

Os “problemas de pressão” na Guariroba/DF, Brasil: um aporte da antropologia para pensar doenças crônicas cardiovasculares

“Pressure problems” in Guariroba/Brazil: an anthropological approach to chronic cardiovascular diseases

Soraya Fleischer (<http://orcid.org/0000-0002-7614-1382>)¹

Abstract *This article, driving from Anthropology, presents ethnographic data elaborated in Guariroba, a neighborhood in the capital of Brazil. Between 2008 and 2014, dwellers, usually in their sixties, migrants and blue-collar workers, shared their perceptions on what they called high blood pressure and pressure problems, how they felt, explained and treated them. A very significant relation between pressure and nerves was clearly stated and helps clarify health professionals and also researchers in dealing with cardiovascular diseases. I suggest this relation can improve clinical and pharmaceutical practice and also the scientific results on hypertension. Knowing the perceptions from first person perspective, from those who live with long and chronic illnesses, is a relevant measure to strategically modulate actions of prevention and care.*

Key words *Pressure problem, Nerves, Brazil, Anthropology.*

Resumo *Este artigo pretende, a partir da Antropologia, apresentar dados etnográficos construídos no bairro da Guariroba/DF. Entre 2008 e 2014, moradores, em geral sexagenários, migrantes e de classe popular, compartilharam suas percepções sobre o que chamavam de pressão alta e problema de pressão, como os sentiam, explicavam e tratavam. A relação estreita e significativa entre a pressão e os nervos surgiu claramente e ajuda a balizar a dificuldade que os profissionais de saúde e os pesquisadores da área têm em considerar essa relação. Sugiro que considerar essa relação tanto aprimorará a prática clínica e farmacêutica quanto os resultados científicos sobre a hipertensão arterial. Conhecer as percepções em primeira pessoa, de quem experiencia adoecimentos prolongados e crônicos, é uma medida relevante para modular mais estrategicamente as ações de prevenção e cuidado.*

Palavras-chave *Problema de pressão, Nervoso, Distrito Federal, Antropologia*

¹ Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. Campus Darci Ribeiro, Cidade Universitária. 70910-900 Brasília DF Brasil. fleischer.soraya@gmail.com

Introdução

Em 2004, Firmo et al.¹ afirmaram que, “se por um lado os estudos epidemiológicos da hipertensão arterial no Brasil têm sido cada vez mais numerosos, por outro lado, os estudos antropológicos ainda são raros”. Mais recentemente, Fava et al.² ainda perceberam essa escassez: “Apesar do interesse crescente das pesquisas para se entender a construção cultural do processo saúde/doença, são poucos os trabalhos atuais relacionados à HAS nessa perspectiva”. Canesqui³, também em um artigo recente, afirma o mesmo: “É relativamente escassa a produção acadêmica nacional sobre a hipertensão do ponto de vista da investigação qualitativa em interlocução com as ciências sociais e humanas”.

Aparentemente, na última década, a Antropologia continua tímida para tomar adoecimentos crônicos, como os cardiovasculares, como tema de pesquisa. Podemos contar nos dedos os trabalhos publicados até o momento⁴⁻¹². Em alguns casos, os “problemas de pressão” surgiram colateralmente, como o estudo de Adriana Vianna, que ao tomar o assassinato de jovens por forças policiais no Rio de Janeiro/RJ, notou que as menções aos “problemas de pressão” eram comuns entre as mães desses jovens na busca por justiça e reconhecimento (comunicação pessoal, ANPOCS, 2012). Ou mesmo Elena Calvo-Gonzalez¹³ que começou curiosa por entender questões raciais em Salvador/BA e terminou em consultórios onde a “hipertensão arterial” era mote das conversas clínicas. Em todo caso, tomando a pressão como tema direto ou indireto, no âmbito dos estudos dos adoecimentos crônicos, vale a sugestão de que “os estudos antropológicos permitem conhecer em profundidade a percepção que as pessoas têm da hipertensão, como agem diante desta condição e quais fatores (econômicos, sociais e culturais) podem influenciar percepções e ações neste campo”¹.

A elevação definitiva da pressão sanguínea é compreendida, pela perspectiva biomédica, como “hipertensão arterial sistêmica” (HAS), uma patologia crônica, irreversível e incurável¹⁴. Desse ponto de vista, a “hipertensão” é um dos mais comuns e persistentes problemas de saúde da população brasileira: “sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos”¹⁴. Por outro lado, a partir da perspectiva de pessoas que convivem com alterações diárias de pressão sanguínea, não necessariamente

há uma concepção de adoecimento nem de distúrbio prolongado e, por isso, tenho optado por categorizar a discussão que encopasse causas, sintomas, indisposições, tratamentos e significados sobre as alterações da pressão sanguínea como “problemas de pressão”¹⁵.

Essa categoria deriva diretamente do termo utilizado pelas pessoas que conheci ao fazer pesquisa etnográfica na Guariroba, um bairro histórico da cidade de Ceilândia/DF. Circulei pela Guariroba quase semanalmente, sozinha ou acompanhada de diferentes estudantes de graduação e pós-graduação. Passei bastante tempo observando e conversando com as pessoas nos bancos de espera de um dos doze centros de saúde da cidade. Mas também participei dos grupos de apoio aos “hipertensos e diabéticos”, da dispensação farmacêutica, da sala de acolhimento e do grupo de ginástica do local. Quando convidada, continuei conversas nas casas das pessoas, geralmente sexagenários, migrantes nordestinos, goianos ou mineiros que vieram tentar a sorte na capital que nascia no início dos anos 1960. Por aqui, casaram e tiveram filhos, ao passo que testemunharam a cidade crescer enormemente nos últimos 50 anos¹⁶. A Ceilândia, fundada no início da década de 1970, é a maior das 31 regiões administrativas que compõem o DF, com cerca de meio milhão de moradores. Ainda que tenham conseguido superar as adversidades da migração tão estoica, se mantiveram nas camadas populares, mas com certa ascensão econômica.

Esse artigo tem como principal objetivo retomar as percepções dessas quase 70 pessoas que conheci no bairro sobre os “problemas de pressão” com os quais conviviam. Primeiro, apresento a terminologia por elas utilizada para comunicar as sensações corporais que vivenciam cotidianamente. Com isso, posso chegar às explicações causais sobre o surgimento dos “problemas de pressão”, em especial o lugar que os “nervos” ocupam nessas explicações. Ao final, pretendo mostrar como essa aproximação, entre pressão e nervos, extrapola para a relação com os medicamentos, os serviços de saúde e as formas de autocuidado. Minha aposta é de que, ao conhecer as percepções locais sobre os problemas de pressão, seja possível modular de forma mais sensível e exitosa as iniciativas de prevenção e tratamento dos problemas cardiovasculares.

O “problema de pressão” e a “pressão alta”

A partir das primeiras pessoas que conheci, fui pedindo indicações de outras que conviviam

com a “hipertensão”. Era comum receber negativas, “Não, não conheço ninguém”. Foi numa das conversas com Dona Marcela, mineira e viúva, que me pareceu pertinente afinar as categorias. Imersa há alguns meses em campo, me escapou uma pergunta utilizando o substantivo “pressão”. Ao passo que ela prontamente respondeu, “Ah, pressão alta tem muitos. Minha irmã Camila tem, por exemplo. A Judite aqui da frente tem, meu marido também”. Ao que parece, a categoria nosológica “hipertensão”, enquanto uma doença que precisa de tratamento, acompanhamento e medicamentos de uso controlado e contínuo, encontrava melhor correspondência local como “problema de pressão” e não exata ou simplesmente “pressão alta”. No primeiro caso, o “problema” parece mais permanente e insistente e era comum vê-lo sendo comunicado com o verbo “ter” no presente, “Minha irmã tem problema de pressão desde que engravidou da última filha”. Já o segundo termo, “pressão alta”, parece ser usado como uma condição passageira bastante comum, como um “pico de pressão alta” imprevisível ou não. Tanto que se emprega o verbo “estar” ou “ter” flexionado no passado: “Eu estava com a pressão alta semana passada”. Assim, atentei para esses diferentes termos e “problema de pressão” passou a equivaler a um quadro mais antigo, persistente e envolvente de adoecimento e sofrimento.

“Pressão alta” e “problema de pressão” são termos encontrados de modo distinto também por outros colegas^{1,4,5}. Pelo que eu entendo do que foi dito na Guararoba, “pressão alta” é uma situação passageira, à qual qualquer pessoa poderia estar eventualmente sujeita. “Problema de pressão” é a “pressão alta” que se tornou persistente, que se tornou um problema de saúde, que infelizmente algumas pessoas tinham. Concordo com Firmo et al.¹ de que a “pressão alta” é um fenômeno abrupto e que o “problema de pressão” é permanente. O “problema de pressão” parecia se aproximar mais de “hipertensão” como doença, em termos biomédicos. Fava et al.², em pesquisa com pessoas com “hipertensão”, em Alfenas/MG, também notaram o uso corrente do termo “problema de pressão”, muito associado ao “problema dos nervos”. A relação entre estes dois tipos de problemas reforça meu pleito pela associação de “problema de pressão” a um quadro mais sério de adoecimento. Ainda assim, nada disso queria dizer que as pessoas se percebiam necessariamente como doentes ou, ao menos, doentes por muito tempo.

Sensações

O primeiro aprendizado sobre o “problema de pressão”

Conheci Dona Arabela no banco de espera do centro de saúde. Contou-me que, uns dias antes, no feriado da Páscoa daquele ano de 2011, havia estado na região de Barreiras/BA, visitando o filho que lá morava há alguns anos. Por lá, passou mal: “Senti uma grande pressão na cabeça, uma pressão no juízo, apertando, apertando aqui atrás [e apontava para a base da cabeça, junto à nuca]. E eu não sabia o que era, não conseguia nem deitar”. Dores (ou também apertos e pressão) na cabeça (ou no juízo, na nuca, na testa, na frente, no alto, no miolo) eram, sem comparação, a sensação corporal mais comumente relacionada com uma pressão alta, pelo que me contaram esses guararobenses. Era o primeiro desconforto sentido que motivava encontrar uma explicação. Outros estudos apontaram o mesmo sintoma inicial^{1,17-19}. Se essa pressão alta eventual se transformasse em algo permanente, como no caso do “problema de pressão”, a dor de cabeça passava a ser uma importante sensação indicativa de que o problema se acirrava. Assim, esse incômodo passava de sensação a sintoma, à medida que a experiência caminhava de “pressão alta” à “problema de pressão”.

Lefèvre²⁰ lembra que a doença de “hipertensão” é uma *sensação*. Não é à toa que muitas, ao descreverem essas dores e incômodos, concluíam usando a expressão, “é assim quando eu sinto a pressão”. Era do mundo do sentir que vinha a experiência mais próxima e concreta da “pressão alta” e, em seguida, do “problema de pressão”. Dona Rebeca disse, “Ah, quando eu sinto dor de cabeça, eu sei que está precisando medir”. Dona Camila explicou: “Ah, quando é a orelha que quenta, eu sei que é “pressão alta”. Dor de cabeça, tontura também”. Seu Ivan falou que “a testa fica quente e o olho fica pesado. Eu conheço meu corpo. Sei quando está diferente”. Aprendiam a notar quais sensações se relacionavam especificamente com o “problema de pressão”, sobretudo, quando a pressão estivesse subindo. O objetivo era notar qualquer mudança da pressão para, em tempo, agir e normalizá-la, já que era relacionada por essas pessoas a eventos críticos como o derrame, o aneurisma, o infarto e ao acidente vascular cerebral¹⁷. As sensações foram relatadas de duas formas: sintomáticas – “crises” ou “picos de pressão” – e seguidas de atenção emergencial ou silenciosas e descobertas numa consulta de rotina, como Santos e Silva²¹, Péres et al.¹⁹ e Castro e

Car¹⁸ também encontraram. Muito mais presente foi a relação do problema com sua faceta sintomática do que com a silenciosa.

Havia os exames clínicos e laboratoriais para definir um problema de pressão. Mas, em casa, essas pessoas também realizavam “testes”, como chamavam, para descobrir se a dor de cabeça estaria relacionada ao problema de pressão. Um dos testes era consumir alimentos proibidos. Dona Carolina lembrou, “Hoje, se eu como uma comida com sal na hora do almoço, logo depois eu já estou passando mal”. Quando já estivessem fazendo tratamento, outro teste era pular o medicamento, passar um ou mais dias sem tomá-lo¹⁷. A dor de cabeça e/ou um número alto no visor do esfigmomanômetro eram formas de constatar que o teste havia funcionado. A medição, nesse sentido, era entendida como uma comprovação do que havia sido percebido a nível corporal.

As aferições ganhavam um protagonismo importante na interpretação das sensações corporais de mal-estar. A maioria das pessoas que conheci ao longo desses anos contava com esfigmomanômetros em casa e realizava aferições várias vezes ao dia, por diferentes motivos⁶. Os equipamentos e seus números seguiam ajudando a conferir sentido onde não havia, sobretudo às pessoas ditas assintomáticas. Mais disponíveis e acessíveis do que as autoridades médicas, os aparelhos se popularizavam como fonte explicativa para diferentes mal-estares, distúrbios, sobressaltos, não só dos problemas da pressão (idem). Contudo, com o tempo e a convivência com os “problemas de pressão”, as pessoas iam se autonomizando dos números, aparelhos e opiniões técnicas. Atentavam progressivamente aos sintomas e sensações, como se o corpo se transformasse, pouco a pouco, numa espécie de “esfigmomanômetro natural”. Ao se sentirem mal, talvez não conseguissem precisar se estavam “15 por 10” ou “16 por 10”, mas sabiam estar alta a pressão. Uma senhora, que cuidou dos pais com “problemas de pressão” e agora convivia com o irmão na mesma situação, explicou, “Quando meu irmão está com pressão alta, ele nem precisa olhar no aparelho. Ele fica todo vermelho, tem coceira e fica nervoso, precisa tomar um banho frio, tomar um chá”. Sugiro que o problema de pressão, enquanto sensação, índice numérico e, como mostrarei na seção seguinte, como explicação, integre o elenco dos distúrbios físico-morais, tão bem discutidos por Duarte²². Esse ponto será melhor discutido abaixo.

Explicações para o problema de pressão

Como já comentado, as primeiras sensações corporais amenas ou críticas levaram à constatação do “problema de pressão”. Quer dizer, as crises, mais ou menos intensas, foram *lidas e traduzidas* em vários espaços, a começar pela casa, passando pela família extensa e por vezes pela vizinhança até chegar às consultas de rotina (ginecologia, pré ou pós-natal, nutrição etc.) ou nas ambulâncias do SAMU e nas alas de emergência. Mas as pessoas foram além, explicando-me as razões dessas sensações e crises. Nessa seção, gostaria de explorar essas explicações que ajudam a entender os problemas de pressão e, mais do que isso, a trajetória biográfica dentro da qual esse problema faz sentido aparecer.

Para começar, várias mulheres associaram o início de seu “problema de pressão” a eventos reprodutivos como a gravidez, o aborto ou a menopausa. Outros relatos também trouxeram a consanguinidade como explicação⁴. Dois dos irmãos do Seu Felipe eram “hipertensos”. Ele concluiu: “Se você tem alguém na família, você tem que se cuidar. Se não se cuidar, você também desenvolve o problema”. Em Salvador/BA, Trad et al.²³ notaram entre seus entrevistados que “a HAS é reconhecida, nesse grupo, como uma *doença da família* devido ao número de membros portadores e por ter acometido diferentes gerações” (ênfase minha). A expressão “da família”, em vez de “de família”, é muito eloquente porque deixa mais claro ainda, a meu ver, que esse problema é percebido como específico e pronunciado, sobretudo *naquela família*. Esse quadro se estendeu, em alguns relatos, para identificar a linhagem feminina da interlocutora como definidora das formas (capacidade, duração, momento na vida) de engravidar, segurar a barriga, perder, parir, quarentar, menopausar e, eventualmente, o efeito dessas fases reprodutivas sobre a pressão. Por outro lado, é bom lembrar que a recorrência familiar do problema pode contribuir para banalizar a causalidade e também o tratamento. Por exemplo, um dos entrevistados de Castro e Car¹⁸, numa amostra entre paulistanos, lembrou: “Existe conhecimento do diagnóstico de hipertensão arterial há quatro anos e o tratamento foi iniciado há dois anos. Porque a família tudo tem isso, não liguei!”.

Além disso, parece que o envelhecimento era um fenômeno tido como produtor de debilidade a ponto de explicar o surgimento de vários problemas, dentre eles o de pressão^{3-5,11,23}. Em geral, ouvi acepções como a seguinte, quando Dona Ju-

lieta contou que tinha pressão alta, gota, nervoso: “A velhice chega, a doença chega”.

Ademais, havia todo um conjunto de explicações que se referia aos efeitos que as emoções – geralmente provocadas por situações de conflito – exerciam sobre a pressão arterial. Quando visitei Dona Janete, ela trouxe uma caixa de sapato onde guardava os remédios que consumia. Notei que várias cartelas estavam parcialmente consumidas. Seu filho, do outro lado da sala, se surpreendeu, “Mas mamãe, por que a senhora não toma como o doutor falou?”. Ela deu de ombros e continuou conversando comigo: “Eu sou assim, tomo quando eu precisar, quando eu estou meio assim”. Eu quis entender o “meio assim” e ela explicou: “Ah, minha filha, às vezes, eu fico aqui vendo televisão e vejo cada coisa... Umas coisas tão feias, tanto problema pelo mundo. Aí, eu fico meio assim. E tomo um comprimido a mais para ver se fico melhor”. Seu Tadeu, numa manhã no banco de espera do centro de saúde, seguiu na mesma linha de Dona Janete. Ele me contou o que lhe fazia subir a pressão, “Ah, eu acho que é coisa do momento. Você tá bem, mas se fica nervoso, aí já sobe a pressão. Aí, você toma o medicamento, em uma hora, ele já faz efeito e você fica com a pressão boa de novo. Mas se você se agita com alguma coisa, volta a subir”. Eu peço um exemplo, ele pensa um pouquinho e diz, “Ah, uma coisa do momento é uma notícia ruim que você recebe, por exemplo. Isso te agita e a pressão sobe”. Dona Rafaela, que estava sentada ao nosso lado ali mesmo no centro de saúde, discordou de Seu Tadeu: “Ah não, meu tipo é diferente. Meu tipo de pressão alta é do emocional. Esse é o meu tipo. A pressão é coisa de agonia, de aperreio. É o emocional da gente que fica alterado e afeta o sangue, a pressão do sangue”. Ela explicou que grandes acontecimentos na vida e na família fizeram a pressão “começar a subir” e, com o passar do tempo, se transformar em um problema continuado: “Meu pai morreu com 95 anos, ele morreu de câncer. Eu fui cuidar dele e tudo. Mas foi muito difícil para mim. Foi nessa época que minha pressão começou a subir. Foi coisa do emocional mesmo. Mas o que me ajuda mesmo é a caminhada e também a ginástica aqui do postinho. Quando caminho e tudo, fico muito bem, sem essa coisa do emocional me afetando muito”.

Além das mazelas do mundo que chegavam pela televisão de Dona Janete, por exemplo, as mazelas mais próximas, na figura dos problemas familiares, também tinham larga influência nos problemas de pressão^{1,2,3}. Mais adiante, contudo, lembraram que “a família como a primeira fonte

de suporte em todas as áreas, desempenh[a] um papel fundamental nos momentos de doença. Isso poderia explicar por que qualquer problema com a família constitui um acontecimento tão ameaçador”¹. Também notei entre os guaribenses, que a família podia ser geradora, mas também se esperava que fosse a principal cuidadora dos problemas de pressão. O mesmo pode ser dito em relação aos serviços de saúde, inicialmente, imaginados como fonte de cuidados, mas, de fato, encontrados como fonte de conflitos. Seu Olavo me contou como a iatrogenia biomédica poderia alterar sua saúde: “No Hospital Regional da Ceilândia é igual. Os médicos são tudo cavalo. Trata a gente que nem bicho, só vendo. A pessoa vem no médico pra que, né? Vem caçando solução. Vem ver se acha um medicamento melhor que baixa a pressão, né? Mas aí, é tratado assim, já sai com raiva. Sai com a pressão aumentada. Passa raiva é aí dentro do consultório”.

Parece que a “coisa do momento”, explicada pelo Seu Tadeu, Dona Janete e Seu Olavo, era algo momentâneo. E o “emocional”, como Dona Rafaela ilustrou, tem efeito duradouro, deixando-a perturbada por muito mais tempo. Essas pessoas me ajudaram a entender que as “coisas do momento” talvez se relacionassem mais com as flutuações da pressão alta; enquanto que o “emocional”, produzido por eventos trágicos e sofridos, deixava marcas mais intensas, configurando com o tempo um problema de pressão. As “coisas do momento” também afetavam quem já tivesse um problema de pressão instalado, provocando, por exemplo, picos ou crises de pressão. Esses relatos parecem me comunicar que os corpos velhos se apresentavam como mais frágeis, mais suscetíveis aos efeitos do que definiam como raiva, preocupação, estresse e nervosismo. Estavam mais propensos a desenvolver uma pressão alta a ponto de virar um problema de pressão.

Canesqui⁴ mapeou a gama causal que vários outros estudos também encontraram: “as explicações das causas da pressão alta pelos informantes (...) comportam múltiplos domínios: físico, emocional, relacional, familiar, moral, nutricional, hereditário, de vida e laboral”. Também ressoando ali na Guariroba, essas explicações não necessariamente aconteciam dentro de caixinhas ou de modo isolado. A pressão alta era momentânea e podia ser alterada por uma preocupação. Por outro lado, sendo constante e insistente o sofrimento ou a preocupação, a pressão tinha o potencial para permanecer alta e se transformar, de fato, em um problema.

O nervoso, os medicamentos e a curabilidade

O nervoso era uma categoria tão presente na lógica explicativa dos problemas de pressão que encontrei uma ampla circulação de psicotrópicos. Algumas pessoas diziam que haviam começado a tomar o “remédio controlado para pressão” no momento em que a pressão alta virou um “problema de pressão”. Muitas outras diziam, ao falarmos dos “problemas de pressão”, que tomavam “remédio controlado”, sem adjetivo explicativo, numa clara alusão aos diazepínicos.

Na manhã em que conheci Dona Lina no centro de saúde, ela parecia apreensiva. Tomava vários remédios e me mostrou a receita de cada um deles. Apesar de conviver com o problema de pressão, estava ali esperando a consulta para tentar convencer o clínico a lhe garantir uma medicação em especial: “Sim, tomo vários remédios, mas o importante mesmo é o controlado, o de dormir. Essa noite, por exemplo, eu não dormi quase nada. Acho que acordei umas três da manhã e estou até agora acordada. Não consigo dormir de noite, não consigo dormir de dia. É uma tormenta isso. Por isso, quero pedir para que o médico volte com o Ametril. É isso que eu mais quero, sabe. Esses medicamentos são para o relaxamento, para conseguir dormir. São importantes para mim. Fico muito melhor com eles”. Um médico anterior havia lhe retirado esse medicamento, alegando ser desnecessário. Ela queria convencer esse segundo médico de que sem dormir, era impossível relaxar e, por tabela, impossível controlar os problemas de pressão e de diabetes. Dona Ivia explicou no mesmo sentido:

“Eu tomo o remédio da pressão porque minha pressão é uma pressão emocional, com o sistema nervoso ela sobe. Não é que eu tenho a pressão alta, alta, não. Minha pressão é 12 por 8, normal. Agora, qualquer coisinha, qualquer probleminha de emoção que eu sinto, qualquer coisa, aí ela sobe rapidinho. Controla só com o Lexotan. Só com o remédio da pressão a pressão não controla. É porque eu tomo todo dia o remédio da pressão, mas, pra mim, quando eu estou nessas fases de descontrole emocional, assim, só melhora se eu tomar o remédio controlado, o Lexotan. É muito bom!

Fava et al.², em pesquisa no sul mineiro, atentaram para mais um aspecto, que parecia ter implicações importantes para a convivência e cuidados com os problemas de pressão. Perceberam que “um aspecto peculiar para os depoentes são os sentidos atribuídos aos objetivos do trata-

mento para a HAS. A percepção que eles têm do problema é que ele é decorrente do nervoso, sintomático e curável e, portanto, *o tratamento, de acordo com seu critério, será por tempo determinado*” (ênfase minha). Concordo de que um problema sintomático (nervos) irá repercutir na solução de outro problema (pressão), na maior parte das vezes assintomático. Sugiro que essa ideia de resolubilidade esteja associada ao consumo dos medicamentos, especialmente os psicotrópicos.

Dessa forma, fica difícil sustentar a ideia de que o problema de pressão seja uma doença crônica, como insiste a Biomedicina. Pela recorrente e significativa associação do problema de pressão ao nervoso e seus medicamentos, surge a premissa de curabilidade. Fava et al.² lembram ainda que os seus entrevistados “apoiam-se firmemente na crença da cura do *problema*, contudo, as recidivas são previstas, pois os fatores externos que desencadeiam o nervoso muitas vezes não podem ser evitados, fazem parte da vida” (ênfase original). Assim, a cura pode ter acontecido para um episódio, mas os nervos poderiam se desestabilizar, a pressão voltaria a subir e o problema recomeçaria. Embora as pessoas com quem eu conversei cuidassem do problema de pressão, dadas as suas potenciais sequelas, só era possível realizar o controle de certas variáveis que sabiam afetar a pressão, como a comida ou o remédio, por exemplo. Mas as notícias ruins e outros eventos que impactavam o emocional eram difíceis de evitar. Ao falarem do impacto das preocupações e conflitos, estavam a explicar que os “fatores externos que desencadeiam o nervoso fazem parte da vida”².

Conforme esses aspectos, as pessoas me faziam pensar como a reprodução, a família, a velhice, o trabalho, a cidade, os serviços de saúde e as várias “coisas do momento” geravam preocupações a ponto de ficarem “meio assim” e sua pressão arterial se elevar tão frequentemente a ponto de se tornar um problema constante. Esses dados dialogam com a literatura. Outros autores também notaram que os pacientes tomavam a “hipertensão” como “decorrência de um estado emocional, traduzido como *passar muito nervoso*”¹⁷ (ênfase das autoras). No estudo de Péres et al.¹⁹, um terço de seus entrevistados mencionou a necessidade de “controlar a emoção [ao] evitar ficar nervosa, ficar mais calma e viver tranquila; sair da situação de estresse, como sair de casa para passear, conversar com outras pessoas, ler e fazer palavra cruzada”. Esse nervoso foi associado por diferentes entrevistados a “rua [com] muita bagunça e brigaiada, [sem] sosseg[o] noite e dia”², “ao stress da vida moderna”¹⁷, “a viver e tra-

balhar em uma grande metrópole ('agitada')¹⁸, às "aflições da vida (...), as emoções contidas, os conflitos e as preocupações domésticas e familiares"⁴, "à sobrecarga de afazeres domésticos"²⁴, associando também as questões de gênero aos problemas de pressão. Péres et al.¹⁹ encontraram, entre os "hipertensos" entrevistados em Ribeirão Preto/SP, palavras como "nervosismo e irritação (60%), preocupação (31%) e ansiedade (9%)".

Assim, a literatura aponta que o nervoso e o emocional, em suas diferentes acepções e manifestações, como "a principal causa da pressão alta"¹. Ainda assim, apesar da contundência do nervoso, a meu ver, encompassador e onipresente (antes, durante e depois da pressão alta), alguns autores ainda persistem em desvalorizar essa lógica explicativa para os problemas de pressão. Péres et al.¹⁹ acham que entre seus entrevistados havia "um desconhecimento da etiologia da hipertensão arterial e uma concentração de respostas, atribuindo as causas da doença aos aspectos emocionais". Mais a frente, estes autores, representando em minha opinião um possível senso comum na academia e nos serviços de saúde, indicam também haver uma "distorção" no entendimento por parte dos pacientes e uma "não compreensão da natureza multifatorial da hipertensão". Impressiona como um dado recorrentemente encontrado em diferentes pesquisas, sociais e biomédicas ao redor do país, pode ser tão desconsiderado, sobretudo pelos estudos em que o principal objetivo é conhecer como os pacientes pensam para melhor envolvê-los na adesão aos tratamentos.

De forma mais apropriada, a meu ver, Fava et al.² parecem matar esta charada: "Percebe-se que os modos de pensar e de agir das pessoas com "HAS", que podem ser traduzidos pela experiência da enfermidade, são pouco valorizados e compreendidos pelos profissionais de saúde" e, acrescento, também pelos acadêmicos. De forma ousada e interessante, ao propor uma mirada autocrítica e reversa, a equipe de Fava reconhece que a incompreensão está, na verdade, entre quem manda e estuda, isto é, os profissionais e pesquisadores da saúde.

Considerações finais: pressão, nervos e medicamentos

O medicamento anti-hipertensivo não precisava apenas baixar a pressão, sobretudo aquelas teimosas e perigosamente silenciosas, mas também disputar essa pressão com os efeitos do nervoso. Aos olhos desses interlocutores da Gua-

riroba, se fosse um medicamento prescrito pelo "meu médico" (em vez de um clínico geral desconhecido), personalizado (em vez de um fármaco genérico), eficaz (em vez de um medicamento tomado há muito tempo e, com o qual, o corpo já tivesse se acostumado, como indicaram Firmo et al.¹), comprado (em vez de retirado gratuitamente na farmácia do centro de saúde) de uma drogaria específica (em vez de qualquer uma ao redor da cidade) a um alto preço (em vez de preços de custo, tabelados ou subsidiados), esta pílula teria mais chance de surtir efeitos sobre a pressão alta e também o nervoso. Era do encantamento exercido por certos medicamentos que me falavam²⁵. Contudo, essas pessoas geralmente só tinham condições de recorrer aos centros de saúde, às consultas rápidas, aos medicamentos gratuitamente dispensados no atacado. Havia uma forte desconfiança sobre esses medicamentos dispensados: acreditavam ser "feitos de farinha" e "fracos". Por isso fazia sentido que as pessoas recorressem a outro conjunto de medicamentos, tidos como mais potentes para resolver, a um só tempo, pressão e nervoso. O remédio controlado, tarja preta, da farmácia especial, retirado mediante apresentação da receita azul, era amplamente reconhecido e valorizado, e, mais importante, respeitado e consumido. Era retirado na farmácia pública ou, dada sua potência, a compra de poucos itens já seria eficiente, confirmando seu custo-benefício.

Pessoas como Dona Lina e Dona Ivia haviam encontrado na farmacêuticação psiquiátrica dos seus problemas de pressão uma saída para controlar seus índices corporais e manter, por mais tempo, o bem-estar cotidiano. Como apresentei, com o Ametril, Dona Lina voltava a dormir, o que parecia determinar seu humor, disposição ao longo do dia e a pressão controlada. Com o Lexotan, Dona Ivia se blindava das "coisas de momento" ou mesmo do peso emocional que os conflitos familiares ou os noticiários poderiam lhe proporcionar. A prescrição cada vez mais liberalizada desses medicamentos lhes era favorável, garantindo o acesso e a automedicação nos momentos de crise da pressão e dos nervos.

Assim, por um lado, o tema da pressão abria a possibilidade de conseguir acesso a consultas, grupo de apoio, medicamentos. Era um tema, como bem percebiam essas pessoas, que contava com um campo estabelecido enquanto política pública (principalmente, o Hiperdia¹⁴) e isso se traduzia, na prática, em prioridade desses pacientes nas filas, salas de acolhimento, consultórios, farmácias, laboratórios, grupos de ginástica

etc. Vivenciar intensamente o problema de pressão era, portanto, uma forma legítima e estratégica para também atenuar toda uma outra gama de problemas, corriqueiros e persistentes, como a insônia, o nervoso, a angústia, a impaciência com vizinhos, parentes, colegas de trabalho, o pânico e medo urbano, por exemplo. Essas pessoas sabiam bem como eram escassas e rápidas as consultas do HIPERDIA, impedindo a disponibilidade do médico para uma escuta atenta e terapêutica. Por isso, aproveitavam as consultas do “grupo de hipertensos”⁷ para também associar os problemas do nervoso aos da pressão e logo sair dali com prescrições de tranquilizantes, calmantes, soníferos, etc.⁸. Havia uma clareza de como os problemas de pressão, sobretudo pela eficiente legenda “hipertensão”, contavam com um amplo aparato de políticas, serviços e direitos. Esse aparato era bem aproveitado para tentar controlar a pressão, mas também todos os outros problemas que lhes afetavam. Ao encontrarem as políticas para as doenças crônicas, na figura da “hipertensão” (e também da “diabetes”), as pessoas teriam a chance de serem minimamente atendidas em seus problemas de nervos, já que estes figuravam como a principal explicação para o problema de pressão.

Por outro lado, contudo, manter-se sob a guarda das doenças cardiovasculares significava, muitas vezes, que essas pessoas fossem privadas de passar ao plano dos especialistas e psicoterapias voltadas para os problemas da saúde mental, dos quais, suspeito, de fato padeciam. Algumas das profissionais do centro de saúde que eu frequentei por tantos anos reconheciam que os “problemas de casa” acabavam elevando a pressão, mas esse reconhecimento não se convertia, na prática, em realmente considerar o nervoso dentro dos serviços oferecidos aos “hipertensos” naquele centro de saúde. Nenhuma atividade era oferecida além de consultas, aferições, informações sobre alimentação, medicamentos e um grupo de ginástica (protagonizado pelos pacientes e bastante deslegitimado pelos gestores locais²⁶). Assim, a tendência a “hipertensivar” os proble-

mas mentais e morais, num claro efeito encapsulante, contribuía para invisibilizar ou até banalizar os problemas dos nervos.

A tendência era o sofrimento das emoções, dos nervos e até da mente serem classificados como indicado por Canesqui⁴: “observa-se nas investigações feitas com pacientes cardíacos atendidos em uma unidade de pronto-atendimento na cidade de São Paulo que, aos classificados como ‘poliqueixosos’ pelos profissionais de saúde, imputam-se ‘dores imaginárias’ ou ‘psicológicas’ e a busca frequente dos vários serviços de saúde”. Muitos profissionais anedotizavam os problemas de nervos e desconsideravam os efeitos desses problemas nos de pressão. Ao final das contas, observo, nem o problema dos nervos e, muito menos, o da pressão eram bem compreendidos e encaminhados. Ignorado pelas equipes de saúde, era provável que o nervoso continuasse a manter a pressão elevada, preocupante e perigosa entre esses pioneiros moradores da Guararoba.

Nesse artigo, tratei de considerar dois conjuntos de interlocutores, aqueles que convivem e cuidam e aqueles que pesquisam os problemas de pressão. Dada a quantidade de estudos sobre as doenças hipertensivas, aqui representadas por um pequeno conjunto eloquente, é possível pensar que sejam fonte consultada pelos gestores e profissionais da atenção primária em saúde. Há uma passagem gradativa dos resultados apontados pelos estudiosos da “hipertensão” para os consultórios ao redor do país. O que preocupa, portanto, é que a forma como os problemas de pressão eram percebidos pelos sujeitos que os vivenciavam não coincidia com a chave interpretativa utilizada pelos profissionais que os tratavam. Portanto, noto que desconsiderar a relação entre o nervoso e a pressão pode gerar consequências muito negativas. Esses usuários do SUS corriam o risco de encontrar diálogos distanciados, autoritários e equivocados nos centros de saúde que frequentavam, já que muito da pesquisa poderia estar orientando a forma como a gestão, as consultas e a assistência farmacêutica são realizadas no país.

Agradecimentos

Aproveito para agradecer aos estudantes que se dispuseram a conhecer a Guariroba comigo, às senhoras e senhores que se mostraram interessados em um dedo de prosa, ao meu departamento, ao Programa de Iniciação Científica de minha universidade, na forma de espaço institucional, bolsas de estudos e oportunidades de pesquisa e reflexão. Agradeço aos produtivos comentários que uma versão anterior desse texto recebeu em eventos na Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp) e no Mandacaru – Gênero, saúde e direitos humanos (UFPB). Esse projeto foi aprovado por um dos Comitês de ética de minha universidade.

Referências

1. Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saude Publica* 2004 20(4):1029-1040.
2. Fava SMCL, Zago MMF, Nogueira MS, Dazio EMR. "Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico". *Rev. Lat-Am Enferm.* 2013; 21(5):1022-1029.
3. Canesqui AM. Estudo de caso sobre a experiência com a pressão alta. *Physis* 2013; 23(3):903-924.
4. Canesqui AM. *Pressão alta no cotidiano: representações e experiências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
5. Nations M, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. Balking blood pressure control by older persons of Bambuí, Minas Gerais State, Brazilian ethno-epidemiological inquiry. *Cad Saúde Publica* 2011; 27(Supl. 3):s378-s389.
6. Fleischer S, Almeida N. A popularização de esfigmomanômetros e glicosímetros no bairro da Guariroba, Ceilândia/DF. *Soc. e Cultura* 2013 16(1):183-193.
7. Fleischer S. O "grupo da pressão": notas sobre as lógicas do "controle" de doenças crônicas na Guariroba, Ceilândia/DF. *Amazônica Rev. de Antropologia* 2013; 5(2):452-477.
8. Fleischer S. Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF. *Saúde Soc.* 2012; 21(2):410-423.
9. Souza MLP, Garnelo L. É muito dificultoso!: Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):s91-s99.
10. Canesqui AM. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: Canesqui AM. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2007. p. 19-51.
11. Leibing A, Groisman D. Tão alto quanto o morro - Identidades localizadas de mulheres hipertensas na favela da Mangueira. In: Leibing A, organizadora. *Tecnologias do corpo: Uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2004. p. 277-299.
12. Maciel CLC. *Hipertensão essencial: Emoção, doença e cultura* [dissertação]. Recife: Departamento de Antropologia Social; 1988.
13. Calvo-Gonzalez E. Construindo corpos nas consultas médicas: uma etnografia sobre hipertensão arterial em Salvador, Bahia. *Cad CRH* 2011; 24(61):81-96.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: MS; 2013.
15. Fleischer S. *Descontrolada: Uma etnografia sobre os problemas de pressão na Guariroba, Ceilândia/DF*. São Carlos, EdUFSCar; 2018.
16. Fleischer S, Batista M. O tempo da falta e o tempo da bonança: Notas sobre experiências de cronicidade na Guariroba, Ceilândia/DF. *Anu Antropológico* 2013; 2012:195-224.
17. Carvalho F, Telarolli Júnior R, Machado JCMS. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saude Publica* 1998; 14(3):617-621.
18. Castro V, Car MR. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev. Esc. Enferm.* 2000; 34(2):145-153.

19. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: Atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saude Publica* 2003; 37(5):635-642.
20. Lefèvre F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez; 1991.
21. Santos ZMSA, Silva RM. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2006; 59(2):206-211.
22. Duarte LFD. *Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, CNPq; 1986.
23. Trad LAB, Tavares JSC, Soares CS, Ripardo RC. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):797-806.
24. Silva MEDC, Barbosa LDCS, Oliveira ADS, Gouveia MTO, Benevina MVTN, Moreira ELMA. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(4):500-507.
25. Geest SVD, Whyte SR. O encanto dos medicamentos: Metáforas e metonímias. *Soc. e cult.* 2011; 14(2):457-472.
26. Fleischer S, Batista M. "Isso aqui é a minha valência": Notas etnográficas sobre um grupo de ginástica na Guariroba, Ceilândia, DF. In: Ferreira J, Fleischer S, organizadores. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014. p. 209-242.

Artigo apresentado em 02/07/2017

Aprovado em 19/09/2017

Versão final apresentada em 21/09/2017