

Estresse e *Modos de Andar a Vida*: uma contribuição de Canguilhem para a compreensão da Síndrome Geral de Adaptação

Stress and *Ways of Walking Through Life*: a contribution of Canguilhem to the understanding of the General Adaptation Syndrome

Maurici Tadeu Ferreira dos Santos

Mestre em Saúde Coletiva.

Endereço: Avenida Celso Garcia, 1907, Ap. 51, Edifício Ipê, Belenzinho, CEP 03015-001, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mauricitadeu@yahoo.com.br

Mara H. de Andréa Gomes

Profa. Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina.

Endereço: Rua Borges Lagoa, 1.241, 2º Andar, Vila Clementino, CEP 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: maraandrea@unifesp.br

Resumo

Com a ajuda de Canguilhem - para quem “homem e meio, considerados separadamente, não podem ser normais” - empreendemos uma etnografia em um condomínio da cidade de São Paulo tendo como parâmetro a noção de *normatividade*, segundo a qual os organismos, em suas interações com as *infidelidades do meio*, elaboram normas de adaptação. Ao longo de seis meses, dialogamos com 16 moradores a respeito de suas atividades de vida diária e de suas maneiras de interpretar e enfrentar eventos considerados estressantes. Dada a estreita associação com as condições de vida desses moradores, a abordagem mostrou-se adequada para apreender a multiplicidade de sensações apontadas pelos entrevistados. Para adequar a análise à ideia canguilheniana de que “vida é polaridade”, traduzimos essas sensações em categorias “frustrantes” e “gratificantes” e as consideramos maneiras de engendrar *modos de andar a vida*. Assim, pudemos perceber que eventos considerados prazerosos ou dolorosos e referidos de modo difuso e não específico, podem desencadear desordens adaptativas muitas vezes interpretadas como estresse por aqueles que os vivenciam.

Palavras-chave: Estresse fisiológico; Condições Sociais; Síndrome Geral de Adaptação; Etnografia; Epidemiologia.

Abstract

With the help of Canguilhem - for whom “man and environment, considered separately, cannot be normal” - an ethnography was undertaken in a condominium located in the city of São Paulo, having as parameter the notion of *normativity*, according to which the organisms, in their interactions with the *infidelities of the environment*, develop norms for adaptation. During six months we interviewed 16 residents about their daily life activities and their ways of interpreting and facing events considered stressful. Given the close association with the living conditions of these residents, the approach proved to be adequate to capture the multiplicity of sensations mentioned by respondents. To adapt the analysis to Canguilhem’s idea that “life is polarity”, we translated these sensations into the categories “frustrating” - “gratifying” and considered them as manners to engender *ways of walking through life*. Thus, we perceived that events considered pleasurable or painful, and referred to in a diffuse and nonspecific way, may trigger adaptive disorders often interpreted as stress by those who experience them.

Keywords: Physiological Stress; Social Conditions; General Adaptation Syndrome; Ethnography; Epidemiology.

Introdução

A Síndrome Geral da Adaptação (SGA) foi descrita pelo médico austro-húngaro naturalizado canadense Hans Selye (1950), e traz as bases para o entendimento da fisiologia do estresse, termo que evoca certa confusão. O próprio Selye hesitou em cunhar o desconforto, e só o fez alguns anos após a formulação de sua teoria baseada nas reações fisiológicas decorrentes de dificuldades adaptativas e de solicitações exageradas da glândula suprarrenal. Seja qual designação adotemos, o fato é que a manifestação do que hoje se reconhece como “estresse” desencadeia alterações hormonais, tireoidianas, ovarianas, pancreáticas, imunológicas, das suprarrenais e do fluxo menstrual como resultado de transtornos associados à ansiedade (Ballone, 2002). Como explicar essas alterações na ausência de uma designação inequívoca e específica?

Em uma revisão das escalas, inventários e questionários de avaliação, verificamos que o estresse é descrito amiúde não só em termos fisiopatológicos como também psicopatológicos (Sardá, 2004) e na interação entre ambos. Pensamos que a carga de subjetividade nesses termos poderia ser apreciada de maneira mais adequada se tivesse significado e medida melhor apreendidos pela epidemiologia.

A esse respeito, Castiel (2005) chamou atenção para o desgaste dos modelos de explicação do processo saúde-doença na coletividade, sobretudo devido às limitações impostas por métodos epidemiológicos que abordam manifestações difusas cuja previsibilidade não é delimitável. Se a SGA está bastante documentada pelos inúmeros trabalhos de Selye, o mesmo não ocorre com as manifestações do estresse, cuja designação permanece duvidosa e polissêmica: afinal o que significa a expressão “estresse” na vida cotidiana? É possível incluir o estresse na SGA e, assim, compor indicadores de saúde para a população em geral?

A Falta de Dados para uma Descrição Epidemiológica, um Dilema

Iniciamos nossa peregrinação em busca de dados sobre o estresse em duas grandes referências: a “Classificação Internacional das Doenças-CID” (CID10, 2008) e o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR” (APA, 2002). Cientes de que esta busca pressupunha reconhecer no estresse uma doença, encontramos, mesmo nessas bases de informações, ambiguidades semelhantes àquelas perpassadas na revisão da literatura. Enquanto o DSM-IV refere estresse como “transtorno”, a CID-10 indica “reações” ao estresse ora sugeridas como causa, ora como efeito.

A categoria **F43** encontrada na CID10 (Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação) ilustra esta afirmação: “Embora fatores de *stress* psicossociais (*life events*) relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, frequentemente idiossincráticos, **próprios de cada indivíduo**. Em outros termos, esses fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob **F43**, admite-se que sua ocorrência é sempre a **consequência** direta de um *stress* agudo importante ou de um traumatismo persistente. O **acontecimento estressante** ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator **causal** primário e essencial na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem ser considerados respostas inadequadas a um *stress* grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos **adaptativos** eficazes e entram assim o funcionamento social”. (grifos nossos)

Essas considerações serviram de alerta para a característica ambígua que permeia a própria identificação do estresse no sistema classificatório de doenças e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A ausência de indicadores epidemiológicos de estresse nos dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo conduziu-nos a realizar um levantamento primário que fornecesse um padrão inicial de referência. Optamos por uma descrição amparada por entrevistas e abordada por um certo “cogitar” epidemiológico. Esses procedimentos foram cotejados com aportes disciplinares da antropologia e da epidemiologia.

Etnoepidemiologia, a Interdisciplinaridade Necessária

No campo da saúde coletiva, o propósito de aproximar disciplinas com o objetivo de prover enfoques e instrumentos para processos de investigação é fundamental. Para Sevalho e Castiel (1998) tal empreendimento não só é possível como inevitável em vista do caráter indisciplinado do adoecer humano, resistente às tentativas disciplinares de enquadramento.

A possibilidade de construção etnoepidemiológica nos foi recentemente apresentada por Fernandes (2003) para considerar aspectos fragmentados, conflituosos, dependentes, ambíguos e incertos de eventos relativos ao processo saúde-doença. Embora complexa e de difícil aprofundamento, uma construção interdisciplinar revela-se boa alternativa para contemplar questões situadas em níveis hierárquicos distintos.

Com os atributos indicados por Fernandes e com outros emprestados de Canguilhem, buscamos enfocar a Síndrome Geral de Adaptação a partir de uma etnoepidemiologia em torno do estresse. A interlocução constante entre a epidemiologia e a antropologia constitui percurso necessário, ainda que saibamos de antemão que não daremos conta de uma e de outra extensão, nem como conjunto nem em suas particularidades. Isso não impede de tê-las como constituintes da nossa análise, já que a perspectiva interdisciplinar ou de uma complementaridade entre disciplinas científicas decorre da própria necessidade engendrada por temas de reconhecida complexidade (Morin, 1991; Santos, 1995).

De fato, a interdisciplinaridade tem sido objeto de ampla e recorrente reflexão que “...atravessa o saber, o poder e o mundo vivido” (Minayo, 1991).

O mútuo sobreamento entre a epidemiologia e a antropologia remonta às suas respectivas origens, conforme diversas notas históricas sobre a colaboração entre elas (Trostle, 1986), embora, como também sabemos, os conflitos constituam certa marca dessas relações.

Retomemos o alerta de Canguilhem para não dissociar o organismo de sua cultura e valorizar cientificamente a experiência antropológica ou cultural. Daí a relevância desta concepção para o entendimento da doença e da saúde sob o prisma da interdisciplinaridade, na medida em que amplia o olhar “localizante” invocando outros sentidos, como “ouvir e apreender”, numa trajetória “totalizante”.

Mesmo a constatação de testes diagnósticos não permite compreender o todo; a patologia pode gerar confusão do ponto de vista filosófico e é, às vezes, até mais perigosa do ponto de vista terapêutico: “a doença não está no nível da célula, supostamente autônoma, e sim que para a célula a doença consiste nas relações com o sangue e o sistema nervoso, com o meio interno” (Canguilhem, p. 173, 2009).

É certo que Canguilhem não fala explicitamente a partir da antropologia nem da epidemiologia. Suas observações oferecem oportunidades para pensar uma proposta de aproximação entre uma certa epidemiologia e uma certa antropologia. Essa ideia de suporte interdisciplinar ofereceu mais “chances” de nos aproximarmos do estresse.

As *infidelidades do meio*, as vicissitudes, sucessos ou insucessos da vida, constituem a própria vida para Canguilhem. A maneira pela qual preferimos ou excluímos determinadas normas de conduta caracteriza nossos *modos de andar a vida*. Nesta perspectiva ampliada, a epidemiologia também pode contemplar informações obtidas em contextos referentes a escolhas, melhor apreensíveis por meio da *interpretação* do assim chamado “senso comum”.

Pensar numa dimensão justa de abordagem (Geertz, 1989) requer conhecer os fundamentos da epidemiologia e tomar a antropologia como uma ciência interpretativa à procura de significados. Essa convicção pode ser uma ponte teórica e funcional para uma etnoepidemiologia em construção, fruto também de uma negociação científica capaz de contornar as disparidades e de assumir certos riscos de intelecção.

Georges Canguilhem trouxe enorme contribuição para a reflexão e prática interdisciplinar, ao incorporar aportes da filosofia e da fisiologia. Guiado pela interlocução entre essas disciplinas, aliou mais do que confrontou, e trouxe à tona a relevância da vida sobre qualquer postulado técnico utilitário. A ênfase quantitativa que reinou no nascimento da clínica anatomopatológica teve sua hegemonia contestada.

Reconhecemos os percalços de uma proposta de intersecção dessas áreas do conhecimento. Desde a construção dos instrumentos de coleta de informações à reflexão que se seguiu, nossas ações foram conduzidas por diálogos entre as técnicas e os marcos de referência, cuidando de uma interconexão que resta, ainda, potencial.

Condomínio Projeto Viver Celso Garcia (CPV) como *locus* de um Levantamento

Situado na região leste do município de São Paulo, o CPV concentra 6.273 moradores de estratos médios e representa 15% dos habitantes da população do distrito do Belenzinho, motivo pelo qual constituiu nossa base etnográfica de levantamento acerca de condições de vida relacionadas ao estresse, tendo sido aceito tanto pela Administração local quanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp.

Segundo Canguilhem (2009), a vida urbana e as exigências da economia moderna perturbam os grandes ciclos fisiológicos, daí nossa presunção sobre a interdependência entre *modos de andar a vida* e os necessários processos de (re)adaptação. Supomos que em uma cidade como São Paulo, as escolhas e as justificativas de mudança e/ou adaptação requerem, quase dramaticamente, o que este autor considera como *organismo normativo* – a capacidade de elaborar normas diante das *infidelidades do meio* em que se vive.

Mas quando se trata de explicar doenças é necessário estar atento para estados de falso equilíbrio adaptativo, uma vez que o cosmopolitismo joga importante papel na teoria da labilidade responsável por *inconstâncias* fisiológicas. Estas não constituem propriamente doenças, são, antes, normas que definem *modos de andar a vida* e denotam capaci-

dade (re)adaptativa dos organismos. Aqui, o estado patológico referido como doença decorre do fato de o doente ser doente por só poder admitir *uma* norma. O doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo. Canguilhem alerta para um fato biológico fundamental: a vida não conhece reversibilidade, mas admite reparações, e estas, sim, configuram inovações fisiológicas.

Complementarmente à observação etnográfica, entrevistamos 16 moradores por meio de um formulário enriquecido com aportes dos inventários de Holmes e Rahe (1976), Cohen e colaboradores (1983), Lipp (1999) e Peluso e Blay (2008). Levamos em consideração itens que os testes mais indicados nos inventários sobre estresse reconhecem como associados à percepção de eventos de (re)adaptação social. Em função de pressupostos ancorados em Georges Canguilhem, optamos por eleger moradores com idade entre 21 e 65 anos, faixa etária em que possuem maiores chances de vínculo com mudanças e adaptações em conformidade com as experiências da vida economicamente ativa e eventos migratórios.

A escolha desses moradores seguiu a técnica de “amostragem sistemática estratificada implícita” (Berquó, 1981), considerando a porcentagem de blocos de dois e três dormitórios no conjunto do condomínio, o andar do apartamento e a visão das varandas em função de seus diferentes valores de mercado.

Após adaptarmos a técnica de análise de conteúdo de Pondé e colaboradores (2009), selecionamos como *domínio cultural* o evento “adaptabilidade” e como *significantes-chave* os termos “frustrante” (para eventos que mais aborreceram, desgostaram e desagradaram os entrevistados) e “gratificante” (eventos mais prazerosos). Para aqueles autores, a análise de dados qualitativos em dois níveis propicia uma interpretação mais adequada, desde que sejam identificados o domínio cultural que se ajusta ao objeto pesquisado e os significantes-chave relacionados às perguntas. Em nosso caso, entendemos que o domínio cultural seja “adaptabilidade”, já que pesquisamos a síndrome adaptativa e os transtornos de adaptação. O necessário respaldo para eleger esta capacidade “adaptabilidade” como domínio cultural encontra-se nas escolhas e nos processos normativos que engendram diversificados *modos*

de andar a vida diante também da diversidade que constituem as *infidelidades do meio*. A partir de uma pré-enquete elaboramos os significantes-incluídos, tendo em vista a descrição das situações cotidianas de aborrecimento ou prazer.

Percepções, Sinais e Sintomas: em busca de significado da expressão estresse

As facilidades que a cidade oferece foi o item gratificante mais destacado, seguido pelas oportunidades de lazer, amizade e acolhimento. Falta de respeito foi o descritor frustrante com maior frequência, seguido por trânsito, transporte, violência e falta de ética, impunidade e desrespeito dos governantes.

É interessante notar que os homens mostraram maior registro de estresse ao dirigir, por serem obrigados a ficar parados em “...ruas e avenidas abarrotadas de carros...”, o que significava perda de tempo e conseqüente perda de dinheiro.

Para as mulheres, a percepção mais forte de estresse referiu-se ao item “má qualidade no transporte” (“...apertadas, esmagadas, enlatadas, imprensadas, sufocadas, amassadas...”). Para entender essa discrepância, é relevante destacar que enquanto os homens entrevistados se deslocavam para o trabalho em seus próprios automóveis, todas as mulheres utilizavam transporte público como ônibus, trens e metrô superlotados.

O mesmo motivo contribuiu para que o alegado incômodo no joelho também fosse diferente entre os sexos: para os homens, em virtude do uso dos pedais dos carros e, para as mulheres, pelo fato de ficarem em pé no transporte durante o percurso para o trabalho.

De modo geral, as condições de trabalho são frustrantes quando envolvem relações pessoais coercitivas e excesso de trabalho; enquanto oportunidades de crescimento, aprendizado e satisfação pessoal foram identificadas como gratificantes. Uma singularidade, no entanto, chama atenção: fatores normalmente considerados estressantes, como o estado de prontidão e de assertividade típicos de situações de pressão e conflito, são gratificantes quando considerados como atributos positivos pela

chefia: “...existem problemas que tenho que resolver, mas não tenho autoridade; sinto-me impotente e pressionado. Só que eu sinto que desta forma eu estou merecendo o meu salário” e “...tem um estresse mas meu chefe é bom, ele reconhece. Não tenho o que reclamar”.

Quanto à vida em condomínio, revelou um cotidiano gratificante na descrição dos entrevistados.

A aglomeração presumida só é referida como frustrante pelas mulheres, ao relatarem seus deslocamentos em transportes coletivos lotados. Para algumas, locais de aglomerações como *shoppings* são apontados como atividade gratificante e até necessária: “...fazer compras é um momento em que saio com minhas amigas...comprar faz bem...”.

Diferentemente das mulheres (com exceção de duas entrevistadas celibatárias), predomina entre os homens a resistência em reconhecer como “problema” algumas *infidelidades do meio*. Alguns chegam a insistir, inclusive, que dissabores “...não são problemas e sim situações...”, apresentando uma reação que não deixa de constituir um modo de excluir situações frustrantes.

O tempo gasto no trânsito, nas filas e noutras situações que poderiam ser evitadas foi identificado como atividade frustrante podendo gerar impaciência e ansiedade. Quando as condições de trabalho exigem grande carga horária, o tempo restante para atividades consideradas gratificantes é considerado escasso.

De nossa parte, podemos afirmar que a grande maioria dos entrevistados associou a expressão estresse a eventos frustrantes. Selye (1950) já havia descrito certos desarranjos de comportamentos em função do estresse que, posteriormente, também foram reconhecidos por Canguilhem (2009, pg. 4).

Encontramos enorme quantidade de significados e descrições de estresse, reforçando ainda mais as dificuldades de delimitá-lo. Abaixo, listamos todas as expressões utilizadas pelo conjunto dos nossos entrevistados quando solicitados a descrever o que sentem quando se percebem estressados:

Dor; cansaço; contração dos músculos; veias que se apertam; respiração ofegante; irritação; impaciência; corpo contraído; aceleração do coração; palpitação; respiração curta; dor de cabeça; sensação de estar num furacão; sensação de tudo estar rápido; taquicardia; sudorese; boca seca; nervos

à flor da pele; sensação de pressão subindo; face vermelha que descama e começa a coçar; dor nas pernas; sensação má no corpo; arritmia; garganta que “esquenta”, olho que “pipoca”; bochechas esquentam e ficam vermelhas; sensação de sangue e coração acelerados; dificuldade de ler de perto; alteração da pressão arterial; sensação de labirintite; sensação de algo na região do estômago; dores na região para-vertebral e abaixo das escápulas; dor no sacro, peso na cervical; formigamento nas plantas dos pés e acima do tendão de Aquiles; sudorese no corpo inteiro; dor na região do osso frontal; dor no osso temporal; aperto na região pré-cordial; dor nos joelhos; dor na região do músculo trapézio, dor atrás do olho e no coração; sensação de língua gelada; mãos geladas; dor na coluna na altura da cintura e nas coxas; tremedeira, vista turva.

Em comparação com paulistanos, chamou nossa atenção o fato de que mais da metade dos entrevistados que referiram dor e pontada no peito eram migrantes. Uma entrevistada nascida no norte do País, por exemplo, comentou não se sentir 100% adaptada em São Paulo “...parece que fica um pedaço seu, sinto falta de minha terra por pior que era... meu coração palpita”. O programa de televisão que ela mais assistia e gostava era “De volta para sua terra”, exibido pelo SBT e apresentado por Gugu Liberato. E completou: “... lá o Gugu dá chances para eles voltarem. Eles voltam, pegam muitos ônibus para chegar naquela terra esturricada”.

Notemos que percursos de migração amiúde são acompanhados de esforço adaptativo assim como de possíveis frustrações decorrentes do afastamento de laços afetivos familiares e de amizade, de fadiga, isolamento, apreensão e ansiedade. Enfim, a ação de migrar pode ser acompanhada de alterações desencadeadas pelo novo e pelo estranho, nos seus *modos de andar a vida*, supondo que se viram levados a encontrar ou a criar normas adaptativas para enfrentar estas *infidelidades do meio*, ação não cogitada pelos nativos.

Ao relacionar doenças isquêmicas do coração (DIC) e mortalidade em nativos e migrantes em São Paulo, Marcopito (2003) aponta que estas são responsáveis pela maioria das mortes de migrantes provenientes da região nordeste. Com base em estudos estrangeiros, o autor mostra que em grupos

de mesma etnia, os mais pobres têm hábitos dietéticos “menos saudáveis” para as DIC, e em etnias diferentes, mas de estrato social semelhante, o consumo de gordura é maior onde é mais elevada a morbimortalidade por DIC.

Em 1981, num artigo intitulado “Hipertensão e atividades econômicas em São Paulo”, Myriam Ribeiro e colaboradores especularam a importante associação entre pressão no trabalho, condições de transporte e outros itens relacionados às condições de vida em São Paulo como possíveis indutores do estresse social.

Em 1986, Naomar de Almeida Filho e Vilma Santana por seu lado, analisaram a contribuição da alta densidade demográfica para esse agravo. Este estudo de área ecológica em um setor de baixa renda em Salvador-BA relaciona espaço urbano e doenças mentais, e aponta duas constatações que nos interessam.

Primeiro, depararam-se com o que denominaram “estresse urbano de quantidade”, evento indissociável daquelas condições de vida. Em segundo lugar, não apenas registraram um efeito complexo pela quantidade e qualidade de covariáveis, como a incompatibilidade destas serem enquadradas em pressupostos dos modelos de regressão estatística. Os autores partem de trabalhos anteriores, nos quais a tensão arterial e a densidade demográfica já eram relacionadas com sintomatologia associada ao estresse, com fortes indícios de repercussões nas taxas de morbidade e mortalidade. A partir desses estudos, podemos reforçar as hipóteses que associam o estresse com outras comorbidade, como as doenças do sistema cardiovascular.

Neste sentido, buscamos entre os entrevistados agravos que tenham ocorrido nos últimos 12 meses e as possíveis associações com o estado percebido como estresse. A maioria dos entrevistados relacionou as seguintes sensações de dor e desconforto com estresse: problemas de memória, tontura, problemas no nariz, dores na coluna vertebral, dores na nuca, dermatite, problemas renais, dores de garganta, mal-estar geral e dores no Joelho.

Uma enfermeira relatou “mal-estar” e “dor no Joelho” para a qual havia procurado um fisioterapeuta-acupunturista como recurso complementar, uma vez que “...a medicação anti-inflamatória era paliativa e

não estava dando resultados”. Lembremos Canguilhem, mais uma vez, a propósito de “patologias de função” ou “modos de sentir-se doente” sem que se possa atribuir-lhes causas objetivas e notamos que esta entrevistada só aceitou como mais adequada a explicação que lhe foi dada quando compreendeu a relação que o profissional fez entre seu Joelho e “...a pressão, ansiedade e medo...”.

Relato de Experiência

A palavra estresse origina-se do latim *stringere*, que pode significar: constranger, apertar, sufocar, exigir, apertar, estrangular. Nossos entrevistados a consideraram com esses significados e procuraram formas de enfrentar as situações advindas desse reconhecimento.

O termo estresse foi reconhecido por todos os entrevistados em associação aos descritores “constrangedor, ameaçador e perigoso” e usaram mais de uma referência para designá-lo: nervoso, irritação, raiva, pressão, esgotamento e fadiga. Para dois entrevistados: “há diferença entre o estresse pequeno, que é normal nas pessoas de São Paulo e o estresse grande, ou bola de neve ... O extremo máximo pode acontecer com uma gota d’água... surgir por uma situação aparentemente insignificante, se tornando perigoso para a saúde”.

Temos aí a convergência do que Canguilhem chamou de “modos de andar a vida”: para alguns, foi primordial escolher (preferência ou exclusão) “a priori” o significado da situação, enquanto para outros a possibilidade de escolha “a posteriori” é que determinou resultados mais gratificantes do que frustrantes.

Dentre os recursos apresentados para enfrentar o estresse, tanto homens como mulheres procuram primeiramente por familiares, seguidos de amigos, culto religioso, uso de medicação, massagem e acupuntura. Os homens não recorreram a qualquer especialidade médica, enquanto as mulheres não citaram psicólogo.

Tomar água, ler a Bíblia, tomar chá calmante, tomar suco de maracujá, fazer *reiki*, sair e andar, fazer *yoga*, passear com o cachorro, foram os recursos mais alegados enquanto “outras” técnicas de enfrentamento.

Entendemos que certos comportamentos ou, melhor dizendo, certos *modos de andar a vida*, são meios não indiferentes desta mesma vida. Meios nos quais as *infidelidades* que se apresentam configuraram o cenário das pequenas e grandes adaptações que ocorrem em forma de soluções baseadas num impulso básico: escolher. Excluir ou preferir são ações que traduzem o conceito “vida é polaridade” em um jogo de preferências variáveis e instáveis, como sabemos. Nosso levantamento foi inscrito nesta zona de instabilidade, com o pressuposto de que decisões por esta ou aquela escolha “com-formam” os *modos de andar a vida*. Estes traduzem nossa satisfação ou insatisfação diante do que nos constrange ou desagradam, como a constituir desordens adaptativas que, por sua vez, mobilizam ações para criação de normas.

A esta dinâmica, podemos acrescentar que a normatividade joga papel decisivo, quando investigamos os modos de enfrentamento do que foi considerado frustrante no cotidiano dos moradores. A falta de dados secundários que sustentem uma descrição epidemiológica em torno do estresse não pode constituir impedimento para pesquisar a subjetividade que envolve a experiência do sofrimento, ainda que tenhamos necessidade de apelar para outros campos disciplinares. Tomamos Canguilhem como exemplo de interdisciplinaridade para construir nossa observação etnoepidemiológica, com a certeza de que não podemos renunciar ao seu aprofundamento. Neste sentido endereçamos esta incursão numa trajetória processual que contribua em estabelecer prerrogativas auxiliares para as possíveis associações do estresse com a Síndrome Geral de Adaptação. Estamos cientes também da necessidade de realização de estudos epidemiológicos de *coorte* que colaborem na construção de indicadores públicos de saúde sobre os agravos apontados e os *modos de andar a vida*.

Referências

ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V. S. Espaço social urbano e doença mental: um estudo de área ecológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set.1986.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BALLONE, G. J. Estresse e alterações hormonais. *PsiquWeb*, 2002. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=63>. Acesso em: 28 ago. 2008.

BERQUÓ, E.; SOUZA, J. M. P, GOTLIEB, S. L. D. *Bioestatística*. São Paulo: EPU, 1981.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2009.

CASTIEL, L. D. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 103-20, 2005. Suplemento.

CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados_Saúde. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. 10 rev., v. 1. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 15 ago. 2008.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, Austin, TX, US, v. 24, n. 4, p. 385-96, Dec. 1983.

FERNANDES, R. C. P. Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, Amsterdam, v.11, n.2 p. 213-8, 1976.

LIPP, M (Org.). *O Stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto, 1999.

- MARCOPITO, L. F. Doenças isquêmicas do coração: mortalidade em nativos e migrantes, São Paulo, 1979-1998. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 707-13, 2003.
- MINAYO, Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-7, 1991.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.
- PELUSO, E. T.; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-8, 2008.
- PONDÉ, M. P.; MENDONÇA, M. S. S; CAROSO, C. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. *História, Ciência, Saúde - Manquinhas*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-43, jan./mar. 2009.
- RIBEIRO, M. et al. Hypertension and economic activities in São Paulo, Brazil. *Hypertension*, Dallas, TX, US, v. 3, n. 2, p. 233-7, 1981. Suplemento 2.
- SANTOS, B. de S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1995.
- SARDÁ Jr, J. L.; Jamir J.; LEGAL, E. J; JABLONSKI, S. J. IN: ALCHIERI, J. C.; CRUZ, R. M. (Org.). *Estrasse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SELYE, H. *Stress*. The physiology and pathology of exposure to stress, a treatise based on the concept of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation. Montreal: Acta Inc., 1950.
- SEVALHO, G.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e antropologia médica: in(ter)disciplinaridade. In: ALVES, P. C; RABELO, M. C (Org.). *Antropologia da saúde*. Traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Fiocruz, 1998. p. 47-69.
- TROSTLE, J. Early work in anthropology and epidemiology: From social medicine to the germ theory, 1840 to 1920. In: JANES, C. R.; STALL R.; GIFFORD, S. M. (Ed.). *Anthropology and medicine - interdisciplinary approaches to the study of health disease*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo: D. Reidel Publishing, 1986. p. 35-37.

Recebido em: 07/04/2011
Aprovado em: 03/02/2012