarte (1986) considera que na configuração do *nervoso* a *pessoa* é compreendida a partir de um modelo holista e hierárquico e, dessa forma, ela é concebida como relacional e subordinada a uma hierarquia social. Diferencia-se, então, da *noção de pessoa* do individualismo ocidental (Louis Dumont, 1985), cuja ênfase recai na visão de um indivíduo singular, único, e destacado como o valor máximo daquela ideologia¹, que pensa seus membros como seres *livres, iguais e autônomos*.

Por outro lado, no decorrer deste estudo ficou evidente de várias maneiras a proximidade do grupo de informantes com as cosmologias neo-espirituais, cuja concepção de *pessoa* foi estudada por Sônia Maluf (1996). A autora percebeu entre as concepções de [si mesmo](#) de seus informantes uma ruptura e uma relativização da *pessoa* moderna. A esse respeito, Sônia Maluf reflete:

Duarte e Giumbelli (1995) tentam fazer uma síntese da trajetória da pessoa na modernidade. Os autores partem do princípio de uma continuidade da noção de pessoa na tradição ocidental baseada na “tríade estruturante da verdade, interioridade e vontade” (p. 79).[...] As formas modernas seriam uma maneira de resolver essa tensão, mesmo as formas mais contemporâneas, como aquelas ligadas às “religiões do Eu” e às correntes de “auto-ajuda”, onde segundo os autores predomina a subordinação da verdade (interior) a uma “vontade irrelativizada”(p. 107). [...] A aproximação de uma abordagem mais etnográfica das diferentes formas que podem assumir essas “religiões do Eu” no mundo contemporâneo mostra,

¹ De acordo com Luiz F. Duarte (1998, p. 16; 18-19), a categoria *pessoa* pode ser considerada como uma das categorias, “mais estruturantes ou mais expressivas no quadro da cosmologia ocidental moderna”. [...] “Todas as múltiplas outras áreas mais específicas da vida social dependem do modo pelo qual se articulam com o foco central dos valores, ou seja, com a representação da pessoa individualizada moderna e sua corte de efeitos concomitantes: a racionalização e afastamento do sensível, a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e a psicologização dos sujeitos, a autonomização da esfera pública e a institucionalização do liberalismo em sentido lato, a intimização da família, a autonomização dos sentidos, e, conseqüentemente, de uma ‘estética’ e de uma ‘sexualidade’”.

no entanto, o contrário: a presença de uma dimensão transcendente que relativiza o imperativo da vontade”. (MALUF, 2001, p. 13)

De maneira semelhante, entre os informantes desta pesquisa encontrei algumas pistas que falam a favor de uma relativização da *noção de pessoa* moderna. A maneira como os sujeitos se posicionaram, por exemplo, em relação ao descontrole vivido nas experiências com as *crises de pânico* sugere-me a problematização da Vontade. Em um pólo, controle e vontade, no outro, descontrole e subordinação da vontade individual ao fluxo da experiência com a *crise*. Ainda me parece que o descontrole da corporalidade foi vivido pelos entrevistados em seu aspecto mais destrutivo quando não estava em tensão com a concepção de doença – ou crise – como transformação. A meu ver, destaca-se aqui uma correlação entre o modelo racionalista e individualista de *pessoa*, que concebe seus indivíduos como *mestre[s] de si e de sua vontade* (MALUF, 1996), e a percepção do descontrole como uma experiência nefasta.

Distingo, assim, uma tensão entre o modelo do *pânico* e a configuração do *nervoso*. Tanto um quanto o outro são, a meu ver, idiomas ou formas de comunicação de situações adversas. A configuração do *nervoso* reúne representações sobre a *pessoa* que diferem da *pessoa* moderna (DUARTE, 1986); no *pânico*, as concepções de *si mesmo* parecem que estão, da mesma forma, em contraste com aquela representação de *pessoa*.

Anexo

As Reportagens

A versão da revista *Nova*:

A reportagem intitulada *‘Síndrome do pânico, a dura batalha contra o medo’*, de Mônica Gailewitch, é uma matéria breve, de duas páginas, que tem na sua página inicial a foto de um assustado rosto feminino - que abrange mais da metade da página - e na outra, um texto em destaque dizendo: *“Hoje, 1,1% da população mundial sofre de síndrome do pânico, que afeta mais mulheres do que homens em uma proporção de 3 para 1”*.

A discussão inicia com o relato do caso de uma pessoa de classe média, uma arquiteta, que inesperadamente, sentiu uma *“sensação esquisita”*: *“seu coração disparou, o corpo começou a tremer, a respiração se tornou ofegante e tudo passou a girar a sua volta”*.

Dois psiquiatras - um deles, *“doutor em psiquiatria pela Universidade de Londres”* e o outro, *“coordenador do Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas de São Paulo”* - são chamados para falar sobre o como e porque a perturbação acontece e suas considerações estão destacadas na sessão intitulada *“a dança da serotonina”*:

“O cérebro comanda um exército de milhares de neurotransmissores responsáveis pela comunicação entre um neurônio e outro. Eles se encarregam de transmitir mensagens e impulsos nervosos para o resto do corpo. Em situações de vigília, quando nos preparamos para lutar ou fugir, por exemplo, é dada a ordem: o coração acelera e manda sangue para certos músculos. O corpo obedece. Mas um desequilíbrio na concentração dos mensageiros químicos, em alguns centros nervosos, pode confundir as informações e disparar um alarme falso.(...)” / “O resultado? Explode um coquetel de emoções, levando às crises (...)”

Logo após as colocações dos psiquiatras, o texto destaca que: *“a hipótese mais aceita por pesquisadores é que o desajuste ocorre pela falta ou aumento de serotonina ou noradrenalina no espaço entre os neurônios.”*

Assim, o *pânico* é apresentado como um desequilíbrio na concentração dos *“mensageiros químicos do sistema nervoso”* - responsáveis pela intensidade e frequência de determinadas emoções, conforme o texto - e as *crises de pânico* como resultado de uma *“explosão de emoções”*. Além da causa química, a reportagem cita, como possibilidades causais, a causa

genética. Cita, ainda, “*fatores que contribuem para o aparecimento das crises*” (nesta ordem): stress, angústia, dor pela perda de alguém querido, tensão pré-menstrual, substâncias que excitam o sistema nervoso central (excesso de café, bebidas alcólicas, inibidores de apetite, drogas como cocaína e ecstasy), depressão.

Os sintomas são descritos como “*aterrorizantes*” e estão citados: *taquicardia, dor no peito, falta de ar, suores e boca seca, medo de morrer, de perder o controle ou de ficar louca, tremores, formigamentos, calafrios e náuseas*. As pessoas que vivem a experiência com a perturbação são chamadas de “*vítimas*”, como na seguinte afirmação: “*A síndrome do pânico não costuma mandar recado às suas vítimas, que têm, em média, de 25 a 35 anos*”.

Um pequeno histórico para a “*síndrome do pânico*” é apresentado e neste, a reportagem afirma que a perturbação não é uma “*doença típica da era do stress*” pois “*em meados do século XIX já atormentava os soldados durante a Guerra de Sessessão dos Estados Unidos*” - fazendo referência indireta à “*Síndrome do Coração Irritável*” descrita por Da Costa¹. A “*neurose de angústia*” está situada na história do pânico como a “*tese*” de Freud sobre o assunto.

Em relação ao tratamento, estão recomendados os anti-depressivos, “*que restabelecem o equilíbrio da serotonina*”. Além destes, o texto ressalta a importância da associação de medicamentos com terapia comportamental. A descrição da terapia comportamental: “*(...) inicia-se um programa com várias etapas: identificar e tentar mudar padrões negativos de comportamento; expor-se, gradativamente, às situações de pânico; aprender exercícios e técnicas de relaxamento para controlar os sintomas e a ansiedade; reintegrar-se socialmente fazendo, aos poucos, programas de lazer.*”

A matéria termina com um outro depoimento da arquiteta citada no início: “*Tomei remédios fortíssimos para me livrar da síndrome do pânico e recebi alta oito meses depois. A recaída foi ainda pior. Tentei o tratamento combinado [referindo-se à combinação de medicamentos e terapia comportamental] e, hoje, após 4 anos, lembro, sem nenhuma saudade, do pesadelo que vivi.*”

A versão da revista *Tudo*: A matéria “*Doenças da Ansiedade*”, de Demetrius Papparounis, compõe-se de 6 páginas as quais estão fartamente ilustradas com fotos dos “*doentes*” cujos

¹ Esta *síndrome* foi citada na discussão sobre o modelo biomédico para o *pânico*, no início do capítulo.

depoimentos - sobre as suas experiências com as perturbações - permeiam o texto. Aqui, como o título da matéria já indica, o *pânico* está situado como uma *doença* ligada à *ansiedade* – junto com o *transtorno do stress pós-traumático*, as *fobias*, o *transtorno obsessivo-compulsivo* e outras.

A ansiedade, segundo o texto, é um sentimento de apreensão e uma sensação de que algo está para acontecer. Trata-se de uma “*vantagem biológica*” ancestral, incorporada, no decorrer do tempo, aos genes da humanidade, cuja finalidade é servir de alerta contra os perigos – através do medo - e de instrumento de preparação para ações de ataque ou fuga - ao detonar algumas alterações corporais: aceleração do coração, intensificação da respiração, etc. Pode tornar-se “*prejudicial a saúde*” e sua “*transformação em doença*” por duas razões: devido aos limites de tolerância do *corpo* à ansiedade (que é “*variável para cada pessoa, de acordo com fatores genético e com a história de vida de cada um*”) e, segundo, pelos “*perigos subjetivos*”. Conforme o texto, “*o homem pensa, logo cria medos*”: “*Na vida moderna, as idéias de que o colega de trabalho quer puxar o seu tapete ou de que o sinal vai parar o seu carro diante de um bandido têm, para o homem, um papel semelhante ao do urso para os nossos ancestrais.*”(de acordo com o psiquiatra Geraldo Ballone, citado no texto) Por outro lado, entre as principais fontes de ansiedade, o psicanalista José Otávio Fagundes, cita a sexualidade: “*Conflitos nesse terreno, como desejar alguém proibido, gera graves conflitos e angústia.*”

Neste sentido, a equação proposta para a compreensão do “*como o pânico surge*” pode ser sintetizada no seguinte fragmento do texto:

“*Quando a soma de ameaças concretas com perigos subjetivos faz a ansiedade ultrapassar os limites do suportável, a pessoa adocece. E passa a ter reações desproporcionais ao tamanho da ameaça – ou mesmo sem ameaça nenhuma. O cérebro pifa.*”

A reportagem destaca, através de vários depoimentos de doentes - denominados pelo texto, e, também, auto-denominados de “*vítimas*” - , a necessidade de um diagnóstico preciso e de um tratamento que dê conta de eliminar os sintomas: “*Por ter demorado tanto para descobrir que era vítima de uma doença, o advogado, Daniel Krieger Neto, 28 anos, se sente um pouco revoltado ainda hoje: “Sofri muito à toa até descobrir que era vítima de uma doença e buscar tratamento. (conforme o depoimento de Daniel)” (...) Ao saber que era vítima de uma doença, procurou tratamento e se livrou dos sintomas.*”

Em relação às maneiras de tratar as perturbações, estão descritos: medicamentos ansiolíticos e anti-depressivos; terapias psicológicas - segundo o texto, “*duas delas apresentam mais eficácia*”: a comportamental e a cognitiva; técnicas de relaxamento e outros tratamentos - onde estão incluídos psicanálise, psicoterapias individuais ou em grupo, homeopatia e religião.

Descrevo a seguir um *teste* — que acompanha a reportagem:

Os Sinais que Servem de Alerta

As pessoas podem ser consideradas ansiosas se apresentarem, com muita frequência, pelo menos seis dos sintomas abaixo. Faça o teste.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tremores ou sensação de fraqueza | <input type="checkbox"/> Concentração ou memória prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Tensão ou dor muscular (inquietação) | <input type="checkbox"/> Dificuldade em conciliar o sono |
| <input type="checkbox"/> Fadiga fúcial | <input type="checkbox"/> Irritabilidade |
| <input type="checkbox"/> Falta de ar ou sensação de fôlego curto | |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | |
| <input type="checkbox"/> Sudorese, mãos frias | |
| <input type="checkbox"/> Boca seca | |
| <input type="checkbox"/> Vertigens e tonturas | |
| <input type="checkbox"/> Náuseas e diarreia | |
| <input type="checkbox"/> Rubor ou calafrios | |
| <input type="checkbox"/> Polaciúria (aumento de número de urinadas) | |
| <input type="checkbox"/> Bolo na garganta | |
| <input type="checkbox"/> Impaciência | |
| <input type="checkbox"/> Resposta exagerada à surpresa | |

A versão da revista Veja: Intitulada “*O Medo que Tortura*”, a reportagem de Cristina Poles, abrange 8 páginas e traz, como as demais matérias já descritas, várias fotos, entre elas, a do psicanalista Sigmund Freud, e de *sofredores*, como a atriz brasileira, Cláudia Ohana, e o deputado do Partido dos Trabalhadores, José Genuíno. Destes últimos, foram apresentados, depoimentos. Além disto, o texto coloca em destaque três explicações. Em uma delas, intitulada “*A química do medo*”, há uma explicação sobre “*como o corpo reage numa situação de ameaça, seja ela real ou não*”. Segundo o texto, tudo começa no cérebro e mais especificamente nas amígdalas cerebrais - estruturas responsáveis pelo início da reação a estímulos amedrontadores - que avisam o hipotálamo - região de controle do metabolismo - para que seja intensificada a produção dos hormônios adrenalina, noradrenalina e acetilcolina. Rapidamente, a descarga destas substâncias causam alterações no funcionamento de várias partes do corpo: nos olhos, as pupilas se dilatam, o que aumenta o poder de visão geral; no coração, há elevação dos batimentos cardíacos; nos pulmões, a respiração fica mais rápida e curta e no estômago, a acetilcolina pode produzir dor e, também, uma aceleração nos processos de digestão dos alimentos. A outra explicação destacada compõe-se dos seguintes dados estatísticos - cuja fonte citada é o “*Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas de São Paulo e da Universidade de São Paulo*” - : “*O medo patológico afeta 18% dos moradores de Brasília; 11% de São Paulo; 9% de Porto Alegre; o distúrbio atinge 2 vezes mais mulheres do que homens.*” E a última, discorre sobre os “*tratamentos psicológicos de choque*”, onde estão descritas a *terapia comportamental*², *terapia cognitiva*³ e *terapia interoceptiva*⁴.

Esta discussão focaliza algumas desordens – *fobias e transtorno de pânico* – em termos de “*medo patológico*”. As *fobias e o transtorno de pânico*, por sua vez, estão

² Segundo o texto: “*A técnica básica consiste em expor gradualmente o paciente à situação que lhe causa medo a fim de que possa superá-lo.(...)*”

³ Em relação à terapia cognitiva, o texto afirma o seguinte: “*o paciente é levado a analisar racionalmente seus medos, comparando os dados da realidade com suas idéias pessimistas. (...) Depois de algum tempo, o paciente é estimulado a enfrentar as situações que lhe dão angústia, de forma semelhante ao que acontece na terapia comportamental*”.

⁴ Sobre a terapia interoceptiva, diz o texto: “*Estimula-se o paciente a deflagar em si mesmo os sintomas físicos do pânico. O propósito é ensinar uma técnica de respiração abdominal que ajuda a controlar essas sensações ruins. (...) A técnica não cura, mas pode atenuar em até 50% a incidência dos sintomas de pânico*”.

relacionados aos quadros de ansiedade, angústia e depressão. Conforme o texto, o medo patológico é diferente do “*medo normal por não ter causa objetiva ou base na realidade e provocar uma aflição desmedida*”.

O *ataque de pânico* está descrito como “*uma das experiências mais devastadoras que um ser humano pode enfrentar*” e os sintomas como “*parecidos com os de um infarto*”. Há também referências a “*pensamentos confusos que se atropelam numa velocidade tamanha que muitos acham que estão ficando loucos*” e a problemas para engolir.

Em relação a “*origem dessas desordens mentais*” - conforme o texto - a autora cita duas perspectivas que procuram explicá-la: a *norte-americana*, na qual predomina a *visão cientificista* - preocupada em delimitar as regiões do cérebro responsáveis pelo medo e em encontrar drogas que atuem nestas áreas - e a *européia*, que segue uma abordagem *psicanalítica*, preocupada com a história pessoal de cada paciente e para a qual o “*medo patológico é apenas a expressão de uma angústia mais profunda e não pode ser considerado uma doença em si*”.

Por outro lado, logo a seguir, a autora discorre sobre o conhecimento contemporâneo acerca dos papéis das *amígdalas cerebrais* e do *sistema límbico* na deflagração de sensações de medo. Assim, o sistema límbico está situado como um “*banco de memória do medo*” - onde uma memória ancestral sobre o fogo, a escuridão e animais ferozes está armazenada junto às experiências pessoais de cada um - o qual informa as amígdalas sobre as situações de perigo. A autora diz: “*Os pesquisadores agora se empenham em afinar a descoberta de que o sistema é regulado por duas substâncias neurotransmissoras, a serotonina e a noradrenalina, que se relacionam ao humor e às sensações de bem-estar.*”

O texto discorre, então, sobre os medicamentos que agem na “*química cerebral*” e cita drogas como Tofranil, Anafranil, Prozac, Zoloft, Luvox, Sersone e Efexor. Segundo a autora: “*A pílula milagrosa, porém, ainda é uma miragem. Nenhuma droga existente cura por completo fobias ou pânico. Elas servem para controlar a iintensidade dos snintomas (...)*”.

Neste sentido, a perspectiva da psicanálise é chamada para levantar uma indagação: o desequilíbrio químico do cérebro é causa ou consequência da doença? O psicanalista Renato Mezan tece algumas críticas às *terapias de choque*, citadas no início -

especificamente em relação ao aspecto paliativo, e não curativo, das terapias que buscam o alívio dos sintomas - e aponta a necessidade do tratamento da causa principal dos sintomas: a angústia.

A versão da revista *Quem acontece*: Matéria da capa, a reportagem “A Vitoriosa Cristiana de Oliveira”, de Christiana Albuquerque, tem um texto enxuto já que a maior parte de suas 6 páginas estão preenchidas com muitas fotos - grandes - da atriz de telenovelas da rede Globo, Cristiana de Oliveira, em diversos ambientes de sua casa e vestida com diferentes vestidos. A preocupação central da reportagem não é a discussão sobre o *pânico*, mas, sim, a atriz e a sua maneira aguerrida de suportar - e vencer - as adversidades, entre elas, e especialmente, a *síndrome do pânico*. Assim, o texto começa citando algumas das dificuldades vividas pela atriz: a obesidade da infância e da adolescência (de acordo com o texto, ela perdeu 30 kgs. depois da adolescência); a perda da irmã, há 6 anos atrás; as malediscências que circularam sobre sua “*suposta preferência por namorados jovens*”.

Referindo-se às “*batalhas*” já vencidas por esta “*guerreira*”, o texto diz: “*Mas a maior de todas ela venceu sozinha e “na marra”: um período de depressão que durou 8 longos meses. O saldo da experiência pode ser comprovado com uma frase reveladora: “Hoje não tenho medo de nada, nem mesmo de morrer.”*”

Cristiana descreve a perturbação como uma “*somatização*”: “*Minha analista me disse que eu tinha somatizado várias coisas. Ainda não tinha caído a ficha da morte de minha irmã e fiquei com isto meio engasgado, porque para mim a Lúcia não estava morta. Além disto com a separação eu me desencaixei.*”

Por outro lado, o *pânico* está descrito em termos de um “*pavor indiscriminado*” pelo texto e isto é confirmado pelo depoimento da atriz: “*Eu tinha muito medo, o tempo inteiro: de sair na rua, de dormir, que acontecesse algo com minha filha. Estava sempre assombrada com alguma coisa pessimista.*”

A autora dá bastante ênfase à forma como a atriz encarou a perturbação: “*enfrentou tudo sem pedir ajuda*”. Conforme o depoimento de Cristiana: “*Ninguém, nem meus pais, sabia de nada. Sofri isso tudo sozinha, sem apoio, nem remédios. Vivi tudo no osso. Fui até o fundo do poço da dor.*” Em relação ao tratamento, a atriz conta que conversava bastante com sua analista e tomava chá de camomila e muita água – “*que baixa o batimento cardíaco.*” Ao

final de sua experiência com a perturbação, fica destacado um saldo positivo: “(...) *até que foi bom passar por isto. Agora sou muito mais destemida*”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Christiana. A Vitoriosa Cristiana de Oliveira. **Quem acontece**. São Paulo, ano 2, n. 72, p. 60-65, jan. 2002.

CARDOSO, Marina. **Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade**. São Carlos: Editora da UFSCar, 1999.

DILTHEY, Wilhelm. **Teoria das concepções do mundo**. Portugal: Edições 70, [19-?]

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Departamento de Saúde e Serviço Social dos EUA. **Distúrbio do pânico**. 1991. Tradução e distribuição no Brasil: Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (SBPsC), Programa de Educação Sanitária da SBPsC. Folheto.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar /CNPq, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias e GIUMBELLI, E. A. **As concepções cristã e moderna de pessoa: paradoxos de uma continuidade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro: 1995. Anuário Antropológico/93.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; FACHEL, Ondina Leal. (org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DUMONT, Louis. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**?. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

FIGUEIRA, Sérvulo (org.). **Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GAILEWITCH, Mônica. Síndrome do pânico, a dura batalha contra o medo. **Nova**, p. 98-101, mai.1996.

GEERTZ, Clifford. **O saber local**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GOOD, Byron. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**, 1:25-58. 1977.

_____. **Medicine, rationality and experience**. New York: Cambridge University Press, 1994

JANZEN, John. **The quest for therapy in lower Zaire**., Califórnia: University of Berkely, 1978.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria**. Editora Artes Médicas, 1997.

KLEINMAN, A.M. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

_____. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems**. Social Science and Medicine, 1978.

_____. **Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience**. New York: The Free Press, 1991.

LANGDON, E. Jean. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Antropologia em Primeira Mão 12, Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 1995.

_____. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico**. Florianópolis, 1994. Trabalho apresentado para concurso de Professor Titular da Universidade Federal de Santa Catarina. Mimeografado.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LÉVI-STRAUSS, C. A ciência do concreto. In: _____. **O pensamento concreto**. Campinas: Papyrus, 1989, pp 28-31.

LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (LILACS), LILACS<?xml:namespace:prefix=ons="urn:schemas-microsoft-com:office:office"/>

MALUF, Sônia W.. **Les enfants du Verseau au pays des terreiros: les cultures thérapeutiques et spirituelles alternatives au Sud du Brésil**. 1996. Thèse de Doctorat, École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

_____. Criação de si e reinvenção do mundo: pessoa e cosmologia nas novas culturas espirituais no sul do Brasil. In: IV REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL (RAM). Fórum de Pesquisa: Antropologia da Pessoa: processos de individualização na cultura contemporânea. Anais. Curitiba, 2001.

_____. Mitos coletivos e narrativas pessoais: cura ritual e trabalho terapêutico nas culturas da Nova Era. Mimeografado, s/d.

_____. Os filhos de Aquário no país dos terreiros: novas vivências espirituais no sul do Brasil. In: IV REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL (RAM). Fórum de Pesquisa: Olhares e diagnósticos sobre os movimentos religiosos na atualidade. Anais. Curitiba, 2001.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel. **What's behind the symptom?:** on psychiatric observation and anthropological understanding. Singapore: Harwood Academic Publishers, 2000.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 1999. PAPOROUNIS, Demetrius. Doenças da Ansiedade. **Tudo.** São Paulo, n. 41, nov. 2001.

PANIC Disorder. National Institute of Mental Health. Disponível em: <[http:// www.gopher.gsa.gov:70/00staff/pa/cic/health/panic](http://www.gopher.gsa.gov:70/00staff/pa/cic/health/panic) >. Acesso em: 10, mai, 2002.

PARSONS, Talcott. **Social Sistem.** Glencoes, Illinois: Free Press, 1951.

PEREIRA, Mário Eduardo. **Pânico:** contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

POLES, Cristina. O medo que tortura. **Veja.** São Paulo, ano 34, n. 1688, 104-111, fev. 2001.

QUINTAIS, Luís. **As guerras coloniais portuguesas e a invenção da História.** Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2000.

RABELO, Alves e Souza. **Experiência da doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RODRIGUES, José Carlos, **Tabu do corpo.** Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

SALEM, Tânia. O individualismo libertário no imaginário social dos anos 60. **Physis** - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.I, n.2, 1991.

SILVEIRA, Maria Lucia da. **O nervo cala, o nervo fala:** a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SÍNDROME do Pânico. disponível em: <http://www.doctor.com.br/doencars.htm#03>. Acesso em: 10, mai, 2002.

SOARES, Luiz E. **O rigor da indisciplina.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

STAIANO, Kathryn. Alternative therapeutic systems in Belize. **Social Science and Medicine**, 15B, p. 317-332, 1981.

TURNER, Victor . **Anthropology of performance.** New York: P.A.J. Publications, 1987.

_____. Social dramas and stories about them. In: MITCHELL, W.J.T. **On narrative**. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.

_____. **Dramas, fields and metaphors**. Ithaca: Cornell University Press, 1974.

_____. **Processo ritual**. Cap. 1, 3, 4. Petrópolis: Vozes, 1974.

_____. Un doctor ndembu en acción. In: **La selva de los símbolos: aspectos del ritual Ndembu**. Espanha: Siglo Veintiuno de Espanha, 1980. pp 399-439.

TURNER, Victor W.; BRUNER, Edward M. **Anthropology of Experience**. Illinois, Board of Trustees of the University of Illinois, 1986.

VALLE, Sérgio. **Página sobre o Transtorno do Pânico**. 1996. Disponível em: <http://www.geocities.com/rainforest/1332/pan.html> . Acesso em: 10, mai, 2002.

VAN GENNEP. **Ritos de Passagem**. Petrópolis: Vozes, 1978.

VARGAS, Eduardo Viana. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade complexa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

VERSIANI, Márcio. Medo, pânico, ansiedade...como tratar. **Medicina** – Conselho Federal - órgão oficial do Conselho Federal de Medicina, Brasília (DF), ano XVI, n. 127, mar./abr. 2001.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. **Annual Review of Anthropology**, Palo Alto, n. 11, p. 257-285., Annual Reviews Inc., 1982.

_____. Some implications of medical beliefs and practices for Social Anthropology. **American Anthropologist** 78(1), p. 5-24, 1976.

_____. The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. **Social Science and Medicine**. 14B, p.133-146, 1980.

_____. **The harmony of illusions**: inventing post-traumatic stress disorder. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995.

ZEMPLÉNI, A. La *maladie* et ses *causes*. Introduction, l'Ethnographie. Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture. v. LXXXI (2-3), p. 13-44, 1985. Numéro spécial. Tradução: A *doença* e suas *causas*. **Cadernos do Campo** - USP-FFCLH, São Paulo, v. 4, p.137-164, 1994.