

Artigo Original

# Insônia: doença crônica e sofrimento

## *Insomnia: chronic illness and suffering*

Maria José V Varela<sup>1</sup>, João Eduardo C Carvalho<sup>2</sup>, Maite Varela<sup>1</sup>, Clarisse Potasz<sup>3</sup>, Lucila BF Prado<sup>4</sup>, Luciane B C Carvalho<sup>5</sup>, Gilmar Fernandes do Prado<sup>6</sup>.

### RESUMO

Insônia é a dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou mesmo a percepção de um sono não-reparador, combinada com conseqüências adversas durante o dia como fadiga excessiva, queda da "performance" ou mudança de humor. O objetivo deste trabalho é procurar obter um entendimento desta condição, tentando aliar as questões de saúde física, psíquica e social, tendo um olhar mais apurado para a interligação entre os mesmos, discutindo o sofrimento desencadeado pela insônia como doença crônica. Atentando para o paciente, conceitos das ciências sociais e da psicanálise são considerados, assim como modelos de ciência para compreender o mundo social. Detém-se na visão do ser humano como integral, conectado à sua ontogênese e filogênese. Aprofunda-se esta busca de entendimento passando pelos conceitos de subjetividade, intersubjetividade e de cultura, focando os aspectos relativos ao impacto do sofrimento social na pessoa que vai lidar com o processo do adoecer, ou seja, como vai conviver com a cronicidade e o sofrimento de sua enfermidade. Concluímos que fatores psicossociais contribuem de maneira importante para compreender o sofrimento associado à condições crônicas como pode se dar na insônia, e que sua consideração pelos profissionais de saúde é necessária para seu tratamento.

**Unitermos:** *Insônia, Doença Crônica, Sofrimento Psíquico.*

Citação: Varela MJV, Varela M, Potasz C, Carvalho JEC, Carvalho LBC, Prado LBF, Prado GF. Insônia: doença crônica e sofrimento. Rev Neurociencias 2005; 13(4):183-189.

### SUMMARY

Insomnia is the difficult to initiating on maintaining sleep, or the perception of a non-repairing sleep, combined with adverse day-time consequences, such as excessive fatigue, performance decrease or mood change. The aim of this study is to propose an understanding of this condition, connecting physical, psychological and social health conditions, having a more accurate look on the association between them to reflect on the suffering unleashed by a chronic insomnia or even by a condition which may cause it. Focusing on the patient, Social Sciences and Psychoanalytic principles are considered, as well as scientific model concepts for an understanding of the social world. The vision of the human being as integrated is connected to the ontogenesis and philogenesis. We pass through the concepts of subjectivity, inter-subjectivity and culture, focusing the aspects concerning the impact of social suffering on the human being and how a person will deal with the process of sickness, meaning how it would coexist with the chronic illness and suffering of its condition. We believe that important psychosocial factors contribute to suffering associate with chronic illness as insomnia, and health professionals must consider them to patient's treatment.

**Keywords:** *Insomnia, Chronic Disease, Suffering.*

Citation: Varela MJV, Varela M, Potasz C, Carvalho JEC, Carvalho LBC, Prado LBF, Prado GF. Insomnia: chronic illness and suffering. Rev Neurociencias 2005; 13(4):183-189.

Trabalho realizado: Clínica e Ciências do Sono, Departamentos de Neurologia e Medicina Baseada em Evidências da UNIFESP

1 - *Psicóloga, Pós-graduanda da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)*

2 - *Psicólogo, NECON – UNIFESP, Universidade Paulista (UNIP)*

3 - *Terapeuta Ocupacional, Pós-graduanda da UNIFESP*

4 - *Coordenadora do Laboratório de Sono da Clínica e Ciências do Sono da UNIFESP*

5 - *Psicóloga, Coordenadora do Ambulatório da Clínica e Ciências do Sono da UNIFESP*

6 - *Neurologista, Coordenador da Clínica e Ciências do Sono da UNIFESP*

Endereço para correspondência: Maria José V. Varela  
E-mail: mazevarela2@gmail.com

Trabalho recebido em 10/12/05. Aprovado em 22/12/05

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo discutir a condição de sofrimento de pessoas que se encontram com insônia ou com uma co-morbidade que a desencadeie, buscando por um entendimento que perceba o sujeito como ser integral. Sintomas como a insônia remetem à idéia de que as *relações* do sujeito com o outro (que pode ser, inclusive, o profissional da área da saúde) e com a sociedade podem estar permeadas por uma condição de sofrimento de difícil compreensão, demandando para o seu tratamento de um preparo além do técnico ou teórico.

A ciência positivista lida, de forma inigualável, com aspectos da natureza, organizando, criando sistemas e impetrando toda uma lógica para facilitar o entendimento a respeito da complexidade desta natureza como um todo. O sentido dos fenômenos naturais refletidos na fisiologia humana, nas alterações neuronais, pode ser alvo de uma nova interpretação, tendo em vista o contexto social no qual ele se apresenta, o que tem ficado a cargo das ciências sociais: "O interesse central desta ciência é o fato de que os seres humanos não são apenas objeto de investigação, mas pessoas com as quais agimos em comum: são sujeitos em relação" <sup>1</sup>.

Assim, perceber o homem como um ser total demanda também sensibilidade, uma percepção mais sutil, mais profunda, do que ocorre com a pessoa e que diz respeito às suas singularidades, às suas misérias (sofrimento) e às suas realizações.

## Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como sendo o estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade<sup>2</sup>.

Em relação à saúde mental vista a partir do referencial psicanalítico<sup>3</sup>, o comportamento de pessoas em seu ambiente social deve ser considerado, investigando o desenvolvimento deste indivíduo da infância à maturidade. A compreensão destas questões pode levar ao entendimento da vida social, uma vez que uma personalidade bem integrada pode ser a base de saúde mental. Alguns elementos de uma personalidade bem integrada apontados por Klein seriam a maturidade emocional, a força de caráter, a capacidade de lidar com emoções conflitantes, o equilíbrio entre a vida interna e a adaptação à realidade, em síntese, uma integração dos elementos bem sucedidos de aspectos da personalidade de uma pessoa, os quais serviriam de base para este equilíbrio, que, no entanto, não é estanque.

## Insônia: definição

Olhando para o sintoma de insônia, não há como desvinculá-lo da pessoa em seu aspecto singular. Em

relação à etimologia<sup>4</sup> insônia vem do latim *in-somnia,ae* que é falta de sono (*son-i, somnus*). A ICSD<sup>5</sup> (Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono, 1997) define a insônia como dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou mesmo a percepção de um sono não-reparador, combinada com conseqüências adversas durante o dia, como fadiga excessiva, queda da "performance" ou mudança de humor. Insônia é um sintoma sempre que a quantidade ou qualidade de sono é insatisfatória. Mesmo que o número de horas de sono possa não estar reduzido, a maioria dos insones sente fadiga, cansaço, ardência nos olhos, irritabilidade, ansiedade, fobias, incapacidade de concentrar-se, dificuldades de atenção e memória, mal-estar e sonolência.

## Insônia: critérios diagnósticos

Segundo o CID-10<sup>6</sup>, os seguintes aspectos clínicos são essenciais para um diagnóstico definitivo: a) a queixa é tanto de dificuldade de adormecer quanto de se manter dormindo ou de pobre qualidade de sono; b) a perturbação de sono ocorreu pelo menos três vezes por semana durante pelo menos um mês; c) há preocupação com a falta de sono e consideração excessiva sobre suas conseqüências à noite e durante o dia; d) a quantidade e/ou qualidade insatisfatória de sono causa angústia marcante ou interfere com o funcionamento social e ocupacional.

## Insônia: significado

A insônia está entre as queixas mais comuns na prática médica e é a mais prevalente dos distúrbios do sono na população em geral<sup>7</sup>. A estimativa epidemiológica indica que 6% da população adulta tem insônia; 12% referem sintomas de insônia com conseqüência diurna e 15% estão insatisfeitos com o sono. Na primeira consulta, cerca de 20% dos pacientes indicam distúrbios significantes do sono. A insônia persistente pode tornar-se um "fardo" para a pessoa e para a sociedade como se evidencia pela qualidade de vida reduzida, pelas faltas e baixa de produtividade no trabalho, além do alto custo para o sistema de saúde. A insônia persistente está também associada com o risco de depressão e com o uso crônico de hipnóticos. Entre os idosos, os prejuízos cognitivos podem antecipar internações.

## Insônia: classificação

Classifica-se a insônia quanto à severidade, frequência e duração<sup>8</sup>. Quanto à duração, a insônia pode ser transitória ou aguda (presente em algumas noites e associada a circunstâncias adversas da vida e a estresse), de curta duração (pode persistir por tempo inferior a três semanas), crônica (também chamada de longo prazo, sua duração pode ultrapassar três semanas) ou

intermitente (associada a distúrbios psiquiátricos como distúrbios de ansiedade). Quanto ao tipo, a insônia pode ser inicial, sono entrecortado - insônia de manutenção e insônia de final de noite. A insônia psicofisiológica pode ocorrer por fatores predisponentes, precipitantes e perpetuantes.

A insônia persistente pode estar associada a risco de depressão e ao uso crônico de hipnóticos. Quanto à origem, pode ser psicológica, fisiológica ou ambiental; além disso, pode estar associada a outras patologias.

O fator primário da insônia pode advir de uma causa emocional. Pode ocorrer de uma perturbação do sono ser um dos sintomas de outro transtorno mental ou físico. Muitos fatores psiquiátricos e/ou físicos podem contribuir para a ocorrência do transtorno, mesmo que ele pareça clinicamente independente.

Naturalmente, uma avaliação clínica cuidadosa é necessária, antes de excluir uma base psicológica para a queixa. Para um diagnóstico, pode-se recorrer à Polissonografia e à anamnese.

A Polissonografia consiste do registro simultâneo de atividades do indivíduo durante a noite<sup>5</sup>. Vários eletrodos e sensores são posicionados no corpo do paciente. Trata-se de monitorização de vários parâmetros biofisiológicos de um paciente enquanto ele dorme: através do eletroencefalograma, eletro-oculograma, eletromiograma, eletrocardiograma, fluxo aéreo, movimento torácico abdominal, oximetria, ronco e posição corpórea. Estes exames são feitos com aparelhos digitalizados que permitem uma aquisição precisa de dados e análise do paciente durante a noite.

A anamnese investiga diferentes componentes referentes à natureza da queixa<sup>5</sup>. São levantadas informações sobre os fatores predisponentes, os fatores que exacerbam a insônia ou melhoram o padrão do sono, os fatores etiológicos, o padrão de despertar, os sintomas diurnos, o impacto no dia a dia, a má adaptação ao ambiente do sono, comportamentos e rotinas na hora de dormir, crenças sobre o dormir ou causas da insônia, os sintomas de outros dias do sono, a expectativa quanto ao tratamento; as medicações e substâncias usadas para dormir, ou seja, as medicações prescritas, outras medicações, álcool, tabaco, café e substâncias ilícitas. São investigados ainda o histórico clínico, as doenças com relação ao distúrbio do sono e outras doenças como a história psiquiátrica do paciente (depressão, ansiedade, outras desordens psiquiátricas ou nível de estresse).

### **Impacto: sofrimento**

Apesar da alta prevalência e de seu impacto social e pessoal negativo, a insônia continua sem o devido reconhecimento ou tratamento adequado, pois menos

que 15% dos pacientes com insônia severa passam pelos cuidados de um profissional da saúde<sup>5</sup>. Muitos pacientes que iniciam tratamento o fazem sem uma consulta médica e freqüentemente recorrem a alternativas de risco e benefícios muitas vezes desconhecidos. Por outro lado, buscando ajuda médica, o tratamento freqüentemente fica limitado ao uso de medicamentos. Embora os medicamentos hipnóticos sejam clinicamente indicados e úteis em muitas situações, os fatores psicológicos e comportamentais estão quase sempre envolvidos na perpetuação dos distúrbios do sono. O manejo clínico destes fatores na insônia pode ser dirigido num trabalho multidisciplinar, uma vez que avanços significativos têm sido alcançados com condutas psicológicas e comportamentais<sup>7</sup>.

Vista de forma isolada, a insônia é um sintoma, nunca um diagnóstico, excetuando a insônia primária e má percepção do sono. Embora a insônia apareça na fala do paciente em forma de queixa, o não tratamento de sua causa, pode torná-la crônica, constituindo-a como doença.

### **OBJETIVO**

A proposta desta investigação é tomar alguns conceitos típicos das ciências sociais e da psicanálise e relacioná-los à observação dos fenômenos psicossociais presentes nas relações do indivíduo com queixa de insônia.

### **MÉTODO**

São apresentados conceitos das Ciências Sociais (cultura) e da Psicanálise (subjetividade e intersubjetividade); recorreremos também a uma concepção mais ampla das representações de saúde/doença e de sofrimento para avaliar o paciente com insônia.

### **Cultura: ontogênese e filogênese.**

Herbert Marcuse, numa releitura de Freud à luz da filosofia, expressa como a história de vida do sujeito e sua herança arcaica estão conectadas<sup>8</sup>, ou seja, como os planos ontogenético e o filogenético estão interligados. A dimensão ontogenética conta da evolução do indivíduo desde a mais remota infância até a sua existência social consciente. Do ponto de vista etimológico<sup>4</sup>, vemos que ontogênese vem de ont(o), do grego ón, óntos (ser, indivíduo), e de genes(e), do grego gênesis (geração, criação). Isto leva a Onto, como desenvolvimento do indivíduo desde a fecundação até a maturidade para a reprodução e Gênesis como formação, constituição desde uma origem.

A dimensão filogenética revela a evolução da civilização desde a horda primordial até o estado civilizado

plenamente constituído. Filogênese = filo + gênese. Filo, do grego *Philon*, significa a grande divisão taxionômica dos organismos baseada apenas no plano geral de organização dos organismos e subdividida em classes<sup>4</sup>. Isto é, a história evolucionária das espécies, a herança arcaica.

A experiência humana pode, portanto, ser observada em dimensões como a sua constituição (ontogênese) como também de sua herança mais arcaica, mais universal (filogênese) juntando ao funcionamento biológico que vai indicar a sua natureza, além de as suas experiências interpessoais, sua história e o contexto social onde se encontra inserido que é a cultura<sup>8</sup>.

Do ponto de vista antropológico, a cultura pode ser compreendida como um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, ou seja, sistemas de concepção herdadas que se expressam em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida<sup>9</sup>. Este universo cultural, onde o indivíduo se desenvolve e se socializa, se faz acompanhar de um conjunto de valores, símbolos, atitudes, modos de sentir e de sofrer, ou seja, maneiras de organizar a sua subjetividade, cuja importância se observa na constituição do sujeito, de suas relações interpessoais e de seu adoecer.

### Subjetividade e Intersubjetividade

Abordando a questão social, Minayo<sup>1</sup> reflete sobre o que Schutz descreve como alguns princípios para a compreensão do mundo social onde a pessoa se encontra inserida, ou seja: a) intersubjetividade – estamos sempre em relação uns com os outros; b) compreensão para atingir o mundo vivido, a ciência tem que apreender as coisas sociais como significativas; c) a racionalidade e a internacionalidade: o mundo social é constituído sempre por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras ou que conhecem meios, fins e resultados.

É fundamental, para um melhor entendimento do que se propõe, em termos de contato com o outro, recorrer a dois conceitos que dão a dimensão do sujeito, cujo foco é nosso objetivo. Destacam-se duas definições de subjetividade que parecem pertinentes à esta proposta, além de serem complementares entre si. Para Alfredo Naffah Neto, subjetividade é uma espécie de envergadura interior, de vazio capaz de acolher, dar abrigo e morada às experiências da vida: percepções, pensamentos, fantasias, sentimentos<sup>10</sup>. Por outro lado, Luís Cláudio Figueiredo afirma: “modos de subjetivação como propiciadores de determinadas formas de vir-a-ser sujeito, de se constituir enquanto um campo determinado de experiência, campo histórico e culturalmente determinado em que

se configuram as modalidades da experiência de si e do mundo que alguém pode realizar, pode efetivar, pode elaborar”<sup>11</sup>.

É interessante notar que a subjetividade nos remete a sujeito, e ambos têm a mesma origem etimológica<sup>4</sup>, do latim *subjectu* (o que subjaz, o que jaz no fundo). A subjetividade existe a cada época, marcada pelos acontecimentos. Subjetividade é a relação com os recursos internos, como a pessoa lida com o sofrimento, com as circunstâncias, com as perdas e as ameaças constantes. É um perceber-se não auto-suficiente. Estar com o outro, considerando as outras pessoas esta também é uma questão.

Percebe-se como algo que toca a intersubjetividade o que Freud diz sem nomeá-la assim, ao afirmar que “na vida psíquica individual, está sempre integrado o outro, efetivamente, como modelo, objeto, auxiliar ou adversário e, sempre a Psicologia Individual é, ao mesmo tempo e desde o princípio, Psicologia Social”<sup>12</sup>.

Comentando esta citação de Freud, Fernandes, num artigo sobre a intersubjetividade, comenta que a idéia de um entrelaçamento psíquico intersubjetivo pode estar ligada a uma outra, à estrutura do psiquismo na intersubjetividade: “assim, o aparelho psíquico constituído como é de lugares e processos que contêm ou introjetam as formações psíquicas de mais de um outro num feixe de traços, marcas, vestígios, emblemas, signos e significantes, que o sujeito herda, recebe e deposita, transforma e transmite”<sup>13</sup>.

A relação entre o presente e o curso da doença é inseparável da história de vida. Vem daí a necessidade de uma investigação cuidadosa para servir de suporte para a pessoa, para a família e para os profissionais da saúde e isto vai fazer a diferença: a empatia em relação aos acolhimentos dos sintomas facilita a adesão ao tratamento. O sofrimento pode tornar-se a forma de viver da pessoa e falar dele para o outro disponível na escuta é terapêutico. Ouvir o outro não é uma tarefa fácil: é a busca do latente, apoiando-se no que é dito de forma manifesta. A queixa manifesta aparece na fala dos pais, da escola, do chefe, dos familiares. A latente mostra-se na dinâmica do funcionamento da pessoa. Desta forma, pode-se perceber como uma angústia que pode autenticar (desvelar) ou mesmo mascarar a queixa.

### Doença crônica e sofrimento

O homem sofre permanentemente ameaças de sofrimento. O indivíduo desfruta a felicidade como um “fenômeno episódico” pela limitação na capacidade de senti-la ou pelo fato da infelicidade ser mais experienciada<sup>14</sup>. O homem está sujeito a três ameaças de sofrimento, de maneira permanente: do próprio corpo, através de sinais de dor e angústia enviados a ele; do mundo externo que pode lançar ataques intensos; e da

relação humana através de vínculos com outros seres. O que fazer? Evitar o sofrimento, isolar-se, proteger-se do corpo, da natureza e de conflitos? O paradoxo é que o homem acaba criando situações que se revertem em seu próprio mal estar.

Para Freud, acontecimentos históricos contribuem para a produção de atitude de hostilidade para com a civilização. Ele aponta que a humanidade foi atravessada por três grandes golpes em sua natureza autocentrada que deveria por fim à presunção de superioridade: ser colocados fora do centro cósmico (Copérnico (1543) e golpe no dogma geocêntrico - cosmológico); postados na mesma linha dos animais (Darwin (1859) e golpe no dogma antropocêntrico - biológico) e determinados pelo desconhecido que há em nós mesmos. Isto é viver um estado de frustração que também é uma fonte de sofrimento<sup>15</sup>.

A cronicidade de uma doença pode gerar grandes mudanças<sup>16</sup>. E as mudanças podem transmitir insegurança e acentuar o desamparo. O impacto que uma doença crônica ocasiona pode ser da ordem do econômico ao interferir na capacidade de produzir. O custo disto fica evidenciado no sofrimento social e o problema pode ser abordado como incapacidade de produzir em fracassos escolares, profissionais ou familiares.

A Organização Mundial da Saúde e a Associação Americana de Saúde desenvolveram pesquisas epidemiológicas e concluíram que nossa civilização atua de maneira a favorecer a depressão<sup>5</sup>, o que parece convergir com as idéias defendidas por Freud. A propósito disto, Kehl afirma que a depressão emerge como sintoma do mal-estar produzido e oculto pelos laços sociais, com o vazio do ser agravado em função do empobrecimento da subjetividade, característico de nossa sociedade consumista e competitiva<sup>17</sup>.

O médico e antropólogo Arthur Kleinman afirma que: "doença crônica é uma ponte que liga o corpo, o eu e a sociedade: esta rede vai conectando o processo psicológico, o significado, e as relações, de maneira que o mundo social faça o "link" com as experiências internas, singulares da pessoa"<sup>16</sup>.

Acreditamos que a enfermidade crônica pode paralisar, deixar a pessoa num ostracismo por sentir-se diferente, condenada a viver à margem da vida. Na cronicidade, a doença pode controlar e limitar a pessoa, pois a necessidade de um tratamento contínuo pode ser desanimador: o curso da doença crônica é inexorável. Além disso, surge também o sentimento de vulnerabilidade que conduz à negação da doença e a disposição para não se tratar. Surge o questionamento: Por que eu?

O significado do sintoma pode comprometer a vida do paciente. E a confiança tem um efeito de dupla mão, afetando tanto o profissional quanto o paciente. Este significado pode transcender a doença física por capturar

aspectos sociais e culturais que remetem ao sentido. A doença requer um cuidado para que o entendimento tire a pessoa do mundo da incerteza: o que acontece comigo? Que sofrimento é este que não é concreto? O homem é submetido a frustrações ao procurar atingir um ideal culturalmente estabelecido, neste caso, a busca do tratamento ideal e também do profissional ideal.

O mundo moderno pode adoecer exatamente por estas idealizações, quando a visão médica da doença nem sempre coincide com a experiência vivida e narrada pelo paciente<sup>18</sup>. A pessoa enferma é a que vive a experiência dos sintomas aos quais acrescenta seu grau de sofrimento: perceber-se doente, conviver com a doença e responder aos sintomas, muitas vezes com sentimento de vergonha, de raiva, de desespero. Aqui pode aparecer o estigma, isto é o sintoma carregado de significado cultural<sup>19</sup>.

Olhando por outro prisma, o mal-estar e a frustração podem abrir portas para outras possibilidades, pois o sofrimento pode advir da esfera deste ideal. Ficar esperando um acontecimento é não viver ou não trabalhar e mesmo desiludida, a pessoa pode considerar outros aspectos de sua vida, a partir de sua vivência no cotidiano.

Conforme afirma Carvalho, a resistência à submissão pode indicar, além de um movimento não intencional, um sentir-se sujeito (pessoa) dentro do jogo social. Isto significa não apenas tornar-se visível, mas também dotado de capacidade para transformar, deixando de ser objeto determinado para tornar-se sujeito de seu destino, inserido na sociedade e na cultura a que pertence<sup>20</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por que sofrer de insônia? O que está por trás deste sintoma? Este questionamento nos leva, novamente, à reflexão sobre o ser humano. A tentativa é de buscar este entendimento, entrelaçando o conceito de saúde até a compreensão de um sofrimento que transcende o *soma* indo para as relações, na confluência das dimensões ontogenéticas, filogenéticas e culturais.

A vida é estabelecida a partir de relações e a maneira como os indivíduos atuam está presente o tempo todo na forma dos seus relacionamentos, através do amar, do odiar, do falar, do silenciar, do gesticular... ou do estar insone. O que muitas vezes acreditamos não fazer sentido, ou o que é perturbador, expressa o que somos para nós mesmos e para os outros que participam das nossas relações. Daí, muitas vezes o não conseguir dormir ser a senha para uma existência que não se reduz ao corpo. Não é possível ignorar a presença do psiquismo, acontecimento que acompanha toda a vida humana, sem se localizar em nenhum lugar do corpo vivo<sup>17</sup>.

Por outro lado, o contexto no qual o indivíduo vive, marcado por determinantes estruturais, as condições concretas sociais nas quais se dá sua vida, também irão modular o entendimento que ele próprio e outros – como o profissional de saúde – pode oferecer a um sintoma que se apresenta primeiramente no corpo, como a insônia. Compartilhado por outros tantos indivíduos, este contexto pode dizer respeito a ocupação de um lugar destinado ao sofrimento, definido pela incapacidade de produzir o suficiente para a satisfação dos próprios desejos, pela frustração por estar aquém daquilo que a sociedade, a família ou o(a) parceiro(a) solicita do indivíduo, ou por sua falta de controle sobre a humanidade que teima em se mostrar aos outros.

Fica evidenciado um paradoxo, pois o homem cria situações que se revertem em seu próprio mal-estar. Muitas vezes, o que se observa é a luta do profissional da saúde para encontrar o tratamento perfeito e a adesão correta do paciente ideal. Sua insuficiência (impotência) para tratar do *soma*, do psiquismo e do social num todo, mostra a dificuldade de ver o paciente de forma integral, seus relacionamentos submetidos a uma transversalidade. Passando de uma situação individual para a relação de troca, de intersubjetividade,

condição essencial para a existência humana no mundo, a presença do humano na compreensão de sintomas como a insônia mostra o lugar inexorável do sofrimento para o homem.

## CONCLUSÃO

As situações sociais e as reações psicológicas determinam e são determinadas por significados que são variáveis e dependem da singularidade de cada um. Por isso, a condição humana com sua reação única pode emocionar ou surpreender o outro. Estar atento e apreender tipos de personalidade, situação de vida e aspectos culturais, portanto, pode ratificar uma maneira de adoecer, pois a doença só vem confirmar a vida: a pessoa adoce da mesma forma que vive. O sofrimento de uma pessoa não pode ser medido por um profissional de saúde, mas seus efeitos no comportamento do indivíduo podem e devem ser mensurados, pois daí virão os benefícios de um entendimento de si e do outro. Tratar da insônia como “doença crônica” solicita, desta forma, que se localize sujeito e sintoma além do seu corpo, buscando sentido nos relacionamentos e no lugar social ocupado por eles.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª edição. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004, 270p.
2. Garcia J. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. Nunes ED (org). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Ed., 1983.
3. Klein M. Inveja e Gratidão e outros trabalhos 1946-1963. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1991, 400p.
4. Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.
5. Edinger JD, Means MK. Overview of Insomnia: Definitions, Epidemiology, Differential Diagnosis, and Assessment. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds). Principles and Practice of Sleep Medicine. Elsevier Saunders, 4th edition, 2005, 702-710.
6. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – OMS. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p18.
7. Morin CM. Psychological and behavioral treatments for primary insomnia. In: Kryger, MH, Roth T, Dement WC (eds). Principles and Practice of Sleep Medicine. Elsevier Saunders, 4th edition, 2005, p726.
8. Marcuse H. Eros e Civilização. Uma interpretação Filosófica do Pensamento de Freud. 8ª edição, Rio de Janeiro: LTC, 1999, 232p.
9. BOUDON R, BOURRICAUD F. Cultura e Culturalismo. In: Dicionário Crítico de Sociologia. 2ª ed., São Paulo: Ática, 2001, 121-128.
10. Naffah Neto A. A subjetividade enquanto ethos. Cadernos da Subjetividade da PUC/São Paulo 1995; 3:197-199.
11. Figueiredo LCM. Atos e acasos em psicanálise. Um comentário heideggeriano. Cadernos de Subjetividade da PUC/São Paulo 1995; 3(1):157-63.
12. Freud S. Psicologia de Grupo e Análise do Ego (1921), Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996, p79.
13. Fernandes MIA. O Trabalho Psíquico da Intersubjetividade. Psicol USP 2003; 14(3):47-55.

14. Freud S. O Mal-Estar na Civilização (1930) Vol XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996, p67.
15. Ritvo LB. A Influência de Darwin sobre Freud. Um conto de duas ciências. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1992, 340p.
16. Kleinman A. Illness Narratives Suffering, Healing, and the Human Condition. Basic Books: USA, 1989, 284p.
17. Kehl MR. Uma existência sem sujeito. Caderno Mais da Folha de São Paulo de 26/01/2003.
18. Luz M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2ª ed., São Paulo: Hucitec, 2004, 209p.
19. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988, 160 p.
20. Carvalho JEC. Sofrimento e subjetividade. São Paulo: UNIFESP, Programa de Pós-Graduação em Medicina de Urgência, 2005 (memo), 12p.