III CONFERÊNCIAS & DEBATES INTERDISCIPLINARES

PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL

DIÁLOGOS E CONVERGÊNCIA

MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO
COORDENAÇÃO

IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

Manuel João Rodrigues Quartilho é Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra e Assistente Hospitalar Graduado do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

3

CONFERÊNCIAS & DEBATES INTERDISCIPLINARES

IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

EDIÇÃO
Imprensa da Universidade de Coimbra
Email: imprensa@uc.pt
URL: http//www.uc.pt/imprensa_uc
Vendas online: http://livrariadaimprensa.uc.pt

CONCEPÇÃO GRÁFICA
Imprensa da Universidade de Coimbra

INFOGRAFIA
Margarida Albino

INFOGRAFIA DA CAPA
Mickael Silva

PRINT BY
KDP

ISSN
2183-1610

ISBN
978-989-26-1927-9

ISBN DIGITAL
978-989-26-1928-6

DOI
https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6

© JUNHO 2020, IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues, 1957-

Psiquiatria social e cultural : diálogos e convergência. – (Documentos)

ISBN 978-989-26-1840-1 (ed. impressa)
ISBN 978-989-26-1841-8 (ed. eletrónica)

CDU 616

III CONFERÊNCIAS & DEBATES INTERDISCIPLINARES

PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL

DIÁLOGOS E CONVERGÊNCIA

MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO
COORDENAÇÃO

IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

(Página deixada propositadamente em branco)

ÍNDICE

1. Universidade e comunidade
Manuel João R. Quartilho 17

2. Epidemiologia dos comportamentos suicidários — dos números às dimensões sociais e culturais
Francisco Alte da Veiga 59

3. Suicídio e as suas fronteiras
Carlos Braz Saraiva 75

4. Mecanismos de interação gene-ambiente e doença mental
António Ferreira de Macedo 101

5. História da psiquiatria em Portugal
José Morgado Pereira 133

6. O estigma em psiquiatria
José Morgado Pereira 157

7. Saúde mental pública
Vítor Santos 179

8. Somatização e idiomas culturais de mal-estar somático
Manuel João R. Quartilho 203

9. A afirmação de uma visão terapêutica da sexualidade nos *media* portugueses após a Revolução dos Cravos
Isabel Freire 241

10. Qualidade de vida em contextos de saúde: conceptualização, avaliação e aplicações
Marco Pereira, Neuza Silva 265

11. Pesquisa biográfica colaborativa: desafios e contributos de um projeto com imigrantes em Portugal
Elsa Lechner 295

12. Memória, modo de usar. Breve viagem ao admirável mundo novo da neurociência contemporânea
Luís Quintais 329

13. O sujeito na psicose e na cultura: da estranheza da experiência à ética da hospitalidade
Tiago Pires Marques 339

14. Desautorizando a psiquiatria: ativismos, políticas de saúde e a saúde como um ato político
Rita Alcaire 357

15. A importância social da felicidade
Ana Roque Dantas 379

16. Os cuidados familiares à luz da teoria da ambivalência sociológica: «Os dois lados da moeda»
Ana Paula Gil 399

17. Desigualdade, precariedade e abandono: tendências recentes e respostas políticas necessárias
Renato Miguel do Carmo 421

18. Colocando a saúde no lugar — o planeamento urbano e as determinantes sociais da saúde
Helena Nogueira 433

19. A multidimensionalidade da saúde e da doença e a (sempre renovada) pertinência do olhar sociológico
Amélia Augusto 459

20. Trajetórias migratórias e saúde mental. O contexto como diagnóstico médico, o diagnóstico médico como contexto para a integração social
Pedro Góis 479

21. O trauma psicológico depois das crises, desastres e catástrofes
Luísa Sales 499

22. Violência
João Monteiro-Ferreira 517

23. Guerra e saúde mental
João Monteiro-Ferreira 545

24. Sofrimento, religião e sentido
Anselmo Borges 567

25. Saúde global, sofrimento global
Manuel João R. Quartilho 587

Coordenador 629

(Página deixada propositadamente em branco)

INTRODUÇÃO

Os textos agora reunidos exprimem uma vontade de diálogo, um desejo de prestar serviço à comunidade a partir do contributo interdisciplinar do corpo docente do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Não tendo sido possível contar com o contributo de todos os Colegas, os capítulos aqui apresentados refletem a vocação interdisciplinar do Curso e representam uma proposta de diálogo não apenas com o académico, mas também com o leitor comum. O livro não resulta, portanto, de um trabalho de investigação interdisciplinar. Mas todos os seus capítulos, de algum modo, guardam uma relação com a psiquiatria a partir de espaços teóricos intrínsecos ou extrínsecos à disciplina. Os temas inscritos seguem a cronologia de todas as Unidades Curriculares do Mestrado, com exceção da Unidade associada ao ensino das metodologias de investigação. Afirmam a sua presença, portanto, seis unidades curriculares: 1. Psiquiatria: Local e Global; 2. Psicopatologia, *Stress* e Qualidade de Vida; 3. Sociedade, Cultura e Sexualidade; 4. Antropologia Médica; 5. Determinantes Sociais e 6. Sofrimento Social. Os capítulos referentes às diversas unidades curriculares revelam uma natural heterogeneidade, apesar dos traços comuns que os unem à Psiquiatria Social e Cultural. Na verdade, os temas abordados podem ser mais genéricos ou mais específicos, mais académicos ou mais comuns, mais extensos ou mais condensados, mas propondo sempre, em todos os capítulos, as almejadas oportunidades de leitura e de discussão em diferentes contextos sociais.

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_0

O *Capítulo 1* não se inscreve em qualquer das unidades curriculares. Mas inscreve-se na filosofia do Mestrado, na medida em que apresenta algumas considerações e reflexões sobre o papel e a importância das humanidades na educação médica, enquanto chama a atenção para a natureza biossocial dos fenómenos relacionados com a saúde e a doença. Faz apreciações breves sobre a evolução conceptual e programática do Curso de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, e desenvolve uma perspetiva crítica sobre as relações entre universidade e comunidade, o papel e as atribuições do académico na sociedade, e os potenciais efeitos negativos da subcultura *publish or perish*.

No âmbito da *Unidade Curricular I* (Psiquiatria: Local e Global), o *Capítulo 2* oferece uma visão epidemiológica dos comportamentos suicidários em Portugal nas suas dimensões sociais e culturais.

O *Capítulo 3* aborda uma perspetiva sociológica do suicídio, considerando o papel social da imitação, e também alguns dados estatísticos e os diferentes modelos teóricos para a compreensão do fenómeno. São ainda referidos aspetos clínicos e neurobiológicos, antes de um esforço de síntese que respeita a natureza multideterminada e multifacetada do suicídio.

O *Capítulo 4* desenvolve o tema complexo das interações gene-ambiente na produção da doença mental, sugerindo uma espécie de dança gene-ambiente que justifica o interesse atual no estudo e na investigação de mecanismos epigenéticos.

O *Capítulo 5* descreve a história da psiquiatria em Portugal, não apenas uma retrospetiva sobre as doenças mentais, mas também uma reflexão sobre a evolução histórica das instituições e as diferentes ideias e conceções associadas à psicopatologia, no cenário histórico e cultural europeu dos séculos XIX e XX.

O *Capítulo 6* debruça-se sobre a questão do estigma na doença mental numa perspetiva não só histórica e sociológica, como também cultural e antropológica, considerando as diversas possibilidades de

ação no combate às atitudes e políticas de discriminação no campo da patologia mental.

O *Capítulo 7* assinala a importância da saúde mental pública, ou seja, da necessidade de prevenção e promoção da saúde mental, na vertente pública. Neste contexto, a saúde das populações e a designada «carga global» de doenças justificam algumas considerações pertinentes sobre o conceito de sociedades saudáveis.

O *Capítulo 8*, finalmente, incide sobre os fenómenos de somatização na comunidade e na prática clínica, um problema de saúde pública não resolvido pela medicina, uma linguagem corporal cujos idiomas de mal-estar aparecem claramente sujeitos à influência de fatores interpessoais, sociais e culturais.

A *Unidade Curricular II* (Psicopatologia, *Stress* e Qualidade de Vida) aparece acoplada à *Unidade Curricular III* (Sociedade, Cultura e Sexualidade) e, ainda, à *Unidade Curricular IV* (Antropologia Médica), num total de seis capítulos.

O *Capítulo 9* contextualiza a história da sexualidade e da sexologia em Portugal, a emergência dos direitos sexuais e reprodutivos, e o aparecimento das consultas de sexologia no nosso país, bem como as relações dinâmicas entre sexualidade e exposição mediática.

O *Capítulo 10* aborda criticamente o conceito de qualidade de vida e as suas relações com a saúde, referindo-se ao papel da Organização Mundial de Saúde e aos instrumentos psicométricos desenvolvidos no estudo e investigação do mencionado conceito.

O *Capítulo 11* apresenta os desafios e contributos teórico-metodológicos de um projeto de pesquisa biográfica colaborativa realizado em Portugal, envolvendo um trabalho de equipa interdisciplinar sobre imigração na cidade de Coimbra e a realização de cinco oficinas biográficas, ou rodas de conversa, com participantes voluntários.

O *Capítulo 12* produz uma visão crítica sobre a manipulação da memória através dos modernos recursos tecnológicos, argumentando que as neurociências contemporâneas são um domínio de redefini-

ção do nosso entendimento do que é a memória e a identidade, um projeto do «admirável mundo novo» de Aldous Huxley.

O *Capítulo 13* recorre a dois momentos para assinalar a importância das competências de escuta na abordagem da patologia mental, no sentido de ouvir a palavra do doente, construindo um ponto de vista crítico da objetivação do *outro* em que incorrem, por vezes, os profissionais da saúde e também os cientistas sociais.

O *Capítulo 14* examina o papel dos ativismos *gay* e assexual na desautorização do poder psiquiátrico, sugerindo um percurso que permite examinar a importância da ancoragem destas mesmas identidades e orientações não normativas na noção de *saúde*.

A *Unidade Curricular V* (Determinantes Sociais) inclui cinco capítulos que privilegiam uma abordagem sociológica à saúde e à doença.

O *Capítulo 15* reflete sobre a importância social da felicidade, recorrendo à apresentação de diversos indicadores. São discutidas as causas visíveis da felicidade enquanto preocupação social central, a partir de transformações sociais e económicas que, associadas a uma mudança dos valores sociais de referência, contribuíram para a sua crescente relevância.

O *Capítulo 16* debruça-se sobre a sociologia do envelhecimento e as transformações demográficas nas sociedades contemporâneas, bem como sobre as alterações das respetivas estruturas familiares e a questão central dos atos de cuidar. É referido, nomeadamente, o cenário de envelhecimento demográfico em Portugal, com tendência para uma acentuação devido ao aumento da esperança de vida e à diminuição da natalidade.

O *Capítulo 17* incide sobre o conceito de desigualdade social, com uma perspetiva multidimensional para a qual são convocadas diferentes teorias, indicadores e instrumentos metodológicos. As análises centradas no rendimento salarial são evocadas para averiguar o nível de assimetria existente entre os vários escalões e o acentuado grau de concentração de riqueza nos grupos mais privilegiados. No

nosso país, as análises sobre a evolução das desigualdades refletem o impacto social da recessão económica e das políticas de austeridade associadas.

O *Capítulo 18* convida a refletir sobre o designado modelo urbano, recolocando o Homem no centro, convocando ações estratégicas com o objetivo de reformar e melhorar as cidades, reaproximando-as da Humanidade, e favorecendo uma nova apropriação dos seus espaços, visando a construção de uma cidade saudável.

O *Capítulo 19* tece considerações críticas sobre o modelo biomédico, aborda a sociologia do corpo e lembra a construção social da saúde e das doenças ao longo do tempo histórico. Neste contexto, salienta a importância e o impacto da medicalização da vida, ou seja, da renovada metamorfose de problemas sociais em questões clínicas.

O *Capítulo 20* centra a sua atenção nas migrações internacionais contemporâneas, as suas causas, consequências e composição, como objeto de investigação trans e interdisciplinar. Com o fim da ideia de imobilidade, a cultura e as formas de apresentação social são hoje o resultado de um somatório de trajetos migratórios individuais e coletivos que se cruzam num espaço híbrido.

A *Unidade Curricular VI* (Sofrimento e Trauma) inclui cinco capítulos.

O *Capítulo 21* assinala uma progressiva tomada de consciência das repercussões globais de acontecimentos traumáticos ocorridos em contextos locais, restritos, ou na sequência de incidentes graves com forte impacto mediático. Nas últimas décadas, sobretudo em países com maior índice de desenvolvimento global, são valorizadas as repercussões do trauma não apenas na saúde mental, com destaque para a consolidação clínica do *stress* pós-traumático, mas também na economia das comunidades.

O *Capítulo 22* contempla os fenómenos de conflito, agressão e violência nas sociedades contemporâneas. Adotando uma perspetiva global, considera as diferentes variedades de violência e os fatores

subjacentes, bem como as dificuldades associadas às estratégias de prevenção.

O *Capítulo 23* debate os efeitos das guerras na saúde mental, as suas dimensões de catástrofe humana e crise socioeconómica, irracionalidade e desumanização, a deterioração coletiva das relações sociais.

O *Capítulo 24* concebe o ser humano como uma realidade unitária, em tensão constante. Adotando uma conceção emergentista na constituição do ser humano, tece considerações teológicas e filosóficas sobre saúde e medicina, sobre o ato de cuidar, o luto e o sentido último da vida.

O *Capítulo 25*, finalmente, aborda os objetivos de saúde global das Nações Unidas, numa perspetiva descritiva e crítica. Reflete sobre o conceito de sofrimento global e faz considerações históricas e conceptuais no âmbito da saúde global e saúde mental global.

Todos os temas abordados nos diferentes capítulos guardam uma relação com a saúde e lembram-nos, mais uma vez, que não existe saúde sem saúde mental e não existe saúde mental sem os contextos que a determinam. Quero agradecer a todos os Alunos que frequentaram e frequentam este Mestrado desde o seu início. Agradeço também a todos os Docentes que lecionaram e lecionam com elevada competência pedagógica, empenho e compromisso. Agradeço especialmente aos Colegas que colaboram na feitura deste livro — Alte da Veiga (psiquiatra), Amélia Augusto (socióloga), Ana Roque Dantas (socióloga), António Macedo (psiquiatra), Anselmo Borges (teólogo), Carlos Saraiva (psiquiatra), Elsa Lechner (antropóloga), Helena Nogueira (geógrafa), Isabel Freire (socióloga), Luís Quintais (antropólogo), Luísa Sales (psiquiatra), Marco Pereira (psicólogo), Neuza Silva (psicóloga), Monteiro Ferreira (psiquiatra), Morgado Pereira (psiquiatra), Paula Gil (socióloga), Pedro Góis (sociólogo), Renato Carmo (sociólogo), Rita Alcaire (antropóloga), Tiago Pires Marques (historiador) e Vítor Santos (psiquiatra). Sem eles, sem o

seu saber, sem a sua dedicação e generosidade, não seriam possíveis os sinais positivos que o livro comporta, as promissoras pontes de diálogo entre conhecimentos disciplinares que se abrem à sociedade e à cultura. As inevitáveis limitações e os sinais negativos, estes, são da minha inteira responsabilidade.

Coimbra, 24 de janeiro de 2019

Manuel João R. Quartilho

(Página deixada propositadamente em branco)

1. Universidade e comunidade

University and Community

Manuel João R. Quartilho

ORCID: 0000-0001-7931-0172

RESUMO:

O texto apresenta considerações iniciais sobre o papel e a importância das humanidades na educação médica. Salienta os contributos da medicina e da psiquiatria narrativas, e reconhece os obstáculos ao diálogo interdisciplinar. Chama a atenção para a natureza bios-social dos fenómenos relacionados com a saúde e as doenças. Faz breves considerações sobre a evolução conceptual e programática do Curso de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, e desenvolve uma perspetiva crítica sobre as relações entre universidade e comunidade, o papel e as atribuições do académico na sociedade e os potenciais efeitos negativos da cultura *publish or perish* instalada.

PALAVRAS-CHAVE: humanidades médicas; interdisciplinaridade; educação médica; cultura; determinantes sociais; comunidade; *publish or perish*

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_1

ABSTRACT:

This chapter makes initial considerations about the role and relevance of the humanities in medical education. It emphasizes the contributions of narrative medicine and psychiatry and acknowledges the difficulties in the so-called interdisciplinary dialogue. It calls our attention to the biosocial nature of phenomena related to health and illness. This is followed by some brief commentaries on the conceptual and programmatic evolution of the Masters Course on Social and Cultural Psychiatry, emphasizing a critical perspective about the relationship between the university and the community, the role and attributions of the academic in society and also the potential negative impact of the installed so-called «perish or publish» culture.

KEYWORDS: medical humanities; interdisciplinarity; medical education; culture; social determinants; community; «publish or perish»

Humanidades Médicas

Ao longo dos últimos cinquenta anos, o sucesso da medicina moderna e a comercialização dos cuidados de saúde contribuíram para uma desumanização na prestação de cuidados. A falta de tempo para ver e ouvir os doentes, a prioridade conferida às tecnologias diagnósticas e terapêuticas, os incentivos preferenciais aos ganhos económicos, a atenção prioritária à dor e não ao sofrimento, as culturas institucionais que comprometem o bem-estar dos profissionais de saúde e das suas famílias, todos estes fatores legitimam, hoje, a importância acrescida das «humanidades médicas» (COLE, CARLIN & CARSON, 2015). Humanidades no sentido original da palavra latina *humanitas*, um termo análogo aos conceitos atuais de empatia e compaixão. Neste sentido, as humanidades médicas expõem

um propósito não só educativo e académico, mas também moral e político. Defendem o respeito pelas pessoas, a proteção dos mais vulneráveis, a tolerância pela diferença, a justiça e a igualdade de acesso aos cuidados de saúde. Representam um campo interdisciplinar e multidisciplinar que explora os contextos, as experiências e, ainda, questões críticas e conceptuais relacionadas com a medicina e os cuidados de saúde, enquanto preconizam a formação de uma identidade profissional.

Ao explorarem os contextos, recorrem a várias disciplinas como a história e a antropologia, para compreenderem melhor as dimensões temporais e culturais da medicina. Ao explorarem as experiências, recorrem igualmente a várias disciplinas como a literatura e a psicologia, para compreenderem melhor o que é ser/estar doente, por exemplo através da poesia ou do romance, na medida em que a literatura contribua para «ver o lado escondido do humano».[1] As questões críticas e conceptuais relacionam-se também com o recurso a várias disciplinas, mas sobretudo à filosofia, com o objetivo de melhor se definirem e clarificarem ideias e questões ligadas à medicina. Finalmente, a formação de uma identidade profissional refere-se a um projeto educativo, a uma forma de relação e cultura pedagógica que cultiva a autorreflexão e o empenho no bem-estar do outro. As humanidades médicas não têm respostas ou soluções definitivas para o sofrimento, a morte ou a injustiça. Mas oferecem histórias, perspetivas, formas de olhar e compreender, imagens, pensamento crítico, aptidões e conhecimentos com que os alunos de medicina podem responder às questões mais difíceis da teoria e da prática médicas. De uma forma indireta, através da exposição a histórias de sofrimento e resiliência, estimulam a imaginação moral ao promoverem a sua *humanitas*, preparando-os para uma vida de reflexão prática e ajudando-os na ação futura, profissional e pública.

---

[1] TAVARES, Gonçalo M. (2015) — Entrevista à revista *LER*, p. 140.

Baseiam-se numa tradição filosófica de pensamento *meditador*, uma tradição que contesta a ubiquidade do pensamento *calculador* em medicina, uma tradição que não necessita de explicações técnicas para compreender ou acreditar, e nos aproxima mais e melhor de experiências humanas tão variadas como a alegria, a dor, o sofrimento e a perda (PIEMONTE, 2018). Numa palavra, as humanidades podem servir de inspiração e consolo (LOBO ANTUNES, 2015).

As humanidades legitimam, por exemplo, o interesse por ideias e conceitos ligados às designadas medicina e psiquiatria narrativas. As narrativas de doença são melhor entendidas quando já se escutaram outras vozes na ficção, na poesia ou na filosofia. Muitas destas narrativas captam e expressam complexidades que são alheias a quaisquer factos, descrições e estatísticas sobre a condição humana. Uma das principais figuras da medicina narrativa, Rita Charon, defende que os médicos precisam de uma aptidão complementar para ouvir as narrativas do doente, reivindicando uma competência que lhes permita atuar com empatia, reflexão, seriedade e confiança (CHARON, 2001). A chamada psiquiatria narrativa, por sua vez, defende uma atitude tolerante e construtiva face às inúmeras possibilidades de intervenção terapêutica na prática clínica, valorizando tanto o músculo e a agilidade da teoria narrativa como o espírito de compaixão e a justiça social (HAMKINS, 2014). Não critica nenhuma abordagem particular e vê benefícios potenciais em todas elas, desde que respeitem as escolhas, os valores e objetivos de vida do doente. Não critica as explicações biológicas, mas também não idealiza os modelos que orientam a explicação e o tratamento convencionais das doenças. A linguagem da neurociência «expansiva», com as suas incursões nos domínios da ética, política, teologia, entre outros, não é necessariamente uma linguagem «melhor», é uma linguagem «diferente». Para a psiquiatria narrativa, a ciência é um processo em aberto, uma atividade humana, tal como a literatura e as teorias da

interpretação. É permeável às conveniências humanas, aos objetivos e interesses lucrativos das pessoas e organizações.

Talvez sejam necessários novos modos de nos relacionarmos com a complexidade, novos modos de aceitar e integrar múltiplas vozes, variados pontos de vista, sobre a realidade clínica dos sintomas e das doenças que também são, pelo menos em parte, produtos da construção humana. Num reconhecido contexto de multiplicidade narrativa, não se trata de saber qual é a história verdadeira. O que é realmente importante é darmo-nos conta das consequências que resultam de cada história particular, tanto para o médico como para o doente. E, neste contexto, o papel da psiquiatria narrativa não consiste em criticar soluções interpretativas simples, mas antes em chamar-nos a atenção para a diversidade de soluções alternativas, simples ou complexas, com espírito de abertura para um alargado espectro de opções face à riqueza e à variedade da experiência humana (LEWIS, 2011). A psiquiatria narrativa reconhece que as múltiplas formas de psicoterapia constituem modos alternativos de relatar e de aliviar o sofrimento psicológico. Não interessa saber qual a «verdadeira» ou a «melhor». Mas importa saber qual é a «mais útil» para o doente e as suas circunstâncias. A psiquiatria narrativa respeita profundamente as pessoas, os seus valores, esperanças e sonhos. Valoriza a colaboração com o doente, encarado como parceiro na relação terapêutica. Interessa-se pelo questionamento das narrativas culturais e das operações de poder, sociais, que podem causar dano às pessoas. Não deixa que estas se confundam com o problema ou que este as anule ou paralise. E não deixa de acreditar que a esperança e a cura são possíveis. Não obstante as histórias de perda, sofrimento, conflito, negligência ou abuso, a psiquiatria narrativa procura identificar pontos de conexão, intimidade, consistência e sucesso, na medida em que estes elementos correspondam à fortuna relativa das pessoas que pedem ajuda. No lugar de uma história de fracasso, a psiquiatria narrativa procura explorar a coau-

toria de uma história de sucesso na resolução de problemas, por muito pequenos que sejam, prestando mais atenção à humanidade, à criatividade e à intencionalidade dos doentes, no contexto clínico (HAMKINS, 2014).

Ora, as humanidades e as ciências sociais podem conviver com a medicina, as ciências naturais e as neurociências, operando esforços conjuntos para o estudo e investigação do comportamento humano? A verdade é que são escassos os exemplos deste trabalho conjunto. Não existe uma linguagem partilhada, ou seja, o pensamento *calculador* não convive bem com o pensamento *meditador*. É certo que as humanidades e o modo reflexivo não constituem uma panaceia para a educação médica. Também é verdade que uma aptidão técnica pode ser tão virtuosa como um gesto de compaixão. Mas a experiência subjetiva do doente é muitas vezes sacrificada por uma educação médica que privilegia os testes de escolha múltipla e o modo memorizar-e-regurgitar, por uma cultura hospitalar que confere prioridade à competência técnica e à produtividade (PIEMONTE, 2018). Um projeto interdisciplinar que associe o rigor empírico da neuroimagem e a abertura conceptual das humanidades será muito provavelmente criticado por um neurocientista devido à sua ambiguidade, e por um cientista social em resultado do seu empirismo. Em 2014, o fator de impacto da revista *Nature Reviews Neuroscience* tinha o valor de 31 427. O fator de impacto da revista *Social Science & Medicine* era de 2890. A comunicação interdisciplinar é um verdadeiro problema. Os neurocientistas e os médicos não se cruzam, raramente produzem trabalhos conjuntos, leem livros e revistas diferentes e sabem muito pouco, afinal, do que se passa em casa do colega vizinho. Este é o verdadeiro desafio da interdisciplinaridade, de um projeto de recusa de fronteiras rígidas no trabalho intelectual (CALLARD & FITZGERALD, 2015). Para a League of European Research Universities (LERU, 2016), uma das evoluções mais importantes do final do século XX correspondeu à

emergência da interdisciplinaridade[2], de uma agenda de colaboração entre disciplinas que tem promovido, ao longo dos últimos quarenta anos, áreas de estudo interdisciplinar nas ciências, ciências sociais e humanidades. Se é verdade que a dinâmica interna das disciplinas, individualmente consideradas, tende a restringir a investigação ao âmbito estrito das teorias explicativas dominantes, então a ausência de uma comunicação eficaz entre disciplinas tende a fragmentar o conhecimento de cada uma delas e a impedir a desejada inovação. Mas a investigação interdisciplinar, convém referi-lo, não é necessariamente superior à investigação disciplinar. É mais uma possibilidade de resposta a questões complexas colocadas pela globalização, levando a que o todo (a universidade que promove o conhecimento e a compreensão dos fenómenos) seja mais do que a soma das suas partes constitutivas (as disciplinas). Neste contexto, a investigação tornou-se cada vez mais colaborativa entre as ciências naturais, as ciências sociais e as humanidades, e determinou a criação de múltiplos centros de investigação interdisciplinar que admitem a convergência e o diálogo, ou seja, a mencionada colaboração entre diferentes disciplinas.[3]

---

[2] Convém precisar o significado dos termos. Um baixo grau de abertura, interação e integração é característico da disciplinaridade, enquanto uma progressiva redução da compartimentação do conhecimento caracteriza tanto a interdisciplinaridade como a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade. A multidisciplinaridade refere-se a uma análise sequencial de um problema por especialistas disciplinares que pouco interagem entre si. O aumento das interações e os esforços de integração dos conhecimentos disciplinares conduzem à interdisciplinaridade, com valorização científica das disciplinas envolvidas. Na transdisciplinaridade, as interações estendem-se para o exterior da academia, visando a resolução de problemas sociais que exigem uma integração de conhecimentos a partir de diferentes entidades. O termo interdisciplinaridade é o termo mais frequentemente usado e representa, para além de uma forma de colaboração específica, uma designação abrangente que significa uma colaboração genérica entre disciplinas (LERU, 2016).

[3] O Instituto de Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra (IIIUC), por exemplo, é uma unidade orgânica de ensino e investigação que promove investigação e formação avançada interdisciplinares, fomentando o cruzamento fértil entre áreas de saber e a agregação de equipas, com trabalho de investigação na

Controlar a informação em múltiplas áreas do conhecimento é uma tarefa impossível, um risco de formar «especialistas em nada». Mas hoje, todos sabemos que a neurobiologia humana, por exemplo, é influenciada por circunstâncias sociais, culturais e ambientais. A neurociência social (CACIOPPO, 2002), a epigenética (CAREY, 2012; QUARTILHO, 2015) e a epidemiologia social (KRIEGER, 2011) são alguns exemplos de abordagens que se interessam pela multiplicidade dos mecanismos que explicam a entrada do social «para debaixo da pele» (HERTZMAN & BOYCE, 2010). A chamada epigenética ambiental pode mesmo constituir um método útil de exploração dos mecanismos através dos quais os fatores de *stress* psicossocial e ambiental aumentam o risco de doenças, promovendo a entrada da desvantagem social na biologia humana e aconselhando uma maior atenção das políticas em relação às comunidades, à qualidade de vida das pessoas que aí vivem e trabalham (SHIELDS, 2017). A separação tradicional entre o biológico e o social é cada vez mais difícil de definir, na medida em que a biologia se tornou porosa à reconhecida influência crescente de fatores sociais e culturais (MELONI, 2014). Os conceitos de «biologia situada» e «devir biossocial» ganharam proeminência no interminável debate *nature/nurture* (LOCK & PALSSON, 2016). Em síntese, a separação entre o biológico e o social não é tanto um facto da natureza; é mais um efeito sedimentado de estratégias e decisões envolvendo diferentes corpos disciplinares, autores e instituições ao longo do tempo histórico. As ciências da vida orientam-se atualmente para uma visão mais social dos processos biológicos, do mesmo modo que as ciências sociais começam a reincorporar noções do corpo biológico nas suas tarefas de investigação (MELONI *et al.*, 2018). No entanto, se a investigação interdisciplinar é um processo difícil, dado que o aproveitamento de

área das Ciências e da Tecnologia, das Ciências Sociais e das Humanidades (https://www.uc.pt/iii).

uma relação virtuosa entre disciplinaridade e interdisciplinaridade exige um particular empenho das universidades (mediante a criação de centros ou institutos de investigação interdisciplinar, um compromisso de longo prazo ou garantias de financiamento, entre muitos outros aspetos), é talvez adequado, no âmbito do presente capítulo introdutório, a adoção de uma mais prosaica atitude interdisciplinar, de uma posição que convide ao diálogo entre disciplinas, entre a psiquiatria e as ciências sociais, de uma colaboração que acrescente diálogo e saber, ou seja, mais e melhor compreensão aos diferentes conhecimentos disciplinares.

Jerome Bruner (1915-2016) defendeu que as fronteiras que separam áreas do conhecimento como a psicologia, a antropologia, a linguística e a filosofia resultam de uma conveniência administrativa, mais do que da substância intelectual. E acrescentou a necessidade de uma mente aberta na política, na ciência, na literatura, na filosofia, nas artes, para a construção do conhecimento a partir de múltiplas perspetivas, num ambiente de cultura democrática (BRUNER, 1990). Este foi o espírito que animou a primeira edição do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural em 2007. Com a designação inicial de Mestrado em Psiquiatria Cultural, o Curso nasceu com o propósito de reunir os contributos disciplinares da medicina, da psiquiatria e de outras áreas do conhecimento interessadas nas dimensões sociais e culturais do sofrimento e das doenças, com especial destaque para as perturbações mentais. Outrora mais centrados na dimensão transcultural da psiquiatria, com referências exóticas e escassa relevância clínica, os contributos da psiquiatria cultural podiam então ajudar-nos a compreender melhor as transformações operadas pelos fenómenos de globalização, ou a visibilidade crescente dos problemas relacionados com os imigrantes e refugiados, ou, ainda, os comportamentos violentos nas sociedades contemporâneas. Neste sentido, o interesse genérico pelos aspetos culturais (e sociais) da psiquiatria e da medicina, bem como a atitude reflexiva, crítica, subjacente aos

diferentes contributos disciplinares, constituíam garantias adicionais de que a psiquiatria cultural, enquanto área do conhecimento, podia ser um acréscimo útil à formação pós-graduada. Os objetivos gerais do Curso, portanto, visavam transcender os limites da teoria médica convencional, explorando de um modo crítico, reflexivo, a convergência dos fatores psicológicos, sociais e culturais que habitam a teoria e a prática da medicina nas nossas sociedades. Deste modo, era sublinhada a pertinência de uma investigação atenta às novas realidades sociais e culturais, bem como às respetivas relações com a saúde, a doença e o sofrimento humano. Ao salientar a importância de todos os fatores envolvidos, o Curso pretendia colmatar as insuficiências do modelo médico convencional e chamar a atenção dos alunos para questões pertinentes de saúde global.

Entretanto, o Curso pareceu justificar uma mudança na sua designação. Passou a ser um Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, na medida em que a nova geração de psiquiatras, continuando atenta aos contextos locais e às experiências individuais, às psicologias indígenas e aos idiomas de mal-estar coletivos, iria provavelmente censurar as noções obsoletas de cultura estática que levaram os seus predecessores a separar o local do global, dificultando a apreensão da heterogeneidade interna dos sistemas representacionais que os indivíduos usam na construção do *self*, das suas emoções e experiências de doença. Hoje, mais do que nunca, a heterogeneidade parece estar incrustada na própria cultura, pelo que os especialistas devem olhar para os interstícios, paradoxos, ambiguidades e inconsistências que se tornaram partes constitutivas dos sistemas de significado na maioria das sociedades (BIBEAU, 1997). No mundo atual, as culturas são abertas, híbridas, sistemas fluidos de significados que são contestados a partir de dentro e de fora por valores que competem entre si. A cultura não é completamente captada nas representações mentais de qualquer pessoa, porque muito daquilo a que hoje chamamos «cultura» reside nas redes de relações, famílias, comunidades

e instituições sociais fora do indivíduo, envolvendo, cada vez mais, interações do global com o local (KIRMAYER & SWARZ, 2014). Por outras palavras, muitos especialistas em «psiquiatria cultural» fizeram interpretações de experiências e de narrativas que negligenciaram, e por vezes anularam mesmo, o universo social em que as pessoas viviam. De forma a evitar uma tal separação entre o social e o cultural, proclamou-se a utilidade de substituir as designações de psiquiatria transcultural, etnopsiquiatria, ou psiquiatria comparativa, por psiquiatria sociocultural (BIBEAU, 1997).

Deste modo, instalou-se o reconhecimento crescente de que os determinantes sociais da saúde, e da saúde mental em particular, estão entre os fatores mais importantes para influenciar o risco, o início e a evolução das perturbações mentais. Estes determinantes incluem, entre outros, a pobreza e a desigualdade social, a integração e o apoio sociais, o racismo e a discriminação. Alguns autores defenderam mesmo que as considerações culturais são secundárias às forças sociais e económicas que determinam a pobreza, a desigualdade, a discriminação e a adversidade. Paul Farmer, por exemplo, defendeu que a cultura deve ser considerada como um «álibi» com um papel limitado na explicação e distribuição da miséria humana. A diferença cultural, segundo o mesmo autor, seria uma forma de essencialismo usada para invalidar o sofrimento e as ofensas à dignidade das pessoas, obliterando os mecanismos nacionais e internacionais que criam e acentuam as desigualdades (FARMER, 2005). Do mesmo modo, identificar a ignorância e os comportamentos individuais, ou os estilos de vida, como putativas causas de doença, seria, eventualmente, uma forma arrogante de ignorar as condições sociais e políticas negativas associadas à saúde. Claro que as políticas económicas, enquanto determinantes sociais, não são agentes patogénicos *per se*. Mas podem ser as «causas das causas» para o aparecimento de problemas de saúde, os fatores que determinam significativamente quem vai ficar exposto

aos maiores riscos, quem é por exemplo mais vulnerável ao abuso de álcool, mais inclinado a contrair tuberculose num lugar para os sem-abrigo, ou a cair nas malhas da depressão (STUCKLER & BASU, 2013). As políticas de austeridade impostas em vários países europeus, na sequência da chamada *Grande Recessão* de 2007, tiveram um efeito regressivo e afetaram sobretudo as pessoas mais pobres, alargando as desigualdades, aumentando o número dos sem-abrigo e a insegurança alimentar, os problemas de saúde mental e as taxas de mortalidade das pessoas idosas. Alegadamente, estas políticas não eram inevitáveis. Os cidadãos de países com sistemas de proteção social mais robustos, como a Suécia e a Alemanha, tiveram a sorte de escapar aos efeitos mais dramáticos da crise (STUCKLER *et al.*, 2018).

Seguramente, os determinantes sociais incluem as condições em que as pessoas vivem e também as causas estruturais dessas condições de vida. Mas, talvez, as instituições e práticas culturais que constituem os modos de vida locais criem e mantenham as condições sociais que integram estes determinantes sociais. Por outro lado, as visões contemporâneas da cultura sublinham que a medicina e a psiquiatria são instituições culturais com a sua própria história e valores implícitos. A cultura pode ser considerada como um processo percetivo, relacional, classificatório, interpretativo, um processo também moral não apenas inerente à experiência de doença e às comunidades, mas também à teoria e prática da psiquiatria (BECKER & KLEINMAN, 2014). Em geral, a psiquiatria tende a localizar os problemas no indivíduo, na sua interioridade física e/ou psicológica, enquanto aspetos de uma biologia ou psicologia disfuncionais. Mas, na verdade, existe uma evidência limitada a favor de uma disfunção cerebral específica na maioria das perturbações psiquiátricas. O investimento biológico em psiquiatria reflete valores culturais, mais do que evidência científica. A popularidade das explicações

e soluções neurocientíficas resulta não apenas dos interesses económicos, mas também da influência da tecnologia (por exemplo: imagiologia cerebral) e da reconfiguração atual das nossas identidades enquanto seres biológicos ou neuroquímicos (ROSE, 2003; KIRMAYER, 2015). Mas associa-se, igualmente, esta popularidade «neuro», a uma resistência aparente à consideração dos determinantes socioestruturais, políticos e económicos da saúde física e mental. Embora não haja dúvida de que todo o comportamento tem reflexos no cérebro, muitos problemas psiquiátricos têm a sua origem em processos sociodesenvolvimentais, em interações negativas com outras pessoas ou em problemas ambientais. Isto aponta para a necessidade de uma abordagem ecossocial que caracterize os problemas mentais em termos de interações com o ambiente social local, com a família, com a comunidade e com outras redes sociais (KIRMAYER & SWARZ, 2014). Aliás, muita da injustiça com que as sociedades se confrontam reside nos milhões de pessoas que morrem ou ficam incapacitadas e que, de outro modo, viveriam mais tempo ou teriam sido mais capazes — mais livres — para terem sido, ou terem feito, o que quisessem ser ou fazer se as suas condições sociais fossem diferentes, se a sua capacidade para serem saudáveis fosse reconhecida como um direito moral básico e as condições de vida social tivessem sido estruturadas de modo a garantir o apoio, a proteção, a promoção e a recuperação da sua capacidade para serem saudáveis (VENKATAPURAM, 2011). Ou seja, todo o ser humano tem o direito moral a uma capacidade para ser saudável, compatível com uma dignidade humana igual para todos. A reivindicação moral, portanto, é a de uma capacidade e não diretamente a de certos «resultados na saúde», de um particular funcionamento biológico ou mental. Mais especificamente, o direito moral tem que ver com as condições sociais da capacidade para se ser saudável (VENKATAPURAM, 2011).

A evolução e transformações conceptuais ocorridas no âmbito dos conceitos de cultura e de determinantes sociais da saúde justificaram, assim, uma mudança na denominação do Curso de Mestrado. Há algum tempo, pedi aos Colegas do corpo docente que contribuíssem, por meio de textos relacionados com as suas aulas, para a feitura de um livro sobre os diferentes temas lecionados. Um livro que pudesse constituir-se como um bom motivo de encontro/conversa e um saudável pretexto para a reflexão crítica, como um objeto de diálogo e convergência, tanto na sala de aulas como na comunidade que servimos. Esta intenção de serviço à comunidade é comum a todos os textos que se sujeitam agora à análise do leitor. A academia deve assegurar um envolvimento com a sociedade civil, um envolvimento ortogonal com o ensino e a investigação, um duplo compromisso incluindo uma dimensão de excelência e uma dimensão de serviço à comunidade, um propósito social (BRINK, 2018, p. 328). Num tempo caracterizado por uma proliferação maciça de investigação sem valor para a sociedade, tantas vezes resignada ao «imperativo quantitativo» (LAMIELL, 2019), este livro pretende ser um contributo, seguramente modesto, para se estreitarem os laços entre a academia e a comunidade, na presunção de que o conhecimento deve obedecer, também ele, a uma distribuição rigorosamente democrática. O conhecimento não tem que ter um valor de mercado imediato e deve perseguir tarefas alternativas: contribuir para que os cidadãos estejam mais informados, ajudar-nos a refletir sobre a nossa posição e o papel no mundo, compreender melhor o passado, «conquistar» os estudantes para o pensamento crítico e inspirar o entusiasmo pela aquisição de novos conhecimentos (BUSCH, 2017, p. xvi).

No âmbito do ensino, aliás, ao longo das últimas décadas, a reorganização das sociedades e a satisfação das necessidades dos

mercados terão ocasionado importantes alterações (BUSCH, 2017). Os governos passaram a financiar as universidades em obediência a um modelo que depende do número de estudantes e do volume da investigação produzida (MOOSA, 2018, p. 10). A educação foi redefinida como um investimento económico para os estudantes e o ensino superior repensado como uma quase procura do emprego melhor remunerado. O sucesso na vida ou um bom salário, neste sentido, tornaram-se quase inimigos de uma opção pelas artes, pelas humanidades e ciências sociais. Mas a valorização da empregabilidade como objetivo do ensino universitário, ou o foco retórico nas «saídas profissionais», revelam alegadamente uma aspiração social pobre e uma aparente indiferença perante o valor intrínseco da educação (FEIJÓ & TAMEN, 2017). Os *rankings* e as agências de *ranking* passaram a alimentar uma competição entre universidades, a níveis nacional e internacional, nos esforços de atração de alunos e na procura de reputação e prestígio. As universidades reclamam autonomia institucional e liberdade académica, mas, estranhamente, submetem-se à fria aritmética das agências e conferem legitimidade a uma metodologia questionável (BRINK, 2018, pp. 91-92). Aliás, a importância crescente dos *rankings* determinou uma proliferação de incentivos que abrange, também, a publicação de artigos desgraçadamente triviais, repetidos ou plagiados, com resultados eventualmente falsos e uma profusão de citações que privilegiam, muitas vezes, os amigos dos autores (IOANNIDIS, 2005; *NATURE*, 2015; QUEIRÓ, 2017). Ou seja, a desenfreada competição pelo reconhecimento da «excelência» transformou-se numa condição de sobrevivência académica (STENGERS, 2011). Neste contexto, sempre que as pessoas são avaliadas pelo número de artigos que publicam, o incentivo consiste em produzir *mais* artigos, não *melhores* artigos (MULLER, 2018). O *slogan publish-or-perish* transformou-se numa medida quantitativa coerente com um modelo de produção industrial (ORIGGI, 2018). Esta atmosfera competitiva, negativa, que inclui não apenas

as universidades, mas também países, investigadores e revistas científicas onde os artigos são publicados, não disfarça uma notável discrepância entre o enorme volume da investigação e a relevância e significado sociais do material produzido, que assim sucumbem à importância prioritária do almejado estatuto para todos os envolvidos — indivíduos, instituições e sociedades. As universidades competem pela sua classificação nos *rankings* internacionais[4], as revistas competem entre si pelos fatores de impacto, os investigadores competem pelo número de citações e trabalhos publicados nas revistas mais apetecíveis, protagonizando um torneio de soma-zero em que o benefício de alguns significa uma tendência, direta ou indireta, para o prejuízo de outros (ALVESSON, 2013). Nesta competição, em que poucos ganham e muitos perdem, infiltrada pontualmente pelo nepotismo académico, a identidade e autoestima dos investigadores parecem diretamente associadas à capacidade de escrever e publicar. Ou seja, o seu potencial narcisismo alimenta os efeitos da pressão instrumental e dos incentivos materiais. Muitos destes investigadores precisam de encontrar um significado para aquilo que é, em larga medida, uma atividade destituída de significado. E este processo de racionalização, segundo Matts Alvesson, pode ser situado em dois espectros psicológicos. Primeiro, um espectro de narcisismo-individualismo na medida em que os investigadores se orientam pela necessidade de satisfazer os seus egos, escrever artigos para publicação, aceder a bolsas de investigação, ou conseguir uma almejada promoção profissional. Segundo, um espectro da religiosidade-cinismo, que se refere à possibilidade de os investigadores acreditarem que estão a contribuir gloriosamente para o avanço da ciência ou, pelo contrário, acharem que esta nobre

[4] Para Chris Brink, os *rankings* são uma perfeita manifestação da sociedade da pós-verdade, oferecendo uma aparência de certeza e ofuscando as complexidades da verdade, respondendo com um número a uma questão sobre qualidade. Os *rankings* criam uma realidade, não refletem uma realidade (BRINK, 2018, pp. xvii e 254).

ambição é pura e simplesmente ilusória (ALVESSON, 2017, p. 57). No âmbito destes dois espectros, ainda segundo Alvesson, podemos especular sobre a possível existência de sentimentos e esquemas cognitivos, adaptativos, na medida em que ajudam os investigadores a envolverem-se e a justificarem um tipo de atividades despidas de significado, para eles e/ou para outros. Afinal, por que motivo escrevem os investigadores quando, muitas vezes, nada de especial têm para apresentar? Por que motivo continuam a escrever artigos que ninguém vai ler? É apenas o desejo de publicar, o propósito de construir uma carreira? Existe algum motivo inconsciente, uma necessidade de compensação, um trauma na história biográfica? Ou existe antes, para além do mais, uma certa forma de sentir e pensar? Vejamos, guiados pelo pensamento crítico, alguns dos putativos sentimentos ou esquemas cognitivos situados algures entre os citados extremos de religiosidade, narcisismo, cinismo e individualismo, assumindo que alguns dos grupos considerados produzem, apesar de tudo, um conhecimento verdadeiramente útil para a comunidade (ALVESSON, 2017, p. 58).

Existem investigadores dados ao *ritualismo científico*, à crença de que «eu sou um verdadeiro investigador». Há aqui um sentimento quase religioso de honra e pertença à comunidade científica. Não se importam, estas pessoas rígidas e pouco imaginativas, com a irrelevância do que escrevem junto do público ou mesmo perante os seus pares. Interessa-lhes serem tão científicos quanto possível, na medida em que possam ter direito a integrar uma elite, aquela que publica artigos nas revistas científicas com elevado fator de impacto. Em contextos públicos, estes autores têm propensão a declarar que «devemos prestar mais atenção à *verdadeira investigação científica*».

Outro grupo de investigadores, os chamados *incrementalistas*, acreditam fazer parte de um todo bem maior, pensando que aquilo que escrevem está para além da compreensão comum. Assumem que os seus contributos serão reconhecidos, mais cedo ou mais tarde,

e que o seu trabalho pode vir a ter uma enorme importância para outros investigadores, noutras partes do mundo. No espaço público serão inclinados a proferir que «é necessária mais investigação».

Um outro grupo, o dos autores ou investigadores *esotéricos*, por seu lado, está convencido de que aquilo que faz pode ser compreendido apenas por poucos. O esoterismo científico, neste particular, acentua a importância do conhecimento em profundidade, com especialização progressiva e uma linguagem cada vez menos acessível. Deste modo, os investigadores reclamam a inclusão num grupo iluminado pela razão, retirando prazer de um conhecimento obscuro, inacessível e altamente especializado. O desinteresse das pessoas comuns, e dos próprios colegas, pelos seus contributos, é interpretado como sinal da importância que atribuem às suas atividades e preferências. No contexto público é provável que o investigador/autor esotérico proclame que «isso é uma questão muito complexa» ou defenda, por exemplo, que «precisas mesmo de compreender Wittgenstein para entender melhor este assunto». Eventualmente, alinham com os colegas incrementalistas ao acrescentarem que «é necessária mais investigação».

Outro grupo de autores e investigadores revela uma inclinação *discursista*, proferindo que são excelentes porque usam as palavras certas. Especialmente sensíveis ao bom uso da linguagem e ao significado das palavras, privilegiam um vocabulário avançado não raramente impenetrável à compreensão comum, motivo pelo qual têm escassas oportunidades de falar ou intervir num espaço público.

Ainda outros autores/investigadores acreditam estar a fazer algo extremamente importante para eles próprios, num registo *egocêntrico*, posicionados no extremo de um espectro narcisista. Podem sentir-se completamente absorvidos por uma determinada teoria filosófica, ou género literário, que preenche as suas vidas e lhes confere significado. Não se mostram interessados em contribuir para

um particular ramo do conhecimento, antes preferem continuar isolados a pensar que o seu trabalho é importante, observando-se a si próprios como génios solitários cujo trabalho será justamente legitimado e reconhecido, mais cedo ou mais tarde. No espaço público, tal como os esotéricos, podem proclamar que «o meu trabalho é demasiado complexo para ser compreendido pelas pessoas comuns».

O grupo de investigadores *hedonistas*, por sua vez, diverte-se a pensar que o seu trabalho pode não constituir grande avanço para o conhecimento. Não acredita muito na seriedade do trabalho que produz, mas os seus elementos investem na necessidade de se sentirem bem. Nestas condições, em público, podem afirmar que «os vencedores, na hora da morte, são aqueles que mais se divertiram em vida».

De modo diferente, os autores que incorrem numa contínua *autodesvalorização* pensam que os seus trabalhos de investigação, tal como eles próprios, são inúteis. Muitas vezes confrontados com a rejeição de artigos para publicação, com revisões frustrantes e comentários discriminatórios, manifestam-se muitas vezes mediante recurso a proposições morais, declarando em público, por exemplo, que «este é um mundo difícil».

O grupo dos *carreiristas*, por seu lado, pode reconhecer a ausência de significado no seu trabalho, mas faz questão de notar a facilidade e a rapidez com que sobe na escada social. Muitas vezes, estes autores aspiram a ter poder e estatuto, dando prioridade à carreira para disfarçarem a sua ansiedade e insegurança. Abusam de uma lógica instrumental, oportunista, para satisfazer as suas ambições pessoais.

Finalmente, existem ainda outros investigadores propensos a queixarem-se sobre o estado da academia e a pressão para publicar artigos científicos, a protestarem contra as estruturas de poder e os obstáculos institucionais como desculpa para não se envolverem na transformação ativa do sistema. Este «desespero radical» pode empur-

rar os autores para uma postura *cínica* ou mesmo para o abandono puro e completo das responsabilidades académicas.

Mas as motivações dos académicos, entretanto, não podem ter apenas um lado negativo, ilustrado nos sentimentos e crenças acima expostos. O lado positivo destas motivações distribui-se pela sua vontade de ter um controlo técnico na resolução de problemas, em aumentar a capacidade de compreensão e em obter respostas libertadoras. Quando os investigadores acham que têm uma boa ideia, ou trabalham arduamente para a pôr em prática, quando estão dispostos a fazer um esforço para participar num estudo interessante, ou quando investem na construção de textos que criam experiências positivas, tudo isto mora no lado positivo das motivações académicas. A curiosidade intelectual, a mente aberta, a propensão para desafiar as assunções próprias ou do grupo, para correr riscos, para dedicar tempo à interpretação e ao exercício da escrita, para adiar uma promoção até que haja algo de importante para dizer, tudo isto pertence ao lado solar da academia e da vida universitária.

Mas ser um bom académico, atualmente, significa fazer o que for necessário para conseguir a publicação de artigos em revistas com alto fator de impacto, ser um «academic performer» com cedência eventual à «tirania das revistas de luxo» (SCHEKMAN, 2013; ALVESSON *et al.*, 2017). De algum modo, esta evidência desencoraja a cooperação entre colegas e a concretização de objetivos comuns, na medida em que o prémio e a promoção individuais, baseados numa alegada fixação métrica, favorecem o isolamento, a competição negativa, a erosão da confiança e uma certa dose de cinismo profissional (BRINK, 2018, p. 151). Por outras palavras, promovem «reatividade», na medida em que as pessoas alteram o seu comportamento pelo facto de serem observadas e avaliadas. Os processos de avaliação e medição determinam a mais-valia de algumas dimensões em detrimento de outras, fornecendo incentivos para que as pessoas racionalizem os seus esforços em função das dimensões preferidas,

com prejuízo, eventual, daquilo que é mais importante. A sociedade métrica é uma mole de indivíduos em competição uns com os outros, não uma comunidade solidária ou cooperante. Cada um por si, lutando pela posição, pelo reconhecimento, pelo estatuto, pelo capital simbólico, pelo lugar mais vantajoso (MAU, 2019a, p. 169). Na sociedade competitiva, o indivíduo luta pelo reconhecimento e pela vantagem pessoal, pela acumulação de recursos, não pelo trabalho coletivo ou pela justiça social (MAU, 2019b). Afinal, onde estão a objetividade e a justiça da representação numérica? Como aceitar a ética da vigilância ostensiva? Como aferir a adequação dos métodos de medição? Como aceitar a quantificação de qualidades abstratas e intangíveis? Como aceitar o poder social associado à formulação de construções específicas sobre o que significa, realmente, uma «boa *performance*» (REDDEN, 2019)? A alternativa, sem prejuízo de um recurso judicioso às métricas, reconhecendo tanto as suas vantagens como as suas imperfeições, deveria confiar mais nas possibilidades de um julgamento profissional, na capacidade de um grupo de colegas para fazerem a avaliação da produtividade e a relevância científica e social dos artigos ou livros publicados, a partir dos seus conhecimentos e da experiência acumulada, com uma base ética, em diálogo com outros membros da instituição (MULLER, 2018, p. 80).

A investigação académica transformou-se numa cultura de competição negativa baseada numa ampla variedade de métricas, incluindo o número de citações e artigos publicados, em detrimento do ensino e da disseminação de conhecimentos no espaço público, do diálogo com a sociedade civil. Para o historiador norte-americano Jerry Muller, este fascínio pela «fixação métrica»[5] é especialmente atrativo

[5] Jerry Muller descreve alguns dos componentes principais da fixação métrica. Primeiro, a crença de que é possível e desejável substituir o julgamento, adquirido através da experiência pessoal e do talento, por indicadores numéricos de desempenho comparativo a partir de dados padronizados (métricas). Segundo, a crença de que a divulgação pública (transparente) destas métricas assegura que as instituições estão realmente a cumprir os seus objetivos (prestação de contas).

quando existe baixa confiança social. E esta cultura, por sua vez, não escapa à Lei de Campbell: «Sempre que um indicador quantitativo é usado para a tomada de decisões sociais, fica mais sujeito a pressões de corrupção e mais capaz de distorcer e corromper os processos sociais que pretende monitorizar.» Ou ainda, como referiu Marilyn Strathern, «quando uma medida se torna num objetivo, deixa de ser uma boa medida» (COLLINI, 2017, p. 38). Esta forma de pensar, afinal, tem uma natureza unidimensional, impedindo quaisquer movimentos laterais, como se a qualidade e o mérito tivessem de ser representados, obrigatoriamente, através de uma ordem linear. Como se o mérito e a qualidade não tivessem múltiplas dimensões possíveis, como se a qualidade tivesse de ser submetida, obrigatoriamente, a uma cultura de quantificação. Ora, este *linearismo* quantitativo discrimina contra a igualdade e legitima a desigualdade, na presunção errada de que, entre duas coisas, uma tem de ser necessariamente «melhor» ou mais meritória que a outra. Por outras palavras, o perigo da aritmética admite uma fácil confusão entre a precisão do cálculo e a validade da conclusão (BRINK, 2018, pp. 230-232). Mas o contributo do ensino para a sociedade é infinitamente superior quando comparado com o imenso volume de artigos que ninguém lê. Os alegados «contributos para a literatura» científica, repetidos no final de cada artigo, resultam muitas vezes de uma convenção discursiva, ritualista, que ignora a sua irrelevância a curto prazo. Pelo contrário, talvez seja mais adequado dizer que os contributos de um artigo consistem mais numa capacidade de reprodução persuasiva, mais ou menos transitória, de um particular discurso sobre o comportamento humano, normal ou patológico (GENDRON, 2008). É verdade que os autores hiper-

---

Terceiro, a crença segundo a qual a melhor maneira de motivar as pessoas nestas instituições reside na atribuição de incentivos ou punições pelos seus desempenhos (MULLER, 2018, p. 18).

prolíficos podem ser excelentes investigadores e cientistas. E que o seu trabalho não é inadequado ou ilegítimo. Mas a competência científica não deve esconder ou menorizar a importância e os méritos da atividade docente, hoje menos autónoma e cada vez mais controlada. Neste contexto, a investigação científica passou de uma vocação a um mero jogo de publicações, na medida em que escrever e publicar se tornou mais importante do que ler e aprender. Todos os dias é publicado um número astronómico de palavras que são literalmente ignoradas, sopradas por meros interesses individuais, visando garantias de emprego ou promoção profissional, ou metas institucionais, ao serviço de *rankings* e sem outro desígnio superior. «Nunca antes na história da humanidade tantos escreveram tanto com tão pouco para dizer a tão poucos.» (ALVESSON *et al.*, 2017, p. 9). Num estudo recente verificou-se que dezenas de investigadores produziram mais do que o equivalente a um artigo a cada cinco dias durante dois ou mais anos (IOANNIDIS *et al.*, 2018). A investigação, medida através da quantificação de dados e artigos publicados nas revistas «certas», transformou-se num instrumento de valorização e de reputação individual e institucional, coerente com uma mentalidade *paying-off*, com comportamentos que procuram benefícios e recompensas no curto prazo (GENDRON, 2013). De algum modo, todos participamos na construção desta sociedade de avaliação, na medida em que ser olhado e observado se transmudou de ameaça em tentação, e o registo público e acessível dos trabalhos científicos se tornou no melhor antídoto profilático contra a toxicidade da exclusão (BAUMAN *apud* MAU, 2019, p. 143). Os processos de avaliação justificam, hoje, uma subtil forma de coerção através da qual as pessoas são constantemente classificadas e comparadas em função de objetivos, com implantação ou reforço de desigualdades relacionais (REDDEN, 2019; MAU, 2019b). A extensa proliferação de artigos determinou uma fragmentação da comunidade académica em pequenas «tribos» com interesses e preocupações paroquiais,

vedados à curiosidade de outras pequenas «tribos». E os docentes e investigadores, encorajados tanto pelas pressões institucionais como pelas suas ambições pessoais, muitas vezes alimentadas por uma espécie de narcisismo académico, acabam por produzir inúmeros trabalhos sem atenderem ao seu significado ou valor sociais. Escrevem para si próprios, para preservarem os seus postos de trabalho ou progredirem na carreira (MOOSA, 2018, p. 173). Ora, os defensores desta cultura de contagem deveriam aceitar o conselho de Einstein: «Tudo o que pode ser contado não conta necessariamente; tudo o que conta não pode necessariamente ser contado» (BUSCH, 2017, p. 67). Se tudo aquilo que conta pudesse ser contado, deveríamos saber *quanto* amor deve um pai dar a um filho e *quanto* sofrimento deveria ser atribuído a uma perda. Em boa verdade, quanto mais o objeto a ser medido se assemelhar a matéria inanimada, mais serão as possibilidades de ser mensurável. Mas o processo é bem menos fiável quando o objeto de medição se relaciona com a atividade humana, na medida em que as pessoas tendem a reagir ao processo de medição. A comparação através da medição assume, geralmente, a presença de um ponto de partida comum, de uma homogeneidade que ignora a variação potencial nas preferências e nos objetivos, bem como a interferência eventual de fatores exógenos (REDDEN, 2019). Ou seja, enquanto obedecermos a uma cultura de quantificação será difícil uma discussão construtiva sobre a natureza do trabalho intelectual (COLLINI, 2017). E a aparente obsessão pela publicação de artigos em revistas académicas enfraquece os incentivos à publicação de livros e monografias, ignorando o seu contributo potencial para a definição, ou síntese, mesmo que provisória, de uma área do conhecimento. Escrever livros, aliás, encerra outras vantagens potenciais sobre a publicação de artigos, uma vez que não são impostos limites ao número de carateres e se evita o receio de retaliações ou comentários estúpidos arremessados pela eventual incompetência

dos *referees*[6] (MOOSA, 2018, p. 34). A verdade é que a procura de uma métrica perfeita é ilusória porque, desde logo, o número de artigos publicados diz pouco sobre a sua qualidade intrínseca. Ou sobre a sua relevância extrínseca para a comunidade. O papel dos investigadores tende a ser estreitado na medida em que são individualizados, atomizados, centrados na obrigação de publicar, muitas vezes com prejuízo para os alunos, para os colegas e para a sociedade em geral. O resultado pode convergir numa atitude de isolamento ostensivo, com ativação de impressões sociais negativas em relação aos colegas (BERG & SEEBER, 2016). Afinal, a proliferação de pequenas tribos e a vigilância com que estas controlam as suas fronteiras institui uma conformidade inimiga do pensamento crítico e impede um enriquecimento com conceitos e teorias a partir de outros conhecimentos disciplinares. A necessidade de mais um pequeno contributo para a pequena tribo inviabiliza qualquer preocupação séria com o valor e o significado sociais da investigação (ALVESSON *et al.*, 2017).

---

[6] A aceitação ou a rejeição de um bom artigo é, muitas vezes, um processo estocástico. Por vezes, o mesmo artigo submetido ao mesmo jornal é rejeitado por ser mau e, mais tarde, aceite por ser bom. E os *referees* parecem padecer, não raramente, de uma aparente obsessão pela procura minuciosa de falhas nos artigos que escrutinam, como se a deteção de falhas fosse o verdadeiro justificativo para o seu trabalho (MOOSA, 2018). Na pior das hipóteses, ainda de acordo com Moosa (2018), um autor submete um artigo a uma revista científica. Este autor é depois informado que o seu artigo não foi aceite pelo editor. Mas se o mesmo autor tiver sorte, o seu artigo é posteriormente submetido à apreciação dos *referees*. Após um período de vários meses, prolongado e frustrante, o autor pode não receber qualquer resposta, circunstância que o leva a iniciar vários contactos com o assistente editorial. Se o autor tiver sorte, o seu artigo é finalmente encontrado, ficando então a saber que o atraso se deveu ao facto de um dos *referees* nunca ter respondido aos *e-mails* do assistente. Se continuar com sorte, o nosso autor é convidado a rever o artigo e a proceder a nova submissão. Rever o artigo, neste caso, significa que o autor deve ser delicado e simpático com os *referees,* agradecendo-lhes os sábios e avisados comentários críticos. O artigo revisto é de novo enviado aos *referees* para uma segunda revisão e o processo é repetido. Com alguma sorte, o artigo é aceite. Caso contrário, o autor sente-se impelido a tentar uma e outra revista. E o processo volta ao início. Felizmente, esta é uma situação extrema. Mas possível.

Aliás, as avaliações bibliométricas encerram duas motivações subjacentes: uma má, a outra equívoca (QUEIRÓ, 2017). *Motivação má* porque, neste caso, as tarefas de avaliação não consomem tempo nem dão trabalho, sacrificando as vantagens potenciais de uma avaliação da pessoa, dela própria, e não do número de citações ou de artigos por ela publicados; a avaliação de uma pessoa não coincide, não pode coincidir, com a análise de uma base de dados, do mesmo modo que a reputação de um cientista não deve ser avaliada em conversas informais, através dos rumores e da bisbilhotice (KNORR-CETINA, 1999). *Motivação equívoca* em nome de uma suposta avaliação «objetiva», como se fosse possível quantificar méritos e qualidades individuais com uma «mentalidade contadora de feijões» (ALVESSON *et al.*, 2017). As medições objetivas fazem lembrar a velha história do indivíduo alcoolizado que procura as chaves perdidas longe do local onde as perdeu, junto a um candeeiro, apenas porque este é o único local iluminado. Ou seja, os números perseguem a objetividade, mas arriscam perder a qualidade (GÉNOVA *et al.*, 2016). Nos *rankings*, a questão de sabermos se uma universidade é de excelência é respondida através de um número que define a posição da instituição numa lista. Isto faz sentido na medida em que existe uma resposta, mas é ao mesmo tempo falacioso pois é uma resposta a uma fórmula e não a uma questão (BRINK, 2018, p. 108). Por outro lado, quando uma instituição recorre à fixação métrica para avaliar os seus profissionais, sejam médicos ou docentes, torna-se muitas vezes inevitável uma tensão entre aqueles que avaliam e o *ethos* profissional dos avaliados, um *ethos* baseado não apenas no conhecimento especializado, mas também no controlo e autonomia sobre as condições de trabalho, na identificação com o grupo profissional e no sentido de responsabilidade perante os colegas, numa valorização preferencial de reforços intrínsecos e, sobretudo, no compromisso com o superior interesse dos doentes e/ou dos alunos, acima de quaisquer outros interesses. Neste sentido,

não surpreende que os profissionais possam sentir-se incomodados com a imposição de objetivos que conflituam com o seu *ethos* vocacional, e que daqui resultem, eventualmente, consequências negativas sobre a sua motivação para o trabalho clínico ou intelectual (MULLER, 2018, p. 8).

Afinal, por que motivo(s) insistem os académicos em publicar artigos em revistas científicas? As respostas mais comuns, relacionadas, por exemplo, com as virtuosidades da comunicação e da discussão entre pares, são provavelmente implausíveis. A insistência tem mais a ver com o facto de o artigo de investigação se ter transformado na unidade padrão de medição em ciência, garantindo a circulação de conteúdos científicos em sistemas de citação e nas revistas de impacto. Os académicos ficam assim privados de uma salutar autocrítica, transformados em colaboradores passivos de um sistema obediente a uma lógica comercial, à lucrativa indústria da publicação científica. No entusiasmo que é suscitado pela competição, os cientistas e académicos acabam por destruir o que neles é «imortal», ou seja, as suas justas reputações na procura do conhecimento pelo conhecimento (ORIGGI, 2018).

É vital recuperar o significado e a importância da investigação académica; esta pode ser importante apenas para o próprio investigador, motivado pela simples curiosidade, pelo hedonismo, ou pelo desafio com que é confrontado. Mas a investigação pode igualmente ser importante para um grupo específico com o qual o investigador se identifica. O significado da investigação, neste caso, é importante apenas para aqueles que aprenderam uma certa maneira de pensar e de escrever, com escasso impacto noutros grupos ou audiências. Estas duas dimensões da investigação fazem todo o sentido na medida em que é necessário teorizar, discutir e refletir no âmbito estrito e recatado dos interesses e das preocupações académicas. Mas a investigação, finalmente, pode também ser importante para além dos especialistas ou de grupos específicos, para a

sociedade em geral, ao disseminar ideias e conhecimentos úteis para um bem comum, mesmo que os resultados não sejam necessariamente compreensíveis para todos. De acordo com ALVESSON *et al.* (2017), uma mudança positiva deveria prever reformas institucionais e medidas que incluíssem, entre outras, uma estratégia de redução na pressão para publicar, esforços sistemáticos de valorização do ensino e das competências pedagógicas, e uma reconsideração da importância social da investigação. Na tradição de Wilhelm von Humboldt (1767-1835), a universidade deveria não apenas valorizar novos conhecimentos através da investigação, mas também prover uma educação pessoal de alta qualidade aos seus estudantes, promover uma unidade harmoniosa entre investigação e ensino, um igual estatuto para todas as disciplinas e uma liberdade académica visando o progresso da sociedade e da Humanidade (LERU, 2016). Ou seja, deveria ser promovida uma cultura pedagógica ao serviço do desenvolvimento pessoal e moral dos estudantes, uma cultura que estimulasse a reflexão e a imaginação, que oferecesse uma compreensão mais expansiva do outro, uma cultura sensível aos elementos humanos da medicina, e também ao mistério, à incerteza, à humildade, à presença, e à necessidade de envolvimento genuíno (PIEMONTE, 2018). O estudante de medicina, por outras palavras, deveria ser capaz de cultivar também a *phronesis* aristotélica, uma espécie de sabedoria prática que lhe permitisse ver-se a si próprio como um ser moral, como alguém que atua de forma justa em seu benefício e em benefício da Humanidade (KUMAGAI, 2014).

Se todo o conhecimento é gerado como resposta a interesses específicos, na tradição de Habermas, os interesses *instrumentais* geram um conhecimento técnico cujo objetivo consiste na compreensão e no controlo de processos naturais. Esta é a abordagem dominante nas ciências naturais e na medicina, uma «racionalidade técnica» que sacrifica, amiúde, a compreensão de aspetos psicosso-

ciais relevantes. Os interesses *comunicacionais*, por sua vez, geram um conhecimento prático cujo objetivo consiste em promover consensos e orientar ações no âmbito de tradições comuns. É o caso da história ou das ciências sociais. Para as ciências biomédicas, os critérios diagnósticos oficiais, as boas práticas, o paradigma baseado nas «competências» médicas, todos refletem a influência de ambos os interesses nos *curricula* médicos. No entanto, a educação médica não deve esgotar-se nos interesses instrumentais e comunicacionais. Claro que estes são essenciais à educação e à formação de médicos competentes. Mas uma suposta prioridade conferida à profissionalização dos alunos sacrifica a dimensão universal da função educativa do ensino, ou seja, nenhuma profissão pode ser exercida de modo eficiente se as competências técnicas não conviverem com uma formação cultural mais vasta (ORDINE, 2016). A incorporação de valores humanistas na teoria e prática médica é também necessária. Neste sentido, os designados interesses *emancipatórios* tendem a gerar um conhecimento crítico cujo objetivo consiste em associar a aprendizagem aos interesses e necessidades das pessoas, por forma a aliviar-lhes o sofrimento, as experiências de opressão e injustiça. A incerteza e as ambiguidades da prática clínica requerem uma atitude profissional que deve mais ao *que se é* e menos ao *que se faz* (PIEMONTE, 2018). Por outras palavras, a aprendizagem promovida pelos interesses emancipatórios implica o desenvolvimento de um conhecimento tácito, de uma orientação pessoal e profissional em direção ao próprio e ao outro, de uma maneira de ser e de estar que é adquirida através da reflexão, do diálogo e da experiência acumulada (KUMAGAI, 2014).

Sabendo que na universidade existe uma preferência ostensiva pelo conhecimento técnico e científico, deveria ser valorizada uma «ecologia do conhecimento» que autorizasse a integração do conhecimento local, cultural e moral. Uma filosofia que privilegiasse programas interdisciplinares em que o conhecimento de cada dis-

ciplina fosse constantemente desafiado ou confirmado por outros conhecimentos disciplinares (BUSCH, 2017), uma universidade que oferecesse aos seus alunos as possibilidades de acesso a todos os domínios do saber (FEIJÓ & TAMEN, 2017), preocupando-se com a extensão e o aprofundamento das capacidades de compreensão humana, mais do que com qualquer objetivo imediato, pessoal, político ou económico (COLLINI, 2017). Numa palavra, deveria ter lugar uma transição radical de uma investigação ao serviço da necessidade de publicar para uma investigação que tivesse algo de importante para comunicar e partilhar.

HOMO ACADEMICUS

Afinal, ser um académico significa ler e pensar, refletir e conversar com os colegas, escrever ponderadamente, com tempo, mais do que ser vigiado, mais do que fazer o tratamento frenético dos dados da investigação ou ser punido pela ineficiência administrativa da universidade (BERG & SEEBER, 2016). Significa poder reagir ao «presentismo» e à atual aceleração do tempo, um tempo servo da urgência e do imediato (GUERREIRO, 2018). Significa um horizonte de possibilidades, «dentro» e «fora» da universidade. Significa perguntar-se não apenas em que é bom, mas também para que servem os seus méritos, ou seja, não se preocupar unicamente com a excelência, mas também com o sentido social do seu trabalho, com as suas capacidades de resposta aos desafios da sociedade civil (BRINK, 2018, p. xv). Significa uma faculdade de argumentação e um envolvimento com as ideias de outros colegas em textos escritos, conferências, seminários e discussões informais. Significa intervir em debates públicos e combater as ideias provindas do preconceito e da ignorância. Implica uma disponibilidade para a problematização crítica de questões sociais afirmando, por exemplo, a natureza divisiva

e antagónica dos «jogos de culpa» que proclamaram uma espécie de «intolerância à tristeza»[7] e impediram o diálogo transformador, uma assunção de responsabilidades relacionais, coletivas, na sequência dos incêndios que assolaram o país em 2017. Implica tentar expor e compreender as causas da tragédia e não em prender os vilões, procurar aceder à complexidade da verdade sem ter que apontar o dedo, num registo obsessivo, contra os putativos «culpados» (ROSLING, 2018). Significa, depois da tragédia, uma abertura para conversar sobre as emoções que foram então abusivamente prescritas como obrigatórias, no espaço mediático da catástrofe, como se as emoções fossem reações universais e inevitáveis, e não construções, como se as pessoas fossem recetoras passivas da informação sensorial e não construtoras ativas dos seus sentimentos a partir de experiências e «conceitos» inscritos nos seus percursos biográficos. Como se não fossemos, nós próprios, afinal, os arquitetos da nossa experiência e das nossas emoções (BARRETT, 2017). Significa ainda, a propósito desta mesma tragédia, poder discutir os julgamentos morais que então invadiram o espaço público, com a convicção de que estes julgamentos resultam geralmente de intuições morais ostensivas, rápidas e espontâneas, não conscientes, sujeitas à influência social e cultural, e que o raciocínio moral, por sua vez, é um processo consciente que é sempre, ou quase sempre, uma construção *post hoc*, uma elaboração cognitiva que ocorre depois do julgamento. Numa perspetiva intuicionista social, as pessoas constroem muito facilmente justificações para julgamentos que têm uma natureza intuitiva. Estes julgamentos, por sua vez, resultam de «teorias morais» e normas culturais difusas, pelo que as pessoas, deste modo, incorrem numa

[7] Javier Marías escreve sobre esta intolerância aparente, proferindo não ser capaz de imaginar o horror de perder entes queridos numa calamidade natural e reivindicando «a impressão de que as reações furiosas e a procura febril de culpados têm algo a ver com a intolerância atual a estar-se *apenas* triste» (*Quando os Tontos Mandam*. Relógio D'Água, 2018, p. 49).

ilusão de raciocínio objetivo quando apresentam as suas «razões» ou esgrimem os seus argumentos. Para Jonathan Haidt, os argumentos morais resultam de intuições morais que deviam ser melhor estudadas e compreendidas. O raciocínio moral não é a causa, mas sim a consequência do julgamento moral, ou seja, as nossas razões dificilmente mudam os argumentos do nosso oponente no contexto de uma discussão sobre questões morais. A «intuição moral» precede e determina o «raciocínio moral». E acreditar no contrário, para o mesmo autor, que nos lembra que um cão está feliz quando abana a cauda, significa afirmar que o cão, afinal, também fica feliz se formos nós a abanar-lhe o apêndice traseiro (HAIDT, 2001).

Ser um académico significa uma paixão pela sociedade e uma atitude moral perante o sofrimento dos outros, um olhar previdente e crítico para a paranoia instalada, para as funestas relações de desconfiança entre as pessoas, insinuadas ou alimentadas pela tecnologia digital e propagando-se no espaço público, entrando casa adentro em doses tóxicas e corroendo as esperanças de capital social necessárias à construção de uma sociedade decente e saudável (QUARTILHO, 2009). Significa poder contrariar, em modo pedagógico, os antagonismos dominados pelo ódio, medo, paixão, rancor e outros sentimentos que sacrificam a convivialidade e ofuscam uma atitude cívica, uma leitura e uma prática éticas sobre os modos de relacionamento humano (TAVARES, 2017). Significa denunciar o exercício arbitrário do poder nas relações interpessoais, esse fascínio doentio pelo estatuto e pelas hierarquias fúteis, todas as «doenças do poder» e a húbris, em particular, uma doença crónica vizinha do narcisismo patológico que conjuga as marcas da arrogância, da omnisciência, do deslumbramento pessoal, da hiperconfiança e do uso instrumental do outro ao serviço de quem manda (PINA E CUNHA *et al.*, 2017). Significa, ainda, no âmbito do debate público, encarar humildemente a razão como um objeto problemático, imperfeito, exacerbando diferenças, muitas vezes não fazendo mais do que

justificar pensamentos e ações, oferecendo argumentos com o objetivo de convencer o outro a pensar e a agir como nós. Muitas vezes, no espaço público, ou no âmbito das organizações, estão em causa lugares de poder com personagens incompetentes que são incapazes de reconhecer a sua própria incompetência. Não estando inclinados a admitir as suas limitações, ignoram igualmente o velho adágio segundo o qual seria melhor «manterem-se em silêncio e serem olhados como patetas, em vez de abrirem a boca e provarem que o são» (MCINTYRE, 2018, p. 55). O que está em causa, neste designado efeito Dunning-Kruger, ou a possibilidade de sermos tão estúpidos que não reconhecemos a nossa própria estupidez, é o autoengano. Ora, numa perspetiva evolutiva, e não apenas no debate público, mas também no contexto clínico, o autoengano cumpre o objetivo paralelo de enganar o outro, num registo não consciente. Ou seja, se «quisermos» enganar alguém, começamos por nos enganar a nós próprios, com crenças e argumentos persuasivos, consistentes, que são depois expostos no diálogo com o nosso interlocutor (TRIVERS, 2011). As nossas crenças não são peças isoladas, facilmente descartáveis. Estão necessariamente ligadas a outras crenças, aos contextos culturais e às nossas próprias identidades. Deste modo, abdicar de uma crença significa muitas vezes uma ameaça a outras crenças, uma renúncia potencial às comunidades em que vivemos, uma oposição àqueles em quem confiamos e, em última análise, um desafio sério às nossas identidades (SLOMAN & FERNBACH, 2017, p. 160). A razão, neste sentido, tem talvez duas funções principais: produzir mais e mais «razões» para nos justificarmos a nós próprios, mesmo quando estamos enganados, e aduzir argumentos para convencer o nosso interlocutor, que assim pode ser enganado por nós (MERCIER & SPERBER, 2017). E estas duas tarefas da razão lembram-nos que o conhecimento, para todos, deveria começar com uma atitude de humildade epistemológica, uma clara consciência histórica perante a complexidade do mundo e a transitoriedade da vida, uma atitude

que admite sermos mais ignorantes do que julgamos ser e que nos deveria confrontar, portanto, com uma inescapável ilusão de compreensão e de conhecimento, com a nossa capacidade quase ilimitada para ignorarmos a nossa ignorância (BROOKS, 2015; KAHNEMAN, 2017). Os resultados «objetivos» da investigação, por sua vez, não deveriam disfarçar ou obliterar as mundovisões do investigador, as ideias por detrás das suas ideias, as suas crenças filosóficas — éticas epistemológicas e ontológicas (SLIFE *et al.*, 2019). Em síntese, ser docente universitário pede cautela reflexiva e requer um empenhamento despojado ao serviço do outro, um compromisso nobre com a educação de futuras gerações de cidadãos e académicos. Significa equiparar o estatuto da «cultura de investigação» instalada a uma nova «cultura de ensino», na medida em que as tarefas de ensino, para muitos académicos, representam hoje um óbvio empecilho à publicação de artigos (MOOSA, 2018, p. 35). Significa também ser competente em certas técnicas e métodos da investigação científica, ao serviço de fins e objetivos socialmente relevantes. Uma pessoa pode ser um bom académico de diferentes maneiras — pensando sozinho ou colaborando com outros, fazendo trabalho qualitativo ou quantitativo, investigação abstrata ou aplicada, concentrando-se em questões do ensino e pedagógicas, ou envolvendo audiências mais alargadas através de diferentes formas de publicação, incluindo artigos de jornal ou blogues sujeitos ao escrutínio público. Ser um académico significa, afinal, oferecer um contributo, virtuoso e socialmente comprometido, a favor da comunidade e das instituições científicas (ALVESSON *et al.*, 2017).

O mundo não é um filme a preto-e-branco. Mas, como vimos, a razão é uma enigmática casa de preconceitos. Linus Pauling, uma «mente brilhante» que foi duas vezes Prémio Nobel, defendeu a prescrição de vitamina C para o tratamento do cancro. Depois de ter sido diagnosticado com a doença, ingeriu quantidades avultadas de vitamina C. Morreu de cancro. Mas defendeu, até falecer, que

teria sempre uma vida mais curta se não fizesse o tratamento em que acreditou até ao fim dos seus dias. Naturalmente, o modesto autor destas linhas também reivindica um *myside bias* (MERCIER & SPERBER, 2017). No passado, talvez fosse mais fácil atenuar ou corrigir os nossos *bias*, na medida em que éramos «obrigados» a interagir com outras pessoas, partilhando informações na aldeia ou na comunidade. Hoje, imersos no mar caótico de mensagens que nos afogam através dos *media* e da Internet, selecionamos ostensivamente as pessoas da nossa «tribo», as que pensam como nós. Talvez estejamos mais isolados em relação às opiniões contrárias, mais longe do escrutínio público, encastelados em pequenos grupos que gostam de se ler e ouvir em circuito fechado. Vivemos em «silos» informativos, lemos os autores que pensam como nós e «apagamos» as vozes e opiniões dissonantes (MCINTYRE, 2018). Deste modo, a produção de argumentos é muitas vezes um processo tendencioso, enviesado, porque nos limitamos a usar razões que suportam as nossas crenças prévias. E é também um processo preguiçoso, porque não fazemos, geralmente, um escrutínio cuidadoso das razões que apresentamos (MERCIER & SPERBER, 2017). No debate político, por exemplo, os intervenientes constroem «predisposições simbólicas» numa idade precoce e conservam-nas relativamente estáveis ao longo da vida. E o processo através do qual estas predisposições são depois evocadas em diferentes contextos conversacionais, ou seja, o seu «processamento simbólico», tem uma natureza automática e afetiva. As «predisposições simbólicas» condicionam também, pelo menos em parte, as opiniões de muitos de nós, de forma consistente, através do papel mediador do afeto, um papel alegadamente indiferente ao pensamento racional, deliberado, consciente. Mais do que concordar ou discordar, através da razão, é muitas vezes determinante gostar ou não gostar, através do afeto, ou seja, as pessoas tendem a ser influenciadas pela primazia do afeto e a votarem, assim, no candidato preferido, no político de quem mais gostam (SEARS,

2001). Quando falamos de sabedoria e de conhecimento, o afeto não é apenas necessário. O afeto está irrevogavelmente infiltrado na textura de qualquer decisão humana, convidando-nos a assumir que a sabedoria não vem apenas da experiência e do contexto, dos ensinamentos acumulados e da prática, do conhecimento tácito e da relação com os outros, da razão, mas também do afeto, ajudando-nos a fazer o que deve ser feito quando o conhecimento «perfeito» não está disponível (BARRETT, 2017). Mais do que um cálculo cognitivo, em que a informação disponível é cuidadosamente ponderada, a primazia do afeto sugere que a avaliação de um qualquer tema ou questão social é, muitas vezes, um processo emocional e automático. Nomeadamente no contexto do debate político, podemos sempre apresentar razões para as nossas avaliações, mas os nossos argumentos não são necessariamente as verdadeiras causas das avaliações que fazemos. O processo avaliativo, no qual a informação se justapõe ao conhecimento prévio do indivíduo sobre uma determinada questão social, parece vir depois do processo afetivo, com o qual a pessoa formou os seus *likes* e *dislikes* sobre o mesmo tema ou temas afins, ao longo do tempo (CASSINO & LODGE, 2008).

Ordinary Virtues

As pessoas mais inteligentes, ou mais informadas, não têm necessariamente os melhores argumentos. Saber muito não significa saber melhor. Os que sabem mais são muitas vezes menos fiáveis, na medida em que desenvolvem uma ilusão acrescida sobre as suas capacidades e um irrealista excesso de confiança (KAHNEMAN, 2017, p. 289). Um especialista não vem equipado com revestimento ético ou substância moral. Podemos admitir, no mundo rico e complexo das relações sociais, que algumas pessoas sonham com as chamadas *virtudes de currículo*, o desejo de vitórias, as miragens de sucesso, a necessidade de conquistar ou manter a admiração alheia, a ambi-

ção e a vaidade de um estatuto social elevado, a pompa e as suas circunstâncias. Outras, muitas vezes humildes anónimos, discretos, aqueles a quem podemos reconhecer as designadas *virtudes de elogio fúnebre*, da contenção e da reticência, da nobreza de caráter, do respeito pelos outros, assumem discretamente o sacrifício em prol dos seus concidadãos, a compaixão e a solidariedade, exibem uma lógica moral que vive longe dos cálculos frios do poder e da economia (BROOKS, 2015). Estas são também as *ordinary virtues* das pessoas comuns num tempo de globalização moral, numa nova era em que a luta global pela igualdade se associa a um clamor pelo reconhecimento da voz, de uma voz igual para todos. Estas virtudes comuns não escondem, entretanto, em diferentes contextos culturais, uma dissonância aparente entre um compromisso normativo baseado nos direitos humanos e a realidade social objetiva. Os mais pobres dos pobres nunca ouviram falar de ética global ou de direitos humanos. E não lucram nada quando se sujeitam à tirania dos especialistas, ou seja, sempre que a resolução dos seus problemas é submetida à ilusão tecnocrática (EASTERLY, 2013). Para as comunidades mais desfavorecidas é fácil encontrarmos artigos sobre direitos humanos associados à repressão de direitos civis ou políticos. Mas, para estas comunidades, os direitos sociais e económicos têm uma importância vital e obrigam a uma luta constante pelo emprego, pela água e pelos alimentos, pelo acesso aos cuidados básicos de saúde (MUKHERJEE, 2018). Para Eleanor Roosevelt, os direitos humanos começam nos pequenos lugares, junto às casas, no mundo local que a pessoa habita, no bairro, na escola, na fábrica, no escritório, em todos os lugares onde todas as pessoas procuram igualdade na justiça, na dignidade e nas oportunidades, sem discriminação (IGNATIEFF, 2017, p. 197). Deste modo, os direitos humanos fazem uma aproximação às virtudes comuns. Para Michael Ignatieff, a confiança, a tolerância, o perdão, a reconciliação e a resiliência são as práticas de um «sistema moral operativo» que permite a vida em comum, que

autoriza as pessoas, localmente, em diferentes contextos geográficos, a poderem justificar as suas decisões junto da família, dos amigos e dos vizinhos. Praticar as virtudes comuns em contextos locais, o melhor que for possível, passa por ser o verdadeiro desígnio da vida humana, na presunção de que a primazia pertence ao local e ao contingente, ao aqui e agora. Estes são os *mundos morais locais*, os pais e os irmãos, os filhos e os amigos, a escola e a casa, são os mundos permeáveis às influências económicas e à infrapolítica das relações interpessoais, mundos morais porque encerram os aspetos mais importantes para as vidas dos seus membros: o poder, o prestígio, o emprego, os recursos materiais, os laços familiares, a saúde, os pequenos e grandes sonhos, a política e a religião, o estatuto social, entre outros. O que une as pessoas, nestes mundos morais locais, são as virtudes comuns, a linguagem, as preferências estéticas, a orientação religiosa e a retórica das emoções, com origem em tradições culturais que são depois reformuladas localmente, de modos diversos (KLEINMAN, 1992).

As virtudes comuns não obedecem a princípios universais e são geralmente alheias à retórica oficial dos direitos humanos. Privilegiam a família e os amigos, encaram a vida com esperança, mostram resiliência perante a adversidade e acreditam que a ética é aquilo que cada um de nós faz e o modo como vive. São partilhadas por todos nós, pessoas comuns, apesar de todas as diferenças que também nos caracterizam. São comuns porque se relacionam com as rotinas básicas das nossas vidas, porque temos de tomar decisões sobre a confiança que nos merecem os governos, a tolerância que devemos manter perante a diferença, o perdão que devemos conceder, ou não, àqueles que nos enganaram, ou ainda o modo como devemos reconstruir as nossas vidas quando o infortúnio nos bate à porta. Somos seres morais porque não temos escolha. Não temos que ser heróis, mas queremos ser bons pais, filhos, vizinhos, amigos e colegas. O bem-estar de cada um começa no lugar,

na comunidade, na sociedade em que se nasce, cresce, trabalha, vive e envelhece. As instituições, as sociedades em que vivemos, podem ajudar à promoção das virtudes comuns, alimentando a necessidade de nos comportarmos de forma decente, virtuosa, uns com os outros. Mas não existem sociedades que se tenham livrado completamente das armadilhas da corrupção e da injustiça, do maltrato e das desigualdades relacionais. Ora, se é assim, faz sentido persistirmos numa luta constante para vivermos de acordo com as referidas virtudes, na incessante procura do bem comum (IGNATIEFF, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvesson, M. (2013). *The Triumph of Emptiness. Consumption, Higher Education & Work Organization*. Oxford: Oxford University Press

Alvesson, M., Gabriel, Y., Paulsen, R. (2017). *Return to Meaning. A Social Science with Something to Say*. Oxford: Oxford University Press

Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made. The secret life of the Brain*. Nova Iorque: Houghton Mifflin Harcourt

Becker, A., Kleinman, A. (2014). The history of cultural psychiatry in the last half-century. In S. Bloch, S. Gree & J. Holmes, J. (eds.), *Psychiatry. Past, Present, and Prospect* (74-95). Oxford: Oxford University Press

Berg, M., Seeber, B. (2016). *The Slow Professor. Challenging the Culture of Speed in the Academy*. Toronto: University of Toronto Press

Bibeau, G. (1997). Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a new Research Agenda. *Transcultural Psychiatry,* 34 (1), 9-41

Brink, C. (2018). *The Soul of a University. Why Excellence is Not Enough*. Bristol: Bristol University Press

Brooks, D (2015). *The Road to Character*. Londres: Penguin Books

Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge: Harvard University Press

Busch, L. (2017). *Knowledge for Sale. The Neoliberal Takeover of Higher Education*. Massachusetts: MIT Press

Cacioppo, J. *et al.* (eds.) (2002). *Foundations in Social Neuroscience*. Massachusetts: MIT Press

Callard, F., Fitzgerald, D. (2015). *Rethinking Interdisciplinarity across the Social Sciences and Neurosciences*. Nova Iorque: Palgrave Macmillan

Carey, N. (2012). *The Epigenetics Revolution: How Modern Biology is Rewriting our Understanding of Genetics, Disease, and Inheritance*. Londres: Icon

Cassino, D., Lodge, M. (2007). The Primacy of Affect in Political Evaluations. In G. Marcus, W. Neuman, M. Mackuen & A. Crigler (eds.). *The Affect Effect. Dynamics of Emotion in Political Thinking and Behavior* (101-123). Chicago: University of Chicago Press

Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*. 286 (15), 1897-1902

Cole, T., Carlin, N. & Carson, R. (2015). *Medical Humanities. An Introduction*. Nova Iorque: Cambridge University Press

Collini, S. (2017). *Speaking of Universities*. Londres: Verso

Easterly, W. (2013). *The tyranny of experts. Economists, dictators, and the Forgotten rights of the poor*. Nova Iorque: Basic Books

Farmer, P. (2015). *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and The New War on the Poor.* Berkeley: Univesity of California Press

Feijó, A. & Tamen, M. (2017). *A Universidade como Deve Ser*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Gendron, Y. (2008). Constituting the academic performer: The spectre of superficiality and stagnation in academia. *European Accounting Review*, 17, (1), 97--127

Gendron, Y. (2013). Accounting academia and the threat of the paying-off mentality. Critical Perspectives on Accounting, http://dx.doi.org/101016/j.cpa.2013.06.004

Génova, G., *et al*. (2016). The Scientometric Bubble Considered Harmful. *Science and Engineering Ethics*, 22, 27-235

Guerreiro, A. (2018). A ditadura do presente, a força do passado. *Público*, 24 de agosto

Haidt, J. (2001). The emotional dog and Its Rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgement. *Psychological Review,* 108 (4), 814-834

Hamkins, S. (2014). *The Art of Narrative Psychiatry*. Nova Iorque: Oxford University Press

Hertzman, C. & Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health,* 31, 329-347

Ignatieff, M. (2017). *The ordinary virtues. Moral order in a Divided World*. Massachusetts: Harvard University Press

Ioannidis, J. (2005). Why most published research findings are false. *PLOS Medicine,* 2 (8), 124

Ioannidis, J., Klavans, R., Boyack, K. (2018). Thousands of scientists publish a paper every five days. *Nature,* 561, 167-169

Kahneman, D. (2017). *Pensar Depressa e Devagar*. Lisboa: Círculo de Leitores

Kirmayer, L. (2015). Re-Visioning Psychiatry: Toward an Ecology of Mind in Health and Illness. In L. Kirmayer, R. Lemelson & C. Cummings (eds.), *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*. Nova Iorque: Cambridge University Press

Kirmayer, L. & Swartz, L. (2014). Culture and Global Mental Health. In V. Patel, H. Minas, A. Cohen, M. Prince (eds.), *Global Mental Health. Principles and Practice* (41-62). Oxford: Oxford University Press

Kleinman, A. (1992). Pain and resistance: The delegitimation and relegitimation of local worlds. In D., P. Brodwin, B. Good & A. Kleinman (eds.), *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (169-197). Berkeley: University of California Press

Knorr-Cetina, K. (1999). A comunicação na Ciência. In F. Gil (coord.), *A Ciência Tal Qual se Faz* (375-393). Lisboa: Edições João Sá da Costa

Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: Theory and Context*. Oxford: Oxford University Press

Kumagai, A. (2014). From Competencies to Human Interests: Ways of Knowing and Understanding in Medical Education. *Academic Medicine,* 89, 978-983

League of European Research Universities (LERU) (2016). *Interdisciplinarity and the 21st century research-intensive university*

Lewis, B. (2011). Narrative and psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry,* 24, 489--494

Lobo Antunes, J. (2015). *Ouvir com Outros Olhos*. Lisboa: Gradiva

Lock, M. & Palsson, G. (2016). *Can Science Resolve the Nature/Nurture Debate?* Cambridge: UK. Polity Press

Mau, S. (2019a). *The Metric Society. On the Quantification of the Social*. Cambridge: UK. Polity Press

Mau, S. (2019b). Numbers Matter! The Society of Indicators, Scores and Ratings. *International Studies in Sociology of Education*. Doi.org/10.1080/09620214.2019.1668287

Mcintyre, L. (2018). *Post-Truth*. Massachusetts: MIT Press

Meloni, M. (2014). How biology became social, and what it means for social theory. *The Sociological Review,* 62 (3), 593-614

Meloni, M., Cromby, J., Fitzgerald, D. & Lloyd, S. (2018). Introducing the new biosocial landscape. In M. Meloni, J. Cromby, D. Fitzgerald & S. Lloyd (eds.), *The Palgrave Handbook of Biology and Society* (1-22). Londres/Nova Iorque: Palgrave

Mercier, H. & Sperber, D. (2017). *The Enigma of Reason. A New Theory of Human Understanding*. Londres: Penguin Books

Moosa, I. (2018). *Publish or Perish. Perceived Benefits versus Unintended Consequences*. Cheltenham: Edward Elgar

Mukherjee, J. (2018). *An Introduction to Global Health Delivery*. Nova Iorque: Oxford University Press

Muller, J. Z. (2018). *The Tyranny of Metrics*. Nova Jérsia: Princeton University Press

Nature Editorial (2015). Publish or perish. *Nature*, 521,159

Ordine, N. (2016). *A Utilidade do Inútil. Manifesto*. Matosinhos: Kalandraka

Origgi, G. (2018). *Reputation. What It Is and Why It Matters*. Nova Jérsia: Princeton University Press.

Piemonte, N. (2018). *Afflicted. How Vulnerability Can Heal Medical Education and Practice*. Massachusetts: MIT Press

Pina e Cunha, M., Rego, A. & Guinote, A. (2017). *Poder — Veneno e Remédio*. Lisboa: Lidel

Quartilho, M. (2009). Paranoia. *Rua Larga,* 25, 55-59

Quartilho, M. J. (2015). Do Biológico ao Social, em Tempos de Adversidade. In M. J. Quartilho (coord.), *Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural* (17-37). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Queiró, J. F. (2017). *O Ensino Superior em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Redden, G. (2019). *Questioning Performance Measurement. Metrics, Organizations and Power*. Londres: SAGE Publications

Rose, N. (2003). Neurochemical Selves. *Society*. 41 (1), 46-59

Rosling, H., Rosling, O. & Ronnlund, A. R. (2018). *Factfulness. Ten Reasons We're Wrong About the World — And Why Things Are Better Than You Think*. Londres: Sceptre

Schekman, R. (2013). How journals like Nature, Cell and Science are damaging science. *The Guardian*. Acedido a 15 de novembro de 2019, em https://www.theguardian.com/commentisfree/2013/dec/09/how-journals-nature-science-cell-damage-science

Sears, D. (2001). The Role of Affect in Symbolic Politics. In J. Kuklinski (ed.), *Citizens and Politics. Perspectives From Political Psychology* (14-40). Nova Iorque: Cambridge University Press

Shields, A. (2017). Epigenetic signals of how social disadvantage «gets under the skin»: a challenge to the public health community. *Epigenomics,* 9 (3), 223-229

Sloman, S. & Fernbach, P. (2017). *The Knowledge Illusion. Why We Never Think Alone*. Nova Iorque: Macmillan

Stengers, I. (2013). *Une autre science est Possible!* Paris: Éditions La Découverte

Stuckler, D., Basu, S. (2013). *The body economic: Why austerity Kills*. Londres: Allen Lane

Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M. & Mckee, M. (2018). Austerity and Health: The Impact of Crisis in the UK and the Rest of Europe. In M. Castells *et al.* (eds.), *Europe's Crisis* (127-147). Cambridge: Polity Press

Tavares, R. (2017). Será o nosso ódio impossível de satisfazer? *Público*, 15 de dezembro

Trivers, R. (2011). *The folly of fools. The logic Of deceit and self-deception In human life*. Nova Iorque: Basic Books

Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice*. Cambridge: Polity Press

2. Epidemiologia dos comportamentos suicidários — dos números às dimensões sociais e culturais[1]

Epidemiology of suicidal behaviours — from data to social and cultural dimensions

Francisco Alte da Veiga

ORCID – 0000-0003-3888-1379

RESUMO:

Abordamos os principais aspetos epidemiológicos dos comportamentos suicidários, tanto no que se refere ao suicídio consumado como aos comportamentos não letais, procurando integrar, interpretar e compreender os dados quantitativos em múltiplas vertentes sociais e culturais.

PALAVRAS-CHAVE: epidemiologia; comportamentos suicidários; sociologia; cultura

[1] Este texto baseia-se no capítulo «Epidemiologia» do mesmo autor, inserido no livro *Suicídio e Comportamentos Autolesivos — Dos conceitos à prática clínica*. Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Lisboa: Lidel, 2014.

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_2

ABSTRACT:

We address the main epidemiological aspects of suicidal behaviours, concerning both completed suicide and non-lethal behaviours, seeking to integrate, interpret and understand quantitative data under multiple social and cultural perspectives.

KEYWORDS: epidemiology; suicidal behaviours; sociology; culture

1. INTRODUÇÃO

Em qualquer estudo epidemiológico, a unidade de análise é uma população (cidade, região, país). Podemos ter estudos baseados em dados oficiais (INE, OMS) ou em dados não oficiais (áreas de captação). No presente capítulo iremos preservar esta distinção já que os primeiros nos remetem essencialmente para a *epidemiologia do suicídio consumado*, enquanto os segundos constituem geralmente a única forma de aceder à *epidemiologia dos comportamentos suicidários não letais*.

2. ESTUDOS BASEADOS EM DADOS OFICIAIS — A EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO CONSUMADO

A abordagem deste tópico impõe uma referência histórica ao trabalho de Durkheim. *Le Suicide: Étude de Sociologie* (DURKHEIM, 1897) constituirá, porventura, ainda hoje, o exemplo mais completo de um trabalho de interpretação sociológica elaborado a partir de estatísticas de suicídio consumado. O recurso sistematizado à taxa de mortalidade como elemento nuclear do estudo, em conjugação

com o conceito de «dimensão coletiva e social do suicídio», assume plena expressão no *Livro Segundo* intitulado «Causas Sociais e Tipos Sociais», no qual se identificam claramente três subtipos metodológicos: 1 — desagregação geográfica de taxas; 2 — desagregação de taxas por subgrupos (grupo etário, estado civil, religião); 3 — correlação da taxa de suicídio com outras variáveis («alienação», alcoolismo, indicadores económicos). Seguiremos esta tipologia na exposição que se segue.

2.1. Desagregação geográfica de taxas de suicídio

No panorama europeu, tanto numa perspetiva transversal como longitudinal, desde que existem registos sistematizados de óbitos por suicídio, Portugal apresenta taxas comparativamente baixas, à semelhança dos restantes países mediterrâneos. Considerando a média do período compreendido entre 1995 e 2015 (o registo mais recente para a maioria dos países nas estatísticas da OMS), Portugal, Espanha, Itália e Grécia exibem taxas anuais globais inferiores a 10 por 100 mil habitantes. Os países do centro e norte da Europa revelam taxas intermédias (10 a 30 por cada 100 mil), enquanto as taxas mais elevadas (superiores a 30 por cada 100 mil) são encontradas nas antigas repúblicas soviéticas.

Taxa > 30 — Lituânia, Rússia, Ucrânia, Bielorrússia, Estónia, Letónia
Taxa 20-30 — Finlândia, Bélgica, Suíça, Áustria, Croácia, Eslovénia, Hungria
Taxa 10-20 — Suécia, França, Dinamarca, Alemanha, República Checa, Polónia, Luxemburgo, Eslováquia, Irlanda, Noruega, Islândia
Taxa < 10 — Portugal, Espanha, Itália, Grécia, Albânia, Reino Unido, Holanda

Fonte: OMS

Na diferenciação por sexo constata-se uma relação relativamente estável no tempo e geograficamente homogénea, de aproximadamente três homens para uma mulher.

Referindo-nos especificamente à taxa anual global em Portugal (*Anuários Estatísticos* do INE), e após um período de relativa estabilidade oscilando entre 8 e 10 por 100 mil, assistimos ao longo da década de noventa do século passado a um decréscimo gradual até se atingirem valores que rondam os 5 por 100 mil (ou seja, cerca de quinhentos suicídios por ano). Em 2001 e 2002, as estatísticas oficiais reportam números consideravelmente superiores (761 e 1212 suicídios, respetivamente), tendo as taxas estabilizado desde então entre os 9 e 11 por 100 mil.

Esta duplicação de taxas de suicídio num tão curto espaço de tempo (dois anos) é um fenómeno claramente invulgar, tendo justificado alguma cautela inicial da nossa parte na interpretação destes números. No entanto, a estabilização posterior dos mesmos ao longo de mais de uma década suscita obrigatoriamente um conjunto de reflexões. Uma primeira hipótese aventada valorizou particularmente os avanços no rigor do registo de óbitos, o que terá levado a uma diminuição da subdeclaração do suicídio. Contudo, e não pondo em causa a relevância deste fator, constatamos que os métodos maioritariamente utilizados são pouco suscetíveis de registo dúbio (enforcamento, arma de fogo, precipitação), sendo, por outro lado, pouco frequentes os novos registos de suicídio por métodos como «intoxicação com narcóticos e psicodislépticos» ou «colisão/despiste de veículo», passíveis de levantar a dúvida «suicídio *vs.* acidente». Se tivermos ainda em consideração que o aumento das taxas de suicídio incidiu de forma mais evidente nos grupos etários entre os 35 e os 55 anos (abordaremos esta forma de desagregação de taxas na secção seguinte), e mesmo não sendo possível contabilizar com exatidão relações de causa-efeito, não poderemos por certo ignorar o impacto de toda a nova realidade social e económica que o país vive.

Independentemente deste recente aumento das taxas de suicídio em Portugal, estamos perante um fenómeno que, pela suas características e envolvências (culturais e religiosas, principalmente), sempre teve e terá associado algum grau de subdeclaração. Bastará pensar nos cerca de 10% de óbitos que são registados no nosso país como «mortes de causa indeterminada».

Numa análise geográfica intrafronteiras, mantém-se o contraste norte/sul identificado desde que, em Portugal, existem estatísticas oficiais de mortalidade por suicídio (início do século XX). Este «dualismo do desespero», na terminologia de um trabalho notável de Eduardo de Freitas (FREITAS, 1982), poderia materializar-se traçando um paralelo passando pela região de Tomar, a norte da qual continuamos a encontrar taxas anuais globais comparativamente baixas à escala mundial (inferiores a 4 por 100 mil), em contraste com os valores registados a sul, em particular no Alentejo, onde taxas superiores a 25 por 100 mil são sobreponíveis às mais elevadas do mundo. Exposto de uma outra forma, 75% dos suicídios ocorrem a sul do paralelo acima mencionado. O recente aumento das taxas, referido no parágrafo anterior, atinge de igual forma o norte e o sul do país.

Na diferenciação por sexo, também em Portugal se verifica uma relação aproximada de três homens para uma mulher, estável no tempo e válida para a maioria das regiões do território, à exceção das ilhas onde atinge valores de cinco para uma.

2.2. Desagregação de taxas de suicídio por grupos etários

Os padrões etários de suicídio foram objeto de estudo por diversos autores (GIRARD, 1993; VEIGA & SARAIVA, 2003). Na Europa identificam-se quatro padrões básicos: *ascendente*, caracterizado por taxas específicas de suicídio que aumentam progressivamente dos

grupos etários mais jovens para os mais idosos; *descendente*, em que as taxas específicas mais elevadas são encontradas precisamente nos grupos etários mais jovens; *convexo*, em que o pico se verifica nos escalões etários intermédios (40-50 anos); e *uniforme*, em que não se apura variação sensível das taxas específicas ao longo do ciclo de vida.

Embora a seguinte distribuição geográfica seja mais evidente no sexo masculino, podemos dizer que o padrão ascendente é encontrado na generalidade dos países do sul e centro da Europa, o padrão descendente nos países insulares (Reino Unido, Irlanda e Islândia) e Albânia (único país europeu de maioria muçulmana), o padrão convexo é típico dos países do leste europeu e o padrão uniforme é encontrado nalguns países nórdicos.

Enquadrando-se Portugal num padrão tipicamente ascendente, importa salientar o facto de apresentar o padrão etário de suicídio mais idoso de toda a Europa, com uma idade mediana por esta causa de morte rondando os 64 anos, o que significa que 50% dos suicídios ocorrem após esta idade (dados relativos ao período 1995-2005). Na diferenciação por sexo não encontramos diferenças apreciáveis em relação a esta mesma janela temporal, mas longitudinalmente contrasta uma relativa estabilidade no sexo masculino com um «envelhecimento» do suicídio no sexo feminino, para o qual a idade mediana de morte se aproximava dos 55 anos no início da década de oitenta do século XX; a evolução deste parâmetro ao longo das duas décadas ocorreu à custa de uma redução mais acentuada das taxas específicas nas mulheres jovens em comparação com as mais idosas.

Numa análise intrafronteiras, verificamos que no sul de Portugal o padrão etário de suicídio se torna ainda mais idoso, sendo a idade mediana de morte superior a 70 anos em algumas zonas do Alentejo. Curiosamente, e contrastando com o padrão ascendente encontrado em todo o território continental, tanto na Madeira como nos Açores

identificamos um padrão descendente; conjugando este achado com o referido a propósito dos países insulares europeus, somos de opinião tratar-se de um fenómeno a justificar investigação futura.

2.3. Correlação da taxa de suicídio com outras variáveis

Desde Durkheim, múltiplos autores levaram a cabo estudos utilizando esta metodologia. Em relação à realidade portuguesa, esta investigação é escassa, pelo que optámos por desenvolver este tópico usando como exemplo um estudo incidindo sobre diversos aspetos da associação entre suicídio e fragmentação social em Portugal (VEIGA, 2003).

Foram consideradas todas as trinta regiões de Portugal ao nível de desagregação geográfica NUTS III.[2] Para cada região foram registadas as taxas de suicídio mais recentes (média do período de 1995 a 1999, dados do INE) e um conjunto de vinte e cinco indicadores constantes dos *Censos* de 2001 relativos a demografia, emprego, rendimento, condições gerais de vida e religião. Recorrendo a análises de correlação simples entre a taxa de suicídio e cada um destes indicadores, obtiveram-se os resultados e conclusões gerais que passamos a apresentar.

Nas regiões rurais emerge como variável altamente correlacionada com a taxa de suicídio o isolamento geográfico (medido através da percentagem da população que vive em aglomerados com menos de dez habitações). Nas regiões urbanas destacam-se, como altamente correlacionados com a taxa de suicídio, os indicadores que compõem o designado Índice de Congdon (percentagem de adultos não idosos

[2] No ano de 2015 entrou em vigor uma nova divisão regional de Portugal (NUTS 2013), sendo que a NUTS III passou a ser composta por vinte e cinco regiões ao invés das trinta anteriores (NUTS 2002). [*NR*]

que vivem sozinhos, percentagem de adultos não casados e migração interconcelhia). As regiões urbanas partilham com as rurais a alta correlação que envolve a dimensão do agregado familiar, a taxa de divórcio, o desemprego, o analfabetismo e a religiosidade (esta de forma inversa).

Não evidenciaram correlação geográfica significativa com a taxa de suicídio: os indicadores de desertificação demográfica (aqui temos um contraste Litoral/Interior e não Norte/Sul) e os indicadores de privação social/pobreza de longa duração, os quais estão normalmente mais correlacionados com os comportamentos suicidários não letais do que com o suicídio consumado (CONGDON, 1996).

2.4. Considerações adicionais e reflexões

Procurando integrar e resumir toda esta informação quantitativa numa perspetiva social e cultural, o fenómeno justificativo de uma reflexão mais aprofundada consistirá, sem dúvida, na dicotomia Norte/Sul das taxas de suicídio em Portugal. Ao que conhecemos, trata-se de um contraste intrafronteiras de magnitude claramente invulgar à escala mundial, e provavelmente único na Europa, implicando tanto as regiões urbanas como as rurais.

Referimos, na secção anterior, a associação entre todo um conjunto de indicadores de fragmentação social e as taxas de suicídio, no sentido de também aqueles apresentarem a mesma distribuição dicotómica pontuando sistematicamente mais no sul do país. O isolamento geográfico nas regiões rurais e os indicadores compondo o Índice de Congdon nas áreas urbanas, constituirão, porventura, uma das formas mais diretas de traduzir numericamente o fator de risco de *natureza social* reconhecido como mais importante para a ocorrência de suicídio consumado: a solidão. Nas regiões rurais, a desertificação demográfica em si não parece assumir um papel

importante. Como vimos, esta segue uma dicotomia Litoral/Interior, registando o interior trasmontano e beirão, ao longo das duas últimas décadas, as mesmas perdas populacionais verificadas no Alentejo. Contudo, enquanto a norte do Tejo as regiões raianas têm uma tradição gregária que permite manter a coesão social acima de níveis críticos, o mesmo fenómeno migratório acaba por ter um impacto dramático nas populações alentejanas muito mais dispersas (sendo a dispersão medida através da percentagem da população vivendo em aglomerados com menos de dez habitações, como vimos). Além disto, o padrão etário de suicídio (ainda) mais idoso em algumas zonas do Alentejo é claramente indicativo da vulnerabilidade que a idade acresce aos efeitos da fragmentação social.

Outros indicadores mencionados, como o desemprego, o analfabetismo e a religiosidade (esta em correlação inversa, apresentando o Norte índices claramente superiores ao Sul), poderão ser entendidos como fatores mediadores de fragmentação social. Se o emprego e a alfabetização têm uma função óbvia na integração social do indivíduo, já a religiosidade merece algumas considerações adicionais. O papel frenador da religião em relação ao suicídio foi reconhecido e estudado por diversos autores desde Durkheim (1897), em diferentes credos, culturas e contextos. Estando também em causa mecanismos que atuam à escala individual (principalmente os relacionados com a condenação do suicídio pela quase totalidade dos credos), interessa-nos aqui considerar o papel da religiosidade como fator promotor de coesão social, facilmente exemplificado pela prática ritual conjunta, o envolvimento comunitário em atividades diversas e as festas religiosas. Ao compararmos o Alentejo com a contígua Andaluzia, verificamos que esta região apresenta as taxas de suicídio mais baixas de toda a Espanha, enquanto apresenta os maiores índices de religiosidade do país vizinho; significa isto que estamos perante uma total inversão geográfica em termos de contraste Norte/Sul no que toca a estas duas variáveis, quando comparamos Portugal e

Espanha. A história proporciona-nos reflexões interessantes. Temos a fronteira entre dois países mais antiga da Europa (século XIII), o que terá certamente contribuído para o desenvolvimento e consolidação de identidades nacionais e culturais bem definidas e distintas. Por outro lado, a Andaluzia foi fortemente cristianizada nos séculos XV e XVI, no contexto do esforço de conquista do território ao Império Muçulmano. Esta pressão e necessidade nunca havia sido sentida em Portugal de forma tão marcada e, assim, a prática, influência e tradições da Igreja Católica Romana permaneceram sempre muito mais implantadas e visíveis no Norte do que no Sul do nosso país.

Para além de todas estas considerações desenvolvidas a propósito da dualidade Norte/Sul do suicídio no nosso país, algumas palavras se justificam no que toca à ausência de correlação geográfica entre taxas de suicídio e indicadores de privação social/pobreza de longa duração, replicando resultados de estudos efetuados por diversos autores em outros países (o mesmo não ocorrerá em relação à privação e pobreza de início recente, como a decorrente da crise económica global do início do milénio, a qual é consensualmente reconhecida como um fator de risco de suicídio importante).

Não sendo obviamente possível, com base neste tipo de estudos, generalizar ou extrapolar relações e mecanismos de causalidade para universos mais alargados, nomeadamente à escala mundial, algumas reflexões comparativas poderão ser extraídas de dois bem conhecidos conjuntos de dados estatísticos da OMS:

> 1 — Os países «menos desenvolvidos» para os quais existem dados de mortalidade minimamente credíveis (América Latina, Índia, países islâmicos do Médio Oriente e alguns países do Extremo Oriente e da África subsariana) apresentam na sua globalidade taxas de suicídio substancialmente inferiores às registadas

na Europa (incluindo a Rússia), Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

2 — Em muitos dos primeiros, em particular aqueles onde ainda subsistem sociedades ditas «tradicionais» em proporções relevantes, predomina o padrão etário descendente, ou seja, caracterizado por taxas específicas mais elevadas nos grupos etários mais jovens, em contraste com o padrão ascendente ou convexo encontrado na generalidade dos países industrializados (Ocidente, Europa de Leste e Oceânia).

Em relação ao primeiro conjunto de dados, facilmente descobrimos múltiplos exemplos de comunidades em situação de carência económica, mas com elevado nível de coesão e integração social, apresentando taxas de suicídio invariavelmente reduzidas. Basta pensarmos nas favelas das grandes metrópoles brasileiras como exemplo urbano e nas comunidades rurais de qualquer continente que pratique agricultura ou pastorícia de subsistência desde que lhes seja permitido fazê-lo de forma funcional (não sujeitas a contextos de guerra ou a imposições e restrições políticas desestruturantes).

O segundo conjunto de dados remete-nos para a distinção entre sociedades *achievement-oriented* e *parental/family-oriented*, na tipologia sugerida por Girard (1993). Nas primeiras encontramos quase invariavelmente o padrão ascendente ou convexo de taxas específicas, cuja interpretação sociocultural consensual é a seguinte: o indivíduo tenderá a privilegiar sobretudo a carreira profissional e a ascensão socioeconómica como medida de sucesso pessoal, pelo que o insucesso terá o seu maior impacto na chamada «meia-idade», e o idoso acaba por adquirir um estatuto de indivíduo não produtivo, deixando o próprio de se sentir útil à sociedade ou passando inclusivamente a considerar-se um fardo para a mesma. Ao contrário, nas sociedades «tradicionais» em que predomina o padrão descendente, a perceção de sucesso pessoal depende fundamentalmente de o indi-

víduo conseguir ou não constituir e consolidar um agregado familiar funcional, pelo que as tensões pessoais incidem principalmente na primeira fase da idade adulta; ultrapassada esta com êxito, o indivíduo vai progressivamente adquirindo um estatuto que culmina, em regra, no de um ancião respeitado, cujas opiniões e conhecimentos são valorizados e reconhecidos pela família e comunidade.

3. Estudos baseados em dados não oficiais — a epidemiologia dos comportamentos suicidários não letais

No que se refere à maior parte das doenças do ser humano, e por múltiplas razões de ordem prática e logística, as estatísticas de morbilidade não são normalmente registadas a nível oficial. O mesmo se passa em relação aos comportamentos suicidários não letais (ou comportamentos autolesivos, termos que vieram substituir, por questões de natureza conceptual, o clássico «para-suicídio» da Escola de Edimburgo a partir do final da década de sessenta do século passado).

Assim sendo, os estudos epidemiológicos destes comportamentos têm-se baseado em metodologias que utilizam as chamadas áreas de captação. Estas correspondem a áreas geográficas de dimensão geralmente mais restrita do que um país (concelho, distrito ou equivalente) para as quais é viável elaborar um processo de monitorização visando garantir o registo de todos os casos que ocorram num período predefinido, e que sejam alvo de observação e atendimento por profissionais de saúde.

Passamos a exemplificar este processo com um estudo sobre a epidemiologia destes comportamentos no concelho de Coimbra, incidindo na década de noventa, realizado pela Consulta de Prevenção do Suicídio do Serviço de Psiquiatria dos então denominados

Hospitais da Universidade de Coimbra (SARAIVA & VEIGA *et al.*, 1996; CRAVEIRO & VEIGA *et al.*, 1998; VEIGA & CRAVEIRO *et al.*, 2001). Este trabalho foi apresentado no X Congresso Mundial de Psiquiatria (Madrid, 1996).

Os dados foram recolhidos retrospetivamente a partir dos registos dos serviços de Urgência dos dois hospitais centrais da cidade, já que, após diversos contactos com os Centros de Saúde do concelho, ficou claro que mesmo os raros casos que numa primeira instância aí fossem observados acabavam por ser referenciados aos hospitais centrais, acrescendo que na altura não existiam em Coimbra os então denominados Serviços de Atendimento Permanente. Foram assim incluídos todos os doentes com 15 ou mais anos, residentes no concelho de Coimbra, e que deram entrada num dos dois serviços de Urgência durante os anos de 1990 a 1999 na sequência de comportamentos suicidários não letais. Distinguiram-se pessoas de ocorrências (permitindo assim identificar a repetição), e no cálculo das taxas de incidência anual utilizaram-se, como denominadores populacionais, os dados dos *Censos* de 1991.

A taxa de incidência anual média relativa a pessoas, para a totalidade da década, foi de 209 por 100 mil (cerca de vinte vezes a taxa de suicídio consumado do concelho), valor relativamente elevado quando comparado com os obtidos no âmbito de um estudo multicêntrico europeu realizado pela OMS envolvendo quinze áreas de captação noutros tantos países (KERKHOF *et al.*, 1994). Longitudinalmente verificou-se um aumento ao longo da década, de valores rondando os 150 por 100 mil no início do decénio para cerca de 250 por 100 mil no seu final.

Na desagregação das taxas por sexo constatamos uma relação feminino/masculino de dois para um, mais elevada do que em qualquer das áreas incluídas no estudo multicêntrico acima mencionado. Na desagregação por grupos etários sobressaíram as taxas particularmente elevadas nas mulheres com menos de 25 anos (superiores

a 600 por 100 mil nalguns anos da década), enquanto o pico nos homens ocorreu entre os 25 e os 35 anos (entre 200 e 300 por 100 mil).

A desagregação por estado civil sugere um impacto significativo do divórcio em ambos os sexos, e a desagregação por atividade económica revelou taxas mais elevadas em mulheres economicamente inativas (domésticas e estudantes). Embora se tenham apurado taxas mais elevadas em desempregados, este fator não parece ser tão relevante quando comparado com o que se verifica na maioria das áreas participantes no referido estudo europeu.

A intoxicação medicamentosa foi o método utilizado pela larga maioria das mulheres (85% a 90% ao longo de toda a década). Nos homens, a opção por este método oscilou entre os 50% e os 65%, com anos em que o recurso a tóxicos de elevado potencial letal atingiu os 40%.

No seu conjunto, os resultados deste estudo sugerem que, na população em causa, os perfis dos comportamentos suicidários não letais são diferentes nos dois sexos, apresentando as mulheres de forma mais homogénea uma reduzida intenção de letalidade e enquadrando-se os homens com maior frequência em situações de suicídio frustrado.

Uma questão final que se coloca será, necessariamente, a da possibilidade de generalização dos resultados deste estudo para outras regiões do país. Ainda que o concelho de Coimbra reúna um conjunto de características sociodemográficas aproximadas ao total nacional, e que o conhecimento empírico de que dispomos acerca de algumas outras realidades regionais nos leve a acreditar que o respetivo panorama não deva diferir de forma significativa do perfil epidemiológico por nós traçado, estudos adicionais envolvendo diferentes áreas de captação seriam úteis no sentido de proporcionar uma compreensão epidemiológica mais completa e global do fenómeno dos comportamentos suicidários não letais em Portugal.

CONCLUSÃO

Neste capítulo abordámos os principais aspetos epidemiológicos dos comportamentos suicidários, tanto no que se refere ao suicídio consumado como aos comportamentos suicidários não letais, procurando integrar, interpretar e compreender toda a informação quantitativa em múltiplas vertentes de natureza social e cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Congdon, P. (1996). Suicide and Parasuicide in London: a small-area study. *Urban Studies,* 33, 137-158

Craveiro, A., Veiga, F. A., Vicente, C., Tavares, A., Viñas, C., Santos, Z., Primavera, R. & Saraiva, C. B. (1998). Epidemiologia do para-suicídio no concelho de Coimbra (anos de 1994 a 1997). *Psiquiatria Clínica,* 19, 283-288

Durkheim, E. (1992). *O Suicídio: Estudo Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença

Freitas, E. (1982). O suicídio em Portugal no século XX: elementos empíricos para uma pesquisa. *Finisterra*, XVII (34), 267-300

Girard, C. (1993). Age, gender and suicide: A cross-national analysis. *American Sociological Review.* 58, 553-574

Hawton, K. & Catalan, J. (1987). *Attempted suicide: A practical guide to its nature and management*. Oxford: Oxford University Press

Instituto Nacional de Estatística. *Anuários estatísticos*

Instituto Nacional de Estatística. *Censos de 2001*

Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D. & Lönnqvist, J. (1994). *Attempted Suicide in Europe*. Leiden: DSWO Press

Saraiva, C. B, Veiga, F. A., Primavera, R., Carvalho, C. S., Travassos, M., Soares, L., Canhão, A. & Torres, O. (1996). Epidemiologia do para-suicídio no concelho de Coimbra. *Psiquiatria Clínica,* 19, 291-296

Saraiva, C. B. (1997). *Para-suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Dissertação de doutoramento. Coimbra: edição do autor

Veiga, F. A. (2003). Suicide, social fragmentation and census data studies. In *Proceedings of the XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention*, Estocolmo, Suécia

Veiga, F. A., Craveiro, A., Santos, Z., Viñas, C., Vicente, C., Vicente, S., Güete, O. & Saraiva, C. B. (2001). The epidemiology of parasuicide in Coimbra, Portugal:

1990-1999. In *Proceedings of the XXI World Congress of the International Association for Suicide Prevention*, Chennai, Índia

Veiga, F. A. & Saraiva C. B. (2003). Age patterns of suicide: Identification and characterization of European clusters and trends. *Crisis*, 24 (2), 56-67

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Mortality Database Tables*

3. Suicídio e as suas fronteiras
Suicide and its borders

Carlos Braz Saraiva

ORCID – 0000-0001-9719-913X

RESUMO:

O suicídio continua a ser um dos mais misteriosos fenómenos ligados à condição humana. Neste capítulo são apresentadas diversas fronteiras do suicídio: sociológica, epidemiológica, psicológica e psiquiátrica. Neste sentido, é dada uma atenção especial à perturbação depressiva major, com as suas distorções cognitivas. São referidos os principais fatores de risco, juntamente com sugestões específicas destinadas a reforçar as medidas preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: suicídio; depressão major; saúde mental pública; risco, prevenção

ABSTRACT:

Suicide keeps on being one of the most mysterious phenomena facing human beings. In the present chapter several interfaces of suicide are presented: sociological, epidemiological, psychological and psychiatric. In this regard, special attention is given to the Major Depression Disorder, with its cognitive distortions. The main risk

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_3

factors are pointed out, together with specific suggestions aiming to implement prevention measures.

KEYWORDS: suicide; major depression; public mental health; risk; prevention

1. A VISÃO INICIAL DA SOCIOLOGIA

Para Durkheim (1897), o primeiro grande sociólogo, um pensador oriundo da filosofia e do positivismo, o suicídio poderia ser definido como todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo (exemplificado no enforcamento) ou negativo (exemplificado na greve de fome) praticado pelo indivíduo, ato que a vítima sabia conduzir a esse resultado fatal.

O suicídio resultaria das transformações do mundo rural, consequência do desenvolvimento industrial, da instrução, da civilização, da vida citadina. Ou seja, a família tradicional e os vínculos de coesão da proximidade próprios de uma sociedade campesina sofreram choques e readaptações.

A existência de dados epidemiológicos do suicídio após a Revolução Francesa daria matéria de estudo para uma investigação diversificada e todo o tipo de comparações. Basicamente, o sociólogo valorizou duas grandes dimensões na tentativa de compreender o fenómeno do suicídio: integração e regulação. A integração poderia ser perspetivada como o relacionamento social que liga o indivíduo ao grupo e a coesão poderia ser interpretada como um requisito normativo e moral para pertencer ao grupo. Investigador teórico dos factos sociais, que deveriam ser tratados como coisas, e da consciência coletiva, para o autor todo o comportamento humano, desde o sentir, o pensar, o agir, seria determinado pela sociedade.

Portanto, os fatores macrossociais seriam essenciais à compreensão do fenómeno do suicídio em detrimento de tudo o que se passa no psiquismo do indivíduo enquanto membro isolado da sociedade.

As teorias empíricas de Durkheim assentariam no conhecimento da variação das taxas de suicídio que, como dissemos, já existiam em França no século XIX. Entre outras comparações, observou diferenças entre solteiros e casados, rurais e urbanos, católicos e protestantes. Falou das forças de coesão, exemplificadas nas práticas religiosas, do coletivo, da tradição, da honra. Introduziria o conceito seminal de anomia, ou seja, a perda de normas, segurança, estabilidade e amparo, consequência de um estado patológico da sociedade. Por exemplo, um indivíduo excluído e ignorado sentir-se-ia fora da solidariedade orgânica devida que é pertença de um todo, como acontecia com os desempregados. Daqui resultaria o conceito de suicídio anómico (baixa regulação social) que se juntaria a outros três tipos: egoísta, como nos deprimidos (baixa integração social), altruísta, como nas viúvas hindus da prática do *sati* na Índia até ao século XIX, mas rara hoje em dia (alta integração social), e fatalista, postulado posteriormente, como em prisioneiros ou indivíduos cercados (alta regulação social). No tipo egoísta vislumbra-se apatia, ceticismo, melancolia; no altruísta, coragem, motivação, sentimento do dever; no anómico, para além do já referido, irritação, repulsa, recriminação; no fatalista, impotência, desamparo, resignação.

Uma das principais críticas, fonte de clivagem entre sociólogos, surge no conceito de suicídio altruísta, logo a partir de Halbwachs (1930). Refere este investigador que o *sati* não poderia ser interpretado como um verdadeiro suicídio sacrificial porquanto se tratava de uma decisão omnipotente do grupo. De onde se percebe que o livre-arbítrio para a decisão da viúva se projetar na fogueira do corpo do marido hindu estaria prejudicada no grau de liberdade. São estas dúvidas e perplexidades que justificam as hesitações conceptuais acerca dos chamados bombistas-suicidas dos tempos contemporâ-

neos. Serão despojados e livres nesse último ato brutal e singular, ou estarão condicionados ou pressionados pela imposição grupal política ou religiosa? No caso das crianças bombistas-suicidas todas estas inquietações adquirem muito mais força.

Mais de cem anos depois, no primeiro quartel do século XXI, o postulado de Durkheim ainda é uma divisão clássica, revisitada, que a recente crise socioeconómica do mundo ocidental fez renascer, designadamente quando falamos de anomia e das suas relações com a depressão, a desesperança e o desespero. Na verdade, existe hoje uma nova anomia de maior visibilidade: desencanto, insatisfação e amargura face a expetativas goradas de bem-estar. Em muitos países coloca-se mesmo a questão dos filhos poderem vir a viver com mais dificuldades que os pais, o que parecia impensável ainda há pouco tempo. Todavia, há que reconhecer e recordar que já na década de oitenta do século XX alguns trabalhos científicos haviam alertado para os sinais desta nova anomia que surgiria posteriormente no Ocidente, particularmente na Europa, de forma clara: desemprego, aumento de divórcios, mais mulheres a trabalhar fora de casa, envelhecimento da população, maior consumo de bebidas alcoólicas, mais homicídios e declínio de práticas religiosas (SAINSBURY, JENKINS & LEVEY, 1982).

Na evolução dos estudos sociológicos acerca do suicídio no século XX, só mais tarde, ainda antes da Segunda Guerra Mundial, é que surgiria um compromisso entre as variáveis sociais e as dimensões do psiquismo para a compreensão do fenómeno do suicídio. Esta confluência partiria inicialmente não só da sociologia, mas também da psicanálise. Por isso, é possível encontrar posteriormente referências ao suicídio como comportamentos de apelo, vingança, expiação, fuga, agressão, sacrifício, jogo (BAECHLER, 1975) ou transformação do «ter de morrer para viver» (GIDDENS, 1971), entre outras. Referimo-nos, por exemplo, a outros investigadores da área da sociologia, como Douglas (1967) que refutaria os

tipos de suicídio de Durkheim por este ter ignorado significados e aspetos intrínsecos de certas culturas.

2. O FENÓMENO DA IMITAÇÃO

A aprendizagem social e a modelação poderão explicar alguns fatores epidémicos do suicídio. De entre as várias epidemias de suicídio descritas ao longo da história, uma das mais curiosas foi relatada por Plutarco, cerca do ano 100, a propósito das raparigas de Mileto: «Todas foram possuídas por um desejo de morrer e uma vontade furiosa de se enforcar e muitas acabariam por se enforcar e estrangular.» Para terminar de vez com a epidemia, foi decretado que todo o cadáver de suicida seria transportado nu pela cidade (MORON, 1975).

A publicação do livro de Goethe, *A Paixão do Jovem Werther*, em 1774, onde o jovem Werther se suicida com arma de fogo após uma desilusão amorosa, levaria muitos jovens românticos a uma identificação potencialmente letal. Vários países europeus acabariam por proibir o livro de modo a travar a onda de suicídios.

Phillips (1974) viria precisamente a denominar de efeito Werther o efeito da sugestão no suicídio. O autor compilou notícias de suicídio da primeira página do *New York Times*, enquanto examinava os dados estatísticos de suicídio, tendo encontrado correlações. Outros trabalhos viriam a alertar para o efeito Werther em personalidades mais vulneráveis, principalmente quando o suicida era alguém tido como ídolo e modelo de identificação. É no mundo da música que esta condição assume maior relevância, como ocorreu com as mortes de Janis Joplin, Jimmi Hendrix, Jim Morrisson, Kurt Cobain ou Amy Winehouse, suicidas (ou equivalentes suicidas) aos 27 anos, alimentando assim a persistência do mito da *Maldição dos 27*.

O tema da imitação, contágio ou epidemia, adquire ainda contornos de grande magnitude em teatros de guerra e em seitas religiosas. Ficam para a «História do Suicídio» o ocorrido em dois cercos protagonizados pelas legiões romanas: Numância (século II a. C., Lusitânia) e Masada (século I, Judeia). Podemos aqui incluir as centenas de mortes entre os seguidores de pastores religiosos, exemplificados em Jim Jones (1978), David Koresh (1993) e Luc Jouret (1994).

O uso massificado da Internet e o reconhecimento de que existem mais *sites* pró-suicídio do que antissuicídio e pró-vida, no sentido de promoção da alegria de viver, tem sido uma fonte de preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de outras organizações nacionais e internacionais, como a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS) e a International Association for Suicide Prevention (IASP).

3. A RELEVÂNCIA DOS NÚMEROS

Na vertente epidemiológica, quando atentamos nos últimos trinta anos surgem com maior impacto as consequências da queda do Muro de Berlim (1989) e o colapso, seguido de desmembramento, da União Soviética (1991). Estes acontecimentos históricos trariam à tona uma dura realidade: as elevadas taxas de suicídio (mortes por suicídio/100 mil habitantes/ano), acima de trinta na Lituânia, Rússia e Bielorrússia, e superior a vinte na Eslovénia, Hungria, Estónia, Ucrânia e Letónia. Num conhecido mapa-múndi dos suicídios exibido pela OMS, os países com taxas mais elevadas (> 13) figuram a cor vermelha. E lá estão outros: França, China, Japão, Sri Lanka, Nova Zelândia, Uruguai. Há cerca de catorze anos evidenciámos quatro padrões etários do suicídio: um padrão ascendente (por exemplo: homens da Hungria, Espanha, Eslovénia), um padrão descendente

(por exemplo: Irlanda, Reino Unido, Albânia), um padrão convexo (por exemplo: homens da Lituânia, Finlândia, Roménia) e um padrão uniforme (por exemplo: homens da Noruega). A Albânia denotou uma singularidade dentro da Europa ao revelar um padrão descendente tanto para homens como para mulheres (VEIGA & SARAIVA, 2003).

No caso específico de Portugal, verifica-se um padrão ascendente, principalmente acima dos 45 anos. Sendo um país relativamente pequeno, com dez milhões de habitantes, apresenta uma das mais intrigantes assimetrias das taxas de suicídio. Ao Norte, taxa 3, ao Sul, taxa 30. Taxa global: cerca de 10. A resposta para tal discrepância é sociológica e psiquiátrica. O perfil do suicida é um homem com mais de 45 anos, divorciado ou viúvo, desempregado ou reformado, que vive na grande Lisboa ou a Sul, com escassos rendimentos, baixa escolaridade, deprimido e alcoólico, com história prévia de tentativas de suicídio, socialmente isolado, com múltiplos problemas afetivos, frequentemente com outras doenças crónicas associadas, sem práticas religiosas, uma personalidade melancólica e escassos apoios médico-sociais. Os métodos suicidas mais comuns são o enforcamento, arma de fogo, pesticidas e precipitação. O período mais crítico parece obedecer a uma sazonalidade, vai de maio a julho (SARAIVA, 2006).

Logo no início do século XXI, constatou-se uma quase duplicação das taxas de suicídio em Portugal comparativamente com o que ocorreu durante a década de noventa da centúria anterior. Na verdade, o acréscimo passou para os dois dígitos. Para além do aumento real do número de suicídios, tem sido apontado um maior rigor nos registos de assento de óbitos, atualmente através de plataforma informática (Sistema de Informação dos Certificados de Óbitos — SICO). Também no sentido de otimizar a fiabilidade dos dados estatísticos existirá ainda o objetivo de diminuir o registo de mortes indeterminadas no Instituto Nacional de Medicina Legal,

situação esta das mais perturbadoras a nível europeu. De facto, seria desejável que a metodologia das autópsias psicológicas fosse implementada por rotina em casos de mortes equívocas e não apenas perante pontuais estudos académicos de investigação. Estas considerações permitem especular que a taxa real de suicídio em Portugal estará mais próxima de 15 do que 10.

Recentemente, uma equipa de geógrafos debruçou-se sobre a epidemiologia do suicídio em Portugal e confirmou o que se suspeitava: a crise socioeconómica estará implicada no aumento das taxas de suicídio, com acréscimo nos concelhos mais pobres do centro e interior Norte (SANTANA *et al.*, 2015).

4. OS MODELOS PSICODINÂMICOS

O compreender e o explicar da psiquiatria através dos modelos neurobiológicos surgiria depois da Segunda Guerra Mundial, com destaque para a investigação nos países nórdicos e nos EUA. Anteriormente tínhamos a força de modelos dinâmicos que sempre procuraram encontrar respostas para o psiquismo dos suicidas. *Luto e Melancolia* de Freud, publicado em 1917, em plena Primeira Guerra Mundial, e *Além do Princípio do Prazer*, publicado em 1920, são frequentemente apontados como pontos de partida para a conceptualização do instinto e da pulsão de morte em oposição ao instinto sexual e pulsão de vida. Ou seja, depois de Freud ter tomado conhecimento de episódios de crueldade na guerra passou a menorizar as teorias da sexualidade e a valorizar também outros aspetos. Por outro lado, a ideia de um superego sádico e de um ego masoquista surgiria mais tarde na sua obra *O Ego e o Id* (1923), onde se percebe a importância da culpa em suicidologia.

Dez anos depois, já na chamada segunda geração psicanalítica, surgem diversos autores que aprofundam a questão do suicídio.

Destacaram-se principalmente Karl Menninger, Melanie Klein, Gregory Zilboorg, Alfred Adler, Karen Horney, Erich Fromm, Harry Stack Sullivan. Menninger ficará ligado à teoria dos três desejos que todo o suicida encerraria: matar, ser morto e morrer; do instinto de agressão ao desejo de regressar ao ventre materno, passando pela submissão masoquista. Melanie Klein considera o suicídio como um ataque seletivo à parte má do objeto de modo a preservar a parte boa que seria valiosa para o *self*. Zilboorg valoriza um modelo étnico-cultural de identificação com o morto no processo de luto, o que impulsionaria o desejo de um suicídio por reunião; daí a relevância do conhecimento de determinadas datas quando se elabora uma história clínica de alguém com ideação suicida. Adler refere o suicídio como um fracasso, um sinal de patologia social, de falta de cooperação social. Horney destaca o suicídio como consequência de uma personalidade neurótica devido a conflitos de infância e à falta de amor. Fromm interpreta o suicídio como resultado da tragédia da coisificação do ser humano dentro da sua visão de pessimismo da vida. Sullivan refere-se ao suicídio como um ato de hostilidade e agressão para fora e para dentro do indivíduo, como se fosse uma mensagem que ficaria para os vindouros (MIKHAILOVA, 2004).

Da terceira geração psicanalítica, mais de trinta anos depois, autores como Donald Winnicott (1971), Heinz Kohut (1977) e Coimbra de Matos (1982) também se referiram ao suicídio. Winnicott valoriza a relação com a mãe como essencial à organização do ego e aos consequentes mecanismos de defesa. Kohut sublinha a ausência de empatia continuada dos pais como fator não protetor. Matos destaca a vulnerabilidade narcisística, intolerância à dor da perda, derrocada da omnipotência e o desejo de fusão.

5. OS MODELOS COGNITIVISTAS E AS RELAÇÕES COM O COMPREENDER E O EXPLICAR

Para o modelo cognitivista o mais importante é o significado que o indivíduo atribui aos acontecimentos de vida e ao meio ambiente. Portanto, existe primordialmente uma valorização da subjetividade, de como emoções e sentimentos se vivenciam e aos quais se responde desta ou daquela maneira. Aaron T. Beck é um investigador incontornável nesta temática desde os anos sessenta do século XX. De entre uma diversidade de teorias, o autor valoriza, para além da desesperança, uma tríade cognitiva, esquemas e distorções. Na tríade cognitiva existe uma visão negativa do eu, do mundo e do futuro (por exemplo: «Eu não presto, sou um fracassado; o mundo lá fora é hostil e perigoso; do futuro não espero nada de bom»). Nos esquemas surgem ideias, experiências e padrões de comportamentos e de crenças relativamente estáveis que perante certas adversidades poderão não amparar devidamente. Nas distorções ocorrem erros de avaliação e de interpretação perante certos factos capazes de gerar sofrimento e de perturbar as respostas (por exemplo: inferência arbitrária, catastrofismo, maximização do negativo, pensamento dicotómico). É, aliás, esta última questão do pensamento dicotómico muito relevante principalmente em jovens impulsivos com ideação suicida. Por vezes, a radicalização absoluta tipo preto ou branco pode disparar um comportamento suicidário grave. Tais insuficiências psicológicas revelam que é essencial ensinar a usar as ferramentas psicológicas adequadas.

A desesperança, como a dor de um pessimismo intrínseco, tem representado um interessante constructo que estaria na origem da *Hopelessness Scale* da escola de Beck, um instrumento de trabalho útil na investigação em suicidologia e mesmo na prática clínica (vinte questões, *score* máximo = 20). Desde a passada década de oitenta que diversas teorias, quer vindo da área da psiquiatria quer da área

da psicologia, associaram a desesperança a outras variáveis como à diátese (vulnerabilidades), *stress* ou mesmo rigidez cognitiva. Isto permitiu fazer a ponte para as estratégias de *coping* com vista, por exemplo, à resolução de problemas. Muitos destes doentes dirão que estão esmagados por uma ameaçadora montanha de problemas. Nesta perspetiva cognitivo-comportamental faz sentido que na entrevista do potencial suicida possamos ajudar a hierarquizar os problemas bem como a listagem das razões para viver e as razões para morrer.

Beck, ulteriormente, já na década de noventa, definiria a Teoria dos Modos, consagrando uma visão mais global da ideação suicida. Os modos são formados por esquemas relacionados com as memórias, experiências de vida, condutas, resolução de problemas. O constructo abarca suborganizações da personalidade onde estão não só as cognições, mas também os afetos, as respostas fisiológicas, as motivações (por exemplo: «A minha vida já deu o que tinha a dar; ninguém gosta de mim; não aguento mais esta dor; ficam melhor sem mim»). É, portanto, o ensaio de perceber a ideação suicida para além de uma apreciação cognitiva e da valorização de gatilhos internos (pensamentos) e externos (circunstâncias). A Teoria dos Modos teria desenvolvimentos pelos discípulos de Beck, como M. David Rudd, na sua *Fluid Vulnerability Theory* em 2006. Aqui entende-se que as crises suicidas são limitadas no tempo e que os fatores precipitantes seriam fluidos e não estáticos.

Williams *et al.* (1996; 2006) interpretam o suicídio como uma reação a um *stress* experienciado por um indivíduo numa situação que considera ser uma ratoeira sem escapatória, enquanto vinha manifestando desesperança e incapacidade para resolver problemas. Os autores desenvolvem ainda a teoria da sobregeneralização, ou seja, um défice de memórias autobiográficas prazenteiras de razões para viver perante a evidência empírica da ocorrência de eventos traumáticos da infância e adolescência.

A constatação da desregulação emocional dos suicidas seria inspiradora dos trabalhos de Marsha Linehan na década de noventa com vista à sua *Dialectical Behavior Therapy*. É um modelo mais orientado para *Borderline Personality Disorder*. As automutilações são interpretadas como comportamentos salva-vidas, ainda que denunciando um *coping* doentio. Os objetivos principais são os de trabalhar os aspetos dialéticos da mente e de conhecer os défices de aptidões na resolução de problemas. Foram definidos dois subsistemas: ambiental e comportamental. No primeiro residem apoios e modelos suicidas; no segundo incluem-se elementos afetivos e cognitivos. A terapia inclui sessões individuais e de grupo.

Mais recentemente têm sido apresentadas novas teorias e terapias para a depressão e ideação suicida, umas derivadas da *Cognitive Behavior Therapy*, como a *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (SEGAL, WILLIAMS & TEASDALE, 2002), e outras de inspiração dinâmica, exemplificadas na *Mentalization-based treatment of borderline personality disorders* (BATEMAN & FONAGY, 2004) e na *Goal-directed action therapy* (VALACH, MICHEL, YOUNG & DEY, 2006). Uma outra teoria curiosa é a *interpersonal-psychological* de Thomas Joiner (2005) que nos parece particularmente interessante porque recupera alguns conceitos de Roy Baumeister (1990), como a culpa e a identidade. Segundo aquela teoria, existe uma desconexão e isolamento do suicida, uma forma de alienação social, que decorre essencialmente de três constructos: o sentimento de não pertença, a sensação de ser um fardo para a família e a perda do medo da morte.

6. Um comportamento multideterminado e multifacetado

Os comportamentos suicidários englobam não só conceitos difíceis de definir mas também fronteiras difíceis de estabelecer. Por

vezes, tudo isto é parcialmente sobreponível. Da ideação suicida ao suicídio consumado passando pela tentativa de suicídio. Da autolesão superficial à automutilação severa. Numa perspetiva mais neurobiológica sabemos que no epicentro destes comportamentos está o cérebro e o corpo, ou numa perspetiva menos organicista, a mente. Na verdade, a complexidade conceptual dos esquemas mentais é dinâmica, não estática. Precisamente por isso, a pessoa há muito desesperançada e num momento de desespero pode desejar querer simultaneamente os dois mundos: viver e morrer. Pode vencer, ainda que transitoriamente, o medo do desconhecido, mas o supremo objetivo é mesmo parar o sofrimento. É muito comum que a ambivalência cognitiva faça balançar a pessoa mesmo até ao fim, como Erwin Stengel alertou há cinquenta anos no exemplo do grito: «Quero morrer, façam alguma coisa por mim!» Este aspeto é muito importante em contraponto ao síndrome pré-suicida de Walter Poldinger da década de sessenta onde é conceptualizada uma terceira fase final de serenidade que antecederia o ato suicida e que a nosso ver será excecional. Da nossa experiência conhecemos suicidas frustrados por métodos potencialmente letais que durante o ato ou imediatamente após o ato se agarraram intensamente à vida.

O modelo cúbico de Edwin Shneidman é uma engenhosa conceptualização e uma maneira de perceber que múltiplos fatores terão o seu impacto no indivíduo. Um pequeno cubo de entre 125 (5x5x5) representaria a confluência do máximo de dor, perturbação e pressão (SHNEIDMAN, 1988). A inspiração para este modelo advinha de trabalhos prévios em que o autor apontara essencialmente para três níveis de intencionalidade suicida, quatro níveis de letalidade e dez generalidades comuns ao fenómeno do suicídio. Na intencionalidade distinguiria protagonismo consciente de inconsciente e ainda acidente. Na letalidade admitiria graus, desde elevado (por exemplo: precipitação de sítios altos) a ausente (por exemplo: egressão). As designadas dez generalidades do suicídio

corresponderiam a aspetos psicológicos comuns. Vejamos de uma maneira simplificada: I. Propósito — procura de uma solução. II. Objetivo — parar a consciência; III. Estímulo — dor psicológica intolerável; IV. *Stress* — necessidades psicológicas não satisfeitas; V. Emoção — desesperança-desespero; VI. Estado cognitivo — ambivalência; VII. Perceção — constrição; VIII Ação — fuga; IX. Ato interpessoal — comunicação de intenção. X. Consistência — relacionada com estratégias de *coping* ao longo da vida. Afinal, uma perspetiva geral e profunda do que é o suicídio (SHNEIDMAN, 1985; 1992).

Noutra importantíssima vertente, a impulsividade funciona como um gatilho para a passagem ao ato (*acting out*). Se considerarmos, em associação, uma inoculação prévia de internalidade do locus de controlo, em detrimento da externalidade, é mais provável a ocorrência do suicídio. Isto deve-se à menor probabilidade do acaso, da sorte ou do azar poderem determinar sobrevivência. Na verdade, de um ponto de vista clássico, e procurando simplificar, é possível admitir que um ato pode levar ao suicídio se existirem basicamente três condições: letalidade, exequibilidade e intencionalidade. As duas primeiras estão relacionadas com a escolha do método e a probabilidade de socorro atempado, e a última tem a ver com a vontade, a consciência, as memórias. Estas prévias considerações prendem-se substancialmente com a vasta obra do psicólogo e tanatologista Shneidman quando se refere muito sinteticamente ao cenário do suicida: dor psíquica, perda da autoestima, constrição da mente, isolamento, desesperança e fuga. Nesta última característica residiria a única escapatória imaginada para parar o sofrimento da chamada dor psíquica, sentida como interminável e intolerável.

7. A depressão e outros quadros clínicos

Nada nasce do vazio e, por isso, se fala de processo suicida. Existe sempre uma narrativa, uma história para ser contada, às vezes a morte de um ente querido, um divórcio, uma outra qualquer perda significativa. Noutros episódios, uma não explicação porque vinda do *élan* vital, como acontece nas depressões endógenas.

Justiça deve ser feita a autores psicodinâmicos, designadamente os da segunda geração psicanalítica já citados, que falam do simbolismo do suicídio, por exemplo, como uma mensagem para os que ficam. Quando se mergulha no estudo do processo suicida é comum encontrarmos diversos traumas de infância ou adolescência ou outros acontecimentos de vida dolorosos. Principalmente maus-tratos, abuso sexual, experiências abandónicas e rejeição continuada em jovens que cometeram tentativas de suicídio (SARAIVA, 1999).

Alguns traços temperamentais mais vulneráveis têm sido apontados, para além da impulsividade e da baixa autoestima já mencionados: perfecionismo e perturbação da identidade (ORBACH & IOHAN-BARAK, 2009). A impulsividade está inscrita geneticamente e é comum aos doentes com perturbação *borderline* e aos antissociais. A baixa autoestima, difícil de mensurar, parece traduzir uma vulnerabilidade. O perfecionismo relaciona-se com os obsessivos em que a rigidez é um traço e as dificuldades de adaptação à mudança são por de mais evidentes e o limiar à frustração é baixo. Existe ainda alguma aproximação aos narcisistas, pessoas que não toleram um fracasso do quotidiano, uma crítica. Confundem a árvore com a floresta e podem interpretar um dia menos bom, uma qualquer banal frustração, como uma derrota pessoal. E isso pode ser potencialmente perigoso. A perturbação da identidade é um aspeto altamente complexo principalmente relacionado com o Eu do *borderline*. Uma relação conflitual não só com a própria imagem «ao espelho», mas também com o outro, com o mundo, com o futuro. Impregnada de

momentos de tédio e de vazio, e outros de raiva, de afetos imprevisíveis. Trata-se de uma verdadeira inquietação interior que gera grande sofrimento. Ser-se *borderline* é ser-se portador de alto risco de suicídio. Associadamente é reportada uma relação estreita com cortes ou mesmo automutilações. Alguns desses comportamentos poderão estar para além da religião, moda ou integração em grupos, e surgem relacionados com estereotipias de repetição, impulsividade, compulsividade ou respondendo a delírios ou alucinações (SARAIVA, 2006).

Desde os estudos pioneiros das autópsias psicológicas nos EUA de Robins *et al.* (1958) existe uma perturbadora convicção de que a depressão, presente em mais de metade dos suicidas na generalidade dos estudos, é apenas uma doença do humor. Como se não fosse também uma doença dos ritmos, do tempo, dos afetos, do prazer. Para além da depressão, Shaffer *et al.* (1996) alertaram para outros três grandes perigos, designadamente nos jovens: substâncias (vulgo drogas e álcool), agressividade e solidão.

Todavia, a pressa de tentar perceber o quadro nosológico-nosográfico do doente, mesmo em profissionais experientes, a partir da transversalidade de sintomas, ignora perigosamente a valorização da narrativa e isto não contribui para um melhor conhecimento do processo suicida nem para a construção da aliança terapêutica (MICHEL & JOBES, 2009). Portanto, é essencial legitimar o sofrimento e validar a narrativa; um terapeuta que não percebe a importância deste aspeto está distante do essencial da relação terapêutica em suicidologia.

A desesperança, em boa hora trazida pelos cognitivistas para a suicidologia, parece ser um marcador mais relevante que a depressão em si mesma, face à natureza e persistência do constructo. Principalmente em situações de crise económica, a desesperança adquiriu uma grande visibilidade social. Se houver, em associação, a sensação de exclusão, sem horizontes ou projetos, não é preciso mergulhar em aspetos teóricos da sociologia de Durkheim para

perceber que o risco de suicídio é maior. O homem é um animal que precisa de proximidade, de ser tocado, de ser olhado, e se falta amparo ou amor, então, sofre. Todos conhecemos, da prática clínica, a maior suscetibilidade dos homens às perdas patrimoniais, ao desemprego e aos conflitos laborais, e das mulheres às perdas afetivas ou aos conflitos no seio da família. Mas enquanto aqueles nem sempre procuram logo ajuda, deixando arrastar a situação, por vezes abusando do álcool ou automedicando-se, estas ativam mais rapidamente mecanismos de procura de ajuda na família, nos amigos, na religião ou no médico.

A controvérsia de há algumas décadas sobre qual seria de maior risco de suicídio se unipolaridade se bipolaridade parece hoje esbatida. Mais grave é ser bipolar. Estes doentes sentem-se episodicamente descaracterizados, sem a energia e a hiperatividade que lhes dá as sensações de prazer e de poder. Também, do ponto de vista clínico, são conhecidas as viragens que no início poderão despertar o *acting out*. Na hipomania o que encontramos é uma hipossónia que não é sentida como um desconforto, mas antes como mais uma oportunidade para a ação. Por isso, é particularmente importante acompanhar nos primeiros três a seis meses após a alta hospitalar os deprimidos bipolares. Quando nos cingimos aos sintomas há um que pertence à esfera de uma certa objetividade, capaz de ser espontaneamente referida: a insónia. Nos deprimidos trata-se de um dos sintomas que gera mais angústia. Por isso, uma das preocupações mais prioritárias dos terapeutas é prescrever medicação indutora do sono. A sedação é importante. A ativação da madrugada pode ser um risco acrescido. Sabemos, desde a década de cinquenta, que cerca de 10% dos doentes gravemente deprimidos e que foram internados poderão vir a cometer suicídio. Como referimos previamente, nos doentes deprimidos a preocupação pela sedação noturna é prioritária, segundo a nossa experiência de mais de trinta anos (SARAIVA, 2006). Algumas moléculas, quer antipsicóticos quer antidepressivos

ou mesmo ansiolíticos, são eficazes para esse efeito: clozapina, quetiapina, mirtazapina, trazodona, clonazepam, entre outras. Isto não exclui obviamente, e em associação, uma medicação antidepressiva mais robusta, em doses terapêuticas eficazes, de que são exemplos os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (por exemplo: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram) e mesmo antidepressivos com duplo perfil de ação, como os inibidores da recaptação da noradrenalina e da serotonina, exemplificados na venlafaxina ou na duloxetina. Antidepressivos noradrenérgicos e dopaminérgicos (por exemplo: reboxetina, bupropiona), ainda que podendo melhorar a anedonia, estão frequentemente contraindicados na ideação suicida pelo risco de ativação prévia à melhoria do humor. Atualmente, é excecional o uso de antidepressivos tricíclicos (por exemplo: amitriptilina, clomipramina) pelo risco de toxicidade e efeito letal em *overdoses*, principalmente em doentes impulsivos. Dos neurolépticos convencionais (por exemplo: haloperidol, pimozide, flupentixol) ainda persistem indicações em casos especiais. Entretanto, os antipsicóticos atípicos (por exemplo: aripiprazol, clozapina, zotepina, risperidona, paliperidona, olanzapina), apesar do risco de síndrome metabólico, obesidade e hiperssonolência diurna, vieram a ganhar terreno pela sua melhor tolerabilidade e menor risco de disquinésia tardia, independentemente da discussão sobre comparações de eficácia. Os neurolépticos e antipsicóticos *dépot* de longa ação administrados intramuscularmente (por exemplo: haloperidol, flupentixol, zuclopentixol, risperidona, paliperidona) revelar-se-iam muito úteis em casos de difícil *compliance*, como em certas psicoses, depressão bipolar tipo I, ou mesmo casos de *Borderline Personality Disorder*. Os estabilizadores do humor começaram a ser mais usados nos últimos anos, não só os clássicos (por exemplo: lítio, valproato, carbamazepina, lamotrigina), mas também os antipsicóticos atípicos (por exemplo: aripiprazol, olanzapina, quetiapina) com esta nova indicação. De facto, do empirismo clínico

sabia-se que nas perturbações do humor com ciclação recorrente o uso indevido e excessivo de antidepressivos aumentava os episódios de ciclação.

Outras doenças psiquiátricas, que não a depressão, têm sido reportadas como relevantes para o fenómeno do suicídio: esquizofrenia, perturbação de *stress* pós-traumático, consumo de substâncias, incluindo alcoolismo, pânico, anorexia, bulimia, entre outras. Mais uma vez, a metodologia das autópsias psicológicas mostra-se determinante para o esclarecimento do processo suicida, dos seus enquadramentos nosológicos e nosográficos. Assim também será mais fácil perceber o que aconteceu nas mortes equívocas. De facto, há que responder a algumas perguntas: Que tipo de morte? Porquê o suicídio? Porquê nesse momento? Como já referimos anteriormente, o objetivo é diminuir o número de mortes indeterminadas e aproximar as taxas de suicídio da realidade. A nível da União Europeia, Estónia e Portugal são dos países com mais registos de mortes indeterminadas, superiores a 10% do total de mortes. Facilmente se constata que algumas dessas mortes deveriam ter sido registadas como suicídios. Por isso, a aproximação da Medicina Legal à Psiquiatria e à Saúde Pública é inevitável para um maior conhecimento do processo suicida. Desta colaboração também se valorizariam as psicopatologias e as comorbidades. Um indivíduo deprimido e alcoólico é uma associação comum. Um indivíduo esquizofrénico e consumidor de substâncias é também uma associação comum. E por aí fora.

No caso particular da esquizofrenia, o suicídio é mais frequente nos primeiros anos da doença perante a proeminência de sintomas positivos (por exemplo: delírios, alucinações). Quando o quadro evolui para sintomas negativos (por exemplo: embotamento afetivo, apatia) o risco de suicídio parece diminuir, mas coloca-se a questão do diagnóstico diferencial com a depressão, um tema assaz polémico. Os métodos suicidas dos esquizofrénicos são usualmente violentos, com pouca margem para a sobrevivência.

As outras doenças da ansiedade como a perturbação de *stress* pós-traumático e o pânico cursam frequentemente com consumo de substâncias, incluindo abuso de álcool e psicofármacos. Também não se pode excluir uma comorbidade com a Depressão Major no desenrolar do processo suicida.

Por outro lado, sabemos que muitos suicídios de jovens estão na *interface* do acidente e é precisamente a autópsia psicológica que poderá esclarecer os contornos dessa morte. Será que deixaram algo escrito? Avisaram que iam entrar num estado de consciência nebuloso e que tudo poderia acontecer? Existiram episódios semelhantes no passado? Obviamente que nos referimos a comportamentos suicidários em alteração do estado de consciência, mesmo suicídios consumados, alguns por métodos violentos (por exemplo: precipitação de sítios altos, corte de carótidas), não só provocados pelo abuso de substâncias ilícitas mas também por substâncias vendidas em *smart shops* (entretanto ilegalizadas): anfetaminas-*like*, psilocibina-*-like*, mescalina-*like*, de que são exemplos salvia, cogumelos mágicos, sais de banho e um perigoso fertilizante, a mefedrona, com potencial para provocar delírios, alucinações e *delirium*.

8. A NEUROBIOLOGIA

Numa breve nota histórica, a partir da década de sessenta do século XX, através de estudos de cérebros *post mortem* nos Estados Unidos da América e da metodologia das autópsias psicológicas implementada de um modo mais consistente por Shneidman também nos EUA permitiram perceber a relevância dos quadros depressivos na génese do suicídio. O modelo neurobiológico do suicídio teria um novo impacto após os trabalhos na Suécia de autores como Marie Asberg na década de setenta em indivíduos que sobreviveram a tentativas de suicídio por métodos violentos. Estas investigações

estudaram o liquor de tais doentes e isso permitiu postular o modelo serotoninérgico do suicídio.

Ulteriormente perceber-se-ia que as regiões do cérebro atingidas pela suicidalidade não se restringiam apenas às hipóteses iniciais de há cinquenta anos, das alterações do tronco cerebral mas também do hipocampo, hipotálamo, amígdala, córtex pré-frontal.

Com o avanço das neurociências e da genética têm sido encontrados, até ao presente, dezenas de genes candidatos que poderão estar envolvidos na suicidalidade. Entre eles os mais conhecidos e numerosos são do sistema serotoninérgico (por exemplo: Gene 5-HTT, Gene TPH1, Gene TPH2, Gene 5-HTR1A, Gene 5-HTRB, Gene 5-HTR2A, Gene 5-HTR2C, Gene 5-HTR5A). Outros sistemas têm sido estudados: noradrenérgicos, dopaminérgicos, gabaérgicos, glutamatérgicos, óxido nítrico, neurotrofinas. Nestes, um particular interesse pelo défice de BDNF (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*) e pelo Gene p75NTR (p75 *Neurotrophin Receptor*). Trata-se de uma investigação atual. com resultados anuais surpreendentes e que precisam de ser replicados para uma melhor consistência do conhecimento da genética do suicídio.

9. UM EXERCÍCIO DE SÍNTESE

Do suicídio consumado à tentativa de suicídio pretendemos uma visão global destes fenómenos do mundo da suicidologia. A chave para o tratamento da ideação suicida não passa exclusivamente pelos psicofármacos. Não é possível conceber a utopia levada ao absurdo de que introduzindo lítio na água de consumo ou administrando indiscriminadamente inibidores seletivos da recaptação da serotonina à população iríamos resolver o problema do suicídio. Há que valorizar uma perspetiva sistémica sobre as pessoas, sobre as famílias, desenvolvendo mecanismos de suporte, diminuindo tensões,

baixando o sobre-envolvimento emocional e o hipercriticismo da emoção expressa (SANTOS, SARAIVA & SOUSA, 2009). Esta questão da família é importante. É salutar a existência de trocas de afeto e de coesão não excessiva para permitir a individualização e respeito. Escapatórias para o *stress* são necessárias, como *hobbies*, desporto, convívio. Portanto, é preciso criar proximidade afetiva e criar alternativas. Isto ultrapassa o âmbito das ciências médicas e está relacionado com as ciências sociais. Com o poder político. Com a luta contra a exclusão social, o isolamento, o desemprego, a pobreza, porque o desespero está sempre a montante.

Noutra vertente, a formação em suicidologia é essencial, designadamente para os médicos de família de modo a reconhecerem precocemente os sinais de alerta. Atenção ao comportamento observável, às posturas, ao isolamento, às atitudes. Por exemplo, doação de objetos de valor e de certos escritos a familiares ou amigos, tipo carta de despedida. Um dos principais mitos é pensar-se que quem diz que se suicida não o fará. Três em cada quatro suicidas avisaram antes de uma forma explícita ou metafórica. Também é devida particular atenção ao despiste da ideação suicida em grupos específicos de alto risco (por exemplo: consumidores de substâncias, incluindo alcoólicos, polícias ou mesmo militares durante ou no pós-guerra). O suicida é sempre um solitário sofredor. Os casos raros de suicídio em locais públicos, episodicamente divulgados pelos *media*, obedecem frequentemente a uma revolta de significado político, como no Tibete, na Tunísia e na Grécia, no último decénio.

É necessário, também, intervir eficaz e precocemente na questão da prevenção. Os Centros SOS, para além de todas as dúvidas sobre a eficácia na baixa das taxas de suicídio, têm um papel importante na luta contra a solidão, a angústia e o desespero. Este modelo existe praticamente em todo o mundo com trabalho meritório. As igrejas, pela sua vocação para a promoção da religiosidade e da espiritualidade, ocupam lugar de relevo. Na Internet deve-se tentar alguma

regulação dos *sites* pró-suicídio e criar mais *sites* pró-vida. Nas escolas é necessária uma presença mais consistente e especializada de psicólogos com conhecimentos de suicidologia. Na comunicação social há que estimular a autorregulação, de acordo com as normas da OMS do «como dar as notícias de suicídio». Deste modo, contrariar-se-ia o sensacionalismo e a divulgação de detalhes perturbadores, por vezes mesmo com fotos na primeira página, com vista à diminuição do já mencionado efeito Werther. Se necessário, legislar nesse sentido numa postura mais proibicionista. Diminuir a probabilidade de morte pelo uso de certos métodos suicidas: regulação eficaz da comercialização e armazenagem de pesticidas, restrições à aquisição de armas de fogo, instalação de barreiras ou redes em sítios altos, entre outros. Ainda uma particular atenção para os sobreviventes em processo de luto depois do suicídio de familiar ou amigo. Frequentemente eles estão vulneráveis e sofredores mormente em determinadas datas-chave (WERLANG & BOTEGA, 2004). Há que estar atento. O objetivo é devolver a ideia de projeto e continuar para um qualquer horizonte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baechler, J. (1975). *Les suicides*. Paris: Alcan

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36-51

Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-91

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (1-25). Nova Iorque: Guilford Press

Durkheim, E. (1897). *Le Suicide*. Paris: Alcan

Giddens, A. (1971). *The sociology of suicide*. Londres: Frank Cass

Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide*. Paris: Alcan

Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*. Massachusetts: Harvard University Press

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Nova Iorque: Int University Press

Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nova Iorque: Guilford Press.

Matos, C. (1982). Razões da Morte. Morte da Razão — Abordagem psicanalítica do suicídio. *Jornal do Médico*, 110, 1994

Michel, K. & Jobes, D. A. (2011). *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. Washington: American Psychological Association

Mikhailova, O. N. (2004). *The problem of suicide in psychoanalysis*. Master dissertation. Wayne State University, Michigan, USA

Moron, P. (1975). *Le Suicide*. Paris: Presses Universitaires

Orbach, I. & Iohan-Barak, M. (2009). Psychopatology and risk factors for suicide in the young: theoretical and empirical. In D. Wasserman & C. Wasserman (eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective* (633-641). Oxford: Oxford University Press

Phillips, D. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39, 340-354

Poldinger, W. (1969). *Die abschatzung der suizidalitat*. Berna: Huber

Robins, E., Murphy, G.,Wilkinson, J., Gassner, S. & Kayes, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health*, 49, 888-899

Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In P. T. Ellis (ed.), *Cognition and Suicide* (355-368). Washington DC: American Psychological Association

Sainsbury, P., Jenkins, J. & Levey, A. (1982). The Social Correlates of Suicide in Europe. In R. Farmer & S. Hirsch (ed), *The Suicide Syndrome* (38-53). Londres: Croom Helm

Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A. & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial Determinants in a context of Economic Crisis. *Health & Place*, 35, 85-94

Saraiva (1999). *Para-Suicídio*. Coimbra: Quarteto

Saraiva (2006). *Estudos sobre o Para-Suicídio*. Coimbra: EA

Santos, J. C., Saraiva, C. B. & Sousa, L. (2009). The role of expressed emotion, self--concept, coping, and depression in parasuicidal behavior: A follow-up study. *Archives of Suicide Research*, 13, 358-367

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale (2002). *MBCT for depression: A new approach preventing relapse.* Nova Iorque: Guilford

Shaffer, D., Gould, M. S., Fischer, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348

Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. Nova Iorque: Wiley

Shneidman, E. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. Vandenbos & B. K. Bryant (ed.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (147-182). Washington DC: American Psychological Association

Shneidman, E. (1992). A conspectus of the suicidal scenario. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger & R. I. Yufit (eds,). *Assessment and Prediction of Suicide* (50-64). Nova Iorque: Guilford Press

Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Harmondsworth: Penguin Books

Valach, L., Michel, K., Young, R. A. & Dey, P. (2006). Suicide attempts as social goal--directed systems of joint careers, projects and actions. *Suicide Life-Threatening Behavior,* 36 (6), 651-660

Veiga, F. A. & Saraiva, C. B. (2003). Age patterns of suicide: identification and characterization of european clusters and trends. *Crisis*, 24 (2), 56-67

Werlang, B. G. & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.

Williams, J. M., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G. & MacLeod, A. K. (1996). The specificity of autobiographical memory and imagebility of the future. *Memory & Cognition*, 24, 116-125

Williams, J. M., Barnhoffer, T. & Crane, C. (2006). The role of overgeneral memory in suicidality. In T. E. Ellis (ed.), *Cognition and Suicide* (173-192). Washington DC: American Psychological Association

Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. EUA; Penguin Books

(Página deixada propositadamente em branco)

4. MECANISMOS DE INTERAÇÃO GENE-AMBIENTE E DOENÇA MENTAL

MECHANISMS OF GENE-ENVIRONMENT INTERACTION AND MENTAL ILLNESS

António Ferreira de Macedo

ORCID – 0000 0003 2180 2718

RESUMO:

Doenças mentais graves como a esquizofrenia e doença bipolar apresentam uma marcada hereditabilidade, evidenciando o importante papel que os fatores genéticos desempenham na sua etiologia. No entanto, os estudos de epidemiologia genética sugerem que um modelo multifatorial poligénico de transmissão é o que melhor se ajusta às evidências dos estudos epidemiológicos. Estes dados sublinham a importância etiológica dos fatores não genéticos, como os determinantes sociais e culturais. Os estudos genómicos mostram que a arquitetura genética destas doenças psiquiátricas é complexa, incluindo variações comuns de pequeno efeito, variações raras de pequeno e grande efeito, e um conjunto de complexos mecanismos, incluindo de natureza epigenética, que regulam a interação entre os fatores genéticos e ambientais. Os processos epigenéticos podem ser influenciados por uma variedade de fatores ambientais, determinando alterações estáveis da expressão génica. As alterações desses proces-

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_4

sos são capazes de exercer efeitos no desenvolvimento/plasticidade do cérebro e dos sistemas neuroendócrinos, e contribuir para o desenvolvimento de problemas mentais. Assim, a compreensão dos mecanismos causais e de manutenção das doenças mentais requer mudanças de paradigma na investigação, de modo a usar modelos que integrem os fatores biológicos e socioculturais em modelos integrativos, suscetíveis de ter em conta a complexidade da doença mental e dos mecanismos de interação gene-ambiente.

PALAVRAS-CHAVE: doença mental; genómica; epigenética; cultura; social; interação gene-ambiente

ABSTRACT:

Severe mental illnesses such as schizophrenia and bipolar disorder have a marked heritability, showing the important role that genetic factors play in their etiology. However, genetic epidemiology studies show that a polygenic multifactorial model of transmission is the best fit for the evidence coming from epidemiological studies. This circumstance also highlights the role of non-genetic factors, such as social and cultural determinants. Genomic studies show that the genetic architecture of these psychiatric disorders is complex, including common variants of small effect, rare variants of small and large effect, and a complex set of mechanisms, including epigenetic ones, which regulate the interaction between genetic and environmental factors. Epigenetic processes can be influenced by a variety of environmental factors, determining stable changes in gene expression. Changes in these processes may be able of exerting effects on the development/plasticity of the brain and neuroendocrine systems and contribute for the development of mental problems. Thus, understanding the causal and maintenance mechanisms of mental illnesses requires a paradigm shift in research in order to use models that join biological and sociocultural factors into

integrative models capable of considering the complexity of mental illness and gene-environment interaction mechanisms.

KEYWORDS: mental illness; genomics; epigenetics; culture; social; gene-environment interaction

1. INTRODUÇÃO

As doenças mentais constituem um conjunto heterogéneo de condições clínicas com manifestações sintomáticas diversas. Essa diversidade fenotípica é reflexo e consequência da enorme complexidade etiológica subjacente a estes quadros, multifatoriais e multideterminados na sua causalidade (MACEDO, 2014a). A maior parte das perturbações mentais resulta de uma intrincada interação de fatores genéticos e ambientais (MACEDO & AZEVEDO, 2001). Assim, para a sua compreensão é necessário o contributo integrado de uma multiplicidade de disciplinas científicas e de tecnologias, englobadas no que genericamente se designa por neurociências. Uma destas disciplinas é a neurogenómica, a qual investiga os mecanismos genéticos implicados nas doenças mentais de elevada hereditabilidade (h^2).[1] É de salientar que estas últimas constituem *traços complexos*, para os quais contribuem fatores genéticos não mendelianos (por exemplo: poligenes) e fatores não genéticos (por exemplo: ambientais), sendo que os mecanismos de interação gene/ambiente são eles próprios complexos, como é o caso dos mecanismos epigenéticos que mais adiante serão descritos (DOCHERTY & MILL, 2008). Algumas das doenças que mais exaustivamente têm

[1] Hereditabilidade — proporção da variância fenotípica atribuível aos fatores genéticos aditivos, variando de 0 a 1 — «0» a variabilidade fenotípica é devida inteiramente a fatores ambientais e «1», é inteiramente devida a fatores genéticos.

sido investigadas do ponto de vista genético são a esquizofrenia (Sz) (MACEDO & AZEVEDO, 1994) e a doença afetiva bipolar (BP) (MACEDO *et al.*, 1994; 1995). Estas perturbações têm uma apresentação clínica altamente heterogénea, que provavelmente estará relacionada com a complexa arquitetura genética subjacente a estas doenças. Na sua transmissão, a investigação favorece com maior probabilidade um modelo poligénico multifatorial, envolvendo a interação de alelos raros e comuns com fatores ambientais. Os alelos comuns contribuem com um efeito muito pequeno no risco global da doença (OR<1.2) enquanto as variações raras podem ser responsáveis por uma maior magnitude de risco (OR até 20) (INTERNATIONAL SCHIZOPHRENIA CONSORTIUM, 2009).

2. Genética Psiquiátrica

Nas últimas três décadas, os conhecimentos de genética e as biotecnologias sobre as quais assenta o seu desenvolvimento têm conhecido progressos notáveis. A aplicação desse conhecimento à medicina permitiu avançar no esclarecimento da etiologia e da fisiopatologia de inúmeras condições clínicas, fazendo progredir as aplicações terapêuticas das tecnologias moleculares. No caso da psiquiatria, a investigação genética tem, ao longo do tempo, usado um conjunto de paradigmas epidemiológicos e moleculares, com o objetivo de compreender o papel dos fatores genéticos na etiologia das perturbações psiquiátricas (KENDLER, 2005).

3. Epidemiologia Genética

Os métodos epidemiológicos têm como objetivo estimar a variância genética atribuível aos fatores genéticos (h^2) e aos fatores

não genéticos, usando estudos familiares de gémeos e de adoção. Neste tipo de estudos, os fatores de risco genéticos não são medidos diretamente — a sua existência é inferida por métodos estatísticos — desde os padrões de similaridade entre classes particulares de familiares, tais como gémeos monozigóticos (MZ) *vs.* dizigóticos (DZ) ou familiares biológicos e a sua descendência dada para a adoção.

Os *estudos familiares* fornecem a primeira evidência do possível envolvimento dos genes, sendo o risco mórbido (prevalência ajustada) dentro das famílias comparado com o observado na população geral ou em famílias de controlo. Se os familiares dos probandos afetados apresentam maior risco de doença, em comparação com os familiares dos probandos de controlo, temos uma primeira pista do envolvimento de fatores genéticos. No entanto, os estudos familiares não provam que a doença é «genética», apenas demonstram a existência de uma agregação familiar, que pode ser devida a fatores genéticos, ambientais ou a ambos. Quer na doença bipolar quer na esquizofrenia, os dados apontam para o risco mórbido nos familiares de primeiro grau dos probandos ser quase dez vezes superior ao observado na população geral. Os *estudos de gémeos* constituem uma das estratégias para tentar separar os efeitos dos fatores genéticos e ambientais. Estas observações assentam no facto de os gémeos dizigóticos (DZ) partilharem 50% dos genes (como qualquer par de irmãos) e os monozigóticos (MZ) partilharem 100% dos genes. Se a percentagem de concordância para o fenótipo estudado for significativamente maior nos MZ em relação aos DZ, é de supor que existe uma marcada influência genética para o traço ou distúrbio. Pelo contrário, se o ambiente fosse etiologicamente determinante, as taxas de concordância seriam semelhantes, independentemente da zigotia (por exemplo: semelhantes nos dois tipos de gémeos). Na doença bipolar (BP) e na esquizofrenia, as taxas de concordâncias nos MZ são significativamente superiores às observadas nos

DZ e as estimativas de h^2 são elevadas (>70 a 80%) (MACEDO & AZEVEDO, 2001).

4. GENÉTICA MOLECULAR

No paradigma de «procura de genes» (*gene finding*) as questões centrais, desde há cerca de trinta anos, são as seguintes: 1— Quais as variações genéticas envolvidas na etiologia das doenças psiquiátricas? 2 — Que tipo de variações estão implicadas? 3 — Onde estão localizadas?

Ao examinar a distribuição dos marcadores genéticos em famílias de afetados ou amostras de populações, estes métodos inferem a probabilidade de determinado locus, numa dada região genómica, estar associado à doença. As tecnologias moleculares de análise do ADN têm sofrido espantosos avanços nas últimas duas décadas, com o desenvolvimento de múltiplas formas de olhar para o mesmo problema, isto é, de procurar as variações genéticas envolvidas na vulnerabilidade para as doenças, sendo que estas técnicas não são, a maior parte das vezes, mutuamente exclusivas, mas antes complementarmente inter-relacionadas. No entanto, este paradigma de «procura de genes», mesmo levado ao limite das capacidades de resolução das atuais técnicas de análise do ADN, como é o caso das técnicas de sequenciação, não é suficiente para explicar etiologicamente a doença mental, dado que é necessário compreender os mecanismos que fazem a ponte entre a atuação das variantes genéticas e os fatores ambientais, como é o caso dos mecanismos epigenéticos.

4.1. Estudos de *linkage*

Nos anos noventa do século passado e no início do século XXI, o campo da genética molecular foi dominado pelos estudos de *linkage* e de associação «clássicos» (em contraponto aos atuais estudos de associação *genome-wide*).

O princípio de *linkage* baseia-se na exceção a uma das leis de Mendel (a lei da segregação independente dos alelos) — os alelos, que estão em estreita proximidade física, tendem a permanecer juntos durante a meiose (devido à menor probabilidade de recombinação) e, consequentemente, serão transmitidos conjuntamente à descendência em sucessivas gerações. Se no *pedigree* se verificar que determinado marcador (cuja localização cromossómica é conhecida) «acompanha» a doença, em todos os casos, é provável que exista um gene de suscetibilidade próximo do marcador. Embora múltiplos sinais de *linkage* tenham sido assinalados em múltiplos cromossomas quer na doença bipolar quer na esquizofrenia, no global os resultados foram inconsistentes e dececionantes. Isso deveu-se a múltiplas causas, incluindo a heterogeneidade genética, isto é, em diversas populações a doença poder resultar de diferentes constelações de genes. Mas, sobretudo, a natureza poligénica da doença — estarem envolvidos vários genes, cada um apenas contribuindo com um pequeno efeito para o risco. Na doença bipolar foram detetados sinais de *linkage* (com maior ou menor nível de significância estatística) em múltiplas regiões cromossómicas (1q32, 3q27-29, 4p16, 5q31-33, 6q, 8p, 10p, 11p, 12q23-q24.1, 13q32, 16p12, 18p11, 21q22.3, 22q12, Xq27-28) (MACEDO, 2008). Na nossa investigação com famílias portuguesas de indivíduos com doença bipolar, o resultado mais significativo de *linkage* foi em 6q22 (PATO *et al*., 2004; 2005).

4.2. Estudos de associação génica

Nos estudos de associação génica o objetivo é investigar as diferenças de frequência (maior ou menor) de determinado alelo/genótipo nos casos *vs.* nos indivíduos não afetados. Os estudos de associação têm, relativamente aos métodos de *linkage*, a vantagem de constituir um método com maior poder de resolução para descobrir os genes que contribuem aditivamente, mas em que nenhum, individualmente, é suficiente para a sua expressão (genes de efeito *minor).* Nos estudos de associação mais antigos eram usadas diversas abordagens. Uma delas era a de estudos de associação com genes candidatos que requer a formulação de hipóteses *a priori* sobre a fisiopatologia da doença e dos genes que putativamente nela estão implicados. Por exemplo, estuda-se na esquizofrenia os genes dos recetores dopaminérgicos ou na doença afetiva dos genes do sistema serotoninérgico.

Outra abordagem é a da associação com candidatos posicionais — assim designada porque é determinada a posição (localização cromossómica) dos genes de vulnerabilidade — habitualmente por meio de estudos prévios de *linkage*. Esta abordagem difere da anterior no sentido em que não é favorecida qualquer hipótese teórica *a priori,* sendo particularmente atrativa para a investigação de doenças cujo conhecimento fisiopatológico é muito limitado, como é o caso das doenças psiquiátricas.

4.3. Genome-wide association studies (GWAS)

Em 2003, o Human Genome Project completou o conhecimento da sequência dos três mil milhões de pares de bases azotadas do ADN ou nucleótidos (Adenina — A; Timina — T; Citosina — C; Guanina — G), revelando que os seres humanos são idênticos em cerca de 99,9% do ADN (cada um de nós é diferente de outra pessoa

em apenas 0.1% do ADN). É a ordem dessas letras (dos nucleótidos) que determina a sequência das proteínas necessárias a todas as funções do organismo — código genético. Ocasionalmente, ocorrem erros na «cópia» dessas letras (mutações) que podem envolver várias letras ou só uma, como é o caso dos chamados *Single Nucleotide Polymorphims* (SNPs). Estima-se que existam cerca de dez milhões de SNPs no genoma, ocorrendo a intervalos de cerca de trezentas bases. A maior parte destes SNPs não têm qualquer consequência patológica, fazendo apenas parte da variação genética normal do ser humano. No entanto, como a sua posição genómica é conhecida, podem ser usados como marcadores genéticos (isto é, como se fossem bandeirolas que marcam uma posição ao longo do genoma). Os avanços combinados da biotecnologia e da bioinformática permitem que se efetue uma rápida e económica (comparativamente aos estudos do passado) genotipagem de um número que pode ultrapassar um milhão de variações génicas, em milhares de indivíduos. Os estudos GWAS baseiam-se na hipótese *common disease, common variant,* que postula que as doenças comuns são atribuíveis, em parte, a variações alélicas presentes em mais de 1-5% da população. Estima-se que estas variações implicadas nas principais doenças psiquiátricas, tais como a esquizofrenia ou a doença afetiva bipolar, tenham uma magnitude de risco correspondendo a *odds ratios* relativamente baixos (OR< 1.2). Assim, para ultrapassar essa pequena magnitude de risco são necessárias amostras crescentes de casos, que sabemos hoje terem de incluir trinta a quarenta mil indivíduos, ou mais, se quisermos obter um poder estatístico suficiente para encontrar associações significativas. A vantagem desta nova geração de *genome-wide association studies* (GWAS), para além do melhor poder de resolução para detetar variações genéticas com um efeito mínimo de risco, é o facto de dispensar a necessidade de ter uma hipótese fisiopatológica *a priori* para estudar genes específicos, como no caso da abordagem de genes candidatos.

Na doença bipolar têm sido identificadas várias associações significativas com variações genéticas específicas — *ANK3* (que codifica a ankyrin 3), *CACNA1C* (codifica a subunidade alfa de um canal de Ca), *NCAN* (codifica a neurocan) e outros genes como o *PBRM1*, *NRGN* (neurogranin) e *MHC region* (região da histocompatibilidade humana) também foram associados a esta doença.

Na esquizofrenia, os estudos GWAS também resultaram em alguns interessantes *outpouts*. Variantes no locus major de histocompatibilidade (MHC) no cromossoma 6 foram associados à Sz em várias amostras, incluindo a nossa (INTERNATIONAL SCHIZOPHRENIA CONSORTIUM, 2009). Outras associações significativas incluem o MIR137 (gene que codifica o microRNA miR-137[2]), o *Transcription Fator 4* -TCF4 (18q21.2) e *Neurogranin* -NGRN (11q24.2) (STEFANSSON *et al.*, 2009), sendo que em relação a este último gene já tínhamos reportado a sua associação à esquizofrenia (RUANO *et al.*, 2008). Em análises conjuntas com a doença bipolar, foram também associados à esquizofrenia os genes *Zinc finger protein 804A* (ZNF804A) (2q32.1), *CACNA1C* e *ANK3* (KIM *et al.*, 2011). Estes dados vieram evidenciar que a doença bipolar e a esquizofrenia partilham parte da sua vulnerabilidade genética, tal como já tínhamos realçado (MACEDO *et al.*, 2004).

4.4. Variações estruturais

Para além das mutações que envolvem um número muito limitado de pares de bases ou só um, como é o caso dos SNPs, existem

[2] Os MicroRNAs (miRNAs) são RNAs não codificadores expressos em todo o cérebro, com a capacidade de regular a expressão génica ao nível pós-transcrição. A disfunção neste sistema de regulação pode contribuir para um conjunto de múltiplas perturbações neurodesenvolvimentais como a síndrome de Rett e X-frágil e perturbações comportamentais complexas tais como a esquizofrenia, depressão e dependência para drogas. (HI & KENNY, 2012).

variações no ADN que envolvem porções maiores, desde algumas centenas até milhares de pares de bases que podem estar em falta (deleções) ou estar «a mais» (inserções). Estas alterações consistem em duplicações ou deleções (sendo estas mais frequentes) submicroscópicas de segmentos do ADN (*copy number variation* — CNV) e constituem uma causa comum da normal variação genética em humanos, mas tem vindo a ser evidenciado o seu papel em associação com diversas doenças, nomeadamente doenças associadas ao neurodesenvolvimento, como a Sz, autismo e algumas formas de atraso mental (ZHANG *et al.*, 2009). As CNVs podem manifestar efeitos fenotípicos através de vários mecanismos estruturais/reguladores, o mais comum dos quais consiste na alteração da expressão génica por meio de um efeito de dosagem génica, perda de função génica ou fusão génica quando uma CNV causa disrupção do gene (DUAN *et al.*, 2010; STANKIEWICZ & LUPSKI, 2010).

Vários estudos levaram à identificação de algumas regiões (1q21.11, 2p16.3 (NRXN1), 3q26.1, 3q29, 5p13.2, 7q11.2, 7q22.1, 7q36.3, 15q11.2, 15q13.1, 15q13.3, 16p11.2, 16p13.1, 17.p12, 17q12, 22q11.2) com excesso de CNVs nos doentes com esquizofrenia (DOHERTY *et al.*, 2012). Pensa-se que estas CNVs sejam relativamente raras, mas podem determinar um efeito maior no risco (OR até 10 ou mais), comparativamente às variações comuns. Uma característica comum de várias destas CNVs é o de afetar o envolvimento de proteínas relacionadas com o neurodesenvolvimento e o funcionamento sináptico, em particular a sinalização sináptica mediada pela neuregulina e neurexina.

5. O PROBLEMA DA HEREDITABILIDADE PERDIDA

Nas doenças psiquiátricas, os resultados dos estudos de genética molecular, incluindo os mais recentes GWAS, têm sido relativamente

dececionantes. As associações reportadas apresentam replicações inconsistentes e, sobretudo, com um efeito no risco muito pequeno, isto é, apenas explicam uma pequena fração da elevada hereditabilidade (h^2) que estas doenças exibem. Este problema tem sido descrito na literatura como *missing heritability* (MANOLIO *et al.,* 2009). Várias são as hipóteses avançadas para explicar as dificuldades que os estudos moleculares têm tido para evidenciar a elevada hereditabilidade que os estudos de epidemiologia genética, nomeadamente os estudos de gémeos, tinham revelado: 1 — definições fenotípicas imperfeitas; 2 — heterogeneidade genética consequente a diferentes arquiteturas alélicas em populações/indivíduos distintos; 3 — implicação de um número muito maior do que era esperado de variações de pequeno efeito; 4 — baixo poder estatístico das amostras usadas recentemente para detetar estas variações comuns de pequeno efeito; 5 — complexidade dos mecanismos genéticos envolvidos — para além das variações comuns (que têm sido o foco de atenção principal nos estudos GWAS), estão provavelmente envolvidas variações raras e mecanismos complexos de interação gene-gene (epistásticos) e interação gene-ambiente (epigenéticos).

6. EVOLUÇÃO GENÉTICO-CULTURAL — O CÉREBRO SOCIAL

A visão convencional darwiniana da evolução é a de um processo relativamente linear e unívoco (influenciado de fora para dentro). Por exemplo, os climas quentes vão selecionar adaptações que ajudem os organismos a dispersar o calor — menos pelos, glândulas sudoríparas, orelhas grandes. Assim, esta perspetiva propõe que, como resultado da seleção natural, as propriedades do ambiente moldam o organismo, mas não o inverso. A partir da década de setenta do século passado, autores como Bill Hamilton, John Maynard-Smith,

Robert Trivers e George Williams, desenvolveram dentro da biologia da evolução uma nova perspetiva sobre o processo de seleção natural. Esta visão de *gene-selectionism* ou *gene's-eye view* postula que, para entender a evolução, é preciso olhar na perspetiva do gene e não do organismo. Este último apenas serve o propósito de propagar os genes. Por outro lado, o organismo pode atuar de dentro para fora, modelando o ambiente de modo a criar condições para uma melhor adaptação e, consequentemente, melhor propagação dos genes. Todos os seres vivos, através do seu metabolismo, atividades e escolhas, modificam o ambiente em que vivem — escolhem os habitats, constroem ninhos, tocas, barragens, retiram energia e recursos dos seus ambientes, entre outros. Este processo de modificação ambiental causada pelo organismo foi designado de *niche construction* (ODLING-SMEE *et al*., 2003) e determinou nos modelos de causalidade da evolução uma mudança de uma perspetiva de causalidade linear para uma visão de causalidade cíclica. Esta teoria da construção do nicho é importante no sentido de enfatizar a capacidade ativa que os organismos têm para modificar a evolução natural, nos seus ambientes (KYLAFIS & LOREAU, 2008) não sendo apenas agentes passivos da influência ambiental ou, dito de outra forma, reativos ao ambiente. Este é um ponto de enorme relevância para o caso da evolução humana, no que diz respeito à compreensão do papel da cultura[3] na evolução do ser humano, sendo a cultura, simultaneamente, um produto da construção do nicho humano e uma causa de mudança evolutiva, como referem Richerson e Boyd (2005):

> Culture is an evolving product of populations of human brains, brains that have been shaped by natural selection to learn and

[3] Cultura — toda a informação que os indivíduos adquirem de outros indivíduos por meio de um conjunto de processos de aprendizagem social, incluindo ensino e imitação (BOYD & RICHERSON, 1985).

> manage culture. Culture-making brains are the product of more than two million years of more or less gradual increases in brain size and cultural complexity.

Richard Dawkins, na sua obra *The extendend phenotype* (1982), um dos livros mais importantes da biologia do final do século XX, postula que a cultura funciona como uma extensão do fenótipo humano e um instrumento que está ao serviço da propagação dos genes:

> The phenotypic effects of a gene are the tools by which it levers itself into the next generation, and these tools may «extend» far outside the body in which the gene sits, even reaching deep into the nervous systems of other organisms.

Embora classicamente se considerasse que a informação biológica é transmitida, ao longo das gerações, apenas através da sequência de ADN, a herança dos genes não explica toda a transmissão intergeracional de informação. As evidências mostram que também existe uma transmissão de informação não genética (BONDURIANSKY & DAY, 2009) e que a interação desta última com a informação genética tem efeitos relevantes nos *outcomes* evolutivos (DANCHIN *et al.*, 2011). A informação não genética pode ser transmitida, entre gerações, por vários mecanismos: efeitos parentais, transmissão ecológica[4], transmissão cultural e mecanismos epigenéticos (BONDURIANSKY & DAY, 2009). Neste contexto, foi proposto um conceito de *hereditabilidade inclusiva* com o objetivo de abarcar todas as dimensões de hereditariedade (DANCHIN & WAGNER, 2010). Os hominídeos «inventaram» a cultura e, a partir daí, genes e cultura funcionam

[4] Diz respeito à transmissão, entre gerações, das mudanças ambientais não genéticas resultantes dos processos consequentes à construção do nicho.

como duas formas interativas de herança, sendo que os descendentes recebem um duplo legado (genético e cultural) dos seus antecessores. Richerson e Boyd (2005), muito elegantemente, realçam que a cultura é um produto da biologia com o seu próprio sistema evolutivo, o qual, por sua vez, exerce um *feedback* sobre a biologia ao atuar sobre a seleção genética, num processo designado como coevolução genético-cultural:

> We are largely what our genes and our culture make us. In the same way that evolutionary theory explains why some genes persist and spread, a sensible theory of cultural evolution will have to explain why some beliefs and attitudes spread and persist while others disappear.
>
> Culture affects the success and survival of individuals and groups: as a result, some cultural variants spread and others diminish, leading to evolutionary processes that are every bit as real and important as those that shape genetic variation. These culturally evolved environments then affect which genes are favored by natural selection.

Genes e cultura funcionam como duas formas interativas de herança, sendo que os descendentes recebem um duplo legado (genético e cultural) dos seus antecessores. Enquanto a transmissão genética é vertical (pai para filho), a transmissão cultural pode ser vertical, horizontal e oblíqua (CAVALLI-SFORZA & FELDMAN, 1981).

Quando referimos uma dupla herança (cultural e genética) não estamos apenas a falar de duas linhas de evolução que são paralelas ou sumativas — é extraordinário verificar que as práticas culturais vão influenciar diretamente a seleção genética —, ou seja, vamos ter também uma causalidade cíclica em que as práticas culturais alteram o ambiente e determinam pressões seletivas sobre certos genes em detrimento de outros (LALAND *et al.*, 2010).

Múltiplas evidências mostram que as práticas culturais modificaram condições ambientais que, por sua vez, determinaram alterações nas frequências alélicas de genes específicos (DURHAM, 1991). Um dos mais conhecidos e citados exemplos é o da prática cultural da criação de gado leiteiro e a produção de laticínios que determinou um ambiente seletivo favorável ao alastramento do alelo da tolerância à lactose no adulto em menos de nove mil anos (HOLDEN & MACE, 1997; BURGER *et al.*, 2007; TISHKOFF *et al.*, 2007). Assim como há uma seleção dos genes que favorecem a adaptação nos humanos, os elementos culturais (memes[5]) transmitem-se de cérebro para cérebro de forma consistente ao longo do tempo, sofrem «mutações» e estão também sujeitos a seleções de acordo com os seus efeitos na adaptação dos seus portadores (GINTIS, 2011).

Como sublinham Richerson e Boyd (2005), a dinâmica da coevolução gene-cultura poderá constituir o modo dominante da evolução humana, sendo muito mais rápida que a evolução «clássica»:

> Culture is interesting and important because its evolutionary behavior is distinctly different from that of genes (...) because it can evolve fancy adaptations to changing environments rather more swiftly than it is possible by genes alone.

Da mesma forma, Wilson (1975) enfatiza a celeridade da dinâmica da coevolução gene-cultura:

> Human social evolution proceeds along a dual track of inheritance: cultural and biological. (...) Cultural evolution is Lamarckian

---

[5] Richard Dawkins, no seu livro *The selfish gene* (1976), desenvolveu o conceito de meme, que é para a cultura o que o gene é para a biologia — o meme é considerado a unidade de evolução cultural e a unidade de informação que se multiplica de cérebro em cérebro, ou entre locais onde a informação é armazenada (por exemplo, livros).

> and very fast, whereas biological evolution is Darwinian and usually very slow.

O facto de a conjunção dos mecanismos evolutivos culturais e genéticos ser mais rápida que a evolução darwiniana, também é útil por permitir uma maior flexibilidade fenotípica e ser mais adequada para lidar com rápidas modificações ambientais, e por afetar de uma forma cada vez mais rápida, global e simultânea um número crescente de indivíduos. Matt Ridley, no seu livro *O Otimista Racional* (2013), sublinha essa influência abrangente que a cultura tem sobre os indivíduos:

> A determinada altura a inteligência humana tornou-se coletiva e cumulativa como não aconteceu com qualquer outro animal (...) quando se trata de explicar essa extraordinária capacidade para a mudança que existe na nossa espécie. Não se trata de algo que acontecesse no interior de um cérebro. Trata-se de algo que aconteceu entre cérebros. Foi um fenómeno coletivo.

De igual modo, Merlin Donald (2004) sublinha que a cultura se projeta no espaço social e adquire «vida própria», como produto do coletivo social, mas continuando a influenciar e a ser influenciada pelas mentes individuais.

> Culture itself has network properties not found in individual brains. (...). The individual mind is thus a hybrid product, partly organismic in origin, and partly ecological, shaped by a distributed network whose properties are changing.

O facto de o Homem ser um animal social constitui um elemento fulcral e determinante para a compreensão do seu percurso evolutivo. A natureza gregária da nossa relação com os restantes membros da

espécie e a necessidade de aprofundar e complexificar essa relação, constituiu uma pressão evolutiva que originou, desde há pouco mais de dois milhões de anos, mudanças anatómicas e funcionais que conduziram ao *Homo sapiens sapiens*. A necessidade de comunicar eficazmente e de compreender os estados mentais dos outros determinou o desenvolvimento da linguagem, das competências de mentalização e de compreensão emocional (empatia), altruísmo e colaboração.

Assim, estima-se que centenas de genes evoluíram por mecanismos de coevolução genético-cultural, nomeadamente aqueles que estão ligados ao desenvolvimento das funções cognitivas complexas, linguagem e comportamento pró-social (genes CDK5RAP2, CENPJ, GABRA4, PSEN1, SYT1, SLC6A4, SNTG1,GRM3, GRM1, GLRA2, OR4C13, OR2B6, RAPSN, ASPM, RNT1,SV2B, SKP1A, DAB1, APPBP2, APBA2, PCDH15, PHACTR1, ALG10, PREP, GPM6A, DGKI, ASPM, MCPH1, FOXP2) (LALAND *et al.*, 2010).

Para a melhor compreensão dos eventos moleculares implicados no desenvolvimento da cognição humana deve igualmente ter-se em conta a variável tempo, numa perspetiva desenvolvimental, visto que, nos humanos, as capacidades cognitivas tais como a linguagem e outras emergem durante a infância e a adolescência Os estudos moleculares comparativos dos genes expressos no córtex pré-frontal de humanos, chimpanzés e macacos-rhesus mostram importantes variações — nos humanos, as mudanças desenvolvimentais estão retardadas comparativamente aos outros primatas (SOMEL *et al.*, 2009). Este fenómeno designa-se como heterocronia, neste caso na forma de neotenia. Isto é, a maturação cerebral das crianças humanas é muita mais lenta que a observada em chimpanzés e outros primatas. Esta alteração neoténica sugere que os humanos conservam maior número de sinapses corticais, podendo conservar maior plasticidade cerebral durante mais tempo que os outros primatas. Nos humanos há uma maior expressão de genes sinápticos ao longo

de toda a vida (CÁCERES *et al.*, 2007), o que pode estar ligado à maior densidade neuropílica reportada no córtex frontopolar, em comparação com o observado no chimpanzé (SPOCTER *et al.*, 2012), o que, aliado a um maior número de neurónios nos humanos, poderá explicar a sua superioridade cognitiva (SOMEL *et al.*, 2013).

7. Integrar a Neurobiologia e o social

A metodologia reducionista é fundamental em múltiplas áreas da investigação e indispensável ao estudo de sistemas complexos (BECHTEl & RICHARDSON, 2010). No entanto, deixa de ser útil quando se transforma numa ideologia de «vistas curtas» (ROSE, 2012) e o seu poder explicativo é «esticado» para além do que é razoável, e frequente no caso nas neurociências (MACEDO, 2014b; 2017). Este simplismo reducionista é ilustrado pelas afirmações de alguns célebres neurocientistas como o teórico da consciência Gerald Edelman (2004) — «You are your brain», ou Francis Crick — «You are nothing but a bunch of neurons» (Crick, 1994). Na secção anterior já salientámos que o cérebro e a cognição humana evoluíram num processo iterativo, em que o contexto e a cultura exerceram uma pressão evolutiva, isto é, o cérebro não se desenvolveu a si próprio. Por outro lado, é importante não perdermos de vista que não é o cérebro que possui conceitos, pensa ou tem livre-arbítrio — é a pessoa que contém esse cérebro que desenvolve essas funções e características. Naturalmente, preciso do meu cérebro para pensar, tal como preciso das minhas pernas para caminhar, mas quem caminha não são as minhas pernas, ao mesmo título que quem pensa não é o meu cérebro — sou Eu, como pessoa global e inserida num contexto social e cultural que é indissociável do meu Eu, no sentido em que contribui para a minha identidade estrutural, mas também funcional: quem sou e o que faço. A mente precisa do cérebro, mas

não é redutível a ele. No entanto, a perspetiva reducionista de identidade cérebro-mente é aquela que é rotineiramente adotada pelas neurociências. Assim, a verdade é que uma abordagem reducionista desta natureza não é suscetível de fornecer a «explicação» do funcionamento mental normal ou anormal. Por exemplo, no caso das doenças mentais, não podemos perder de vista que estas perturbações constituem processos emergentes de sistemas complexos, com uma causalidade multicomponencial e uma organização multinível (KENDLER, 2008).

Neste contexto concetual, Dominic Murphy (2008) caracteriza esses vários níveis descritivos como «levels of understanding», explicando-os do seguinte modo:

> The levels are not rival descriptions of the same process, but descriptions of different processes. Also, the levels interact with each other — explanations cross levels.

Para compreenderemos o funcionamento psicológico normal, bem como a psicopatologia, necessitamos de conjugar o melhor de dois mundos. Precisamos de um reducionismo esclarecido e crítico que tem a noção da sua incompletude explicativa e, como tal, procura integrar outros níveis explicativos, ancorados numa abrangência biopsicossocial, fugindo do erro essencialista tão comum, para procurar um pluralismo integrativo, tal como as palavras de Steven Rose (2012) sublinham:

> (...) it is necessary to contest such reductionism with a more integrative understanding of embodied brains and embedded bodies, to provide an evolutionary and developmental perspective firmly located within a biosocial framework.

8. *INTERFACE* GENE-AMBIENTE — O EPIGENOMA

Assim, sejam quais forem os desenvolvimentos técnicos que venham a ocorrer em termos da deteção de variações na sequência genómica (mutações), sejam comuns ou raras, uma procura etiológica da doença mental exclusivamente baseada nos fundamentos genéticos não é capaz de nos fornecer uma explicação exaustiva de todos os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nestas doenças, na medida em que será sempre necessário ter em linha de conta a influência patogénica dos eventos não genéticos (isto é, ambientais) e, sobretudo, compreender os mecanismos de atuação nesta *interface* genes-ambiente. Aqui, a questão está em como é que os fatores ambientais agem sobre o genoma para determinar a regulação da expressão génica? Ou, como dizem os autores anglo-saxónicos, «How does the social get under the skin?» (SLABY & CHOUDHURY, 2012).

Um campo de investigação com um crescimento exponencial e que pode trazer muitas das respostas a esta questão, e completar este *puzzle* da compreensão patogénica das patologias psiquiátricas e de muitas outras patologias médicas, é a área da epigenética (PETRONIS & MILL, 2011; JIRTLE & TYSON, 2013) a qual faz a ponte entre os fatores genéticos e ambientais (KUBOTA *et al.*, 2012).

Existe um enorme corpo de investigação epidemiológica que fornece evidências sobre a possibilidade de numerosos fatores/eventos ambientais estarem etiologicamente associados a várias patologias psiquiátricas — consumo de drogas, agentes infeciosos, tóxicos, acontecimentos de vida adversos (sobretudo na infância), privação nutricional da mãe/*stress* durante a gravidez, migração, entre outros. Por exemplo, vários fatores de risco que implicam exposições pré-concecionais, pré-natais ou na infância precoce têm sido consistentemente relacionados com a esquizofrenia, incluindo idade paterna (IP) na altura da conceção, privação nutricional no primeiro trimestre de gravidez, urbanicidade e migração (OS & KAPUR, 2009).

Hoje, torna-se evidente que os mecanismos epigenéticos podem mediar os efeitos desses fatores de risco (HEIJMANS *et al.*, 2009), na medida em que o *status* epigenético do genoma (ou seja, epigenoma) é não só responsivo às mudanças ambientais, mas é um dos principais mecanismos efetores da regulação desta *interface* gene/ambiente.

Sequenciar o genoma foi apenas o primeiro passo para compreender o modo como os genes são expressos e regulados (ou desregulados) e uma porta que se abriu para a era pós-genómica no que diz respeito à compreensão das várias «camadas» explicativas da regulação génica, nesta interação recíproca e altamente dinâmica dos fatores *inside the skin* e *outside the skin*. Para além da sequência do ADN, cujas alterações (isto é, mutações) têm sido o foco principal de atenção da genética clássica, numa tentativa de explicar a etiologia genética das doenças, existem outros estratos de informação que dizem respeito ao epigenoma e, ainda dentro deste, ao imprintoma.[6] O epigenoma regula múltiplas funções do genoma, nomeadamente quando e onde (e quais) os genes são ativados ou desativados. A designação «epigenética» (significa literalmente *acima da genética*) foi cunhada em 1942 por Conrad Waddington que a definiu como «The interactions of genes with their environment which bring the phenotype into being.» (JIRTLE, 2013) e que é descrita como o estudo das alterações da regulação génica que ocorrem sem qualquer mudança na sequência do ADN. As principais diferenças entre o «silenciamento» genético (isto é, resultante de uma alteração da sequência do ADN — mutação) e epigenético de um gene é que o silenciamento genético é fixo e imutável e o epigenético

[6] O imprintoma (a designação deriva do conceito de *imprinting*) aparece pela primeira vez em 2009 (Jirtle, 2009) e corresponde à parte do epigenoma que regula os genes segundo um efeito estável designado de *parent-of-origin* — alelos que são expressos monoalelicamente em funções de marcas epigeneticamente derivadas do pai ou da mãe.

é reversível e, por isso, pode ser objeto de intervenções terapêuticas e preventivas. Outras características importantes dos processos epigenéticos: ocorrem com maior relevância em períodos-chave do desenvolvimento (estado embrionário; neonatal; adolescência, idoso); são dinâmicos por serem sensíveis ao ambiente; e são modificáveis por fatores tais como a nutrição, os fármacos e os químicos, os fatores psicossociais.

Assim, a epigenética refere-se a uma regulação génica que é transmissível, mas reversível. Os principais mecanismos moleculares pelos quais atua são:

- metilação do ADN;
- modificação das proteínas histónicas (por exemplo, acetilação, metilação, fosforilação e ubiquitinação);
- ação de microRNAs (RNA-não codificadores);
- alterações conformacionais da cromatina.

Por exemplo, a discordância em gémeos monozigóticos, quer para traços normais quer patológicos, pode ser explicada por diferentes padrões epigenéticos (FRAGA *et al.*, 2005).

Um dos processos de modificação epigenética mais conhecidos é a metilação que envolve a transferência de um grupo metil a partir da S-adenosil-metionina (SAM), para a posição 5 do anel da pirimidina citosina e só ocorre no dinucleótido citosina-guanina (CpG). Esse processo é mediado por um grupo de enzimas — DNA metiltransferases (DNMT) e ocorre em cerca de 3% das citosinas. A metilação acontece principalmente nas regiões reguladoras do gene — na área promotora, impedindo o acesso aos fatores de transcrição e RNA polimerase, resultando em silenciamento do gene. Assim, para muitos genes há uma relação inversa entre o grau de metilação e a sua expressão. Isto é, os genes hipermetilados estão *off* e os desmetilados estão *on*. Outro importante mecanismo epigenético diz respeito às modificações histónicas. As histonas são proteínas que «empacotam»

o ADN em unidades estruturais chamadas *nucleossomas* para formar a cromatina. Essa compactação da cromatina visa não só diminuir o tamanho da molécula, mas também serve de mecanismo de controlo da regulação da expressão génica. A maior ou menor condensação da cromatina é controlada por enzimas (acetiltransferases/desacetilases) que atuam sobre as histonas, sendo o estado de modificação histónica o que determina o acesso (ou não) à transcrição do ADN. Por exemplo, a acetilação da cauda histónica aumenta a acessibilidade à transcrição e expressão génica. A cromatina condensada em que o ADN e as histonas estão compactadas, bloqueiam o acesso aos fatores de transcrição e outros elementos necessários à expressão do gene. Pelo contrário, a cromatina aberta (eucromatina) está ativa no sentido em que permite à maquinaria celular de transcrição ter acesso ao gene e à respetiva expressão (Quadro 1).

Quadro 1 — Mecanismos epigenéticos de regulação génica.

Gene *on* está associado a:	**Gene *off* está associado a:**
Cromatina ativa (eucromatina)	Cromatina condensada (heterocromatina)
Citosinas não metiladas	Citosinas metiladas
Histonas acetiladas	Histonas desacetiladas

Mais recentemente foi descrito o papel das moléculas de RNA não-codificadores que funcionam como reguladores da expressão génica a nível da transcrição e pós-transcrição, desempenhando um importante papel de regulação epigenética do desenvolvimento (IM & KENNY, 2012). Estas moléculas têm sido implicadas em múltiplas doenças do Sistema Nervoso Central (SNC) — Alzheimer, Parkinson, Huntington, esclerose múltipla, esquizofrenia, autismo, depressão e doença bipolar, e poderão vir a servir de biomarcadores para o diagnóstico/prognóstico de doenças SNC.

O interesse da investigação epigenética nas doenças neuropsiquiátricas surgiu por diversas vias. Uma delas foi a descoberta que

a síndrome de Rett, perturbação que, entre várias manifestações clínicas, apresenta características autistas, está associada ao gene *methyl-CpG binding protein2* (MECP2) que codifica um repressor da transcrição. Mas também *via* modelos animais que têm sido desenvolvidos para estudar os mecanismos moleculares pelos quais diversos fatores ambientais (nutrição pré-natal, abuso de drogas materno, *stress* pré-natal, cuidados maternos e enriquecimento cultural) têm o seu impacto no desenvolvimento. Esses modelos mostram que os mecanismos epigenéticos medeiam a relação entre exposição ambiental e *outcomes* neurocomportamentais de longo prazo.

8.1. Eventos psicossociais adversos, epigenética e psicopatologia

É mais intuitivo aceitar que fatores ambientais como drogas, tóxicos, agentes infeciosos, nutrientes (ou a sua falta) possam atuar sobre o comportamento por intermédio de mudanças neurobiológicas, do que os eventos sociais (DOCHERTY & MILL, 2012). No entanto, os estudos epidemiológicos têm demonstrado, ao longo de décadas, uma clara associação entre os eventos sociais negativos/*stress* social (sobretudo precoces) e uma vasta gama de condições psicopatológicas, nomeadamente doença afetiva (depressão) e comportamento suicidário (FERGUSSON *et al.*, 2008). e outras condições como psicose (SELTEN *et al.*, 2013).

O abuso na infância — sexual (ASI), físico (AFI) — e a negligência parental constituem fortes preditores das perturbações depressivas (ARNOW, 2004) e suicídio (EVANS *et al.*, 2005) no adulto. Todas estas evidências epidemiológicas são conhecidas há décadas, mas os mecanismos subjacentes é que não eram compreendidos. Por exemplo, estudos da interação gene-ambiente mostraram que os efeitos deletérios dos traumas precoces poderiam ser mediados por

algumas variações genéticas (por exemplo, polimorfismos dos genes MAO A e 5-HTT) (KIM-COHEN *et al.*, 2006; CASPI *et al.*, 2003). No entanto, permanecia por explicar como é que essas variações genéticas vulnerabilizavam certos indivíduos e outros não. O conhecimento, por meio de modelos animais, de que os traumas precoces podem induzir alterações epigenéticas, aliado aos estudos sobre o sistema de resposta ao *stress* — eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e as disfunções da sua reatividade — vieram trazer alguma luz, no sentido de percebermos como é que determinados eventos stressantes negativos, muitos dos quais tão precoces, vêm a determinar patologias emocionais na idade adulta. Por exemplo, ratos expostos a intenso *stress* pré-natal apresentam uma hiper-reatividade permanente no funcionamento do eixo HPA, que se traduz em níveis de cortisol elevado, quer em repouso quer em resposta ao *stress* (MACCARI & MORLEY-FLETCHER, 2007), tendência que persiste na idade adulta.

Um fator ambiental psicossocial de crucial importância, evidenciado em modelos animais, é a quantidade e qualidade do cuidado materno. Em humanos, também foi demonstrado que o nível de «calor» maternal experienciado na infância precoce está associado a múltiplas alterações comportamentais, incluindo problemas da conduta (HIPWELL *et al.*, 2008) e depressão (BRENNAN *et al.*, 2003). Modelos animais como os de Weaver e colaboradores (WEAVER *et al.*, 2004) mostraram que, em ratos, a ausência ou negligência dos cuidados maternos no período pós-natal precoce determinam modificações epigenéticas num fator de transcrição (NGF1-A) na região promotora do recetor glicocorticoide Nr3c1 (RG), com a consequente hipermetilação e redução da expressão do gene no hipocampo. A consequência nesses ratinhos de mães «negligentes» traduz-se numa hiper-reatividade ao *stress* a qual se deve à redução de expressão do RG Nr3c1 no hipocampo, por défice do mecanismo de *feedback* inibitório do eixo HPA, que pode persistir por toda a vida. Em resul-

tado disso, esses animais reagem ao *stress* de forma mais intensa e prolongada. Nos humanos têm-se verificado fenómenos semelhantes. Por exemplo, o estudo de Oberlander *et al.* (2008) mostrou que os filhos de mães deprimidas/ansiosas durante o último trimestre de gravidez apresentavam maior metilação do gene RG e aumento da resposta do cortisol ao *stress* aos três meses. Tentando transpor estes achados dos ratos para os humanos, McGowan *et al.* (2009) investigaram, em estudos *post mortem*, as diferenças epigenéticas no promotor do gene do recetor glucocorticoide (NR3C1) no hipocampo de indivíduos vítimas de abuso na infância, que cometeram suicídio, em comparação com suicidas sem história de abuso infantil e controlos. Nos primeiros encontraram redução dos níveis de RNAm do RG NR3C1, bem como aumento da metilação do promotor desse gene. Todos estes achados evidenciam o impacto que os cuidados parentais (ou a sua falta) têm nos mecanismos epigenéticos que intervêm na regulação dos genes envolvidos nos mecanismos de resposta ao *stress*, que a longo prazo se associam a um conjunto de diversas condições psicopatológicas.

Globalmente, as evidências sugerem que os processos epigenéticos podem ser influenciados por uma variedade de fatores ambientais, determinando alterações estáveis da expressão génica. O epigenoma parece ser particularmente vulnerável à disrupção durante o desenvolvimento pré-natal e pós-natal precoce, quando os circuitos neurais são particularmente plásticos. Os achados empíricos também sugerem que essas alterações ambientalmente induzidas são capazes de exercer efeitos alargados no desenvolvimento e plasticidade do cérebro e dos sistemas neuroendócrinos, cujas consequências frequentemente se tornam manifestas muito tempo depois da exposição.

PONTOS–CHAVE

Estudos de epidemiologia genética

- Os estudos de epidemiologia genética das doenças mentais com maior hereditabilidade (esquizofrenia e doença bipolar) evidenciam a crucial importância dos fatores genéticos na sua etiologia, sendo que um modelo multifatorial poligénico é o que melhor se ajusta às evidências dos estudos epidemiológicos e moleculares.
- O risco de esquizofrenia ou doença bipolar em um familiar de primeiro grau de um probando com estas doenças é, em média, cerca de oito a dez vezes superior a um familiar de primeiro grau de um probando de controlo.

Estudos de genética molecular

- Os estudos de genética molecular mostraram que as doenças mentais, como fenótipos complexos que são, não podem ser explicadas por um pequeno número de variações genéticas (raras e/ou comuns). Os mais recentes GWAS mostraram que o número de variações comuns associadas à BP e à SZ é grande e que cada uma dessas variantes associadas tem um efeito muito pequeno (OR<1) insuficiente para explicar a hereditabilidade destas doenças.
- As evidências apontam para uma complexa arquitetura genética destas doenças psiquiátricas, incluindo variações comuns de pequeno efeito, variações raras de pequeno e grande efeito (sendo que algumas serão mutações de novo) e uma complexa *interface* de mecanismos epigenéticos que regulam a interação entre os aspetos genéticos e os fatores ambientais.

Coevolução genética e cultural

- O ser humano atual é o resultado de mais de dois milhões de anos de coevolução genética e cultural. Isto é, a interação cíclica entre uma evolução genética darwiniana, lenta e linear, com uma evolução cultural rápida mais adequada à adaptação a modificações ambientais rápidas. Este processo de coevolução pode estar na origem recente (alguns milhares de anos) de várias centenas de genes, alguns dos quais podem contribuir para influenciar o desenvolvimento de algumas condições psicopatológicas.

Mecanismos da interação genes/ambiente

- Muita da variação fenotípica nas populações humanas, incluindo múltiplas patologias médicas e psiquiátricas, podem ser causadas, para além das alterações na sequência do ADN (mutações), por diferenças na programação da função dos genes — mecanismos epigenéticos.
- Globalmente, as evidências sugerem que os processos epigenéticos podem ser influenciados por uma variedade de fatores ambientais, determinando alterações estáveis da expressão génica, nomeadamente durante o desenvolvimento precoce pré e pós-natal, quando os circuitos neurais são particularmente plásticos. Essas alterações são capazes de exercer efeitos no desenvolvimento/plasticidade do cérebro e sistemas neuroendócrinos, cujas consequências frequentemente se tornam manifestas muito tempo depois da exposição.
- Assim, é de esperar que uma melhor explicação dos mecanismos subjacentes às interações genes-ambiente mediadas por processos epigenéticos forneça uma melhor compreensão etiológica das doenças psiquiátricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bonduriansky, R. & Day, T. (2009). Nongenetic inheritance and its evolutionary implications. *Ann. Rev. Ecol. Evol. Syst*, 40, 103-125

Boyd, R. & Richerson, P.J. (1985). *Culture and the evolutionary process*. Chicago: University of Chicago Press

Brennan, P. A., Le Brocque, R. & Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent–child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 1469-1477

Burger, J., Kirchner, M., Bramanti, B., Haak, W. & Thomas, M. G. (2007). Absence of the lactase-persistence associated allele in early Neolithic Europeans. *PNAS*, 104 (10), 3736-3741

Cáceres, M., Suwyn, C., Maddox, M., Thomas, J.,& Preuss, T. (2007). Increased cortical expression of two synaptogenic thrombospondins in human brain evolution. *Cereb. Cortex*, 17, 2312-2321

Caspi, A., Sugden, K., Moffit, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. L. & Poulto, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 30, 386-389

Cavalli-Sforza, L. L. & Feldman, M. W. (1981). *Cultural transmission and evolution*. Princeton: Princeton University Press

Crick, F. (1994). *The astonishing hypothesis: The scientific search for the soul*. Nova Iorque: Simon & Schuster

Danchin, E., Charmantier, A., Champagne, F. A., Mesoudi, A., Pujol, B. & Blanchet, S. (2011). Beyond DNA: Integrating inclusive inheritance into an extended theory of evolution. *Nature Reviews Genetics*, **12**, 475-486

Danchin, É. & Wagner, R. H. (2010). Inclusive heritability: Combining genetic and nongenetic information to study animal culture. *Oikos*, 119 (2), 210-218

Dawkins, R. (1982). *The extended phenotype*. Oxford: Oxford University Press

Docherty, S. & Mill, J. (2008). Epigenetic mechanisms as mediators of environmental risks for psychiatric disorders. *Psychiatry*, 7 (12), 500-506

Doherty, J. L., O'Donovan, M. C. & Owen, M. J. (2012). Recent genomic advances in schizoprenia. *Clin Genet*, 81 (2), 103-109

Donald, M. (2004). The definition of human nature. In D. Rees & S. Rose (eds.), *The new brain sciences: Perils and prospects* (34-58). Cambridge: Cambridge University Press

Duan, J., Sanders, A. R. & Gejman, P. V. (2010). Genome-wide approaches to schizophrenia. *Brain Res Bull*, 83 (3-4), 93-102

Durham, W. H. (1991). *Co-evolution: Genes, culture and human diversity*. Stanford: Stanford University Press

Edelman, G. M. (2004). *Wider than the sky: The phenomenal gift of consciousness*. Londres: Allen Lane

Fraga, M. F., Ballestar, E., Paz, M. F., Ropero, S., Setien, F., Ballestar, M. L. & Esteller, M. (2005). Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins. *PNAS*, 105 (30), 10 604-10 609

Gintis, H. (2011). Gene–culture coevolution and the nature of human sociality. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366, 878-888

Heijmans, B. T., Tobi, E. W., Lumey, L. H. & Slagboom, P. E. (2009). The epigenome: Archive of the prenatal environment. *Epigenetics*, 4, 526-531

Hipwell, A., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Bean, T. (2008). Reciprocal influences between girls' conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: A six-year prospective analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 36, 663-677

Holden, C. & Mace, R. (1997). Phylogenetic analysis of the evolution of lactose digestion in adults. *Hum. Biol.*, 69, 605-628

Im, H. I., & Kenny, P. (2012). MicroRNAs in neuronal function and dysfunction. *Trends in Neurosciences*, 35 (5), 325-334

International Schizophrenia Consortium (2008). Rare chromosomal deletions and duplications increase risk of schizophrenia. *Nature*, 455, 237-241

International Schizophrenia Consortium (2009). Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*, 460 (7256), 748-752

Jirtle, R. L. (2009). Epigenome: The program for human health and disease. *Epigenomics*, 1, 13-16

Jirtle, R. L. (2013). Epigenetics: How genes and environment interact. In R. L. Jirtle & F. L. Tyson (eds.), *Environmental epigenomics in health and disease: Epigenetics and disease origins* (3-30). Berlim/Heidelberg: Springer-Verlag

Jirtle, R. L. & Tyson, F. L. (2013). *Environmental epigenomics in health and disease: Epigenetics and disease origins*. Berlim/Heidelberg: Springer-Verlag

Kendler, K. (2005). Psychiatric genetics: A methodological critique. *Am. J. Psychiatry*, 162, 3-11

Kendler, K. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *Am. J. Psychiatry*, 165, 695-702

Kim, Y., Zerwas, S., Trace, S. & Sullivan, P. (2011). Schizophrenia genetics: Where next? *Schizophrenia Bulletin*, 37 (3), 456-463.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, I. W. & Moffit, T. E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene–environment interaction predicting children's mental health: New evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 11, 903-913

Kubota, T., Miyake, K. & Hirasawa, T. (2012). Epigenetic understanding of gene--environment interactions in psychiatric disorders: A new concept of clinical genetics. *Clinical Epigenetics*, 4 (1)

Kylafis, G. & Loreau, M. (2008). Ecological and evolutionary consequences of niche construction for its agent. *Ecol. Lett*, 11, 1072-1081

Laland, K. N., Odling-Smee, J. & Myles, S. (2010). How culture shaped the human genome: Bringing genetics and the human sciences together. *Nature Reviews Genetics*, **11**, 137-148

Maccari, S. & Morley-Fletcher, S. (2007). Effects of prenatal restraint stress on the hypothalamus–pituitary–adrenal axis and related behavioural and neurobiological alterations. *Psychoneuroendocrinoloy*, 32 (1), 10-15

Macedo, A. (2008). Genética da doença bipolar. In A. Vaz Serra & L. Figueira (eds.), *Doença bipolar: Da etiologia e clínica às questões sociais* (19-66). Lisboa: Heartbrain, Laboratório Pfizer

Macedo, A. (2014a). Genes, ambiente e psicopatologia. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (eds.), *Psiquiatria Fundamental* (41-58). Lisboa: Lidel

Macedo, A. (2014b). Psiquiatria e neurociências: Relação e limites. *Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 55-64

Macedo A. (2017). Neurobiology of mental illness: from reductionism to integration. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 4 (3), 1

Macedo, A. & Azevedo, M. H. (1994). Genética da esquizofrenia: Revisão dos contributos mais recentes. *Psiquiatria Clínica*, 15, 65-77

Macedo, A. & Azevedo, M. H. (2001). *Os genes que pensam*. Coimbra: Editora Quarteto

Macedo, A., Azevedo, M. H., Coelho, I., Dourado, A., Valente, J., Soares, M. J. & Pato, C. (2004).

Kraepelin e a dicotomia das psicoses: Evidências moleculares. *Psiquiatria Clínica*, 25 (4), 245-257

Macedo, A., Pato, C. & Azevedo, M. H. (1994). Genética dos distúrbios afectivos: I. Epidemiologia Genética. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 171-185

Macedo, A., Pato, C. & Azevedo, M. H. (1995). Genética dos Distúrbios Afectivos: II. Estudos de Linkage e Associação. *Psiquiatria Clínica*, 16 (1), 11-24

Manolio, T. A., Collins, F. S., Cox, N. J., Goldstein, D. B., Hindorff, L. A., Hunter, D. J. & Visscher, P. M. (2009). Finding the missing heritability of complex disorders. *Nature*, 461, 747-753

McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szy, M. & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*, 12 (3), 342-348

Murphy, D. (2008). Levels of explanation in psychiatry. In K. Kendler & J. Parnas (eds.), *Philosophical issues in psychiatry: Explanation, phenomenology and nosology* (102-125). Baltimore: Johns Hopkins University Press

Oberlander, T. F., Weinberg, J., Papsdorf, M., Grunau, R., Misri, S. & Devlin, A. M. (2008). Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics*, 3 (2), 97-106

Odling-Smee. F. J., Laland, K. N. & Feldman, M. W. (2003). *Niche construction: The neglected process in evolution*. Princeton: Princeton University Press

Pato, C., Middleton, F., Gentile, K., Morley, C., Medeiros, H., Macedo, A. & Pato, M. (2005). Genetic linkage of bipolar disorder to chromosome 6q22 is a consistent finding in Portuguese subpopulations and may generalize to broader populations. *Am. J. Medical Genetics B Neuropsychiatric Genetics*, 134B, **119-121**

Pato, C., Pato, M., Kirby, A., Petryshen, T. L., Medeiros, H., Carvalho, C., Macedo, A. & Sklar, P. (2004). Genome-wide scan in Portuguese Island families implicates multiple loci in bipolar disorder: Fine mapping adds support on chromosomes 6 and 11. *Am. J. of Medical Genetics B Neuropsychiatric Genetics*, 127B, 30-34

Petronis, A. & Mill, J. (2011). *Brain, behavior and epigenetics*. Berlim/Heidelberg: Springer-Verlag

Richerson, P. J. & Boyd, R. (2005). *Not by genes alone: How culture transformed human evolution*. Chicago: University of Chicago Press.

Ridley, M. (2013). *O Otimista Racional*. Lisboa: Bertrand Editora

Rose, S. (2012). The need for a critical neuroscience: From neuroideology to neurotechnology. In S. Choudhury & J. Slaby (eds.), *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience* (53-66). Oxford: Wiley-Blackwell

Ruano, D., Aulchenko, Y., Macedo, A., Soares, M. J., Valente, J., Azevedo, M. H. & Palha, J. (2008). Association of the gene encoding neurogranin with schizophrenia in males. *J. Psych Research*, 42, 125-133

Selten, J. P., van der Ven, E., Rutten, B. & Cantor-Graae, E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. *Schizophr Bull*, 39 (6), 1180-1186

Slaby, J. & Choudhury, S. (2012). Proposal for a critical neuroscience. In S. Choudhury & J. Slaby (eds.), *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience* (29-52). Oxford: Wiley-Blackwell

Somel, M., Liu, X. & Khaitovich, P. (2013). Human brain evolution: Transcripts, metabolites and their regulators. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 112-127

Somel, M., Franz, H., Yan, Z., Lorenc, A., Guo, S., Dannemann, M. & Pääbo, S. (2009). Transcriptional neoteny in the human brain. *PNAS*, 106, 5743-5748

Spocter, M. A., Hopkins, W. D., Barks, S. K., Bianchi, S., Hehmeyer, A. E., Anderson, S. M. & Sherwood, C. C. (2012). Neuropil distribution in the cerebral cortex differs between humans and chimpanzees. *J. Comp. Neurol*, 520, 2917-2929

Stankiewicz, P. & Lupski, J. R. (2010). Structural variation in the human genome and its role in disease. *Annu. Rev. Med*, 61, 437-455

Tishkoff, S.A., Reed, F. A., Ranciaro, A., Voight, B. F., Babbitt, C. C., Silverman, J. S. & Deloukas, P. (2007). Convergent adaptation of human lactase persistence in Africa and Europe. *Nature Gene*, 39, 31-40

van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374 (9690), 635-645

Weaver, I. C. G., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seck, J. R. & Meaney, MJ (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci*, 7, 847-854

Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Harvard: The Belknap Press of Harvard University Press

Zhang, F., Gu, W., Hurles, M. E. & Lupski, J. R. (2009). Copy number variation in human health, disease, and evolution. *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet*, 10, 451-481

5. HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA EM PORTUGAL

HISTORY OF PSYCHIATRY IN PORTUGAL

José Morgado Pereira

ORCID: 0000-0002-9624-0775

RESUMO:

A realidade do adoecer, as instituições, as ciências psiquiátricas e a sua dimensão histórica. As doenças como acontecimentos culturais e biográficos. O nascimento da psiquiatria. Hospitalização e tratamento moral. O asilo psiquiátrico e a sua evolução. Evolução das instituições e das mentalidades na medicina e na psiquiatria. A situação dos asilos nos finais do século XIX. A psiquiatria psicodinâmica e a psiquiatria sociodinâmica. Nova sensibilidade ética e social. Evolução das teorias e das práticas psiquiátricas ao longo do século XX, suas características principais nas últimas décadas deste século. A sua evolução em Portugal: primórdios da situação no século XIX e protagonistas. Evolução das ideias científicas e a institucionalização da psiquiatria nos inícios do século XX. Os médicos alienistas e suas principais características. Figuras mais importantes e breve sumário dos aspetos mais notórios das suas obras. Superação do biologismo naturalista e novos desenvolvimentos. As tendências contemporâneas. Evolução assistencial e plano atual da saúde mental.

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_5

PALAVRAS CHAVE: psiquiatria; doença mental; instituições; teorias

ABSTRACT:

The reality of the illness, the institutions, the psychiatric sciences and its historical dimension. Diseases as cultural and biographical events. The birth of psychiatry. Hospitalization and moral treatment. Psychiatric asylum and its evolution. Evolution of institutions and mentalities in medicine and psychiatry. The situation of asylums in the late nineteenth century. Psychodynamic psychiatry and socio-dynamic psychiatry. New ethical and social sensitivity. Evolution of theories and psychiatric practices throughout the twentieth century, and its main features in the last decades of this century. Its evolution in Portugal: beginnings of the situation in the nineteenth century and protagonists. Evolution of scientific ideas and the institutionalization of psychiatry in the early twentieth century. The alienist doctors and their main characteristics. More important figures and brief summary of the most notorious aspects of their works. Overcoming of naturalistic biologism and new developments. Contemporary trends. Evolution of care and current plan of mental health.

KEYWORDS: psychiatry, mental illness, institutions, theories

INTRODUÇÃO HISTÓRICA

Quando se aborda o tema «história da psiquiatria» pretende-se, com frequência, designar um conjunto vasto de ideias, factos históricos, criação de instituições e/ou publicação de livros ou revistas que terão influído na formação do que se considera uma especialidade médica. Torna-se indispensável distinguir diferentes níveis de análise em que podemos distinguir uma história das doenças mentais, uma

evolução histórica das instituições, e as diferentes ideias e conceções ao longo da história, sendo cada um tratado muitas vezes por autores com formações distintas.

Perante a «realidade do adoecer mental» (LÁZARO, 2005), a cultura em geral e a medicina em particular elaboram ideias, conceitos e saberes ou teorias que nos ajudam a compreendê-la e a dar uma resposta terapêutica. Servindo-se de trabalho recolhido em Diego Gracia e em German Berrios, José Lázaro utiliza um esquema historiográfico com um triângulo invertido, situando-se no vértice inferior a realidade do adoecer, submetida a uma complexa trama de fatores biológicos, económicos, sociais e históricos que atuam sobre a saúde e a doença e determinam a sua evolução. Nos dois vértices superiores estão as teorias e as instituições que correspondem ao plano da cultura que se desenvolve nas civilizações humanas (LÁZARO, 2005) (Figura 1).

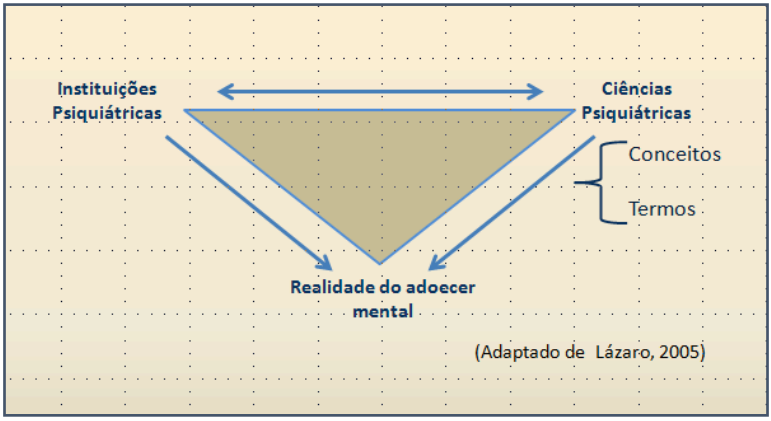


Figura 1

Por seu lado, e quanto aos saberes, em psicopatologia é necessário e fundamental distinguir entre os conceitos e os termos ou palavras. Todos estes elementos estão inter-relacionados entre si na história da psiquiatria: doenças, instituições, conceitos e termos. As desig-

nadas doenças mentais têm uma história, podendo aparecer, sofrer mudanças e desaparecer, mas muitas vezes há poucas semelhanças entre os conceitos e os termos, havendo continuidade nas palavras que as designam, que podem também ser substituídos por outras, mas os conceitos vão sofrendo alterações marcadas (BERRIOS, 1996).

Nenhuma doença corresponde apenas a um facto natural ou biológico, todas são acontecimentos culturais e biográficos, e também históricos. Isto é mais evidente nas doenças mentais. Quanto maior é o peso dos fatores biológicos, maior estabilidade histórica tendem a apresentar as doenças; quanto mais importantes os fatores psicossociais, mais variações apresentam ao longo do tempo. Os estudos sociológicos e transculturais das doenças mentais evidenciam a grande relatividade e variedade que estas perturbações apresentam em distintas culturas e contextos sociais. São as perturbações neuróticas, e a histeria em particular, que maior sensibilidade parecem ter aos diferentes meios socioculturais e em diferentes períodos históricos.

A história das instituições é certamente a matéria mais tratada no âmbito histórico e onde a participação de historiadores e sociólogos se tornou fundamental, ao estudarem a resposta social e institucional ao fenómeno da loucura de forma mais objetiva e afastada da tradicionalmente feita pelos primeiros historiadores médicos. Desta forma, analisaram o nascimento e a evolução do asilo, privilegiando o século XIX, e estudaram as práticas alienistas, enfatizando a marginalização social de que foram alvo os alienados e que se prolongou até meados do século XX. É indispensável salientar que, no início da era asilar, estão presentes ideais do iluminismo e que há um novo espírito humanitário com Pinel, Chiarugi e Tuke, generalizando-se (ROSEN, 1974), e uma nova visão das relações entre loucura e sociedade, através da mediação de um médico, que a converte em doença e propõe um espaço próprio, inaugurando uma nova

era institucional. Surge, por outro lado, uma rutura com a ideia de loucura completa (SWAIN, 1977), considerando ser sempre possível uma relação psicológica com o louco, ou com a sua parte não imersa na loucura. O asilo surge, pois, como hospitalização e *tratamento moral* do alienado, criando uma ordem institucional com as seguintes características centrais: isolamento, afastamento do meio familiar, higiene, utilização do trabalho manual, atitude eminentemente pedagógica, observação clínica visando a construção de uma semiologia, otimismo terapêutico com uso de fármacos, meios físicos e hidroterapia, alimentação, proteção, lidar com o internado delicadamente mas sujeitando-o a uma disciplina e hierarquização marcada de todas as atividades da vida diária. A situação dos asilos nos finais do século XIX contrasta, em muitos aspetos com a inicial: superlotação e degradação, reduzido número de cuidadores, pobreza das dotações financeiras e investimentos, crise da utopia do tratamento moral, mudanças do enquadramento nosográfico, ideia do caráter crónico da patologia mental (LANTERI-LAURA, 1997). Com o auge do organicismo e das teorias da degenerescência, acaba por esfumar-se a dimensão psicológica e social em detrimento do determinismo hereditário, acentuando a descrença na cura e o pessimismo (ROSEN, 1974). Se considerarmos que o asilo inaugurou um período mais humano e que se pretendia científico, por comparação com períodos sem instituições ou com instituições de simples reclusão, não deixa de ser dramática a situação de decadência progressiva dos asilos, cumprindo funções custodiais, com um paternalismo rígido, sem espaço para direitos e garantias individuais, «cemitérios de vivos» com escassa função terapêutica. Apesar de alguns progressos após a Segunda Guerra Mundial com vista à dinamização assistencial, é nas décadas de 1960 e de 1970 que surge com força um movimento anti-institucional questionador dos fundamentos e da prática dos asilos psiquiátricos, propondo a sua transformação radical ou mesmo a sua extinção.

Quanto às ideias, teorias e conceções lembro que a doença mental possui geralmente um caráter biológico e é também culturalmente construída. Ao longo do tempo, a cultura tem dado diversas respostas, de mágicas a místicas e metafísicas, como as frequentes ideias de possessão por espíritos, castigos divinos, perda da alma; alegadamente científicas só há cerca de dois séculos. Desde a Grécia Clássica que a interpretação da loucura foi considerada o resultado de alterações no equilíbrio dos humores, componentes da matéria orgânica, portanto utilizando categorias físicas, naturais, teoria que se manteve vigente até ao início do século XVIII. Nos finais dessa centúria e nos inícios da seguinte, surge a ideia de tornar a medicina numa ciência natural, com a anatomia patológica como método seguro para a cientificidade, visando destacar uma lesão morfológica. A psiquiatria anátomo-clínica é um desenvolvimento desta mentalidade. Para a mentalidade fisiopatológica, a doença tenta definir-se como disfunção, valorizando a fisiologia que poderia preencher as limitações da visão anátomo-clínica. A mentalidade etiopatológica surge mais tarde e supõe um grande desenvolvimento da microbiologia, que conseguiu descobrir a causa de diversas infeções, acreditando-se que um micro-organismo, produzindo alterações funcionais, terminava por levar à lesão, integrando-se as três mentalidades (LÓPEZ PIÑERO, 1990). A aplicação destes métodos à psiquiatria proporcionou alguns êxitos, como a elucidação de certas psicoses exógenas, e principalmente no caso da paralisia geral, mas o modelo ficou muito aquém das expetativas, embora se continuasse a acreditar que se acabaria por encontrar uma causa definida para as psicoses ditas endógenas.

Mas será no campo das neuroses que surgem maiores mudanças conceptuais, especialmente na histeria. Charcot aplicou com êxito o método anátomo-clínico nas doenças neurológicas, mas as suas tentativas quanto à histeria fracassaram, e acabou por ser Freud a anotar que a paralisia histérica correspondia a conceções populares

da anatomia (LAIN ENTRALGO, 1986). Em vez de encarar de forma científico-natural o organismo humano, tentou uma via psicológica, procedendo a uma reconstrução da biografia do paciente centrada nas vivências, desejos, fantasias e frustrações. Nasce, assim, uma psiquiatria psicodinâmica que se afasta do naturalismo psiquiátrico e que irá ter enorme influência muito para além do tratamento das perturbações mentais. Apesar do modelo psicogenético de Freud ter eclipsado outras figuras, não pode esquecer-se Bernheim, da escola de Nancy, que mostrou que a sugestão era a chave dos fenómenos hipnóticos e denunciou o lado artificial da descrição clínica da histeria feita por Charcot na Salpêtrière, e Pierre Janet cuja análise psicológica valorizou fortemente a experiência subjetiva, e faz também parte da *nova psicopatologia dinâmica* (BERRIOS, 1996). Na tradição científico-natural, a obra de Kraepelin reordena em termos classificativos e sistematiza as descrições médicas anteriores, introduzindo a dimensão temporal na avaliação de sintomas e doenças, que se generaliza em quase todos os países. O seu tratado, na sexta edição de 1899, é hoje considerado o clássico de toda a sua obra. Entretanto, Bleuler incorpora as formulações psicanalíticas no seu livro sobre esquizofrenia (1911), onde procura teorizar servindo-se de novos conceitos (psico) patológicos, e Jaspers enriquece o seu estudo com a *Psicopatologia Geral* (1913), que surge já como disciplina autonomizada.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, inicia-se com força a abordagem feita a partir das ciências sociais e ganha enorme importância nos finais das décadas de 1950 e de 1960. O movimento antipsiquiátrico afirmou-se posteriormente e quis pôr em causa as instituições, as práticas e a própria psiquiatria, mas a designação era equívoca e acabou por abranger grupos e práticas que recusavam a designação, como a psicoterapia institucional em França e o grupo de Palo Alto nos Estados Unidos da América. As obras de David Cooper (que deu origem à designação), de Ronald Laing e de Thomas

Szasz são as que melhor podem corresponder ao termo apesar das suas enormes diferenças. No entanto, a obra que verdadeiramente se revelou importante e se tornou duradoura, continuando a influenciar as práticas em vários países do mundo, é a de Franco Basaglia, que pôs em causa o universo asilar e conseguiu a promulgação da Lei 180 de 1978, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos. Fora do âmbito propriamente psiquiátrico, mas publicando obras que influenciaram muito a evolução da visão de conjunto sobre o tema estão os livros *Histoire de la folie à l'âge classique,* de Michel Foucault, e *Asylums,* de Erving Goffman, ambos publicados em 1961.

Apesar dos seus defeitos e das suas limitações, a antipsiquiatria teve o mérito de chamar a atenção para o estado de abandono dos pacientes em instituições muitas vezes degradadas e degradantes, reivindicando o valor da liberdade, traduzindo uma nova sensibilidade ética e social. Mas, ao longo do século XX, sucederam-se alguns avanços e transformações mais marcantes após o fim da Segunda Guerra Mundial (1945). A terapia ocupacional já existente no século XIX ganha consistência e um novo significado com a obra de Hermann Simon na década de 1920, mas com maior repercussão nas décadas seguintes, ao definir a integração terapêutica de todas as atitudes e intervenções dos cuidadores, e defender a devolução ao doente da sua responsabilidade, alterando o ambiente hospitalar (SIMON, 1937).

As terapias físicas surgem na década de 1930, com a insulinoterapia, o choque pelo cardiazol, a electroconvulsivoterapia e a leucotomia pré-frontal. Apesar de criticadas e progressivamente abandonadas, exceto a electroconvulsivoterapia, alteraram a rotina e a passividade asilar, e transmitiram maior confiança na dimensão médica dos tratamentos, sendo precursoras da denominada psiquiatria biológica.

Os primeiros dispensários de higiene mental surgem nas décadas de 1920 e de 1930, com objetivos preventivos, de intervenção

precoce, de tratamento ambulatório e de seguimento de doentes anteriormente internados. Nos finais da década de 1930 e de 1940 nascem os primeiros hospitais de dia, e na década seguinte as unidades de pós-cura, oficinas protegidas e clubes de doentes. Estes progressos não colocam em causa a tradição asilar, mas o hospital psiquiátrico vai deixando de ser o centro de toda a atividade. Com a ideia de setor geodemográfico em França fez-se um esforço para descentralizar parcialmente a assistência do hospital, que ganha impulso com a criação de centros de saúde mental na década de 1960. A diversificação assistencial vai progredindo lentamente (HESPANHA *et al.*, 2012).

Na segunda metade do século XX impõe-se a ideia de equipa multidisciplinar. Ao médico e ao enfermeiro juntam-se o assistente social, o psicólogo, o terapeuta ocupacional. Mais recentemente, em serviços como hospitais de dia ou unidades de reabilitação podem participar ainda outros técnicos e colaboradores, dada a maior descentralização e ligação com serviços na comunidade, centros de emprego, entre outros.

O desenvolvimento da psicofarmacologia na década de 1950, com os primeiros neurolépticos, seguidos dos antidepressivos e dos ansiolíticos, inauguram uma nova era que modifica o ambiente hospitalar, possibilitando tratamentos e altas médicas mais precoces, facilitando a integração social dos doentes.

O já referido movimento antipsiquiátrico ajudou a redefinir o papel social dos técnicos e das instituições psiquiátricas, tal como a bioética que, nos finais das décadas de 1960 e de 1970, elaborou códigos dos direitos dos doentes, definiu o princípio da autonomia e enunciou o direito ao consentimento informado.

Nas últimas décadas do século XX, a psiquiatria apresenta as seguintes características: a cada vez mais dominante influência anglo-saxónica; a importância das psicoterapias, mais numerosas e ecléticas do que no passado; o denominado «modelo biopsicossocial»,

muito citado mas pouco refletido; o desenvolvimento da psiquiatria biológica e das neurociências; a psicofarmacologia; a psiquiatria comunitária e a diferenciação assistencial, com a presença de hospitais de dia, de serviços de reabilitação e de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais.

A historiografia também se diversifica e depois de uma história tradicional que enfatizava os progressos científicos e assistenciais, surge uma historiografia crítica a partir das décadas de 1960 e de 1970, que analisa o abandono e a segregação asilar, as práticas terapêuticas físicas e biológicas repressivas, a desumanização das «instituições totais» (SCULL, 1991). Ao contrário da primeira historiografia, quase sempre feita por médicos, esta é predominantemente uma história social e institucional, obra de historiadores e de sociólogos. A partir da década de 1980, a história ganha novos contornos, produzida por autores das mais diversas formações, com maior ecletismo e a inclusão de todos os temas envolvidos (MICALE & PORTER, 1994). São exemplos disso os vários historiadores médicos, sociais e da ciência, que se focam em aspetos médicos, sociais e intelectuais, e o início da publicação, a partir de 1990, da revista *History of Psychiatry*, dirigida por um historiador (Roy Porter) e um médico (German Berrios), na qual colaboram um alargado número de especialistas. Berrios tem elaborado uma história conceptual, de feição internalista, que completa de algum modo as histórias de pendor social e institucional mais externalistas, usando de grande rigor e baseada em fontes primárias.

A psiquiatria em Portugal

Pelo menos desde o último terço do século XVIII, os alienados, na sua maioria miseráveis, eram admitidos no Hospital de São José pela autoridade administrativa, havendo enfermarias que lhes eram

destinadas em condições muito precárias e com o aspeto de prisão (PEREIRA, 1986).

Em geral, o tema da assistência começara a ser ventilado na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (SCML), fundada em 1822, na sequência da Revolução Liberal de 1820. As ideias higienistas, o interesse pela fisiologia, o entusiasmo pelos ideólogos e enciclopedistas, a vontade de contribuir para a saúde pública, e a responsabilidade social dos médicos, eram temas discutidos nas suas sessões. Em 1823, a guerra civil interrompeu estas atividades, mas após a vitória das forças liberais, a sociedade foi reformada em 1835. Com a extinção das ordens religiosas, alguns dos seus antigos estabelecimentos foram aproveitados para albergar surdos-mudos, deficientes, crianças abandonadas, pessoas idosas, instituições estas que são criadas a partir desta altura nomeadamente na década de 1830. A publicação do jornal da SCML, formada por liberais, apontava para a instalação num dos antigos conventos de uma livraria e de um arquivo, a realização de sessões e a organização de consultas gratuitas.

A situação no Hospital de São José foi-se agravando com aumento do número de doentes mentais enviados de todo o reino. Estas unidades para alienados eram atribuídas aos médicos mais novos, de forma rotativa, e em 1835, um desses médicos, Joaquim Bizarro, levou a cabo o seu primeiro estudo estatístico, de 1835-1836, publicado no referido jornal da sociedade em 1837. Incluía o número de doentes entre 1824 e 1836, classificando-os em Mania, Monomania, Melancolia, Demência e Idiotismo, com referências a Pinel e Esquirol, mencionando ainda o estado civil, o número de mortes, as altas médicas e as hospitalizações prolongadas. São descritas as horríveis condições das unidades, sujas e sem arejamento, assim como a ausência de rigor na admissão, a falta de condições higiénicas e a impossibilidade do «tratamento moral». Bizarro desaprova a sangria geral, mas admite a sangria parcial com aplicação de sanguessugas,

os purgantes, os laxantes, as bebidas ácidas, as emulsões anticonvulsivantes, o digital e os banhos a diferentes temperaturas. Em 1837, Bizarro defende a construção de um asilo psiquiátrico, e a partir de 1840 ocorrem debates sobre o tema na SCML onde se critica duramente as condições do Hospital de São José. Destaca-se na denúncia desta situação o médico Caetano Beirão, e no estudo da situação em geral, Bernardino António Gomes, que criara uma pequena unidade psiquiátrica no Hospital da Marinha em 1841, e que publica *Dos estabelecimentos de alienados nos Estados principais da Europa* (1844) depois de visitar os principais asilos europeus.

Seguiu-se uma prolongada querela entre uma visão mais administrativa, defendida pela Misericórdia, e outra defendida pela maioria dos médicos, que apoiava B. A. Gomes e que clamava por maior poder de forma a cumprir as suas funções, quer terapêuticas quer sociopedagógicas. O espírito filantrópico existia, mas paralelamente há um significado social, económico e terapêutico do novo estabelecimento que institucionalizava a loucura (PEREIRA, 1986). Acabou por ser escolhido, não o edifício da Luz como fora, entretanto, definido, mas o antigo Convento de Rilhafoles, em 1848, depois de uma visita efetuada pelo marechal Saldanha, primeiro-ministro do reino, que ficou chocado com as cenas que viu nas enfermarias de alienados do Hospital de São José.

A decadência que acabou mais tarde por atingir Rilhafoles tornou-o sinónimo de «hórrida loucura» (FERNANDES, 1984), alvo frequente de críticas que provinham dos médicos na SCML, nomeadamente na década de 1880, e do livro de António Maria de Sena (1884). Para além do asilo de alienados, faltavam todas as características que podiam definir a institucionalização de um ramo da medicina. A inauguração do Hospital do Conde de Ferreira já beneficiou de um ambiente mais propício a esse desenvolvimento que, apesar das dificuldades, acabou por ser levado a cabo como se descreve seguidamente.

A psiquiatria, na sua lenta afirmação, seguiu, por um lado, o caminho natural do avanço técnico-científico da medicina, beneficiando também dos pujantes desenvolvimentos da biologia, da antropologia, da sociologia, da pedagogia, da criminologia e da própria evolução do pensamento médico. Por outro lado, nas últimas décadas do século XIX, são divulgadas e popularizadas, em Portugal, correntes filosóficas e científicas, desde o positivismo de Comte e Littré, o transformismo de Charles Darwin, o evolucionismo filosófico de Herbert Spencer, o monismo naturalista de Ernest Haeckel, ou a antropologia criminal de Cesare Lombroso. Vários destes autores são adotados pelos alienistas portugueses, que se servem da sua obra para defender uma psiquiatria científica, assente em bases positivas, e criticar a psicologia «espiritualista e metafísica».

Os esforços para a plena institucionalização da psiquiatria começam por volta de 1880, abrangendo diversos aspetos a detalhar, desde tentativas de divulgação da ciência psiquiátrica e da construção de uma cultura profissional até às relações dos médicos com o Estado — com destaque para a formação de escolas médicas em torno de figuras carismáticas.

Esta divulgação inicia-se nas revistas médicas e, tal como aconteceu com a higiene, difundem-se aspetos clínicos e científicos da doença mental. O direito do louco a ser considerado um enfermo é reiterado por Miguel Bombarda, que é preciso proteger, isolando-o a partir do momento em que a sociedade deva ser preservada dos danos que este lhe pode causar. As funções de terapêutica eminentemente médica e de defesa social são dois polos do trabalho psiquiátrico várias vezes formulados por Júlio de Matos.

Defende-se a necessidade de uma intervenção precoce e efetiva, criticam-se as ideias erróneas, populares e supersticiosas sobre a loucura, ao mesmo tempo que se censuram as ordens religiosas por contrariarem as diretivas médicas, um tema abordado de forma

recorrente por Miguel Bombarda, e enfatiza-se que é uma doença que pode ser tratada eficazmente pela ciência médica, inclusivamente curada, devendo o labor dos profissionais ser reconhecido e legitimado. Desde 1848 até ao início da década de 1880, o único asilo de alienados, Rilhafoles, concentrava pacientes de todo o país, com preocupações custodiais, estatísticas e administrativas. As classificações nosográficas utilizavam as primeiras classificações de Pinel e Esquirol, e por vezes nem isso, com referências ao comportamento exteriorizado tal como surgia aos olhos de qualquer observador e que serviam para distinção das unidades: agitados, tranquilos, imundos, com doenças intercorrentes.

Inicialmente, Portugal não acompanhou a evolução do pensamento psiquiátrico europeu, com o ano de 1910 a ser um ponto de chegada de uma história que começara três décadas antes. Um grupo de médicos alienistas irá corporizar este movimento apresentando características comuns, tais como uma formação biologista e higienista, a valorização das ciências naturais, a interpretação somática das doenças mentais, o empenhamento em ações sociais e pedagógicas, a fé profunda na ciência, o empenho na criação de legislação social e assistencial que permitisse reformas com intervenção do Estado na assistência pública (PEREIRA, 2014). A preocupação principal era atualizar e conhecer a realidade dos outros estados europeus, multiplicando-se as influências oriundas dos países mais desenvolvidos, servindo-se de leituras, estágios, correspondência ou viagens de estudo. De acordo com essas ideias, a psiquiatria teria de ser científica e assente em bases positivas, dando-se início a uma batalha longa e difícil.

A primeira figura desta psiquiatria científica foi António Maria de Sena (1845-1890), formado em Coimbra, professor de fisiologia, evolucionista influenciado por Herbert Spencer, que adotou a nosografia de Krafft-Ebing e que concebia a alienação como movimento regressivo do homem, baseando-se em Maudsley e Morel.

A abertura do Hospital do Conde de Ferreira em 1883, por ele dirigido, onde criou um laboratório de anatomia do encéfalo, impulsionou o desenvolvimento da teoria e da prática psiquiátrica, e apesar do seu falecimento precoce, este impulso prosseguirá com os seus discípulos Júlio de Matos (1856-1922) e Magalhães Lemos (1855--1931). A publicação em 1884 e 1885 de *Os Alienados em Portugal,* composto por dois volumes, representa o primeiro grande estudo do tema entre nós, no plano histórico, assistencial, social e administrativo. No plano legislativo, deve-se ao seu empenho a publicação de uma lei de 1889 — Lei Sena, que contemplava a assistência aos alienados criminosos.

Entretanto, iniciara-se a publicação da revista *O Positivismo* (1878-1882), dirigida por Teófilo Braga e Júlio de Matos, que leva a cabo a divulgação de temas filosóficos, políticos e científicos. Em 1884, este último publica o *Manual das Doenças Mentais,* o primeiro em Portugal, constituindo marco histórico no ensino e na divulgação da matéria. Ainda se deve mencionar a *Revista de Neurologia e Psiquiatria* (1888-1889), dirigida por Bettencourt Rodrigues (1854-1933), que se especializou em Paris, onde seguiu o ensino de Charcot e Ball, e organizou o primeiro curso livre de Neuropatologia e Psiquiatria, lecionado em Rilhafoles entre 1887 e 1889. Este ensino livre de doenças mentais e nervosas foi também realizado no Porto, em 1890, por Magalhães Lemos, e, mais tarde, em conferências aos domingos, acompanhado por Júlio de Matos, e em Coimbra, por Elísio de Moura, a partir de 1907, com um curso livre de Neurologia.

Começaram a surgir dissertações sobre temas de hereditariedade mórbida, de índole higienista, sobre temas psiquiátricos como a histeria, a neurastenia ou sobre as denominadas doenças sociais, como a sífilis ou o alcoolismo. O prestígio da medicina e da biologia era enorme e autorizava, por vezes, analogias com o todo social que era preciso tratar, defendendo-se a necessidade de prevenção das tais doenças sociais ameaçadoras da sociedade. Por esta altura, a

medicina atravessava um período de grande entusiasmo pelas descobertas de Claude Bernard, de Virchow, de Pasteur, de Charcot e de Cajal, e enfatizavam-se os estudos anátomo-patológicos, fisiológicos, generalizava-se uma mentalidade etiopatológica, estendendo-se tais influências à psiquiatria, valorizando-se os avanços nas disciplinas que se consideravam convergentes como a biologia, a neuropatologia, a antropologia e a criminologia. A atitude era científico-natural e fazia-se uma interpretação somática das doenças mentais, do estrito ponto de vista das ciências biológicas.

Os médicos levaram a cabo uma esforçada campanha de sensibilização dos poderes públicos para aspetos clínicos e de risco social, que a sua ação poderia tratar e prevenir, como o problema dos alienados perigosos. Denunciaram o abandono e as péssimas condições dos pacientes, para os quais não havia lugares nos poucos asilos existentes. Eram queixas recorrentes a ausência de ensino oficial de psiquiatria e o resultado lamentável de se poder ser licenciado em medicina sem ter praticamente observado um doente mental. As consequências eram salientadas e, no caso de crimes, só os alienistas podiam e deviam fazer avaliações, havendo alienados nas prisões nem sequer reconhecidos como tal. Os exames médico-legais tornavam-se, pois, indispensáveis, defendendo-se a irresponsabilidade penal dos doentes. As revistas médicas seriam o local privilegiado para estas reivindicações e denúncias, nas quais se apresentavam casos clínicos e avaliações médico-legais em abono dessas teses. Também o atraso nas formas de tratamento era referido, nomeadamente a falta do recurso à hidroterapia e à eletroterapia. Os alienistas consideravam ainda que o número de doentes tratados era apenas uma pequena parte e que se impunha a construção de mais manicómios e de colónias agrícolas para dar resposta a muitos casos que não necessitavam de estar fechados num asilo.

Miguel Bombarda foi professor de fisiologia e de histologia, diretor do Hospital de Rilhafoles desde 1892, o qual reorganizou, e

desempenhou um importante papel no ensino e na difusão da especialidade. Foi o maior jornalista médico português, publicando na revista *A Medicina Contemporânea,* que fundou com Manuel Bento de Sousa e Sousa Martins, centenas de trabalhos, notas, críticas, editoriais e comentários sobre assuntos médicos e sociais, divulgando novas ideias, impulsionando a psiquiatria forense, defendendo a moral cientifica contra as ideias religiosas em nome de um biologismo e um monismo naturalista, e criticando o atraso na assistência e a falta de condições dignas para os doentes mentais (PEREIRA & PITA, 2006).

Depois de um notável estudo clínico *O delírio do ciúme* (1896), a publicação de *A consciência e o livre-arbítrio* (1898) ilustra as suas ideias e provoca grande polémica nos meios católicos.

A outra figura médica a destacar é Júlio de Matos, que cedo entrou no debate filosófico e científico, mais concretamente em 1879 nas páginas da revista *O Positivismo*, na qual afirma que considera impossível um positivista deixar de aceitar o transformismo, depois dos trabalhos de Darwin, Wallace e Haeckel. Mostra-se fiel à defesa do darwinismo e do evolucionismo, e da sua integração no programa positivista. Sucede a Sena, após o falecimento prematuro deste, na direção do Hospital Conde de Ferreira. As publicações de Matos são importantes já que se trata do maior tratadista da psiquiatria portuguesa, o seu mais organizado e sistemático teórico, e também a figura mais influente no momento da sua estruturação oficial. A hospitalização significava a harmonização de duas finalidades aparentemente contraditórias: abrigo e meio de tratamento, mas também como único instrumento eficaz de defesa da sociedade. É também pioneiro na psiquiatria forense, que aproxima da criminologia, defende a escola italiana de antropologia criminal e as ideias de degenerescência, de fundamento evolucionista.

Magalhães Lemos foi um professor de neurologia e de psiquiatria no Porto, adepto de um naturalismo mais atenuado, discípulo

de Charcot e de Magnan em Paris, defensor da psicologia associacionista e do método anátomo-clínico, que para além de trabalhos neurológicos se interessou pela assistência psiquiátrica.

O decreto de 11 de maio de 1911 sobre «Assistência aos Alienados», da autoria de Júlio de Matos, autorizava o governo da República a edificar sete novos manicómios e a criar dez colónias agrícolas, uma por cada província, Açores e Madeira, e avançava com a possibilidade de se instituírem futuras colónias familiares para assistência de alienados incuráveis e válidos.

Deste grandioso plano, Júlio de Matos apenas assistiu ao início da construção do novo manicómio de Lisboa, que foi sofrendo atrasos, dificuldades de financiamento e paragens sucessivas, só entrando em funcionamento cerca de três décadas depois. O êxito pleno seria alcançado com a consagração do ensino oficial das cadeiras de Neurologia, de Psiquiatria e do curso de Psiquiatria Forense nas três escolas médicas do país. Por isso, só nesta altura se pode falar em plena institucionalização deste ramo da medicina. Com efeito, já existia um conjunto de características básicas definidoras: assistência com instituições em funcionamento, medicina legal, legislação específica, ensino oficial criado em 1911, investigação, publicações e divulgação, incluindo a destinada à opinião pública. No plano das ideias, o pensamento psiquiátrico foi dominado pelo positivismo de Júlio de Matos até ao seu falecimento em 1922. O seu influente tratado *Elementos de Psiquiatria* de 1911 é reeditado em 1923 sem quaisquer alterações. A sua classificação psiquiátrica, baseada no italiano Eugenio Tanzi, ilustra a fidelidade ao pensamento evolucionista e ao degeneracionismo. Permaneceu fiel aos seus autores de referência e imune às influências de novas orientações psiquiátricas e psicodinâmicas que percorriam a Europa (PEREIRA, 2012).

Em 1923, Sobral Cid sucede a Júlio de Matos na Cátedra de Psiquiatria de Lisboa, tendo sido antes professor de psiquiatria forense. No plano da evolução das ideias psiquiátricas, o período

positivista é ultrapassado em 1924 com a publicação de trabalhos de Sobral Cid, mas em termos assistenciais as dificuldades persistiram e até se agravaram.

O trabalho «Classificação e Sistemática Geral das Psicoses», de 1924, marca uma diferença ao considerar científica a compreensão dos atos do paciente no seu contexto social, em pé de igualdade com a explicação causal em termos anátomo-fisiológicos. Tratava-se de um começo na compreensão da mente dos pacientes: superação da redução biológica naturalista com integração da dimensão psicológica. Esta integração do sujeito individual testemunha a influência de novas conceções teóricas que já se faziam sentir entre nós através das obras de Pierre Janet, Sigmund Freud, Henri Bergson e Karl Jaspers, atingindo agora o pensamento psiquiátrico (PEREIRA, 2014).

Em 1924, o texto da conferência *A Vida Psíquica dos Esquizofrénicos* revela muitas influências da obra de Eugen Bleuler, o primeiro professor de psiquiatria que procurou incorporar o pensamento psicanalítico no seu serviço. Neste texto, Sobral Cid procura mostrar o caráter evolutivo e dinâmico dos sintomas, utilizando os mecanismos psicológicos de defesa e incorporando conceitos de Bleuler, Freud e Jung para procurar a compreensibilidade dos sintomas e realçar a importância dos complexos ideo-afetivos. Critica abertamente o conceito de degenerescência que considera anticientífico, aceita e desenvolve a classificação de Kraepelin, recusada por Júlio de Matos, e introduz e divulga igualmente as obras de Bleuler e Kretschmer, fundamentais neste período histórico. A escola alemã substituía a escola francesa.

Em 1927, defende a transformação do complexo asilar num conjunto de organismos de assistência diferenciados, tendo em vista a terapêutica, a profilaxia e a revalorização social do doente. Insiste na criação de dispensários já com objetivos de higiene mental, na localização do hospital psiquiátrico junto da faculdade, com serviços abertos, a terapia ocupacional, a assistência social e a assistência

familiar, e para os totalmente inválidos as unidades asilares e as colónias agrícolas, já reclamadas pelos seus antecessores. Reconhece os inconvenientes do hospitalismo, escrevendo que os internamentos prolongados são em regra nocivos.

O empenho desta geração de alienistas na divulgação científica, na defesa de reformas na assistência pública, na criação de legislação social e assistencial para um setor tão marginalizado e esquecido, e na consagração do seu ensino oficial, é notável e relativamente bem conseguido, aproximando Portugal da restante Europa. Mas os planos e projetos que a República tentou criar e pôr em prática foram em grande parte frustrados por erros, dificuldades financeiras, mas também estruturais, dada a difícil situação do país. Quanto à situação dos asilos (PEREIRA, 2014), a *utopia institucionalizadora* de Júlio de Matos não era de fácil realização nem suscitava o entusiasmo de Sobral Cid, e, afinal, nenhum hospital foi construído e a situação do Manicómio Bombarda agravou-se progressivamente. Escasso número de médicos, superlotação de doentes, um asilo hierarquizado, burocrático, com regulamentos administrativos rígidos, tornava o tratamento individualizado impossível ou ilusório. Se acrescentarmos a utilização do trabalho dos internados em proveito do estabelecimento, a mortalidade elevada por infeções intercorrentes, a frequente utilização da contenção física, a limitação dos meios terapêuticos e o isolamento do exterior, temos um cenário que é afinal de prolongamento da situação anterior à reforma de 1911.

Apesar de professor de Neurologia em Lisboa (1911), Egas Moniz foi tendo sempre influência na psiquiatria, primeiro como pioneiro do estudo da sexologia, depois ao escrever sobre hipnotismo, e também ao introduzir e divulgar a psicanálise em Portugal numa aula de abertura da cadeira de Neurologia (1915). Posteriormente, aborda as perturbações neuropsiquiátricas na Primeira Guerra Mundial (1917) e, mais tarde, desenvolve o método de angiografia cerebral (1927).

Finalmente, com a leucotomia pré-frontal leva a cabo a sua mais ousada e discutível contribuição, apoiado num neuronismo naturalista de que resulta a atribuição do Nobel, seguindo-se depois o cortejo de críticas e polémicas que o método vai enfrentar (PEREIRA & PITA, 2000).

Elísio de Moura foi a maior figura da neurologia em Coimbra e, mais tarde, da psiquiatria. Interessado pelas neuroses e perturbações funcionais, revelou-se um precursor da medicina psicossomática e adepto da escola francesa de neuropsiquiatria e de psicoterapia. Não tendo publicado e exposto o seu pensamento, nem os seus casos clínicos, limitou muito a compreensão do seu contributo. Por outro lado, não dispunha de um serviço psiquiátrico, tardiamente nascido. Figura mítica, a publicação de *Anorexia Mental* (1947) é, por isso, fundamental, na qual se discutem temas da histeria, pitiatismo e simulação. No Porto, distingue-se Alberto Brochado nas décadas de 1920 e de 1930, interessado pela psicopatologia e na análise dos processos psicológicos, acusa a influência de temáticas e do pensamento bergsoniano, bem como da neurologia globalista, e foi o introdutor da insulinoterapia no Hospital do Conde Ferreira, onde surgiria um serviço. O seu desaparecimento inesperado contribuiu para que o protagonismo, em termos de escola, recaísse nos discípulos de Sobral Cid em Lisboa, com destaque para Barahona Fernandes, que estagiou na Alemanha com Kleist e Kurt Schneider. Procura desde cedo integrar as influências organicistas e psicopatológicas, e cria um modelo convergente (1937) abarcando a esfera orgânica, biológica, psíquica e espiritual, uma «teoria das camadas». O seu pluralismo fenomenológico permite-lhe criticar os diversos reducionismos, alertando para um «hiato profundo» entre a psiquiatria biológica e a psiquiatria social (FERNANDES, 1980). A sua orientação, que denominou fenomenológica-estrutural-dinâmica, exerce um longo magistério de influência, com colaboradores como Pedro Polónio, Seabra Diniz e Fernando Ilharco.

Na tardia influência psicanalítica é fundamental a figura de João dos Santos, cuja formação decorre em França (Wallon, Ey, Lebovici), fundador da Sociedade Portuguesa de Psicanálise e do Centro de Saúde Mental Infantil (1965). Foi o primeiro pedopsiquiatra português a ultrapassar a atitude médico-pedagógica, incorporando as contribuições da psicanálise e da psicologia genética. Notável psicoterapeuta e pedagogo, fundou a Casa da Praia, e diversos centros de integração para crianças deficientes e inadaptadas.

A introdução dos psicofármacos a partir da década de 1950 vem modificar o ambiente hospitalar e desatualiza parcialmente as terapias físicas anteriores. Anote-se que o desenvolvimento da reabilitação pela terapia ocupacional sofre uma regressão a partir de 1958 com as terapêuticas tranquilizantes (FARIA, 1990), só recomeçado mais tarde.

A partir das décadas de 1970 e de 1980 assiste-se ao aparecimento de uma pluralidade de sociedades científicas, e cresce a diversidade das psicoterapias, com uma tendência para a especialização (FERNANDES, 1984). A psicanálise influenciou a pedopsiquiatria e a psicossomática, mas menos a psiquiatria de adultos. Estão representadas em grupos organizados: a grupanálise, a psiquiatria social, a terapia comportamental, o psicodrama, a terapia familiar, a psicossomática, a antropoanálise, e a fenomenologia por figuras individualizadas, entre outros. Em Lisboa, Porto e Coimbra, os serviços universitários de psiquiatria no Hospital Geral, em finais da década de 1950 e inícios de 1960, têm importância decisiva no ensino e na formação, e, posteriormente, a criação dos Centros de Saúde Mental descentralizam os cuidados, apesar da enorme falta de meios.

Sampaio Faria dividiu em três períodos a evolução do sistema assistencial na saúde mental (FARIA, 1990): 1 — período de hospitalização psiquiátrica; 2 — regionalização e descentralização dos serviços; 3 — integração dos cuidados de saúde mental na saúde pública e rede de cuidados de saúde primários. O primeiro período

corresponde à criação das grandes unidades hospitalares, o segundo tem início com a lei 2006/1945 permitindo a divisão em três zonas e os dispensários nos principais centros urbanos, e, depois, com a lei 2118/1963 a criação de centros de saúde mental. O terceiro período está ligado aos decretos-lei 413 e 414, de 1971, que preveem esta integração, efetivada pelo decreto-lei 74-C/1984, que integra uma Direção de Serviços de Saúde Mental na Direção de Cuidados Primários do Ministério da Saúde. Em 1988, já se aponta para a criação de um sistema de cuidados alternativos aos hospitais psiquiátricos, de base comunitária. Entretanto, surge uma integração dos centros de saúde mental nos hospitais gerais (decreto-lei 127/92) e, depois, uma lei de saúde mental (n.º 36/98) e o decreto-lei 35/99 da organização dos serviços de psiquiatria, que marcam o rumo para a orientação geral das reformas no setor da saúde mental. Do plano mais recente (2007-2016, com extensão até 2020) das reformas fazem parte a definição de um modelo comunitário, a desativação dos hospitais psiquiátricos, a criação de departamentos de psiquiatria nos hospitais gerais, uma rede nacional de cuidados integrados em saúde mental, e a reabilitação e desinstitucionalização dos doentes mentais, objetivos que estão ainda muito longe de ser atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berrios, G. (1996). *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press

Bombarda, M. (1898). *Estudos Biológicos. A Consciência e o Livre-Arbítrio*. Lisboa: Parceria António Maria Pereira

Cid, J. S. (1924). A vida psíquica dos esquizofrénicos. *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Sep. Tomo LXXXVIII, Março a Maio*

Cid, J. S. (1924). Classificação e sistemática geral das psicoses. *Lisboa Médica,* 209--223; 295-309

Faria, J. S. (1990). Principais Estádios de Evolução do Sistema de Cuidados de Saúde Mental em Portugal. In G. Ferreira, *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal* (415-422). Lisboa: F.C.G.

Fernandes, H. B. (1980). Reflexões sobre a experiência clínica terapêutica. *Psiquiatria Clínica,* 1(2), 77-91

Fernandes, H. B. (1984). A Psiquiatria em Portugal. In *Um século de Psiquiatria*. Lisboa: Roche Farmacêutica

Hespanha, P., Portugal, S., Nogueira, C., Pereira, J. M. & Hespanha, M. J. (2012). *Doença Mental, Instituições e Famílias*. Coimbra: Almedina

Lain Entralgo, P. (1986). *Ciencia,técnica y medicina*. Madrid: Alianza Editorial

Lazaro, J. (2005). Historia de las Ideas Psiquiátricas. In R. Alarcón, G. Mazzotti, G. & Nicolini, H. *Psiquiatria* (9-16). Washington: Organizacion Panamericana de la Salud

López Piñero, J. (1990). *Historia de la Medicina*. Madrid: Historia 16

Matos, J. (1884). *Manual das Doenças Mentais*. Porto: Livraria Central de Campos e Godinho Editores

Matos, J. (1911). *Elementos de Psiquiatria*. Porto: Livraria Chardron de Lello e Irmão editores

Micale, M. & Porter, R. (1994). *Discovering the History of Psychiatry*. Nova Iorque: Oxford University Press

Moura, E. (1947). *Anorexia Mental.* Acta Universitatis Conimbrigensis. Coimbra: Por Ordem da Universidade

Pereira, A. L. & Pita, J. R. (coord.) (2006). *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Pereira, A. L. & Pita, J. R. (org.) (2000). *Egas Moniz em livre exame*. Coimbra: Minerva

Pereira, J. M. (2012). Classificação e Reconceptualização das doenças na Psiquiatria Portuguesa. A contribuição de Júlio de Matos (1884-1923). *Estudos do Século XX,* 12, 347-364

Pereira, J. M. (2014). Psiquiatria na I República. In *Dicionário de História da I República e do Republicanismo* (425-432). Vol. III. Lisboa: Assembleia da República

Rosen, G. (1974). *Locura y Sociedad. Sociologia histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza

Scull, A. (1991). Psychiatry and its historians. *History of Psychiatry*. 2, 239-250

Sena, A. M. (1884). *Os Alienados em Portugal. História e Estatística*. Lisboa: Publicação da Medicina Contemporanea

Simon, H. (1937). *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona: Salvat

Swain, G. (1977). *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Paris: Privat

6. O ESTIGMA EM PSIQUIATRIA

STIGMA IN PSYCHIATRY

José Morgado Pereira

ORCID: 0000-0002-9624-0775

RESUMO:

Definições na Grécia Antiga e na atualidade. O livro de Erving Goffman e sua importância. Utilização corrente do termo. Tipos de estigma e suas consequências. O estigma psiquiátrico. Características das doenças psiquiátricas, instituições e ideologias associadas. O estigma em perspetiva histórica — a importância dos símbolos culturais. A tradição médica e as outras interpretações. Institucionalização e os asilos. A teoria da degenerescência e a antropologia criminal. A desinstitucionalização e suas consequências positivas e negativas. As representações sociais da doença mental. O estigma como categoria moral. Aspetos médicos, sociais, culturais e morais. Os fatores de vulnerabilidade ao adoecer mental. Antropologia cultural e social — sua importância. A bioética e a reabilitação psicossocial — objetivos e estratégias. A compreensão do estigma: humanidades médicas e a desconstrução do estigma. Os modelos biomédicos e culturais hermenêuticos. Conclusões.

PALAVRAS-CHAVE: estigma; asilo; desinstitucionalização; modelos

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_6

ABSTRACT:

Definitions in Ancient Greece and today. Erving Goffman's book and its importance. Current use of the term. Types of stigma and its consequences. Psychiatric stigma. Characteristics of psychiatric diseases, institutions and associated ideologies. The stigma in historical perspective — the importance of cultural symbols. Medical tradition and other interpretations. Institutionalization and asylums. The theory of degeneration and criminal anthropology. Deinstitutionalization and its positive and negative consequences. The social representations of mental illness. Stigma as a moral category. Medical, social, cultural and moral aspects. Factors of vulnerability to mental illness. Cultural and social anthropology — its importance. Bioethics and psychosocial rehabilitation — objectives and strategies. The understanding of stigma: the medical humanities and the deconstruction of stigma. The biomedical and cultural hermeneutic models. Conclusions.

KEYWORDS: stigma; asylum; deinstitutionalization; models

> Os males sagrados, (...) não são simplesmente doenças, mas sim sinais (...). Os males sagrados são estigmas, porque assinalam e mantêm à parte o ser marcado por eles (...). Tais doenças parecem ter o seu reflexo na vida moral. Podemos reconhecê-los em diversos carateres. O primeiro parece ser o do respeito que inspiram, respeito que traça um círculo de silêncio em volta. Este vazio é o primeiro modo de padecimento exasperante para quem o sofre. Pois não é sentido como um simples padecer, mas como condenação.
>
> Maria Zambrano, *O Homem e o Divino*

O estigma psiquiátrico é uma noção moderna que reflete os desenvolvimentos das ciências sociais e que permitiu compreender melhor os fatores sociais e culturais presentes na conceptualização das doenças psiquiátricas nas sociedades contemporâneas. O livro *Stigma — Notes on the management of spoiled identity,* publicado pelo sociólogo Erving Goffman, em 1963, tornou-se uma referência quase sempre citada em qualquer trabalho sobre o tema. Começa por mostrar que na Grécia o termo se referia a sinais corporais, destinados a marcar uma pessoa, ritualmente «poluída», a ser evitada especialmente em locais públicos, sendo hoje o termo aplicado a qualquer condição, atributo ou comportamento julgado inaceitável ou «inferior». Trata-se, pois, de uma atribuição profundamente depreciativa, que implica a desqualificação do portador. O estigma pode referir-se ao corpo, ao caráter ou visar agrupamentos sociais inteiros, numa relação especial entre atributo e estereótipo, em que a reação da sociedade afeta a identidade normal, criando-se uma identidade degradada. Como consequência surgem vários tipos de discriminação onde se associam considerações de medo, perigo, juízos negativos ou de censura. A utilização de certos termos na vida diária, como metáfora ou representação, pode acontecer sem estar consciente do seu significado original (GOFFMAN, 1963). E é quando a pessoa individual assume uma nova identidade degradada que o mortifica, e que acaba por afetar negativamente a qualidade das ações sociais para com ele, prejudicando o seu lugar no espaço social e físico, que podemos efetivamente falar em estigma social (GOFFMAN, 1963), um fenómeno que inclui a pessoa, uma audiência, e um conjunto de poderosas imagens negativas que lhe estão ligadas. Estes fenómenos parecem ter um fundamento psicológico e antropológico, derivando de uma inconsciente necessidade de ordenação do mundo, demarcando-nos do outro, distinção que tende a estabelecer polarizações entre o bem e o mal, o familiar e o estranho, o puro e o poluído, o conhecido e o desconhecido, a segurança e o perigo.

O resultado pode conduzir a um marcado distanciamento cognitivo e social. Também Sander Gilman considera que existe uma profunda tendência psicológica de preservação da identidade própria, através da patologização dos que são diferentes e potencialmente perigosos (GILMAN, 1988).

A doença psiquiátrica tem geralmente um caráter biológico, mas é também culturalmente construída. Para a estudar torna-se necessário analisar a cultura de uma sociedade como um sistema de símbolos com largas implicações sociais (FABREGA, 1990). Os sintomas destas doenças foram socialmente caracterizados como assustadores, vergonhosos, perigosos, imaginários, forjados, fantásticos, incuráveis, e os doentes considerados preguiçosos, fracos, instáveis, imprevisíveis, dependentes ou irracionais (FABREGA, 1990). Como se mencionará depois, os símbolos historicamente utilizados para explicar a doença incluíram referências a demónios, bruxas, espíritos, estados de possessão e pecados.

Fabrega lembra a importância de distinguir os diferentes meios em que surgem as denominações culturais para a doença, quer na tradição médica, académica e científica, quer nas tradições não profissionais, folclóricas, alternativas ou heterodoxas, ou ainda nas famílias e comunidades, sendo necessário perceber como se lida com a doença mental em todos estes ambientes.

Por que razão existe um estigma associado à doença mental? Em primeiro lugar, temos uma resposta que envolve símbolos culturais. A cultura de uma sociedade articula formas de comportamento, de ação e finalidades que são avaliadas positivamente, e outras formas de ação social avaliadas negativamente. Como a doença se traduz em comportamentos, surgem sentidos ou significados associados aos símbolos ligados aos diferentes tipos de conduta. Por outro lado, as sociedades criam instituições sociais e estruturas para lidar com certos tipos de desvio normativo, o que pode abranger a doença mental, conduzindo à estigmatização (hospitais, asilos, casas de

reclusão, abrigos das ordens religiosas). As instituições podem corresponder a esforços bem-intencionados para dar apoio e assistência, e atuar de forma protetora e tolerante. Dependendo do significado cultural associado à institucionalização, os internados podem ter a sua identidade social afetada de maneira significativa. (FABREGA, 1990). Existe ainda um paradoxo interessante, anotado por vários autores, de que a doença mental embora definida medicamente, também pode ser desacreditada socialmente, e sofrer rejeição ou condenação, com avaliações contrastadas, que tornam o tema algo enigmático e merecedor de estudo histórico, examinado à luz da cultura e das representações sociais locais da doença mental.

Bennett Simon mostra como na Grécia Antiga o termo estigma, apesar de não se utilizar em relação à doença mental, estava profundamente ligado ao sentimento de vergonha e de humilhação. A noção de «poluição» (o louco estava poluído e podia poluir) misturava-se com a vergonha, numa altura onde não havia instituições para pessoas cronicamente doentes, física ou mentalmente, por norma ficando em casa ou na vizinhança, num âmbito familiar. A distinção entre física e mental não era feita com nitidez, mas a distinção entre doença aguda e crónica era importante. Entende-se a mistura de atitudes contrastadas ou ambivalentes para com a doença mental pois a ideia de «bílis negra», por exemplo, retirava algum estigma da pessoa, sendo mais impessoal ou neutral. A noção da natureza excecional do melancólico ainda é mais impressiva. Existia a ideia de vergonha ou de desgraça ligada às doenças, mas a medicina grega ao «naturalizá-las» reduzia o sofrimento e a vergonha pela atribuição a uma causalidade externa, diminuindo a responsabilidade pessoal ou familiar (SIMON, 1992). No mesmo sentido, encontramos os tratamentos, ritualizados, filosófico-dialógicos ou medicamentosos, importantes para «desestigmatizar» o paciente. No entanto, a tendência grega para relacionar as ações do Homem com o sobrenatural terá sido uma condicionante para influenciar a (des)valorização social

da intervenção humana. Se os mentalmente afetados eram evitados por estarem sujeitos à maldição divina, também os encaravam com um respeito quase temeroso por estarem em contacto com o mundo sobrenatural (DODDS, 1988). Ainda assim, o estigma psiquiátrico estaria mais ligado às formas crónicas de loucura públicas e visíveis (FABREGA, 1991). As doenças mentais não eram vistas de forma diferenciada das restantes doenças e podiam ainda ter conotação negativa quando se considerava estarem associadas à possessão e à demonologia, pois outras tradições e práticas mágicas, sobrenaturais ou astrológicas coexistiam com a visão naturalista.

George Mora admite que durante a Idade Média os doentes mentais podem ter sido aceites com maior tolerância, dado serem testemunhas vivas da fragilidade humana e exemplos dessa mesma fragilidade constantemente à mercê da batalha entre a tentação do Demónio e a salvação conseguida pela Graça. Lembra, pelo contrário, a forte estigmatização sofrida pelos leprosos e pelos judeus, embora por razões diferentes. Igualmente os heréticos e os muçulmanos, em tempos de marcado predomínio cristão. No Renascimento, as bruxas, supersticiosamente consideradas como responsáveis pelas desgraças humanas, tornaram-se objeto central de estigmatização (MORA, 1992). Apesar da ambivalência associada a este fenómeno, ele existiu na Idade Média e na Renascença como parte intrínseca das conceções do cristianismo, que acentuou os símbolos de demónios, de imoralidade e de pecado. As interpretações hipocrático-galénicas coexistiam com a possessão demoníaca. A ideia de purificação e caridade era enfatizada, mas existiam formas de encarceramento aos desassisados crónicos, aos pobres e aos isolados, e havia abrigos e hospícios administrados pela Igreja. Certos meios médicos e académicos mais formais parecem ter optado por métodos mais brandos e racionais de lidar com os doentes, ao contrário do que faziam as autoridades da administração central. A própria ideia de comportamento anómalo de doentes da mente estava relacionada

com a noção de divindade e a uma determinação superior para com todos os assuntos humanos. De forma notável, Johan Huizinga expressou o frequente contraste entre a crueldade e a piedade nos costumes da Idade Média: «Por um lado, os doentes, os pobres, os dementes são objeto de profunda e comovida piedade (…), por outro, são tratados com incrível dureza, ou cruelmente escarnecidos.» (HUIZINGA, 1924). No Renascimento, que Mora considera ser um período de continuidade mais do que de oposição, ao lado de uma visão otimista pode, pois, colocar-se uma historiografia mais «pessimista» muito embora tenha havido notáveis mudanças nas perceções sociais, psicológicas e médicas sobre as várias formas de comportamento irracional, e que derivam de novas visões da natureza humana, cristalizadas em metáforas profissionais e traduzidas em novas práticas. (KINSMAN, 1974).

Ao lado da tradição médica mais «científica» coexistia outra visão envolvendo a astrologia, a demonologia, a magia e o ocultismo que influenciava e era influenciada pelas interpretações cristãs da doença. Ao lado da Igreja e da medicina, a importância do Estado tornou-se crescente nos finais do século XVII e na centúria seguinte. Ao longo do século XVI, as influências galénicas aumentaram, sendo a melancolia diagnóstico dominante, mas nos países católicos era frequente uma interpretação religiosa com referência ao pecado e ao demónio, enquanto nos protestantes os símbolos religiosos eram menos influentes, com menor peso moral. Algum enfraquecimento das instituições religiosas, a consolidação do Estado e o crescimento populacional criaram graves problemas de pobreza e de indigência na segunda metade do século XVII e no século XVIII, o que obrigou a uma definição de políticas para lidar com pobres, vagabundos e marginais. O confinamento existiu, mas é muito discutível que tenha ocorrido da maneira descrita por Michel Foucault no seu célebre livro (FOUCAULT, 1961). Roy Porter, por exemplo, mostrou que o número de loucos internados antes do século XIX, em Inglaterra, era baixo

e existiam casas privadas em número significativo (PORTER, 1987). O século XVIII não foi marcado pela intervenção estatal a propósito dos loucos, a não ser no seu final, nomeadamente em França, ao contrário do século XIX, em que nasce o asilo psiquiátrico, objeto de análises contrastadas, mas que acabou por se tornar numa instituição rigidamente controlada e estigmatizante para os loucos.

No início do século XIX, a consideração da loucura como categoria social distinta ganhou corpo com a construção de asilos, definidos como uma forma mais humanitária de prestação de cuidados, mas que acabaram por conduzir a uma clara segregação quando o pessimismo, a sobrelotação, o escasso financiamento e a grande pobreza de meios os transformaram em autênticos depósitos de pacientes, esfumando-se a dimensão terapêutica. Também as ideias de degenerescência na segunda metade do século XIX acentuaram o pessimismo com a tónica no determinismo hereditário e na ideia de cronicidade evolutiva, ainda mais vincado pela antropologia criminal de Lombroso e a sua ideia do criminoso-nato, e a grande aproximação à criminologia, com referências à epilepsia e à loucura moral que este psiquiatra generaliza. Parece óbvio que estas ideias e a sua difusão contribuíram para reforçar o estigma ligado às doenças mentais, com o termo degenerescência a ganhar uma conotação pejorativa e o doente mental como alguém degenerado, potencialmente perigoso, imprevisível, devendo a sociedade promover a defesa social sequestrando-o. Apesar desta constatação, deve ser salientado que ocorreram progressos na explicação de algumas doenças e que se acumularam um conjunto de conhecimentos anátomo-fisiológicos, psicológicos e farmacológicos, por vezes não devidamente valorizados pelos historiadores destas matérias. Também o novo pensamento psicodinâmico permitiu compreender melhor os pacientes e contribuiu para a humanização da loucura. Anote-se que o estigma era extensivo às «casas de loucos» e aos «médicos de loucos», sobre os quais existia um anedotário a esse respeito e que não desapareceu.

Aliás, a imagem negativa contemporânea da instituição psiquiátrica hospitalar é referida pela maioria dos doentes, suscitando medos e receios vários (HESPANHA *et al.*, 2012).

Apesar de antiga, a história do estigma prolonga-se até aos nossos dias. Não deixa de ser curioso que o movimento antipsiquiátrico, que a partir das décadas de 1960 e 1970, procurou lutar contra a estigmatização dos doentes culpabilizando a psiquiatria e sua prática por essa situação, tenha mais tarde vindo a sofrer acusações do mesmo tipo. O historiador Norman Dain, por exemplo, analisa de forma muito crítica o que se passou com a desinstitucionalização nos Estados Unidos da América. Na sequência da legislação de 1963, que apontava para a construção de centros comunitários de saúde mental, ocorreu um abandono maciço dos grandes hospitais psiquiátricos, por vezes demasiado rápido, mas sem o necessário suporte financeiro e institucional para os doentes que saíam, esvaziando muitas instituições. Como consequência, era frequente a presença nos espaços públicos de um elevado número de pacientes, alguns muito perturbados e abandonados à sua sorte, o que reforçou estereótipos negativos e aumentou o estigma (DAIN, 1994). O resultado de uma desinstitucionalização apressada foi contraditório, pois acabou por perpetuar ou até aumentar o estigma associado às pessoas com doença mental, com inúmeros doentes sem-abrigo vagueando nas ruas de muitas cidades (DAIN, 1994). O autor acaba por atribuir a responsabilidade desta situação tanto à psiquiatria como à antipsiquiatria.

Que a problemática do estigma é complexa mostra-o um notável estudo de psicologia social, de Denise Jodelet, com uma dimensão prática, a que Correia Jesuíno deu relevo há poucos anos (JESUÍNO, 2011). A autora debruçou-se sobre uma comunidade rural no centro de França que, desde o início do século XX, acolhia de forma institucionalizada doentes mentais (JODELET, 1989), seguindo com prolongadas estadas no terreno a constituição e a evolução de uma

representação específica da doença mental, explicando a interdependência entre esta elaboração cognitiva e a adoção de comportamentos concretos. O estatuto dos pensionistas no seio das famílias acaba por fazer deles «estrangeiros»: refeições separadas, roupa lavada em separado, afastamento de crianças e raparigas mais velhas, revelando os receios de contágio e de contactos íntimos. Uma política progressiva das autoridades sanitárias, virada para a reinserção, depara com a emergência de um código de discriminação social imprevisto. Existia, pois, uma teoria implícita da doença mental, com diferenciações definidoras de um conjunto de características, que permitiam classificar, fornecendo uma matriz de identidade partilhada coletivamente, isto é, a categorização era socialmente estabelecida (JODELET, 1989). A utilização de categorias e de classificação com recurso a termos populares, não científicos, implicava, portanto, uma segregação. À representação do estranho ou do perigo corresponde uma operação do pensamento racional, e o domínio desse perigo pela distanciação cognitiva e social que torna eficaz este pensamento de «separação».

As representações sociais podem servir, assim, para tornar o estranho familiar e o invisível percetível. Serge Moscovici, o prefaciador da obra de Jodelet, mostra que a familiarização do estranho se faz com a «ancoragem», o fazer prevalecer os quadros do pensamento antigo, o colocar no «já conhecido». Esta modalidade de pensamento caracterizada pela memória e o predomínio de posições estabelecidas, põe em marcha mecanismos gerais: classificação, categorização, rotulação e os procedimentos de explicação que obedecem a uma lógica específica. Como adverte Moscovici, classificar é uma operação inocente no plano intelectual, mas perigosa no plano social (MOSCOVICI, 1989), e apontando para o risco de multiplicar numa pequena escala aquilo que se ambiciona fazer desaparecer numa larga escala.

Num curto, mas valioso, e interessante número parcialmente dedicado ao estigma (*The Lancet*, 1998), o historiador Roy Porter

lembrava que as teorias sobre as doenças podem reforçar os preconceitos morais coletivos. Os leprosos foram considerados «impuros» e condenados a uma «morte social», sendo que a impureza seria mais tarde transferida para os sifilíticos. Menciona que os loucos, em textos médicos, na arte e na imaginação popular, eram equiparados a animais ferozes, e recorda como os médicos vitorianos consideraram que as mulheres com marcado apetite sexual sofriam de «ninfomania», recomendando-se, por vezes, a cura cirúrgica. Considera, igualmente, que em várias ocasiões a profissão médica mostrou-se enérgica ao tentar desestigmatizar, recordando que a atribuição de «bodes expiatórios» é também muitas das vezes um escape em função de tensões sociais. A bruxaria no século XVII originou um confronto entre a Igreja e os médicos, ao discutir-se se se tratava de influência diabólica, doença ou fraude. Graças à medicina, acabou por se impor lentamente uma desestigmatização das bruxas e das suas vítimas, evitando assim uma série de mortes horríveis. A condição foi medicalizada como histeria, diagnóstico que acabou depois por ser estigmatizante (PORTER, 1998).

Porter conclui que o estigma é, pois, parcialmente negociável, já que está ligado à necessidade premente de encontrar um sentido para a doença. Lembra os somatizadores que Edward Shorter considerou como pessoas que consciente ou inconscientemente procuram consolação, atenção ou justificações sociais, tentando dar um sentido a vidas infelizes (SHORTER, 1992). Nestes casos, podem ocorrer negociações tácitas entre profissionais e pacientes, com álibis médicos que podem reduzir o estigma. As queixas serem físicas pressuporia que uma doença somática era uma «verdadeira» doença, e, assim, o paciente «não perde a face». A escritora Susan Sontag propunha, num pequeno livro notável (SONTAG, 1979), que se eliminasse inteiramente qualquer julgamento de valor sobre as doenças, sejam negativos, sejam positivos (o que raramente ocorreu), como no caso da tuberculose no período romântico ou ainda da

gota. Ocasionalmente, a loucura também foi celebrada como «linguagem divina» ou própria de génios poéticos. Sontag considera todas as «estratégias míticas», sejam evasivas, expiatórias ou celebrativas, como intelectualmente desonestas e indesejáveis, defende um olhar a doença como ela é na realidade, o que poderá, no entanto, corresponder a um desejo de perfeição quase sobre-humano (PORTER, 1998).

O tema tem vindo a ser exaustivamente tratado por Arthur Kleinman, autor de muitos trabalhos, em livros e em revistas, sobre antropologia médica, nos quais rejeita o reducionismo fisicalista do modelo biomédico, sendo há muito considerado um escritor prolífico e especialmente influente nessa área (YOUNG, 1982), assumindo claramente que a sua obra se situa entre a antropologia e a medicina. O seu estudo sobre a epilepsia no interior da China mostra como a prioridade dada ao controlo social, não aos direitos dos doentes, pode levar ao afastamento da escola, do trabalho e discriminar pacientes e famílias que requeiram mais recursos para o tratamento. Devido ao medo da desonra atingir toda a família, o diagnóstico pode ser ocultado, os doentes abandonarem o tratamento, e a própria família sequestrar em casa o seu membro que sofre de epilepsia. A superproteção pode, assim, conduzir à incapacidade e ser obstáculo à recuperação (KLEINMAN, 1995). Como no Ocidente, diz o autor, o estigma é uma categoria moral, e no contexto da China, a censura moral e a culpa não se aplicam apenas ao doente, estendendo-se à família inteira, podendo surgir atribuições causais como má sorte, hereditariedade, forças negativas, influência maligna de deuses, fantasmas ou antepassados, que envolvem o estatuto moral da família. Existe, pois, uma deslegitimação da pessoa e da família na estrutura das relações sociais que vai afetar o casamento, a vida diária, todos os aspetos da vida social, arruinando as relações sociais e a vida dos membros da família. A evolução social da doença abarca, pois, muito do que se denomina de prognóstico, tornando priori-

tárias a educação para a saúde, a legislação para a incapacidade, a existência de serviços, projetos de ação comunitária e programas de reabilitação ligados ao trabalho e baseados na família.

Outro dos assuntos por ele abordado em vários dos seus livros é transcultural, mostrando como o diagnóstico de depressão frequente nos Estados Unidos da América é muito raro na China. Aqui, os pacientes com uma constelação de sintomas como ansiedade, astenia, cefaleias, dores nas costas, tristeza, irritabilidade, insónia, anorexia e disfunção sexual são diagnosticados com «neurastenia», uma designação originária dos EUA, mas já em desuso neste país. Acontece que a escolha da neurastenia parece estar ligada a razões culturais e sociais, pois na China a doença mental é muito estigmatizante para doentes e respetivas famílias, e médicos e pacientes acham mais conveniente um diagnóstico que aproxima a doença neurasténica de uma fraqueza neurológica em vez de doença mental (KLEINMAN, 1988). Os mesmos sintomas são assim designados, interpretados e experienciados de modo diferente nas duas culturas.

Kleinman insiste que se trata de um processo social, cultural e moral. Tem sido dado demasiado foco aos aspetos psicológicos, negligenciado-se a compreensão do estigma e das pessoas que o sofrem integradas no seu contexto moral local. O próprio Goffman considera-o um processo baseado na construção social da identidade, passando de um estatuto normal a um estatuto social desacreditado ou desacreditável, focando primariamente o impacto psicológico nos indivíduos, com a internalização do estigma e sua influência no comportamento individual. Kleinman considera que ficam de fora as modificações que o estigma provoca na vida social e nas relações, embora acrescente que a sociologia tem procurado identificar recentemente processos sociais que ocorrem em ambiente sociocultural, incluindo discriminações estruturais para com os grupos estigmatizados, ligados ao poder social, económico e político (KLEINMAN & HALL-CLIFFORD, 2016).

Quanto à antropologia, procura focar o estigma inserido na experiência moral e o estigmatizado como pessoa com um estatuto moral determinado pelo seu mundo social local, e a manutenção deste está dependente da pessoa se defrontar com as obrigações sociais e as normas. Os estigmatizados tornam-se, de facto, incapazes de enfrentar essas exigências, reduzindo a sua capacidade de aceder ao que mais interessa no seu mundo local: a saúde, as relações humanas, as oportunidades de vida. Compreender os processos únicos, sociais e culturais que criam o estigma nos mundos vividos dos afetados deve ser o primeiro foco nos esforços para o combate ao estigma. Os métodos etnográficos permitem explorar os sistemas de valores locais com mais profundidade do que através dos instrumentos de avaliação estandardizada (KLEINMAN & HALL-CLIFFORD, 2016).

Só combinando a observação durante entrevistas aprofundadas é que podemos testemunhar as diferenças entre os ideais morais do indivíduo e as suas ações. Não basta a legislação para prevenir as consequências do estigma no plano formal e institucional, embora seja importante, mas não permite criar mudanças sociais alargadas. Considera-se que pode ser a antropologia a contribuir, examinando os mundos morais alterados que levam a mudanças culturais alargadas. Kleinman exemplifica como o estigma relativo a condições específicas pode mudar através do tempo, apresentando o caso da depressão, em que acha que se assiste a uma marcada desestigmatização indicadora de mudança cultural. Quanto ao tabagismo, tem vindo a ser cada vez mais estigmatizado, com as taxas de consumo a diminuir consideravelmente. Acrescenta que sabemos pouco dos processos morais ligados ao estigma, o que limita muito a capacidade de compreender e de criar estratégias efetivas para o ultrapassar. Além dos componentes psicológicos e macrossociais, é necessário entender como é que o estatuto de indivíduos e de grupos no contexto local afeta a transmissão do estigma e o seu futuro. Só este

estudo dos valores locais enraizados nas vidas de cada um e como atingem o estigma pode permitir a criação de intervenções antiestigma mais efetivas, que sejam mensuráveis.

As políticas para a saúde mental são naturalmente importantes e a existência de cuidados comunitários é uma resposta necessária. Devem ser «compreensivos», oferecerem apoio continuado a longo prazo e suporte individual de proximidade, dar resposta rápida na crise, e promover acolhimento institucional nos momentos graves da doença. Para tudo isto, são essenciais o financiamento e as atitudes inclusivas da comunidade e dos seus representantes. A legislação é igualmente importante, visando também a discriminação social além daquela que deriva da incapacidade, lembrando que «o ser negro, pobre e doente mental acarreta o maior grau de discriminação que a sociedade impõe» (HEGINBOTHAM, 1998). Todas as disciplinas que estudam os fenómenos socioculturais são indispensáveis: antropologia, etnologia, sociologia, ecologia, psicologia social, ética. Todas elas identificam fatores de vulnerabilidade do adoecer mental, analisam criticamente as instituições hospitalares, contribuem para as mudanças institucionais e assistenciais, são importantes para a formulação diagnóstica e para o projeto terapêutico. Na reabilitação, componente de qualquer serviço de saúde mental, os objetivos são os de melhorar os sintomas usando fármacos, tratamentos psicológicos e intervenções psicossociais, reduzir a iatrogenia e a institucionalização prolongada, melhorar as competências sociais, dar suporte às famílias, e apoio social nas necessidades básicas, melhorando a autonomia individual. É, pois, possível reduzir a discriminação e o estigma, não esquecendo também a importância do tratamento, que pode por si só modificar a perceção social e o sentido do adoecer.

As campanhas de informação e os debates públicos sobre este tema são fundamentais, e ligam-se à educação para a saúde, sendo especialmente importantes os testemunhos de pacientes e ex-pacien-

tes que falam da sua experiência e do contacto com os serviços, corrigindo a perceção pública de que se trata, por definição, de pessoas violentas e perigosas. É especialmente valioso o testemunho de pessoas do meio médico ou académico. Kay Redfield Jamison, por exemplo, psicóloga clínica e professora, tem debatido e escrito sobre a sua doença (maníaco-depressiva) fornecendo-nos um impressionante relato (JAMISON, 1995). Depois de recordar como a estigmatização enfrentada pelas pessoas com doença mental é marcada, exuberante nos meios de comunicação social e frequente na profissão médica, assume que sempre ensinou em departamentos académicos de psiquiatria e que sofre de doença maníaco-depressiva desde os 16 anos. Conta que só quando escreveu um livro sobre a sua doença é que verdadeiramente se deu conta da extensão da discriminação e da antipatia que as pessoas enfrentam, mas, paradoxalmente, confessa, também ficou profundamente consciente de como as pessoas podem ser compreensivas e generosas. Afirma que dos milhares de cartas recebidas, as mais difíceis de ler são as centenas vindas de médicos e de outros profissionais, reportando a falta de apoio dos seus mentores e colegas, e demasiadas vezes a sua demissão da escola médica ou de programas para o internato médico. Todos expressam as dificuldades que enfrentam quando estão em causa os seus graus académicos, licenças médicas ou privilégios hospitalares. Presume que as campanhas de educação pública e a divulgação de que existe medicação efetiva começam a ter impacto na perceção pública e no comportamento, mas lembra que é urgente reconhecer a vulnerabilidade de muitos colegas (ao suicídio, nomeadamente) para se agir eficazmente (JAMISON, 1998).

Graham Scambler considera importante a adoção de um modelo mais holístico do que biomédico, enfatizando a informação e o aconselhamento, ajudando a pessoa e não meramente tratar a doença. Desenvolver competências de aconselhamento para complementar

as competências técnicas, pressupõe perceber a importância do fenómeno do estigma e aprender estratégias para lidar com situações concretas (SCAMBLER, 1998). Anne Hudson Jones, professora de humanidades médicas, lembra a importância dos testemunhos literários, como os de William Styron (STYRON, 1991) ou de Kay Redfield Jamison, e reforça a importância da tradição dos curadores que se tornaram especialmente eficazes por terem eles próprios experienciado a doença e o sofrimento associado. Garante que o meio mais seguro para acabar com o estigma é o de encontrar as causas e o tratamento efetivo para uma doença (JONES, 1998). Outro exemplo de um testemunho vivido e escrito é o de Lewis Wolpert, em *Malignant Sadness (*1999), um professor de biologia que também redigiu um pequeno testemunho no número da *Lancet* anteriormente citado. Recorde-se que o livro de Goffman sobre o estigma abre de modo significativo com uma citação do notável romance *Miss Lonelyhearts,* de Nathanael West, retirada de uma carta enviada por uma adolescente desesperada ao jornalista responsável pelo consultório sentimental de um diário nova-iorquino e que usa o pseudónimo de Miss Lonelyhearts (WEST, 1969). É esta riqueza que as denominadas humanidades médicas conseguem trazer, pois a literatura e as artes, como a antropologia e sociologia, a bioética, a comunicação médica, a psicologia e a psicopatologia, ou a história da medicina, podem dar voz de um modo qualitativo ao sofrimento, à experiência vivida da doença, dos sintomas ou do mal-estar de uma existência individualizada que nenhuma objetividade pode alguma vez substituir.

Kleinman, como Eisenberg, Byron Good e, entre nós, Quartilho (QUARTILHO, 2001), fazem uma distinção entre *disease*, *illness* e *sickness*: a primeira refere-se a anormalidades na estrutura e/ou função de órgãos e sistemas orgânicos, estados patológicos culturalmente reconhecidos ou não, doença para o modelo biomédico; a segunda alude às perceções da pessoa e às experiências subjetivas

da doença, mas também ao significado atribuído a essa experiência no contexto social, sempre um processo individualizado; a terceira, e última, é um termo social mais genérico para definir acontecimentos envolvendo *disease* ou *illness* (YOUNG, 1982). Daí que Byron Good procure mesmo construir um modelo cultural hermenêutico para completar, e não para substituir, o modelo biomédico. A sua finalidade é compreender, construindo a rede semântica do paciente, um conjunto de significados e experiências que fornecem o contexto semântico da doença do paciente, a *illness* (GOOD & GOOD, 1981) (Figura1).

A sua importância para ajudar a compreender o adoecer, a estigmatização e, ainda, para a sua necessária «desconstrução» parece-me, pois, muito importante. Com efeito, a compreensão plena da subjetividade da pessoa (doente) reduz necessariamente o fenómeno do estigma.

Em qualquer publicação sobre reabilitação psicossocial e seus objetivos e estratégias, está presente, em lugar destacado, a luta contra o estigma, assim como em todos os programas das associações de saúde mental, de doentes e de familiares de doentes.

Apesar do estigma parecer ser intrínseco à psicologia humana, incorporando a parte negativa do *self*, muitos de nós estão hoje mais conscientes desta questão e dos seus efeitos sociais negativos, renovando a esperança para que as pessoas atingidas por uma doença mental possam ser mais bem aceites e integradas na sua comunidade.

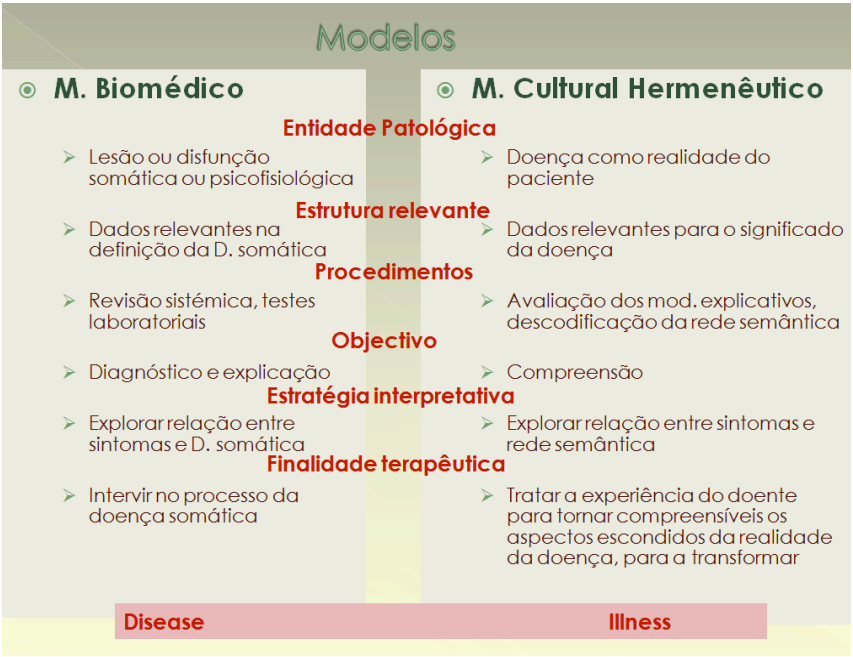


FIGURA 1

Fonte: Good & Good, 1981(adaptado).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dain, N. (1994). Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry,* 45 (10),1010-1014

Dodds, E. R. (1988). *Os Gregos e o Irracional.* Lisboa: Gradiva

Eisenberg, L. & Kleinman, A. (1981). *The Relevance of Social Science for Medicine.* Dordrecht: D. Reidel

Fabrega, H. (1990). Psychiatric stigma in the classical and medieval period: a review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 31 (4), 289-306

Fabrega, H. (1991). The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern western societies: a review of recent literature. *Comprehensive Psychiatry,* 32 (2), 97-119

Fink, P. J. & Tasman, A. (1992). *Stigma and Mental Illness.* Washington: American Psychiatric Press

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique.* Paris: Gallimard

Gilman, S. (1988). *Disease and Representation. Images of Illness from Madness to AIDS.* Ithaca: Cornell University Press

Goffman, E. (1975). *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores

Good, B. & Good, M. D. (1981). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In L. Eisenberg & A. Kleinman. *The Relevance of Social Science for Medicine* (165-196). Dordrecht: D. Reidel

Heginbotham, C. (1998). UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. *The Lancet*, 352, 1052-1053

Hespanha, P., Portugal, S., Nogueira, C., Pereira, J. M. & Hespanha, M. J. (2012). *Doença Mental, Instituições e Famílias*. Coimbra: Almedina

Huizinga, J. (n.d.). *O Declínio da Idade Média*. Lisboa: Ulisseia

Jamison, K. R. (1996*). Uma mente inquieta*. São Paulo: Martins Fontes

Jamison, K. R. (1998). Stigma of manic depression: a psychologist's experience. *The Lancet*, 352, 1053

Jesuíno, J. C. (2011). Comentário. *Mind Faces. As diferentes faces da saúde mental* (53-65). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Jodelet, D. (1989). *Folies et Représentations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France

Jones, A. H. (1998). Mental illness made public: ending the stigma? *The Lancet,* 352, 1060

Kinsman, R. (1974). *The Darker Vision of the Renaissance*. Berkeley: University of California Press

Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry. From cultural category to personal experience.* Nova Iorque: The Free Press

Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press

Kleinman, A., Hall-Clifford, R. (2016). Stigma: A social, cultural, and moral process. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 63 (6), editorial

Mora, G. (1992). Stigma during the Medieval and Renaissance Periods. In P. J. Fink & A. Tasman, *Stigma and Mental Illness* (41-57). Washington: American Psychiatric Pub

Moscovici, S. (1989). Préface. In Jodelet, *Folies et representations sociales* (9-30). Paris: PUF.

Porter, R. (1987). *Mind-Forg'd Manacles. A History of madness in England from the Restoration to the Regency.* Londres: Penguin Books

Porter, R. (1998). Can the stigma of mental illness be changed? *The Lancet*. *352*. 1049-1050

Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto

Scambler, G. (1998). Stigma and disease: changing paradigms. *The Lancet,* 352,1054-1055

Shorter, E. (1992). *From Paralyses to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era.* Nova Iorque: The Free Press

Simon, B. (1992). Shame, Stigma, and Mental Illness in Ancient Greece. In P. J. Fink & A. Tasman, *Stigma and Mental Illness* (29-39). Washington: American Psychiatric Pub

Sontag, S. (1984). *La enfermedad y sus metáforas.* Barcelona: Muchnik Editores

Styron, W. (1991). *Visível Escuridão*. Lisboa: Bertrand Editora

West, N. (1969). *Miss Lonelyhearts*. Madrid: Alianza

Wolpert, L. (1999). *Malignant Sadness. The Anatomy of Depression*. Londres: Faber and Faber

Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Ann. Rev. Anthropol,* 11, 257-285

Zambrano, M. (1995). *O Homem e o Divino*. Lisboa: Relógio d'Água

(Página deixada propositadamente em branco)

7. Saúde mental pública

Public Mental Health

Vítor Santos

ORCID: 0000-0003-1945-4339

RESUMO:

Nos últimos anos, a carga global de doença associada às perturbações mentais tem sido reconhecida como muito significativa e as questões relacionadas com o bem-estar das populações têm começado a ocupar um lugar na agenda de políticas públicas em vários países. Este capítulo constitui uma breve revisão do papel da saúde mental pública na resposta a estes desafios, descrevendo os seus objetivos e âmbito de atuação: promoção da saúde mental, prevenção das perturbações mentais, organização dos serviços de saúde mental e análise de políticas de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; saúde mental pública; promoção do bem-estar; prevenção de perturbações mentais; políticas de saúde mental

ABSTRACT:

In recent years, the global burden of disease associated with mental disorders has been recognized as very significant and

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_7

issues related to population well-being start to being a priority on the public policy agenda in several countries. This chapter provides a brief review of the role of public mental health in addressing these challenges, outlining its objectives and scope: promoting mental health, preventing mental disorders, organizing mental health services, and analyzing mental health policies.

KEYWORDS: mental health; public mental health; well-being promotion; mental disorder prevention; mental health policies

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental tem sido conceptualizada não apenas como a ausência de doença mental, mas como um estado de bem-estar em que o indivíduo se encontra na plena posse das suas faculdades intelectuais, consegue lidar com os problemas do seu quotidiano, ocupa-se de uma forma produtiva ou criativa, desenvolve relações interpessoais significativas e de boa qualidade, e é capaz de contribuir de algum modo para a sua comunidade. O campo da saúde mental pública aborda as questões sobre a saúde mental a partir de uma perspetiva populacional e tem sido crescentemente considerada como fundamental na redução da carga global dos problemas de saúde mental.

Deste modo, a saúde mental pública pode ser definida como o conjunto de ações destinadas a melhorar a saúde mental das populações e a construir sociedades mais saudáveis, não se focando apenas no tratamento e prevenção de perturbações mentais, mas também em medidas de promoção de bem-estar e de saúde mental positiva (WAHLBECK, 2015). A investigação em saúde mental pública abrange várias dimensões, que incluem:

a) A descrição da ocorrência, distribuição e experiência coletiva da saúde mental positiva e problemas de saúde mental nas populações.
b) O estudo dos determinantes da saúde mental positiva e problemas de saúde mental nas populações.
c) O estudo das intervenções de promoção da saúde mental e prevenção de perturbações mentais.
d) A análise das políticas e da governação do sistema de saúde mental, e dos aspetos relacionados com a organização e efetividade dos serviços de saúde mental.

2. AS PERTURBAÇÕES MENTAIS COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Numa perspetiva de saúde pública, o impacto das perturbações mentais pode ser apreciado tendo em conta quatro questões:

a) As perturbações mentais são frequentes?
b) Qual a magnitude das consequências das perturbações mentais para a população?
c) Qual a acessibilidade das intervenções que diminuem a frequência e consequências destas perturbações?
d) Qual a aceitação dessas intervenções pela comunidade?

a) Prevalência das perturbações mentais

Nas últimas quatro décadas, após a introdução de critérios de diagnóstico das perturbações mentais, vários estudos de epidemiologia psiquiátrica têm proporcionado estimativas da prevalência das perturbações mentais mais comuns (perturbações do humor, perturbações de ansiedade e perturbações do uso de substâncias), em

vários países de diferentes regiões do globo. Numa meta-análise recente de cento e setenta e quatro inquéritos populacionais em sessenta e três países (STEEL *et al.*, 2014), que incluía resultados dos estudos da iniciativa *World Mental Health Survey* da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente uma em cada cinco pessoas da população foi identificada como preenchendo critérios para o diagnóstico de uma perturbação mental comum nos doze meses precedentes à avaliação (prevalência anual 17,6%; intervalo de confiança de 95%: 16,3-18,9%). Quase um terço dos inquiridos tinha experienciado uma perturbação mental num qualquer momento da sua vida (prevalência ao longo da vida: 29,2%; 95% IC: 25,9-32,6%). Era evidente um efeito de género na prevalência das perturbações mentais comuns, com um padrão semelhante na prevalência anual e ao longo da vida: as perturbações do humor e da ansiedade são mais frequentes no sexo feminino e as perturbações aditivas predominam no sexo masculino. Foi também identificada uma variação da prevalência de perturbações mentais nas diferentes regiões mundiais, com os estudos realizados em países do sudeste asiático e da África subsariana a revelarem estimativas de prevalência menores.

A prevalência das perturbações psiquiátricas na população portuguesa é das mais elevadas da Europa, com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental a revelar que cerca de um quinto das pessoas entrevistadas (22,9%) apresentavam uma perturbação psiquiátrica nos doze meses anteriores à avaliação, com prevalências mais altas das perturbações de ansiedade (16,5%) e das perturbações do humor (7,9%), e prevalências inferiores das perturbações do controlo do impulso (3,5%) e aditivas (1,6%). Foi ainda estimado que cerca de 4% da população portuguesa apresenta uma perturbação psiquiátrica grave (ALMEIDA *et al.*, 2013).

b) Carga global das perturbações mentais

Apesar da sua prevalência, os problemas de saúde mental têm sido negligenciados na agenda internacional de saúde pública. A magnitude das consequências das perturbações mentais para a comunidade começou a tornar-se evidente a partir dos resultados do estudo *Global Burden of Disease*, através de indicadores como os «Anos de vida perdidos ajustados à incapacidade» («Disability Adjusted Life Years» — DALY) que integram a perda de potenciais anos de vida devido a morte prematura e a perda de anos de vida saudável associados a um estado de saúde precária, com incapacidade significativa.

Em 2016, as perturbações mentais representaram 6,8% dos DALYs em todo o mundo, o que representa um aumento significativo em relação a 1990, quando o índice correspondente foi de 4,5%. Entre as perturbações mentais, a depressão foi uma das principais causas de carga global de doença, com 1,4% de DALYs. Outras importantes causas de DALYs entre as perturbações mentais foram as perturbações de ansiedade (1,1%), perturbações associadas ao uso de drogas (0,8%), perturbações associadas ao uso de álcool (0,7%) e a esquizofrenia (0,6 %).

As pessoas com perturbações mentais têm um risco acrescido de suicídio. Apesar dos comportamentos suicidários resultarem de interações complexas entre fatores sociais, comportamentais e psiquiátricos, estima-se que 90% dos suicídios estão associados a perturbações mentais, principalmente a perturbações do humor e a perturbações mentais e comportamentais associadas ao uso de álcool. Os comportamentos autolesivos, que em 2016 representavam a décima sexta causa mundial de DALYs, contribuem também para o impacto total das perturbações mentais sobre a saúde da população.

A distribuição de DALYs varia consideravelmente entre as regiões geográficas. A contribuição relativa das perturbações mentais é, em

geral, maior nas economias desenvolvidas. De acordo com o estudo *Global Burden of Disease*, as perturbações mentais representaram 10,7% da carga total de doença em regiões com maiores rendimentos, como a Europa, a América do Norte e a Oceânia, onde cerca de metade das pensões de invalidez são concedidas devido a perturbações mentais, nomeadamente a depressão. A carga global das perturbações mentais é quase a mesma para homens e mulheres, mas os principais contribuintes causais são diferentes. O peso da depressão é 50% maior para as mulheres do que para os homens. Por outro lado, a ocorrência de perturbações mentais e comportamentais associadas ao uso de álcool e drogas em homens é quase sete vezes superior à das mulheres e representa quase um terço da carga global de doença associada às perturbações mentais no sexo masculino (WAHLBECK & WASSERMAN, 2015).

Das estimativas para 2016 da carga global da doença em Portugal, as perturbações mentais constituem a quarta principal causa de anos perdidos ajustados à incapacidade (DALY) representando 9,22% da carga total para o país, destacando-se a sobrecarga causada pelas perturbações depressivas (3,2%) e pelas perturbações da ansiedade (1,8%), alinhada com os dados da prevalência do estudo epidemiológico nacional.

c) Acessibilidade a intervenções terapêuticas

Numa perspetiva de saúde pública, as respostas terapêuticas disponíveis com efetividade comprovada devem ser facilmente acessíveis às pessoas que delas necessitam. O conceito de cobertura define-se como a proporção de pessoas que poderiam beneficiar de um tratamento que de facto o recebem. Relativamente às perturbações mentais, os estudos empíricos têm demonstrado que essa proporção é inferior à esperada, tendo em conta a sua prevalência e carga

global. Num estudo que analisou a utilização dos serviços de saúde mental em dezassete países, onde foram realizados inquéritos epidemiológicos no âmbito da iniciativa da OMS *World Mental Health Survey*, a proporção de pessoas com diagnóstico de perturbação mental considerada grave que recebeu qualquer tipo de tratamento variou entre os 11% na China e os 61% na Bélgica, com taxas de cobertura inferiores nos países de baixos rendimentos (WANG *et al.*, 2007). Estes dados revelam que o acesso a intervenções terapêuticas para perturbações mentais é deficitário em todo o mundo, mas especialmente nos países com baixos rendimentos, e que um aumento da taxa de cobertura implica uma expansão e diferente alocação dos recursos na área da saúde mental, e uma melhor compreensão das barreiras que limitam o acesso a respostas terapêuticas.

d) Barreiras de acesso ao tratamento das perturbações mentais

As barreiras que influenciam a baixa cobertura de tratamento das perturbações mentais podem ser de natureza estrutural ou atitudinal. As primeiras relacionam-se com as condições sociais e económicas das pessoas que sofrem de perturbações mentais, com a escassez de recursos, a iniquidade de acesso e a falta de eficiência na alocação dos recursos que ainda caracteriza a organização dos cuidados de saúde mental em várias regiões do globo (SAXENA *et al.*, 2007). As barreiras atitudinais estão associadas à perceção da não necessidade ou efetividade dos tratamentos, e ao estigma em relação à doença mental e às pessoas que sofrem de perturbações mentais (THORNICROFT, 2008). A literacia em saúde mental e o conhecimento sobre perturbações mentais por parte das comunidades são ainda incipientes, as atitudes públicas em relação às perturbações mentais estão muitas vezes dominadas por sentimentos de medo

e de repulsa, e o comportamento discriminatório face a pessoas com perturbações mentais é bastante frequente (THORNICROFT, 2006).

As barreiras de acesso a cuidados de saúde mental também foram analisadas nos estudos epidemiológicos *World Mental Health Survey* da OMS (ANDRADE *et al.*, 2014), através da análise de dados sobre os motivos que determinavam a decisão de iniciar e de manter um tratamento para a perturbação mental numa amostra representativa de 63 678 sujeitos em vinte e quatro países. A falta de perceção da necessidade de tratamento e as barreiras atitudinais associadas ao estigma foram os principais motivos em todas as regiões do globo para não se ter iniciado ou mantido o tratamento de perturbações mentais comuns, principalmente nos casos de baixa ou moderada gravidade. Nas pessoas com perturbações mentais de maior gravidade, os fatores estruturais eram barreiras importantes de acesso a cuidados de saúde mental (ANDRADE *et al.*, 2014).

3. Políticas de saúde mental

O estigma associado às perturbações mentais pode ter um impacto negativo na vontade dos decisores políticos em se comprometerem com uma política de saúde mental. Assim, na década de noventa do século XX desenvolveu-se uma nova abordagem com vista a introduzir os problemas de saúde mental na agenda política, argumentando que a saúde mental não podia ser reduzida apenas às questões relacionadas com as perturbações mentais. De forma a evitar resistências políticas ligadas ao estigma associado às perturbações mentais, não foram utilizados como pontos de entrada na agenda política argumentos como a elevada prevalência de perturbações mentais na comunidade, nem a necessidade de mais recursos em psiquiatria. Em alternativa, realçou-se o argumento de que a saúde mental é uma

parte indivisível da saúde e que tem um impacto significativo no capital humano, social e económico das nações, com o objetivo de integrar a saúde mental numa abordagem populacional. O reconhecimento da importância dos determinantes sociais da saúde mental criaria a oportunidade para ações horizontais de forma a promover a saúde mental da população.

Hoje em dia, é amplamente aceite que os principais determinantes da saúde mental são passíveis de modificação por ações políticas. Durante as últimas décadas, muitos governos e organizações intergovernamentais desenvolveram políticas públicas de saúde mental como resposta ao aumento das necessidades da população. Os objetivos dessas políticas incluem a extensão da paridade entre perturbações mentais e físicas, a redução do estigma e o respeito pelos direitos humanos das pessoas que sofrem de perturbações mentais, a modificação da tipologia de prestação de cuidados de saúde mental centrados em hospitais psiquiátricos para cuidados baseados na comunidade e a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primária. Por outro lado, as ações estratégicas que visam melhorar a saúde mental das populações não estão apenas centradas no investimento em serviços específicos, mas em atividades de promoção e de prevenção. Muitos documentos políticos enfatizaram a abordagem *Health in all policies* (HiAP), visando os determinantes da saúde mental em todas as áreas políticas e para toda a população, encorajando os agentes políticos a integrar a promoção da saúde mental e a prevenção de problemas de saúde mental em políticas públicas não relacionadas diretamente com a saúde. A abordagem HiAP permite o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de políticas públicas em setores que tomam em consideração sistematicamente as implicações na saúde das decisões. Pode ser vista como uma estratégia para reconhecer que a saúde mental é amplamente construída noutros setores além do setor da saúde (LAZARY *et al.*, 2015).

Os problemas de saúde mental estão inextricavelmente ligados a questões de direitos humanos. O estigma, a discriminação e as violações dos direitos humanos que os indivíduos e as famílias afetados pelas perturbações mentais sofrem são intensos e frequentes. A maioria dos documentos internacionais de política de saúde mental baseia-se nos princípios dos direitos humanos e enfatizam a necessidade de um tratamento digno e da capacitação dos utentes dos serviços de saúde mental. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD), adotada em 2006, afirma que as pessoas com incapacidades associadas a perturbações mentais têm direito à plena inclusão e participação na sociedade, compreendendo o direito de viver de forma independente, o direito à educação e o direito ao trabalho.

Em maio de 2013, a Assembleia Mundial da Saúde da OMS aprovou o primeiro plano de ação desta organização sobre saúde mental, abrangendo o período de 2013 a 2020. Os quatro principais objetivos do plano são: fortalecer uma liderança e governação efetiva para a saúde mental; fornecer serviços de saúde mental e apoio social compreensivos, integrados e responsivos baseados na comunidade; implementar estratégias de promoção e de prevenção na saúde mental; e fortalecer sistemas de informação, as práticas baseadas na evidência e a investigação nesta área. O plano estabelece novas orientações para a saúde mental, incluindo um papel central para a prestação de cuidados comunitários e uma maior ênfase nos direitos humanos. Também realça a capacitação de pessoas com incapacidade associada a perturbações mentais e a necessidade de implementar atividades de promoção e de prevenção da saúde. O documento elege ações específicas para os estados-membros, a OMS e parceiros, estabelecendo indicadores e metas que podem ser usados para avaliar níveis de implementação, progresso e impacto, e que incluem um aumento de 20% na cobertura de serviço de saúde

para perturbações mentais graves e uma redução de 10% da taxa de suicídio até o ano de 2020.

4. Promoção da saúde mental e bem-estar

Nos últimos anos, com a emergência da psicologia positiva, deu-se uma mudança no foco da saúde mental pública, das perturbações mentais para a saúde mental positiva e do bem-estar. O conceito deste último compreende dois elementos principais: hedónico e eudemónico. Sentimentos positivos de felicidade e de prazer são aspetos da dimensão hedónica do bem-estar. A resiliência, a perceção de autoeficácia, o sentido de coerência e propósito de vida são diferentes facetas da dimensão eudemónica do conceito. Medidas padronizadas de bem-estar têm sido usadas em inquéritos populacionais e existem vários países do noroeste da Europa (por exemplo, Inglaterra, Islândia e Escócia) que realizam medições repetidas de bem-estar mental na população.

A promoção da saúde mental visa melhorar este aspeto em toda a população, fortalecendo, ao mesmo tempo, o seu bem-estar. Os princípios e as recomendações mais importantes para intervenções de promoção da saúde mental foram estabelecidos em 2008, na declaração de Melbourne. Este documento fornece um guião conceptual que reconhece a influência dos determinantes sociais sobre a saúde mental e identifica a contribuição que diversos setores governamentais exercem ao influenciarem as condições ideiais para uma saúde mental positiva. A declaração enfatiza que a promoção da saúde mental deve ser uma preocupação e responsabilidade de todos, e que o bem-estar mental é mais facilmente alcançado em sociedades equitativas, justas e não violentas.

A saúde mental é promovida de forma mais eficaz através de medidas que respeitam a dignidade dos indivíduos e promovam a

participação da comunidade, onde a diversidade cultural é reconhecida e valorizada. As abordagens populacionais para promover a saúde mental e o bem-estar utilizam os princípios da participação pública, o envolvimento e a capacitação das comunidades, e são implementados em contextos quotidianos, como nas famílias, nas escolas ou nos locais de trabalho. Para que seja eficaz, a promoção da saúde mental baseia-se na colaboração com outros setores (intersetorial) que não os da saúde: educação, habitação, emprego e indústria, transportes, cultura, desporto, planeamento urbano e justiça.

Embora a investigação em promoção da saúde mental ainda esteja numa fase de desenvolvimento, foram já identificados vários programas de intervenção a nível populacional com evidência de efetividade. Os resultados dos programas de promoção da saúde mental têm um impacto positivo não apenas na saúde, mas também noutros setores como a educação, o trabalho e a coesão familiar. Contudo, estes resultados positivos só tendem a ser observados mediante longos períodos de observação após a intervenção e podem não ser captados se este facto não for considerado quando se planeia esse procedimento.

Um alvo importante para as intervenções de promoção da saúde mental é a parentalidade, com programas que se focam na interação precoce entre pais e filhos e nos estilos de educação parental. A promoção de uma interação precoce entre cuidadores e crianças aumenta a resiliência destas perante acontecimentos adversos da vida e promove a sua saúde mental e o seu bem-estar. Os programas de visitas ao domicílio que proporcionam aconselhamento e intervenções de melhoramento na interação entre pais e filhos demonstraram evidência de efetividade quando realizadas por enfermeiros, em países desenvolvidos, ou por pessoal não técnico treinado nos países em desenvolvimento, melhorando a sensibilidade materna às necessidades da criança e a vinculação entre esta e a mãe.

A escola é outro contexto fundamental para a promoção da saúde mental, tendo em conta o seu papel no desenvolvimento da identidade das crianças e dos adolescentes, e por ser o local onde se estabelece uma parte significativa das suas relações interpessoais. Em todo o mundo, várias escolas têm implementado programas de promoção da saúde mental, envolvendo o treino em competências de aprendizagem social e emocional. Os impactos positivos incluem o desenvolvimento de aptidões que promovem a saúde mental, como cooperação, resiliência, otimismo, empatia e um aumento de comportamentos pró-sociais, além de melhorarem significativamente o desempenho académico. Uma meta-análise da efetividade de programas de aprendizagem social e emocional demonstrou resultados positivos no trajeto escolar, na aquisição de competências sociais e emocionais, na redução de sintomas depressivos, de ansiedade e de problemas disciplinares em contexto de escola. Outro tipo de intervenções vitais são as que se centram no bem-estar dos professores, aumentando a sua disponibilidade para ajudar alunos com problemas de saúde mental.

Na população adulta, o local de trabalho é um contexto importante para a promoção da saúde mental. As ações podem ser implementadas em diferentes níveis, desde o individual ao organizacional. Neste último, têm como alvo o pessoal com funções executivas e incluem medidas de consciencialização sobre saúde mental e bem-estar no local de trabalho, e treino de competências na gestão de riscos psicossociais, através da análise das condições de trabalho, das relações sociais no trabalho, da flexibilidade do horário de trabalho, da melhoria da comunicação empregador-empregado e das oportunidades de progressão na carreira. As ações que têm como alvo os outros trabalhadores podem incluir treino de gestão do tempo e gestão de *stress*.

Na população idosa, as intervenções mais promissoras de promoção da saúde mental são as que incentivam às atividades sociais.

Vários estudos têm demonstrado a existência de associações entre o capital social na população idosa e a saúde mental. Componentes do capital social, como o suporte social e o tamanho da rede social, estão negativamente associados a sintomas depressivos, enquanto a falta de reciprocidade ou de participação social estão positivamente associados a sintomas depressivos na população idosa. As atividades sociais são um importante recurso de saúde mental entre adultos idosos, estando associadas a um sentimento de pertença a um grupo social e a um sentido de propósito e de esperança no futuro. As intervenções psicossociais que têm como objetivo aumentar os contactos sociais das pessoas mais velhas tendem a melhorar o seu bem-estar e a reduzir sentimentos de solidão, como demonstrado numa revisão meta-analítica recente.

5. Prevenção das perturbações mentais

A prevenção das perturbações mentais tem como objetivo a redução da ocorrência, a frequência e as recaídas nesses tipos de problemas, reduzindo o tempo com sintomas e diminuindo o seu impacto na pessoa afetada, na sua família e na sociedade. As intervenções de prevenção podem ser categorizadas de várias formas: a prevenção primária tenta modificar os fatores de risco e proteção com o objetivo de diminuir a ocorrência das perturbações mentais; a prevenção universal tem como alvo a população em geral; a prevenção seletiva concentra-se nos grupos com maior risco de desenvolver uma doença; a prevenção indicada tem como alvo os grupos de alto risco, com sintomas subsindrómicos ou marcadores biológicos que indicam predisposição para a emergência de perturbações mentais, mas que não apresentam ainda todos os critérios para o diagnóstico da perturbação; a prevenção secundária envolve a identificação e intervenção precoces; a prevenção terciária abrange intervenções em

populações já afetadas pela perturbação, com o objetivo de promover a recuperação e reduzir o risco de recaída.

Muitas das medidas de prevenção das perturbações mentais enquadram-se nos princípios de equidade social, igualdade de oportunidades e de cuidados a grupos vulneráveis na sociedade. Exemplos dessas intervenções incluem a melhoria da nutrição e da educação das populações, o acesso ao mercado de trabalho, a eliminação da discriminação baseada na etnia ou no género, e a garantia de uma fonte básica de rendimentos. A violência, interpessoal ou entre comunidades e nações, é um fator de risco para o desenvolvimento de várias perturbações mentais, e a sua prevenção é um importante desafio societário. Contudo, os profissionais de saúde mental podem atenuar o seu impacto negativo, através de uma maior atenção à saúde mental durante a assistência humanitária em situações de conflito.

Existe uma evidência empírica robusta que demonstra que crianças de pais com perturbações mentais têm um risco acrescido de virem a desenvolver os mesmo problemas. Assim, foram desenhados vários programas com o objetivo de prevenir a ocorrência de perturbações mentais em crianças nessa situação, tentando modular os fatores de risco e de proteção nos mais jovens, e nas suas famílias, durante a infância e início da adolescência. O aumento da literacia familiar em saúde mental, a diminuição do estigma, o incremento da rede social de apoio, as medidas de promoção de resiliência psicossocial nas crianças e de melhoria das interações entre pais e filhos, são intervenções frequentes nestes programas. Uma recente revisão sistemática e meta-analítica demonstrou que o risco de perturbações mentais na descendência pode ser reduzido em 40% com estes projetos de prevenção.

A melhoria da nutrição e o apoio ao desenvolvimento de crianças em contextos de exclusão social e de privação económica podem beneficiar os seus resultados educacionais, diminuindo a incidência

de perturbações do desenvolvimento intelectual e de problemas de aprendizagem.

O *bullying* entre os jovens é um problema significativo de saúde pública, com as vítimas a apresentarem maior risco de perturbações depressivas e de ansiedade, bem como de comportamentos autolesivos. A implementação de programas de prevenção do *bullying* em contexto letivo que envolvam toda a população escolar, e com vários componentes direcionados a diferentes níveis organizacionais, têm um maior impacto na redução da vitimização do que as intervenções que incluem apenas módulos sobre *bullying* nos currículos ou grupos de competências sociais.

Existe evidência que demonstra que as perturbações do comportamento nas crianças e nos adolescentes podem ser prevenidas. As intervenções preventivas com maior eficácia na redução do risco de comportamentos agressivos e de perturbações da conduta concentram-se na melhoria das competências sociais e na promoção de comportamento pró-sociais das crianças, pais, pares e professores. As intervenções universais que demonstraram ter um impacto positivo nas perturbações da conduta são multimodais e, geralmente, implementadas em contexto escolar, compreendendo treino de gestão do comportamento na sala de aula, treino de competências sociais para as crianças e intervenções com envolvimento dos pais. As intervenções seletivas eficazes na prevenção de problemas de comportamento incluem programas pré-natais, implementados na infância, em contexto escolar ou comunitário, e têm como objetivo melhorar as competências dos pais para apoiar e ensinar aos seus filhos padrões de comportamento pró-social, e desenvolver as competências sociais das crianças. Esses programas escolares ou comunitários para populações de crianças em risco demonstraram diminuir os problemas de comportamento durante a adolescência, incluindo a redução dos comportamentos agressivos e das detenções policiais, a diminuição nas interações negativas

entre pais e filhos, e de problemas de comportamento em contexto escolar.

Existem vários programas de prevenção de perturbações depressivas com efetividade comprovada, envolvendo intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas, farmacológicas, de estilo de vida e nutricionais. Estas intervenções podem ser combinadas em programas *stepped care*, com ganhos de custo-efetividade. Várias intervenções de prevenção seletiva, desenhadas para apoiar os indivíduos de risco a lidar com eventos de vida negativos muito significativos, como programas para crianças que enfrentaram situações de morte ou divórcio parental, ou para adultos desempregados, demonstraram eficácia na redução sustentada dos sintomas depressivos. Programas de prevenção indicada para indivíduos com níveis elevados de sintomas depressivos, mas sem depressão clínica, mostraram efeitos significativos na prevenção de episódios depressivos. Esses programas usam geralmente um formato de grupo, implementado em contexto escolar ou nos cuidados de saúde primários, e compreendem intervenções cognitivo-comportamentais ou derivadas da psicologia positiva.

As perturbações de ansiedade podem ser prevenidas com programas cognitivo-comportamentais que melhoram a capacidade de resiliência emocional e de resolução de problemas nas crianças em idade escolar.

As perturbações mentais e do comportamento associadas ao uso de substâncias podem ser reduzidas por ações de prevenção universal, reduzindo o acesso a álcool e a drogas. As intervenções regulatórias eficazes incluem a tributação, restrições ao acesso e proibição total de publicidade direta ou indireta. As intervenções de redução de danos também diminuem a incidência de perturbações mentais associadas ao uso de substâncias.

As perturbações psicóticas têm o seu pico de incidência no final da adolescência e início da idade adulta. As intervenções univer-

sais e seletivas ainda não são estratégias viáveis na prevenção da psicose, mas estratégias de prevenção indicada e de identificação e intervenção precoce têm demonstrado resultados promissores na diminuição do impacto da esquizofrenia e de outras psicoses. Uma duração prolongada da psicose não tratada tem sido associada a resultados mais desfavoráveis, e vários programas preventivos de base populacional foram desenvolvidos para reduzir a duração da psicose não tratada. A melhoria da literacia em saúde mental e da informação sobre psicoses por parte da comunidade reduziu os atrasos no seu tratamento, segundo o estudo TIPS na Noruega e de estudos subsequentes na Austrália. Os resultados dos programas em populações com estados mentais de alto risco na prevenção da conversão para psicose são promissores, mas atualmente ainda insuficientes para fazer recomendações de implementação mais alargada.

6. Prevenção do suicídio

As abordagens de saúde pública com incidência na prevenção do suicídio têm que integrar pontos de vista socioculturais com opiniões de médicos e de psicólogos para desenvolverem estratégias que salvem a maioria das vidas de forma eficaz e mensurável.

Os suicídios podem ser prevenidos por ações de saúde pública e a prevenção do suicídio tem consistentemente demonstrado custo-efetividade. Existe evidência robusta para a eficácia de intervenções de prevenção universal, como a restrição do acesso a meios letais, cobertura responsável de notícias relacionadas com o suicídio pela comunicação social e intervenções multinível baseadas na comunidade e direcionadas aos prestadores de cuidados de saúde primária, porteiros sociais, doentes e familiares. A evidência para as intervenções seletivas, que abordam grupos de alto risco, como pessoas com comportamentos autolesivos, familiares de pessoas que come-

teram suicídio recentemente e pessoas com doenças mentais graves é menos robusta, mas promissora. No entanto, a prevenção seletiva centrada em grupos de alto risco é importante do ponto de vista ético, pois diminui o sofrimento dos indivíduos e das suas famílias. Embora as taxas de suicídio sejam mais altas nos grupos de alto risco do que na população em geral, as abordagens universais têm o potencial para a redução de um maior número de mortes.

A restrição do acesso a métodos letais de suicídio, como substâncias tóxicas e armas, é uma medida de prevenção eficaz. A restrição de um meio de suicídio parece não levar a uma mudança para outro. Embora alguns indivíduos possam procurar outros métodos, muitos não o fazem e quando o fazem, os meios escolhidos são geralmente menos letais. Quando um método letal não está disponível, as tentativas de suicídio podem ser adiadas de modo que, em alguns casos, o impulso suicidário se esbate sem consequências fatais. Ambientes seguros (que incluam portas de segurança em plataformas ferroviárias, barreiras em pontes e armazenamento fechado de armas) também contribuem para a prevenção do suicídio.

A melhoria da literacia em saúde mental, o treino em primeiros socorros de saúde mental e na identificação de pessoas em risco de suicídio por porteiros sociais (polícias ou professores) ou profissionais de saúde é um componente essencial na prevenção do suicídio. Esta medida deve ser articulada com uma boa capacidade de resposta dos serviços de saúde primária e mental às necessidades dos indivíduos com comportamentos suicidários e autolesivos, incluindo o treino dos médicos de família no diagnóstico e tratamento das perturbações depressivas e associadas ao uso de substâncias.

A cobertura noticiosa de suicídios num tom sensacionalista, fornecendo descrições detalhadas do método utilizado, pode facilitar a ocorrência de subsequentes comportamentos suicidários por imitação. O contágio do suicídio tem sido investigado principalmente em populações adolescentes, onde se verifica que até 5% de todos os

atos suicidas nesta faixa etária podem ser o resultado de comportamentos de imitação. A implementação de normas de orientação para a comunicação social sobre a forma de noticiar os suicídios, baseadas em recomendações estabelecidas pela OMS, tem sido associada a uma redução destes comportamentos por imitação, principalmente entre adolescentes.

7. Serviços de saúde mental

O planeamento, a gestão e a avaliação dos serviços de saúde mental são uma tarefa central no âmbito da saúde mental pública. Atualmente, e a nível global, a prestação de serviços de saúde mental está numa fase de transição de um sistema de cuidados baseado em hospitais psiquiátricos para um sistema baseado na comunidade, com maior evidência de custo-efetividade, e maior preocupação com o respeito pelos direitos humanos e a inclusão social das pessoas com perturbação mental.

Os modernos serviços de saúde mental caracterizam-se por um equilíbrio entre cuidados prestados na comunidade, tão próximos da população servida quanto possível e, quando necessário, cuidados em regime de internamento num hospital geral. Os serviços de saúde mental articulam-se de forma integrada com os serviços sociais e os serviços de saúde primários, com o objetivo de melhorar a acessibilidade, a continuidade, a compreensibilidade e a integração dos cuidados.

Tendo em conta a alta prevalência de perturbações mentais, apenas os casos mais graves e complexos devem ser tratados pelos serviços especializados de saúde mental. Os serviços bem orientados são aqueles em que os cuidados especializados se concentram na prestação direta de cuidados assistenciais a pessoas com sintomas e incapacidade de maior gravidade. A responsabilidade do trata-

mento das pessoas com perturbações mentais comuns recai sobre os serviços de saúde primários, apoiados por sistemas de referência acessíveis e supervisão especializada.

Outro componente fundamental de um sistema de cuidados de saúde mental equilibrado é a prestação de cuidados comunitários especializados, através de equipas multidisciplinares com psiquiatra integrado e visitas domiciliárias, que podem incluir equipas de intervenção em crise e de tratamento domiciliar, equipas de tratamento comunitário assertivo e equipas de intervenção precoce na psicose, além do acesso a programas de tratamento diurno e programas de trabalho apoiados no modelo de *Individual Placement and Support*. Este modelo de emprego apoiado, que consiste na colocação precoce em ambiente de trabalho normal, com suporte variável da equipa dos serviços de saúde mental, tem melhores proveitos do que as abordagens de emprego protegido ou pré-vocacionais, melhorando os resultados clínicos e apoiando a inclusão social de pessoas com perturbações mentais graves.

Na diversificação dos sistemas modernos de saúde mental, é necessário prestar especial atenção à manutenção de uma boa comunicação entre todos os componentes do sistema de cuidados. Existe a necessidade de abordar três tipos de articulação:

1. dentro do serviço de saúde mental, entre os seus componentes;
2. dentro do serviço de saúde, entre os serviços de saúde mental e outros serviços especializados e os cuidados de saúde primários; e
3. entre os serviços de saúde e outros serviços públicos, como os serviços de proteção social, de educação, de justiça e de emprego e formação profissional.

De acordo com uma série de resultados, que incluem maior continuidade de cuidados e uma redução da taxa de suicídio, a evidência

disponível indica que os sistemas de saúde mental baseados na comunidade, com uma ampla gama de serviços, são superiores aos sistemas de saúde mental centrados no hospital.

Um elemento central da saúde mental moderna é a capacitação das pessoas que utilizam os serviços e dos cuidadores informais, que se traduz no respeito pela dignidade e direito à autonomia e à autodeterminação, e na promoção da participação dos doentes e cuidadores nas decisões relativas à organização dos serviços e dos cuidados. O aumento da integração de programas de suporte por pares na prestação de serviços de saúde mental irá apoiar a capacitação dos doentes e melhorar os serviços.

O desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde mental requer o acesso a dados confiáveis sobre a estrutura, os processos e os resultados assistenciais dos serviços de saúde mental. Infelizmente, os sistemas de informação sobre saúde mental, na maioria dos países, estão centrados na recolha de dados hospitalares, menos relevantes num sistema de saúde mental com cuidados baseados na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBILIOGRÁFICAS

Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B. (...) & Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G. (...) & Florescu, S. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44 (6), 1303-1317

Assembleia-Geral das Nações Unidas. [A/RES/61/106] *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*

Czabała, C. & Charzyńska, K. (2014). A systematic review of mental health promotion in the workplace. In F. Huppert & G. L. Cooper (eds.), *Wellbeing: A Complete Reference Guide: Interventions and Policies to Enhance Wellbeing* (1-56). Nova Iorque: John Wiley Sons Inc

Faculty of Public Health and Mental Health Foundation (2016). *Better Mental Health for All: A Public Health Approach to Mental Health Improvement*. Londres: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation

Forsman, A. K., Ventus, D. B., van der Feltz-Cornelis, C. M. & Wahlbeck, K. (2014). Public mental health research in Europe: a systematic mapping for the ROAMER project. *The European Journal of Public Health*, 24 (6), 955-960

Forsman, A. K., Wahlbeck, K., Aarø, L. E., Alonso, J., Barry, M. M., Brunn, M. (...) & Evans-Lacko, S. (2015). Research priorities for public mental health in Europe: recommendations of the ROAMER project. *The European Journal of Public Health*, 25 (2), 249-254

Knifton, L. & Quinn, N. (eds.) (2013). *Public mental health: global perspectives*. McGraw-Hill Education (UK)

Lazzari, A., De Waure, C. & Azzopardi-Muscat, N. (2015). Health in All Policies. In S. Boccia, P. Villari, W. Ricciardi (eds.), *A Systematic Review of Key Issues in Public Health* (277-286). Cham: Springer International Publishing

Mackereth, C. J., Brown, J. S. & Learmonth, A. M. (2014). *Promoting Public Mental Health and Well-being: Principles Into Practice*. Londres: Jessica Kingsley Publishers

Marmot, M. (2015). *The health gap: the challenge of an unequal world*. Londres: Bloomsbury Publishing

Mehta, N., Croudace, T. & Davies, D. S. C. (2015). Public mental health: evidenced--based priorities. *The Lancet*, 385 (9976), 1472-1475

OMS — Organização Mundial da Saúde (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*

OMS — Organização Mundial da Saúde (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Genebra: World Health Organization

OMS — Organização Mundial da Saúde (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization

Pilgrim, D. (2017). *Key concepts in mental health*. Londres: Sage Publications

Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M. & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, 370 (9590), 878-889

Siegenthaler, E., Munder, T. & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (1), 8-17

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International journal of epidemiology*, 43 (2), 476-493

Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88 (4), 1156-1171

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press

Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17 (1), 14-19

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press

Wahlbeck, K. (2015). Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry*, 14 (1), 36-42

Wahlbeck, K. & Wasserman, D. (2015). Public mental health and suicide. In R. Detels, M. Gulliford & Q. A. Karim (eds.), *Oxford textbook of global public health*. Nova Iorque: Oxford University Press

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J. (...) & Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370 (9590), 841-850

8. Somatização e idiomas culturais de mal-estar somático*

Somatization and Cultural Idioms of Distress

Manuel João R. Quartilho

ORCID: 0000-0001-7931-0172

RESUMO:

Este capítulo desenvolve alguns conceitos relacionados com o processo de somatização no contexto clínico, no âmbito da medicina psicossomática. Tece considerações de natureza classificatória e epidemiológica, sobretudo situadas nos cuidados primários de saúde e no hospital geral. Finalmente, presta atenção a alguns dos mecanismos etiológicos possíveis, com argumentos associados a diferentes hipóteses explicativas. Neste contexto, os sintomas medicamente não explicados são associados a diferentes possibilidades de leitura, num espectro biológico, psicológico, social e cultural, incluindo mecanismos fisiopatológicos, características da personalidade, formas de

* Este capítulo resulta da adaptação de uma versão mais alargada sobre o processo de somatização nas suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais (QUARTILHO, 2016).

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_8

atenção e amplificação, supressão da emoção e temas dilemáticos, ambiente familiar e desenvolvimento individual, retórica corporal, sistema de cuidados de saúde e idiomas somáticos de mal-estar.

PALAVRAS-CHAVE: psicossomática; somatização; comportamento de doença; sintomas medicamente não explicados; idiomas de mal-estar; legitimação; adversidade precoce

ABSTRACT:

This chapter develops some concepts related to the process of somatization in the clinical setting of psychosomatic medicine. It presents classificatory and epidemiologic considerations in the contexts of the general hospital and also in primary care. It calls attention to some putative etiologic mechanisms and its different explanatory arguments. In this regard, the so-called medically unexplained symptoms are associated to different interpretative possibilities in a biological, psychological, social and cultural spectrum. These include pathophysiologic mechanisms, personality traits, varieties of attention and somatosensory amplification, inhibition of emotions and unspeakable dilemmas, familiar context and individual development, rhetoric of the body, health care system and cultural idioms of distress.

KEYWORDS: psychosomatics; somatization; illness behavior; medically unexplained symptoms; idioms of distress; legitimation; early adversity experiences

INTRODUÇÃO E CONCEITOS

A somatização é uma espécie de *grande via final comum*, um processo que não deve ser reificado, um amplo porto de chegada

para os conceitos de histeria, neurastenia, psicossomática, comportamento de doença e conceitos relacionados, muitas vezes na ausência de qualquer diagnóstico psiquiátrico (QUARTILHO, 2016). Ao longo do tempo histórico, a somatização tem provado ser um conceito não unitário, complexo, ambíguo e polissémico. O termo foi introduzido por Sketel, em 1911, para designar «o processo através do qual os conflitos neuróticos podem apresentar-se como perturbação física». Era evidente, neste uso do termo, uma clara referência etiológica, de tipo psicanalítico, que confundia somatização com doenças psicossomáticas. Mas a ideia de somatização integra um nível conceptual superior, representando um artefacto do debate inconclusivo sobre a natureza da relação entre o corpo e o espírito ao longo do tempo histórico (VAN DER FELTZ-CORNELIS & VAN DYCK, 1997).

Basicamente, é a natureza da relação entre somatização, ansiedade e depressão que tem justificado uma alternância sucessiva entre duas orientações conceptuais distintas: ora se encara a somatização como uma manifestação somática de mal-estar psicológico, ou se propõe, de uma forma mais descritiva, que a somatização corresponde a uma experiência de mal-estar somático caracterizada pela presença de sintomas medicamente não explicados (DE GUCHT & FISCHLER, 2002). Estão em causa duas perspetivas contrastantes, a primeira mais centrada na psicopatologia individual, a segunda privilegiando uma abordagem dimensional e contextual.

A somatização foi considerada, por exemplo, como uma expressão atípica de perturbação psiquiátrica (BRIDGES & GOLDBERG, 1985). Mas a sua definição pôde aproximar-se também do conceito de comportamento de doença, designando uma tendência para sentir e expressar os sintomas físicos sem patologia orgânica subjacente, para os atribuir a uma doença física e procurar a respetiva ajuda médica — uma definição descritiva, etiologicamente neutra (LIPOWSKI, 1988). Numa perspetiva mais antropológica, a somatização foi interpretada como a expressão de um mal-estar pessoal e

social sob a forma de uma linguagem ou idioma somático e procura de cuidados médicos (KLEINMAN & KLEINMAN, 1985). De acordo com uma orientação sociossomática, o corpo faria a ponte ente os mundos social e biológico, metamorfoseando um instrumento de representação e expressão metafórica de problemas não apenas clínicos, mas também sociais. Finalmente, a somatização foi associada a sintomas medicamente não explicados, persistentes e incapacitantes, com uma etiologia muitas vezes multifatorial e a presença frequente, mas não obrigatória, de perturbações psiquiátricas (MAYOU, 1993).

No contexto clínico, por sua vez, podemos resumir o conceito a três leituras possíveis. A somatização pode ser considerada como uma manifestação «mascarada» — ou uma apresentação somática — de perturbações psiquiátricas. Pode referir-se também a um grupo de categorias psiquiátricas específicas — as perturbações somatoformes — ou a um conjunto de síndromes medicamente não explicadas — as síndromes somáticas funcionais. Finalmente, pode ser entendida «fora» das nosologias psiquiátricas ou sindromáticas, como um comportamento de doença transnosológico, como um processo resultante de uma interação complexa entre sintomas, mal-estar psicológico, mecanismos cognitivos relacionados com processos de interpretação ou atribuição, e recurso ao sistema de cuidados de saúde (CATHÉBRAS, 2006).

Parece difícil encontrarmos um conceito unitário para a somatização. E se nos lembrarmos ainda das «Perspetivas da Psiquiatria» (MCHUGH & SLAVNEY, 1986), uma perspetiva de doença não deve ignorar que a somatização não ocorre num vácuo neurobiológico. Mas esta perspetiva carece ainda de uma correlação clínico-patológica sustentável, pelo que a somatização não pode ser considerada, neste sentido, tão simplesmente, como uma doença que a pessoa tem. A perspetiva dimensional mostra-nos alguma coisa daquilo que o doente é, à custa de traços como a autodramatização e o perfe-

cionismo, enquanto que a perspetiva comportamental nos revela algo que o doente faz mediante a apresentação de comportamentos que podem visar, embora de forma não voluntária, a obtenção e os benefícios associados ao papel de doente. A perspetiva da história de vida, finalmente, ajuda-nos a compreender porque é que os doentes são como são e fazem o que fazem, apesar de nos oferecer respostas numerosas e frequentemente contraditórias. As perspetivas da psiquiatria podem, na verdade, iluminar a compreensão do processo de somatização.

Sendo um «problema não resolvido da medicina» (LIPOWSKi, 1987), é igualmente um importante problema de saúde pública, responsável por muitas situações de incapacidade social e profissional. Os profissionais de saúde tendem a não «gostar» destes doentes porque, em larga medida, o «bom» doente deveria aceitar a opinião do médico e as suas indicações terapêuticas, deveria queixar-se de uma forma objetiva, com sintomas somáticos quando tivesse patologia somática, com sintomas psicológicos quando tivesse psicopatologia. Ora, os doentes com somatização persistente não se ajustam a este modelo (LIPOWSKI, 1986). Tendem a repetir as mesmas queixas físicas, insistem frequentemente na possibilidade de uma causa orgânica, pedem exames complementares, são depreciados, mudam de médico. Como consequência, são extensivamente investigados e internados, submetem-se a procedimentos diagnósticos invasivos e a intervenções cirúrgicas que causam dano iatrogénico. Neste processo, os médicos podem evitar confrontar-se com o mal-estar emocional dos seus doentes, podem não ter estratégias para lidar com os seus problemas psicossociais ou podem, simplesmente, tentar manter a sua autoridade perante condições ambíguas à custa da tecnologia biomédica (KIRMAYER, GROLEAU *et al.*, 2004). A somatização, portanto, é muitas vezes uma fonte de sofrimento para o doente, com um impacto negativo nas suas interações familiares e sociais. Ao mesmo tempo, é uma fonte de frustração para o médico, geralmente

confrontado com as dificuldades associadas à compreensão integral e alívio eficaz dos sintomas.

De algum modo, o conceito de somatização tem as suas origens na epistemologia dualista da biomedicina ocidental, sustentada por uma teoria funcional que tende a estabelecer correspondências exatas entre processos fisiológicos e estados de doença, e por uma teoria ontológica sustentando que as doenças têm uma existência e identidade próprias, como se fossem objetos com uma história natural independente da pessoa doente e das suas circunstâncias (FABREGA, 1991). As pessoas com sintomas somáticos funcionais não obedecem a esta lógica direcional, entre doença e experiência subjetiva, como se esta tivesse que resultar, linearmente, de um processo de doença objetivo. Desta forma, os conceitos de somatização do presente, tal como os conceitos psicossomáticos do passado, tentam cumprir o objetivo de credibilizar o sofrimento das pessoas que «estando doentes, não têm doença alguma».

Aceita-se, hoje, que não existe uma classe distinta de doenças psicossomáticas, uma presunção baseada nos efeitos não específicos do *stress*. Em alternativa, considera-se que o designado *processo psicossomático* constitui uma dimensão intrínseca de qualquer doença. A atenção conferida pela medicina psicossomática ao estudo dos mecanismos causais foi substituída por um interesse crescente na experiência subjetiva e expressão pública dos sintomas, ilustrado por um refinamento progressivo do conceito de somatização. A princípio, este conceito designava «uma tendência para sentir, conceber e/ou comunicar os estados ou conteúdos psicológicos sob a forma de sensações corporais, alterações funcionais, ou metáforas somáticas» (LIPOWSKI, 1968, *apud* KIRMAYER & ROBBINS, 1991). De algum modo, era proposta uma influência causal dos mecanismos psicológicos sobre os sintomas físicos. Ou seja, a somatização confundiu-se com um processo similar ou idêntico ao de conversão, com a expressão somática de um conflito psicológico. Recentemente, a

somatização passou a revestir uma natureza mais descritiva, definida por «uma tendência para sentir e comunicar o mal-estar somático e os sintomas não explicados por quaisquer resultados patológicos, para os atribuir a doença física e procurar a respetiva ajuda médica» (LIPOWSKI, 1988). Nota-se, assim, uma aparente viragem conceptual nas formulações de Lipowski, tendo em conta a marca psicológica que impregnava a sua definição anterior, vinte anos antes. Neste sentido, menos causal e mais descritivo, etiologicamente neutro, a somatização pode atualmente ser encarada como uma variação na procura de ajuda e no comportamento de doença, como um processo exterior à rigidez das categorias diagnósticas.

No contexto clínico, mais especificamente, o significado da palavra somatização tem servido para abranger uma extensa lista de situações: doentes que se apresentam com sintomas exclusivamente físicos apesar da existência associada de problemas psicossociais ou emocionais — a chamada «apresentação somática» (de perturbações emocionais); doentes que se preocupam ou estão convencidos de que têm uma doença orgânica, sem qualquer evidência diagnóstica complementar — a chamada «somatização hipocondríaca»; e pessoas com sintomas somáticos funcionais, persistentes e inexplicados, que determinam procura de ajuda e incapacidade significativa — a chamada «somatização funcional» (KIRMAYER & ROBBINS, 1991). Exposta deste modo, a somatização pode ser vista como um constructo dimensional em que os casos patológicos existem num *continuum* com níveis subclínicos de mal-estar somático (KIRMAYER, ROBBINS & PARIS, 1994). Pode, igualmente, ser concebida como um sintoma ou uma perturbação, tal como nos mostram as classificações médicas e psiquiátricas, ou novamente como uma forma particular de comportamento de doença. Comum a ambas as perspetivas, entretanto, prevalece a ideia de que o sofrimento físico inexplicado pode ser *relacionado* com problemas psicológicos, psiquiátricos ou sociais. Por outras palavras, a somatização pode ser considerada como um

idioma universal de mal-estar psicossocial, culturalmente sancionado, que não se esgota nas categorias nosológicas das classificações médicas ou psiquiátricas. Neste sentido, é possível encararmos o fenómeno da somatização com uma perspetiva que não assume a presença obrigatória de patologia e dá atenção, por outro lado, ao significado adaptativo dos comportamentos no seu contexto ecológico e cultural. É igualmente pertinente reconhecer a sua distribuição universal, de algum modo contrariando a noção antiga de que seria mais prevalente em função de perfis de personalidade individuais ou de grupos étnico-culturais, uma noção que atribuía primitivismo psicológico às pessoas «menos sofisticadas» e que foi alimentada pelos contributos iniciais da medicina psicossomática. Este dom da ubiquidade não é incompatível com a variação cultural, com estilos culturais ou idiomas de mal-estar que também caracterizam o fenómeno de somatização, conferindo-lhe um caráter local específico (KIRMAYER, 1984a, 1984b; DSM-IV, 1994).

Aspetos epidemiológicos

A perceção de sintomas físicos ou somáticos constitui uma experiência universal, considerando-se que entre 80 a 90% da população geral tem pelo menos um *sintoma* por semana. A transformação desta experiência em *sintoma de doença* resulta, por seu lado, de um processo atributivo ou interpretativo onde convergem múltiplas variáveis intra e extraindividuais. As pessoas que traduzem as suas experiências em sintomas de doença, contudo, podem não comparecer no consultório médico e optar, em alternativa, por uma mudança no estilo de vida ou por uma dieta julgada mais apropriada. Deste modo, a elevada percentagem de pessoas que têm a perceção inicial de sintomas somáticos não corresponde, obviamente, à menor quantidade de pessoas que, com a referida perceção de sintomas,

decidem recorrer à ajuda médica. Mas neste grupo de pessoas que se apresentam com sintomas, apenas uma pequena proporção de queixas pode ser explicada à custa de doença orgânica.

A nível dos *cuidados primários de saúde*, vários estudos assinalam a importância dos sintomas somáticos funcionais, incluídos na categoria de queixas mais comuns (KIRMAYER & TAILLEFER, 1997). Naturalmente, as diferentes formas de operacionalizar o conceito de somatização e a existência de diferentes classificações dificultam a análise comparativa dos dados de prevalência (FABIÃO, SILVA *et al.*, 2010). Mas parece que a proporção destes sintomas, a nível dos cuidados primários, varia entre os 20 e os 74%, de acordo com o método usado para os classificar como não explicados (KROENKE, 2003). Deste modo, é generalizada a convicção de que uma larga percentagem de doentes se apresenta inicialmente com queixas somáticas não especificas. O fenómeno de somatização pode bem constituir o elo entre o mal-estar psicológico e o recurso aos serviços de saúde.

O facto de muitos doentes com perturbações emocionais privilegiarem os sintomas somáticos, ajuda a explicar a «morbilidade psiquiátrica escondida», esse volumoso contingente da população que «esconde» sinais e sintomas emocionais por detrás de sintomas físicos, ou que procura ajuda, simplesmente, devido às manifestações somáticas da sua psicopatologia (KATON, KLEINMAN & ROSEN, 1982). Cerca de 50 a 80% dos doentes com manifestações de ansiedade ou depressão apresentam-se, inicialmente, com sintomas somáticos funcionais (BRIDGES & GOLDBERG, 1985; KIRMAYER, ROBBINS *et al.*, 1993). Por este motivo, cerca de metade dos doentes com estas alterações emocionais não recebe o diagnóstico adequado. Mas a maioria destes doentes é capaz de reconhecer o contributo de fatores psicossociais para o seu mal-estar.

A nível das *consultas hospitalares*, os estudos apontam na mesma direção, assinalando a elevada frequência de consultas por sintomas funcionais. Num estudo retrospetivo, verificou-se que a proporção

de doentes com consultas regulares e sintomas medicamente não explicados correspondeu a 54% nas consultas de gastrenterologia, 50% em neurologia, 34% em cardiologia, 33% em reumatologia, 30% em ortopedia, 27% em ORL, 17% em cirurgia geral e ginecologia e 15% em pneumologia (REID, WESSELY *et al.*, 2001). As consultas de psiquiatria também se confrontam amiúde com doentes que apresentam queixas somáticas funcionais, com ou sem psicopatologia evidente, apesar do relativo desinteresse dos psiquiatras em relação a este problema clínico em termos diagnósticos e terapêuticos (KIRMAYER & ROBBINS, 1991). Se considerarmos que muitos destes doentes, em todas as consultas mencionadas, não ficam aliviados pela negatividade dos exames complementares, nem pelos esforços terapêuticos, muitas vezes ambíguos, do médico assistente, podemos facilmente avaliar a dimensão verdadeira deste problema clínico no âmbito do hospital geral.

Um outro aspeto interessante está relacionado com uma maior prevalência aparente da somatização nas mulheres, com a eventual exceção dos casos de hipocondria e das formas somatizadas de depressão ou de ansiedade. Com efeito, as mulheres tendem a apresentar um maior registo genérico de sintomas, independentemente da comorbilidade psiquiátrica, e também um maior volume de sintomas medicamente não explicados, não obstante a existência de estudos contraditórios (PICCINELLI & SIMON, 1997; KROENKE & SPITZER, 1998). As razões para as alegadas diferenças na distribuição epidemiológica dos sintomas funcionais têm sido objeto de debate, mas incluem, entre outros, argumentos relacionados com preconceitos de género (KIRMAYER & TAILLEFER, 1997). Especificamente em relação a estes argumentos, existe, por vezes, uma tendência para ver os homens como responsáveis pelas suas ações, enquanto que as mulheres, pelo contrário, tendem a ser encaradas como estando «fora de controlo». Um homem «fora de controlo» é um indivíduo agressivo, violento. Uma mulher «fora de controlo» é alguém a gritar

e a chorar profusamente. No homem, os sintomas são frequentemente lidos como uma tentativa de evasão às responsabilidades familiares e sociais; na mulher costumam ser interpretados como um reflexo de perturbação emocional. Numa palavra, verifica-se uma aparente discriminação sexual entre duas formas de explicação causal: racional *vs.* irracional, razão *vs.* emoção, motivação *vs.* capricho, consciente *vs.* inconsciente (KIRMAYER, 1988). A história da histeria, em particular, ilustra exemplarmente o peso eventual do preconceito diagnóstico. Com efeito, desde as suas origens até aos dias de hoje:

> (...) a histeria pode ser interpretada como uma metáfora médica para a condição feminina. Ao longo dos séculos, (...) a perturbação representou na linguagem descritiva da clínica tudo o que o homem achasse irritante ou irascível, misterioso ou intratável, no sexo oposto. A sintomatologia física altamente variável da doença foi atribuída, por muitos autores, à natureza irracional, caprichosa e imprevisível da mulher. A exagerada emotividade da mulher histérica foi vista como uma intensificação patológica da sensibilidade feminina, e a crise histérica como uma espécie de espasmo hiperfeminino, mimetizando o parto e o orgasmo feminino. Ao longo de muita da história da medicina, a histeria representou, muito literalmente, uma incorporação da natureza feminina aos olhos e espíritos dos observadores masculinos (MICALE, 1995).

Considerações etiológicas

Os sintomas medicamente não explicados devem ser compreendidos à luz de múltiplos fatores etiológicos, muitas vezes em interação complexa. São múltiplos os contributos teóricos para a compreensão etiológica da somatização. Não obstante todas as possibilidades, é

difícil identificar causas específicas para o fenómeno da somatização, que deve talvez ser concebido como resultante de processos universais de comportamento de doença. Contudo, os modelos interativos que incluam variáveis relacionadas com a psicopatologia, o comportamento de doença e o processo de *stress* são suscetíveis de oferecer uma compreensão mais satisfatória do problema. O contributo causal e interativo de múltiplas variáveis implica, portanto, a consideração sucessiva de diversas perspetivas etiológicas, ao longo de um espectro biológico, psicológico, social e cultural-hermenêutico, para a construção de um modelo integrador do processo de somatização (KIRMAYER & YOUNG, 1998).

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

A somatização não ocorre num vácuo fisiológico (SHARPE & BASS, 1992). As explicações médicas, aliás, são cada vez mais frequentes no caso dos sintomas ou síndromes medicamente não explicadas ao assinalarem, por exemplo, alterações na função do eixo hipófise-hipotálamo-suprarrenal. Com efeito, muitos estudos defendem alterações do processamento nervoso central em doentes cujo problema principal não reside no processamento de estímulos periféricos, mas antes na experiência espontânea da dor e outras queixas físicas, na ausência de patologia estrutural inequívoca (HENNINGSEN, 2003). A noção de *as-if loops* ilustra a possibilidade de as experiências sintomáticas resultarem de ativações a nível central que não implicam vias aferentes ou eferentes, antes envolvendo os centros parietais, límbicos e frontais responsáveis pela representação do «corpo no cérebro» e das suas relações com as emoções e os pensamentos (DAMÁSIO, 1994).

Temperamento, personalidade e comorbilidade psiquiátrica

Uma tendência para sentir níveis elevados de sintomas somáticos e emocionais pode refletir a operação de traços temperamentais específicos, em particular da *afetividade negativa* (PENNEBAKER & WATSON, 1991). Este conceito corresponde a uma disposição individual, estável, coincidente com os conceitos tradicionais de neuroticismo ou pessimismo, associada a situações de mal-estar individual e insatisfação numa vasta gama de contextos. Os indivíduos com elevados índices de afetividade negativa tendem a ser mais introspetivos e negativistas, centrados nos aspetos negativos de si próprios e dos outros, hipervigilantes em relação aos seus corpos, do mesmo modo que referem consistentemente mais sensações e sintomas somáticos. A prevalência de alguns traços ou perturbações da *personalidade*, no âmbito dos fenómenos de somatização, tem igualmente suscitado algum interesse teórico (KIRMAYER, ROBBINS *et al.*, 1994). A perturbação de conversão, por exemplo, parece reunir traços das perturbações de personalidade histriónica e dependente. A perturbação de somatização, por sua vez, foi associada a traços histriónicos e antissociais. A *comorbilidade psiquiátrica*, finalmente, é também significativa, sendo sobretudo prevalentes os diagnósticos de ansiedade e depressão para os quais, aliás, os estudos epidemiológicos assinalam uma prevalência de 10 a 20%, no âmbito dos cuidados primários (KIRMAYER, ROBBINS *et al.*, 1993).

A frequente associação entre somatização e sintomas psiquiátricos é consensual. Esta associação, por sua vez, mostra uma correlação significativa com o uso dos serviços de saúde (SIMON & VONKORFF, 1991). Qual é a natureza desta relação? A perspetiva tradicional diz-nos que os sintomas somáticos funcionais e a procura de cuidados de saúde resultam da apresentação atípica de uma perturbação psiquiátrica, geralmente uma depressão ou um estado de ansiedade.

Esta é uma versão moderna dos conceitos psicanalíticos do passado, que consideravam os sintomas histéricos como derivativos de impulsos inconscientes proibidos, permitindo que os desejos socialmente reprováveis se mantivessem «escondidos». Tal como antes, segundo esta perspetiva, os sintomas somáticos têm um significado defensivo ao permitirem que a ansiedade e a depressão permaneçam fora do campo da consciência. O conceito de *alexitimia* surgiu com a intenção de explicar esta transdução de fatores psicológicos em sintomas somáticos, nas pessoas que «não têm palavras para os sentimentos». É um conceito que suscita, desde logo, uma dificuldade central, a de saber como é possível avaliar uma capacidade que não existe, avaliar as emoções que a pessoa não sente (RIEF & BROADBENT, 2007). É provável que a associação entre somatização e alexitimia tenha um caráter não específico, mesmo que a dificuldade em identificar sentimentos possa constituir-se num fator de risco independente para um número consistentemente alto de sintomas medicamente não explicados (DE GUCHT & HEISER, 2003; DE GUCHT, FISCHLER & HEISER, 2004).

Uma meta-análise procurou identificar as relações entre ansiedade, depressão e sintomas medicamente não explicados (HENNINGSEN, ZIMMERMANN & SATTEL, 2003). Foram incluídos duzentos e quarenta e quatro estudos e contempladas algumas síndromes somáticas funcionais: intestino irritável (II), dispepsia não ulcerosa (DNU), fibromialgia (FM) e síndrome de fadiga crónica (SFC). Verificou-se que a ansiedade e a depressão eram uma característica comum, embora não universal, das síndromes funcionais. O consumo de cuidados de saúde e a gravidade da somatização mostrou uma correlação com os índices mais elevados de ansiedade e depressão. No caso dos sintomas físicos gastrintestinais não explicados, o consumo de cuidados de saúde mostrou correlacionar-se apenas com índices mais elevados de ansiedade, não com a depressão. Concluiu-se, ainda, que a depressão e a ansiedade eram mais frequentes em doentes com II, DNU,

FM e SFC, em comparação com controlos saudáveis e doentes com patologia orgânica conhecida (doença inflamatória intestinal, artrite reumatoide). Logo, pôde dizer-se que a depressão e a ansiedade não eram consequência psicológica da dor ou de outros sintomas físicos, contrariamente ao que é proposto por muitos doentes, no contexto clínico. Também se concluiu que os sintomas medicamente não explicados apareciam frequentemente sem depressão e ansiedade concomitantes. Logo, pôde concluir-se que os referidos sintomas não deviam ser vistos como uma expressão corporal da depressão e/ou da ansiedade, contrariamente ao que é defendido por muitos médicos. Aliás, se admitirmos uma sequência cronológica na relação entre uma perturbação psiquiátrica e o surgimento e persistência de sintomas físicos, é muito provável a mediação de outros fatores psicossociais. As experiências prévias com doenças, as atribuições relacionadas com as causas dos sintomas e o comportamento do médico assistente, entre outros aspetos, podem contribuir para a incapacidade, cronicidade e outras manifestações de comportamento de doença associadas aos sintomas físicos (HOTOPF, MAYOU *et al.*, 1998). Os autores do estudo alemão já referido defendem que os sintomas medicamente não explicados, à luz dos resultados obtidos, devem ser interpretados como uma dimensão das «perturbações de mal-estar comuns», juntamente com os sintomas de ansiedade e depressão. E interrogam-se sobre qual das perspetivas, psicossocial ou fisiológica, é mais válida para compreendermos a disposição, o início e a evolução das referidas perturbações.

Atenção, perceção somática e amplificação

As pessoas que prestam uma atenção especial ao seu organismo são mais suscetíveis de referir sintomas físicos. Neste sentido, a *tendência para a introspeção* contribui para um aumento do registo

de sintomas somáticos e psicológicos, e é responsável por um maior recurso aos serviços de saúde. Apesar de poder também constituir uma fonte de inspiração intelectual, esta tendência «difusa» para vigiar pensamentos, sentimentos e estados do organismo sem qualquer objetivo específico está na origem eventual de um mal-estar geral não específico (HANSELL & MECHANIC, 1986). Embora a atenção seja importante, é, no entanto, difícil isolá-la das atribuições, das crenças, da incerteza sobre os sintomas e de outros fatores que podem influenciar a focagem da atenção nos sintomas (DEARY, CHALDER & SHARPE, 2007). Os estímulos internos e externos competem entre si, na expetativa de «ganharem» a atenção do indivíduo (PENNEBAKER, 1982). Isto significa que uma subestimulação externa, segundo esta teoria de competição de estímulos, pode facilitar uma maior atenção a sensações e estímulos internos. A noção de *amplificação somato-sensorial*, por seu lado, designa uma tendência para sentir os sintomas como particularmente intensos ou perturbadores (BARSKY & KLERMAN, 1983; BARSKY, GOODSON *et al.*, 1988). Esta experiência subjetiva, geralmente associada à hipocondria e atitudes relacionadas, associa-se ainda a uma disposição para uma focagem seletiva em sensações desagradáveis, geralmente consideradas como patológicas pelo próprio indivíduo (BARSKY & WYSHAK, 1989). Por outro lado, a amplificação somato-sensorial pode ser entendida como um traço, uma característica estável da personalidade, ou como um estado transitório, influenciável pelo humor ou pelas circunstâncias. Trata-se de um constructo útil não apenas ao estudo dos sintomas somáticos funcionais, mas também à análise de situações orgânicas similares que determinam respostas díspares em diferentes pessoas, ou ainda de algumas situações clínicas controversas, como as síndromes do intestino irritável e a fadiga crónica, ou a fibromialgia, em que também parece estar presente este fenómeno de amplificação somática (QUARTILHO, ALTE DA VEIGA & VAZ SERRA, 1997).

A atenção, por sua vez, orienta-se por esquemas cognitivos (LAZARUS & FOLKMAN, 1984; CIOFFI, 1991). Pode ser alimentada por preocupações ou ansiedade relacionadas com a saúde. Os esquemas ou as crenças subjacentes podem levar algumas pessoas a confirmar a sua vulnerabilidade à doença, ao interpretarem sintomas inócuos como se fossem prenúncios ou provas irrefutáveis de doença grave. A expetativa de sentir sintomas físicos, um processo eventualmente relacionado com a memória individual, pode promover o seu aparecimento e/ou manutenção. Do mesmo modo, a ausência de estratégias de *coping* eficazes pode reforçar a atenção às sensações corporais e acentuar, assim, as preocupações com o funcionamento do organismo. Os doentes hipocondríacos, em particular, são suscetíveis a pensamentos catastróficos que aumentam a ansiedade e dirigem seletivamente a sua atenção para a área corporal que os preocupa, determinando respostas fisiológicas e sintomas adicionais que, em última análise, vêm confirmar as convicções de doença prévias. Os doentes com dor crónica que acreditam ter controlo sobre os seus sintomas, por seu lado, evitam uma visão catastrófica da sua situação e tendem a funcionar melhor, em comparação com aqueles que, pelo contrário, assumem uma visão mais pessimista do problema (JENSEN, TURNER *et al.*, 1991).

A atenção seletiva aos sintomas somáticos e as explicações decorrentes estão muitas vezes relacionadas, também, com o *estilo atributivo* do indivíduo. A «doença dos estudantes de medicina» ilustra bem este aspeto (MECHANIC, 1972). No caso específico dos sintomas somáticos funcionais, as atribuições causais parecem guardar uma relação estreita com o padrão de comportamento de doença dominante, atravessando um espectro que inclui as dimensões *psicológica*, *somática* e *normalizadora*. Um indivíduo com cefaleias, por exemplo, pode atribuir as suas queixas a um estado de ansiedade,

a um obscuro problema cerebral ou a uma noite mal dormida. Assim, o seu comportamento de doença refletirá, naturalmente, as diferenças no padrão atributivo. As atribuições têm pois importância na prática clínica, pelo menos por três razões principais: influenciam a experiência subjetiva dos sintomas; podem desempenhar um papel importante nos processos psicopatológicos, por exemplo em doentes deprimidos (VAZ SERRA, 1989), e condicionam as estratégias de *coping*, os padrões de procura de ajuda e as manifestações clínicas, influenciando a comunicação com o médico, o reconhecimento diagnóstico, as estratégias terapêuticas e a própria evolução da doença (KIRMAYER, YOUNG *et al.*, 1994). O estudo das atribuições causais, contudo, não deve esquecer a importância do contexto, tanto na sua génese como nas suas implicações sociais. Caso contrário, incorremos no *erro de atribuição fundamental*, um conceito oriundo da psicologia social que traduz uma crença inflacionada na importância das disposições e traços da personalidade, associada a uma incapacidade de reconhecer a importância de fatores situacionais na regulação de comportamentos individuais (ROSS & NISBETT, 2011). Por outras palavras, as atribuições relativas aos sintomas também devem ser compreendidas como ações situadas, formas de posicionamento protagonizadas pelo doente, com intenções pragmáticas que dependem, em última análise, do contexto familiar ou social em que ocorrem. São muitas vezes propostas de diálogo, no contexto conjugal ou no gabinete de consulta, elementos discursivos que refletem tensões e desejos de mudança, influenciados não apenas por estilos cognitivos particulares, mas também por circunstâncias familiares e sociais específicas. Talvez o erro de atribuição fundamental resulte de uma particular construção cultural do indivíduo, de uma tendência à desvalorização dos fatores situacionais e contextuais. Por outras palavras, o estudo das atribuições deve ir além dos modelos de processamento de informação da psicologia cognitiva — para poder

incluir, igualmente, as realidades da incorporação física e social (KIRMAYER, YOUNG *et al.*, 1994).

Supressão da emoção, inibição e negação

Os sintomas somáticos não parecem constituir soluções alternativas à expressão de sintomas psicológicos. Com efeito, uns e outros parecem obedecer a uma correlação altamente positiva em estudos epidemiológicos, contrariando algumas assunções anteriores das teorias psicodinâmicas (SIMON & VONKORFF, 1991). Não parece haver uma dissociação entre sintomas físicos e emocionais. Nem parece haver evidência empírica para os conceitos originais de conversão e repressão. No entanto, alguns autores admitem uma correlação inversa entre sofrimento emocional e sintomas somáticos em certos grupos populacionais. O conceito psicodinâmico de *alexitimia*, já referido, significa literalmente uma «ausência de palavras para as emoções», uma espécie de iliteracia emocional envolvendo uma tendência para suprimir a expressão das emoções ou uma incapacidade de elaboração cognitiva do conflito emocional. Os indivíduos alexitímicos não seriam capazes de fazer a discriminação entre sentimentos e sensações físicas, tenderiam a não expressar os seus estados psicológicos e a pensar o mundo de uma forma concreta, desprovida de fantasia e criatividade. A «hipocognição» das emoções, nesta perspetiva, seria responsável pela somatização (PENNEBAKER, 1995). A orientação subjacente ao conceito de alexitimia, ou repressão, sua prima conceptual, é a de que não contar (ou não escrever sobre) a experiência traumática ou situação stressante pode originar sintomas somáticos persistentes; ao invés, verbalizar (ou escrever sobre) a história problemática pode aliviar os sintomas e diminuir o recurso às consultas (PENNEBAKER & BEALL, 1986; PENNEBAKER, 1993). Todas as pessoas (e até mesmo o lobo do

Capuchinho Vermelho) mudam quando «revelam» as suas verdadeiras identidades. Uma vez feita a revelação, ou confissão, a pessoa adquire consistência interna mediante sincronização das suas características físicas e psicológicas (PENNEBAKER, 1995).

A alexitimia, nesta perspetiva, é considerada um processo ou «defeito» intrapsíquico. Numa perspetiva diferente, entretanto, a alexitimia pode ser encarada como um estilo expressivo dependente da cultura e do contexto social, se considerarmos que as conversas sobre os acontecimentos vitais do dia a dia podem basear-se num código cultural implícito (KIRMAYER, 1987). Em sociedades ou subculturas homogéneas, segundo Laurence Kirmayer, este código não é necessariamente verbal — é largamente adquirido em contextos sociais partilhados. Há muito que fica por dizer, não porque seja difícil de articular, por ser inacessível ou negado, mas simplesmente porque se trata de algo tido como assumido. A intimidade e a importância da experiência podem assim ser assinaladas não por um vocabulário colorido, mas antes pela densidade do contexto social onde a experiência mergulha — tornando as palavras supérfluas. As histórias de todos os doentes, igualmente, não têm que ser verbalizadas de acordo com a linguagem ou metáforas da psicologia ocidental. No contexto clínico, as pessoas que pertencem a estratos sociais mais desfavorecidos também não têm que reproduzir as expetativas do terapeuta, imitando os padrões discursivos dos psicólogos ou psiquiatras, quando falam das suas emoções. O conhecimento das práticas discursivas locais e dos idiomas através dos quais as pessoas expressam as suas emoções justifica, pois, uma perspetiva cultural que deve olhar para além do contexto clínico estrito. Mas se olharmos apenas para a relação médico-doente podemos também presumir que o défice aparente de expressão emocional, da parte do doente, pode resultar de um conflito relacionado com os objetivos da consulta ou de um estilo comunicacional, entre ambos, que inviabiliza quaisquer referências ou explicações de caráter psicoló-

gico. O médico pode «inventar» causas emocionais para os sintomas somáticos porque o doente faz uma omissão verbal dessas causas. Deste modo, resolve a ambiguidade dos sintomas e transfere para o doente a responsabilidade pelo seu mal-estar. A alexitimia, neste sentido, é o resultado de uma interação social, mais do que um defeito individual. É um estilo expressivo, adaptativo, metafórico, que depende não apenas de traços psicológicos individuais, mas também da forma como as outras pessoas, incluindo o médico assistente, recebem e respondem a este particular modo de comunicação.

Dilemas indizíveis

Esta perspetiva parte do princípio segundo o qual existem «segredos» que não podem ser expressos através da linguagem verbal — os dilemas indizíveis, ou incomunicáveis (GRIFFITH & GRIFFITH, 1994). Se o convívio interpessoal é feito de histórias que, de algum modo, ligam as pessoas às suas famílias, amigos ou colegas de trabalho, também existem outras histórias que, pelo contrário, não podem ser contadas. Este silêncio tácito é muitas vezes capaz de salvar a continuidade de uma relação pessoalmente significativa, mas a sua perpetuação faz-se, muitas vezes, à custa de uma agressão contra o próprio corpo que, nestas circunstâncias, responde através de uma linguagem não verbal, sob a forma de sintomas somáticos funcionais. Neste tipo de situações, a pessoa é vítima de uma escolha forçada, sentindo-se «encurralada», não apenas porque não tem nenhuma solução à vista, mas também porque a conversação necessária à resolução do problema não é viável. Isto pode acontecer, tão simplesmente, porque a pessoa não tem uma linguagem disponível para compreender e exprimir a sua experiência subjetiva, com dificuldades resultantes em comunicar às outras pessoas o respetivo significado. Muitas vezes

está em causa, eventualmente, esta dificuldade de articulação da experiência subjetiva numa forma narrativa, ordenada e inteligível. Outras vezes, estão presentes razões de natureza interpessoal ou social, como acontece quando as histórias pessoais, pela sua própria natureza, impedem uma partilha com outras pessoas. Ou, então, quando implicam consequências de tal maneira destrutivas para a pessoa ou para o seu agregado que não podem ser verbalizadas com segurança. Ou ainda noutras circunstâncias, finalmente, quando o dilema é prescrito por práticas sociais e culturais que, ao mesmo tempo, proíbem qualquer tipo de conversação relacionada com o problema. Apesar das mudanças ocorridas no nosso panorama social, o cenário clandestino da violência doméstica continua a ilustrar esta impossibilidade de revelação pública, socialmente prescrita, sob pena de agravamento da situação conjugal, para muitas mulheres. As experiências de abuso sexual na infância e a emergência de sintomas não explicados na vida adulta podem igualmente envolver um padrão paradoxal através do qual a pessoa esconde a realidade das experiências ao mesmo tempo que procura ver reconhecido o seu sofrimento (MORSE, SUCHMAN & FRANKEL, 1997). Nestas como noutras situações, alegadamente, não é o medo, ou a vergonha, ou a raiva, que estão na origem dos sintomas somáticos funcionais. É antes o esforço levado a cabo para silenciar a expressão do medo, da vergonha, ou da raiva, que é responsável pela eclosão das queixas. Por outras palavras, a experiência de um dilema indizível confunde-se muitas vezes com a experiência das pessoas que «não têm voz», numa sociedade feita de relações funcionais, em mudança permanente, que favorece a proliferação de identidades individuais, em função do contexto, e impede, desta forma, que a pessoa se dê a conhecer na sua totalidade. Este é um problema do nosso tempo, o tempo das pessoas globalizadas, fragmentadas, com poucas oportunidades de diálogo interpessoal, num contexto de atomização social progressiva.

FATORES FAMILIARES E DESENVOLVIMENTO

Numa perspetiva associada ao desenvolvimento individual, os sintomas medicamente não explicados podem ser interpretados à luz de mecanismos de modulação epigenética (BUFFINGTON, 2009). Mas o reforço e modelação do comportamento de doença durante o processo de desenvolvimento podem também ajudar a compreender o comportamento destas pessoas na idade adulta. Alguns autores estudaram o grau em que dois grupos de pessoas, com diagnósticos de úlcera péptica e de síndrome de intestino irritável (SII), exibiam um comportamento de doença crónico, definido pela presença de queixas somáticas múltiplas, consultas médicas frequentes e absentismo social e profissional devido a doença (WHITEHEAD, WINGET *et al.*, 1982). Em consonância com as suas hipóteses iniciais, concluíram que o comportamento de doença crónico, mais característico das pessoas com SII, se relacionava com um maior acesso a brinquedos ou outras prendas, durante a infância, sempre que as crianças tinham uma gripe ou estavam constipadas. Uma história de recompensas sociais para a doença pareceu assim contribuir para a etiologia do SII, em contraste com a úlcera péptica.

As preocupações dos pais relacionadas com doenças e a patologização ou interpretação errónea de sensações normais, com recurso exagerado às consultas médicas, também podem predispor as crianças ao desenvolvimento de preocupações com a saúde. Em particular, os comportamentos de doença das pessoas que mais influenciam as crianças, as experiências que estas têm com as doenças e a forma como os outros lhes respondem, nessas circunstâncias, são fatores importantes na determinação futura dos comportamentos de doença. Uma maior prevalência de sintomas funcionais nas mães, uma maior experiência no contacto com a doença em familiares, muitas vezes com uma semelhança curiosa entre os sintomas da criança e os sintomas dos pais, as atitudes punitivas, de rejeição ou hiperproteção

maternal, por vezes com focagem seletiva em sintomas físicos e prejuízo das necessidades emocionais, todos estes fatores têm sido relacionados com fenómenos de somatização na idade adulta, sugerindo mesmo a necessidade de programas de prevenção primária na infância (BENJAMIN & EMINSON, 1992; FISHER & CHALDER, 2003). Uma atenção acrescida para as causas de doença com origem no período pré-natal e nos primeiros anos de vida deveria obrigar-nos, aliás, a repensar os conceitos de cuidados de saúde preventivos, dada a funesta persistência de obstáculos a um diálogo mais eficiente entre a pediatria e a medicina interna. Numa perspetiva de saúde pública, o combate às experiências de adversidade precoce e as medidas de apoio a relações de proteção que atenuem os efeitos do *stress* tóxico podem, em última análise, determinar uma redução substantiva de doenças crónicas no adulto (SHONKOFF, RICHTER *et al*., 2012).

As situações de *abuso* e as experiências traumáticas durante a infância, tal como na idade adulta, também podem associar-se ao processo de somatização e têm merecido uma referência especial, nos últimos tempos, apesar de uma relação certamente não específica. Estas situações e experiências não determinam, igualmente, uma patologia clínica específica na idade adulta. Não obstante a existência de diferentes definições para o abuso, a escolha de grupos de comparação não equivalentes, as diferenças na avaliação das experiências de abuso e a natureza retrospetiva de muitos estudos, a literatura tende a apontar sempre na mesma direção, ou seja, sugere uma forte associação entre trauma e somatização, ao mesmo tempo que aconselha prudência nas conclusões (ROELOFS & SPINHOVEN, 2007). Quanto maior a gravidade dos maus-tratos na infância, maior seria o grau de disfunção e recurso aos cuidados de saúde na vida adulta (ARNOW, 2004).

Numa *perspetiva fenomenológica*, a experiência transforma-se em corpo, torna-se incorporada. As emoções são incorporadas e

não temos de as transformar, necessariamente, em estados mentais (MCWHINNEY, EPSTEIN & FREEMAN, 1997). O corpo «vivido» faz a síntese da experiência pessoal com o corpo «material». A experiência humana é «incarnada», torna-se corpo. De acordo com Merleau-Ponty, os seres humanos estão no mundo como corpos e não podem saber nada, nem sentir nada, nem aprender nada, sem que os seus corpos façam parte do processo de saber, sentir, aprender. Todo o conhecimento humano resulta assim de percebermos, ouvirmos, sentirmos, vermos, cheirarmos, tocarmos — e de sermos vistos, tocados, sentidos, ouvidos. O nosso ser corporal, a nossa existência enquanto corpos, é o nosso ponto de partida comum. Não existem pensamentos sem corpo, emoções sem corpo, ou experiências puramente psíquicas (KIRKENGEN, 2010).

Em contrapartida, uma perspetiva biomédica pode ser errada e inválida ao ignorar a experiência, o significado e as intenções inerentes aos projetos de vida, enquanto desvaloriza as relações de poder entre as pessoas e os seus efeitos potenciais na saúde (KIRKENGEN, 2008). No contexto clínico, o corpo «vivido» arrisca a substituição pelo corpo cartesiano da biomedicina (LEDER, 1984). Os corpos das pessoas subordinadas ou violentadas por relações de poder são corpos «perturbados no seu equilíbrio, sobrecarregados com muito daquilo que é tóxico para os seres humanos, tal como não ser ouvido, não ser respeitado, não ser amado, ser violado, desrespeitado, desprezado, humilhado, marginalizado, assediado, estigmatizado, abandonado, abusado» (KIRKENGEN, 2010). Afinal, o abuso da integridade causa dor, não sendo importante que esteja em causa a violação da integridade física, ou mental, ou sexual, ou social, ou legal. Uma vez que existimos como corpos, a degradação de qualquer aspeto da nossa integridade afeta os nossos corpos. A dor do abuso é sentida e experienciada pelo corpo. Como poderia ser de outro modo? (KIRKENGEN, 2010).

Mas a somatização pode também ser considerada como resultante de uma interação complexa entre experiências de doença durante a infância e as respostas do sistema social do indivíduo ao seu comportamento de doença na idade adulta (STUART & NOYES, 1999). Com alguma probabilidade, os adultos que somatizam tiveram experiências com doença física, estiveram internados ou foram operados, ou tiveram ausências prolongadas na escola durante a infância por causa dos seus problemas de saúde. Do mesmo modo, foram mais vezes expostos a doenças crónicas dos pais ou tiveram perdas significativas antes dos 17 anos (CRAIG, BOARDMAN *et al.*, 1993). Ao contrário da experiência de doença no próprio, durante a infância, o testemunho e a experiência de doença nos pais pode mesmo constituir um fator de risco independente para o aparecimento dos sintomas não explicados na vida adulta, não obstante uma aparente continuidade entre os sintomas da criança e os sintomas do adulto (HOTOPF, 2002). A teoria da vinculação explica o modo como interações repetidas e significativas entre criança e adulto podem vir a determinar padrões duradouros de resposta ao *stress*, recetividade ao apoio social e vulnerabilidade à doença (MAUNDER & HUNTER, 2001). As experiências iniciais, como uma doença na infância ou um contexto de abuso físico, funcionariam como diáteses, modelando o comportamento de doença. Os *stresses* interpessoais na vida adulta determinariam, por sua vez, o aparecimento de fenómenos de somatização em pessoas vulneráveis. Este modelo de diátese-*stress* privilegia, pois, o contexto relacional, interpessoal, da somatização, que assim adquire uma função comunicativa em situações de sofrimento pessoal. Corresponde a um modelo segundo o qual a somatização reflete uma comunicação não adaptativa do mal-estar individual, em resposta ao *stress*, um comportamento de doença que promove respostas «positivas» a partir de outras pessoas, desviando a atenção relativamente a outras áreas de conflito. Por outras palavras, o comportamento de doença das pessoas que somatizam

pode ser melhor compreendido à luz dos seus comportamentos de vinculação e da teoria interpessoal (STUART & NOYES, 1999).

A expressão de sintomas medicamente não explicados no espaço familiar é, muitas vezes, confrontada com respostas de deslegitimação. Ou seja, os familiares «não compreendem», não «dão valor» à experiência e ao sofrimento do doente cujo comportamento manifesto se deve ajustar, assim, à desconfiança suscitada pelas suas queixas. A validação familiar e social dos sintomas influencia o modo como o doente se expressa, a forma como transforma uma experiência privada numa demonstração pública. E esta demonstração tem consequências, depois, sobre a forma como o doente é aceite (ou não) pelos familiares. A somatização pode também iludir a presença de conflitos no seio da família, ao privilegiar aspetos relacionados com a exibição pública de sintomas, com o comportamento de doença. Pode constituir, a esta luz, uma estratégia através da qual o doente aprendeu a gerir conflitos familiares, ao longo do tempo.

Instrumentos de comunicação

Os sintomas somáticos funcionais também podem ser interpretados como mensagens dirigidas a outras pessoas, a propósito de sentimentos ou circunstâncias específicas. É difícil assumir o caráter voluntário ou involuntário destes comportamentos, mas é muitas vezes óbvio o significado potencial das queixas do doente junto das outras pessoas, sobretudo no espaço familiar. Aqui podem existir contingências que reforçam os sintomas físicos e proíbem as queixas emocionais, promovendo um estilo expressivo somático. No contexto de uma relação conjugal tensa, caracterizada por relações de poder desiguais, os sintomas somáticos podem constituir uma expressão oblíqua de insatisfação, na impossibilidade de um confronto direto, verbal, com a eventual prepotência do cônjuge. Noutras circunstân-

cias, os sintomas somáticos podem constituir atos comunicativos conscientes destinados a informar, influenciar ou controlar outras pessoas, incluindo os profissionais de saúde. A exibição de sintomas, neste contexto, é muitas vezes um exercício de retórica, discursiva e gestual, com o objetivo de persuadir o médico. O doente, esse, é «um poeta» à procura das metáforas mais apropriadas para o seu sofrimento (KIRMAYER, 1984b).

No caso das pessoas que recorrem a estratégias de catastrofização para lidar com a dor, os seus comportamentos de dor podem ter uma duração superior quando alguém está presente, em comparação com as que ficam sozinhas (SULLIVAN, ADAMS & SULLIVAN, 2004). Ou seja, a catastrofização é mais do que uma cognição não adaptativa, ou uma faculdade estritamente intrapsíquica. Deve ser interpretada num contexto social e interpessoal. Estas pessoas, as que catastrofizam a sua experiência de dor na presença de outrem, podem tentar satisfazer necessidades de dependência em situações de mal-estar mediante recurso a estratégias que lhes garantem maior proximidade social. Mas os comportamentos de dor mais expressivos podem ainda servir para alterar as expetativas de outras pessoas em relação às capacidades do doente, para reduzir especiais exigências quanto às suas obrigações, ou, ainda, para tentar resolver, muitas vezes de modo não adaptativo, situações de conflito interpessoal. Sempre que as estratégias de catastrofização das pessoas com dor se repetem num espaço interpessoal, entretanto, aumentam as possibilidades de um efeito paradoxal. Ou seja, se as pessoas mostram uma preferência por lidar com a sua dor num contexto relacional, qualquer esforço terapêutico para minimizar o sintoma tenderá a reduzir a probabilidade de êxito para as suas estratégias de lidar com o mal-estar. E quando a dor progride para a cronicidade, as respostas sociais tornam-se progressivamente negativas. Em situações agudas, os comportamentos de dor podem garantir um equilíbrio adequado entre as necessidades de apoio sentidas

pelo doente e o seu mal-estar. Numa perspetiva operante, o doente é bem-sucedido na apresentação dos seus comportamentos de dor. Mas as expressões repetidas de dor ou mal-estar ao longo do tempo tendem a fazer definhar as respostas de complacência e apoio iniciais que se transformam, amiúde, em ameaças repetidas de conflito interpessoal e rejeição social (SULLIVAN, ADAMS & SULLIVAN, 2004).

Sistema de cuidados de saúde

A incerteza do médico relativamente à etiologia dos sintomas somáticos, o seu receio de perder patologia orgânica oculta e os sentimentos de impotência terapêutica que dominam o contexto clínico, tornam difícil, muitas vezes, uma relação construtiva com o doente. Esta pode caracterizar-se pela ambiguidade, quando o médico prescreve medicação apesar de proferir que «está tudo bem». Mais habitualmente, contudo, é a ausência de uma explicação alternativa, satisfatória e convincente, que parece ajudar a perpetuar os sintomas. A prioridade conferida às queixas físicas, à investigação diagnóstica e aos tratamentos orgânicos, na expetativa de oferecer ao doente uma explicação concreta para as suas queixas, ajuda a reforçar a perceção dos sintomas como sendo um problema do organismo e reforça assim, igualmente, as apresentações somáticas do mal-estar pessoal e social. A iatrogénese é mais frequente na ausência de uma explicação médica adequada. Os doentes com sintomas medicamente não explicados são mais vezes expostos a atitudes que paradoxalmente reforçam a sua determinação em manter o papel de doente. O sistema de cuidados de saúde tende a favorecer a «canalização somática» do mal-estar existencial (CATHÉBRAS, LAWERS & RIUSSET, 1998). A somatização é «um processo através do qual o médico e/ou o doente, ou a sua família, se concentram

exclusiva e inadequadamente nos aspetos somáticos de um problema complexo» (MCDANIEL, CAMPBELL & SEABURN, 1989). Neste sentido, os médicos também são «somatizadores», na medida em que dão prioridade às explicações orgânicas, com óbvio desfavorecimento dos fatores psicossociais (BLACKWELL & DE MORGAN, 1996; RING, DOWRICK, *et al.*, 2005). Muitas vezes, estes últimos apenas são considerados quando se esgota o poder explicativo do modelo biomédico tradicional, sem aliviar o sofrimento do doente. O diagnóstico de somatização surge assim como resultado de um processo de eliminação progressiva que culmina, não raramente, na marcação de uma consulta de psiquiatria ou numa entrada nos circuitos alternativos dos cuidados de saúde. Quando tal acontece, é presumível que o médico assistente se sinta frustrado e que o doente, por sua vez, continue a sentir-se incompreendido. Afinal, do mesmo modo que muitos médicos podem ser «somatizadores», incentivando a expressão de sintomas somáticos, os profissionais de saúde mental incorrem num risco de «psicologização» ao fazerem atribuições psicológicas para sintomas que têm, muitas vezes, um substrato biológico relevante (KIRMAYER & TAILLEFER, 1997). Os médicos parecem errar mais vezes quando diagnosticam sintomas medicamente «explicados». Do mesmo modo, diagnosticam mais vezes sintomas «explicados» quando têm a perceção de uma interação positiva com o doente. Mas uma perceção negativa desta interação, pelo contrário, determina uma alegada maior frequência de diagnósticos medicamente «inexplicados» (NIMNUAN, HOTOPF & WESSELY, 2000).

IDIOMAS SOMÁTICOS DE MAL-ESTAR

Os chamados idiomas de mal-estar constituem uma forma de comunicar uma vasta gama de problemas pessoais e sociais de uma

maneira aceitável, ou pelo menos inteligível, para outras pessoas. Os sintomas somáticos podem fazer parte destes idiomas ligados à cultura, exibidos como um código simbólico, como se fossem a melhor linguagem possível para assinalar o infortúnio e mobilizar o apoio necessário (NICHTER, 1981). Podem constituir uma forma de expressar descontentamento com as condições de vida, podem legitimar as dificuldades na execução de papéis sociais e autorizam a procura de ajuda externa junto do sistema de cuidados de saúde (KIRMAYER & SARTORIUS, 2007). A *narahatiye galb*, por exemplo, corresponde a um idioma cultural no Irão que se manifesta através de sintomas físicos. As pessoas afetadas, geralmente mulheres, apresentam sintomas que atribuem a um «mal-estar do coração», juntamente com sentimentos de ansiedade, tristeza ou ira. Habitualmente, as queixas exprimem tensões e conflitos no contexto da família, aparecem associados à gravidez ou ao parto, ou surgem na sequência da morte de familiares. Em suma, trata-se de um idioma que exprime ao mesmo tempo uma vasta gama de problemas físicos, psicológicos e sociais (GOOD, 1977). É esta função comunicativa dos sintomas somáticos que lhes garante a persistência, sobretudo quando são inviáveis outras formas de expressão. Deste modo, as pessoas podem ser erroneamente consideradas como deficitárias nas suas competências de autoavaliação psicológica ou mesmo diagnosticadas com uma perturbação somatoforme. Mas esta leitura ignora o facto de muitos sintomas somáticos serem entendidos, em muitas culturas, como reflexos diretos, como metáforas para acontecimentos que se revestem de importante significado pessoal ou social. O coração fica «escuro» quando se perde alguém. A proximidade de um exame põe «os cabelos em pé». Uma disputa interpessoal pôs «o sangue a ferver». Um conflito conjugal fez aparecer «uma bola na garganta». A linguagem da emoção, como se vê, está repleta de metáforas corporais. Os processos sociais e culturais que contribuem para os modos somáticos de

expressão do mal-estar podem ser interpretados, igualmente, como formas discursivas ou linguagens de sofrimento (KIRMAYER, 2000; KIRMAYER & MINAS, 2000).

Os sintomas somáticos podem assim ser utilizados para exprimir sensações de desconforto ou mal-estar difuso de uma forma inteligível, através de modelos culturais que fornecem as atribuições e as maneiras de explicar e situar esse mal-estar. É como se as pessoas, através destes idiomas, apreendessem um vocabulário de sintomas já existente, partilhado no fluxo intersubjetivo da vida social. Desta forma, a narrativa do doente pode incluir um subtexto que associa os sintomas à sua situação de vida, expondo circunstâncias sociais e sentimentos relacionados. Na medida em que os sintomas do doente traduzam práticas discursivas ou estilos de comunicação mediados pela cultura, os médicos e investigadores devem adotar uma perspetiva sociocultural que explore os respetivos significados e desenvolva as estratégias terapêuticas mais apropriadas (KIRMAYER & YOUNG, 1998). Os chamados *culture-bound syndromes* inscrevem-se nesta rubrica. Refletem processos sociais de natureza interpessoal que não podem ser reduzidos a patologia individual. Muitas destas síndromes são melhor entendidas como *idioms of distress* culturais, ou seja, como formas culturalmente prescritas, localmente inteligíveis, para a expressão do mal-estar corporal, pessoal e social (KIRMAYER & JARVIS, 1998). O conceito é útil na medida em que chama a atenção para o conceito de cultura. É interessante numa perspetiva antropológica, já que oferece exemplos de sintomas com saliência cultural que podem ser incorporados na experiência de doença. Mas é também um conceito problemático porque não corresponde a uma categoria homogénea e implica a admissão eventual de uma experiência subjetiva exótica ou não verdadeira (LLOYD, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnow, B. A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry,* 65 (12), 10-15

Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S. & Cleary, P. D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med,* 50, 510-519

Barsky, A. J. & Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry,* 140, 273-283

Barsky, A. J. & Wyshak, G. (1989). Hypochondriasis and related health attitudes. *Psychosomatics,* 30, 412-420

Benjamin, S. & Eminson, D. M. (1992). Abnormal illness behaviour: childhood experiences and long-term consequences. *International Review of Psychiatry,* 4 (1), 55-69

Blackwell, B. & De Morgan, N. P. (1996). The primary care of patients who have bodily concerns. *Arch Fam Med,* 5, 457-463

Bridges, K. W. & Goldberg, D. P. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res,* 29 (6), 563-569

Buffington, C. A. (2009). Developmental influences on medically unexplained symptoms. *Psychother Psychosom,* 78, 139-144

Cathébras, P. (2006). *Troubles Fonctionels et Somatisation*. Issy-les-Moulineaux: Masson

Cathébras, P., Lauwers, A. & Rousset, H. (1998). La fibromyalgie: une revue critique. *Annales de médecine interne,* 149 (7), 406-414

Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychol Bull,* 109, 25-41

Craig, T. K., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. & Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry*, 163, 579-588

Damásio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Nova Iorque: Avon Books

De Gucht, V. & Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics,* 43, 1-9

De Gucht, V., Fischler, B. & Heiser, W. (2004). Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care: A follow-up study. *J Psychosom Res,* 56, 279-285

De Gucht, V. & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature. *J Psychosom Res,* 54, 425-434

Deary, V., Chalder, T. & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev,* 27, 781-797

Fabião, C., Silva, M. C., Fleming, M. & Barbosa, A. (2010). Perturbações somatoformes. Revisão da Epidemiologia nos Cuidados Primários de Saúde. *Acta Med Port,* 23, 865-872

Fabrega, H. (1991). Somatization in Cultural and Historical Perspective. In L. Kirmayer and J. Robbins, *Current Concepts of Somatization* (181-199). Washington DC: American Psychiatric Press

Fisher, L. & Chalder, T. (2003). Childhood experiences of illness and parenting in adults with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res,* (54), 439-443

Good, B. J. (1977). The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran. *Cult Med Psychiatry*, 1, 25-58

Grifffith, J. & Griffith, M. (1994). *The Body Speaks.* Nova Iorque: Basic Books

Hansell, S. & Mechanic, D. (1986). The Socialization of Introspection and Illness Behavior. In S. McHugh and M. Vallis, *Illness Behavior: A Multidisciplinary Model*. Nova Iorque: Plenum Press.

Henningsen, P. (2003). The body in the brain: towards a representational neurobiology of somatoform disorders. *Acta Neuropsychiatr,* 15, 157-160

Henningsen, P., Zimmermann, T. & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med,* 65 (4), 528-533

Hotopf, M. (2002). Childhood experience of illness as a risk factor for medically unexplained symptoms. *Scand J Psychol,* 43, 139-146

Hotopf, M., Mayou, R., Wadsworth, M. & Wessely, S. (1998). Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. *Br J Psychiatry,* 173, 255-261

Katon, W., Kleinman, A. & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review. Part II. *Am. J. Med,* 72, 241-247

Kirkengen, A. L. (2008). Inscriptions of violence: societal and medical neglect of child abuse — impact on life and health. *Med Health Care Philos,* 11, 99-110

Kirkengen, A. L. (2010). *The Lived Experience of Violation: How Abused Children Become Unhealthy Adults.* Oslo: Zeta Books

Kirmayer, L. (1988). Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine. In M. Lock & D. Gordon, *Biomedicine Examined* (57-93). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers

Kirmayer, L. & Jarvis, G. (1998). Cultural Psychiatry: from museums of exotica to the global agora. *Current Opinion in Psychiatry,* 11, 183-189

Kirmayer, L. (2000). Broken Narratives: Clinical Encounters and the Poetics of Illness Experience. In C. Mattingly and L. Garro, *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* (153-180). Berkeley: University of California Press

Kirmayer, L. & Robbins, J. (1991). *Current Concepts of Somatization: Research and Clinical Perspectives.* Washington: American Psychiatric Press

Kirmayer, L. & Sartorius, N. (2007). Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine,* 69, 832-840

Kirmayer, L. & Taillefer, S. (1997). Somatoform Disorders. In S. Turner & M. Hersen, *Adult Psychopathology and Diagnosis* (410-472). Nova Jérsia; John Wiley & Sons

Kirmayer, L. J. (1984a). Culture, Affect and Somatization Part I. *Transcult Psychiatric Research Review,* 21, 159-88

Kirmayer, L. J. (1984b). Culture, affect and somatization. Part II. *Transcultural Psychiatric Research Review,* 21, 237-262.

Kirmayer, L. J. (1987). Languages of suffering healing: Alexithymia as a social and cultural process. *Transcult Psychiatry,* 24,119-136

Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J. & Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry,* 49, 663-672

Kirmayer, L. J. & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry,* 45, 438-446

Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Dworkind, M. & Yaffe, M. J. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry,* 150, 734-741

Kirmayer, L. J., Robbins, J. M. & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology,* 103 (1), 125-136

Kirmayer, L. J. & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med,* 60 (4), 420-430

Kleinman, A. & Kleinman, J. (1985). Somatization: The Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experiences, and the Meanings of Pain. In A. Kleinman & B. Good. *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (429-490). Berkeley e Los Angeles: University of California Press

Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research,* 12 (1), 34-43

Kroenke, K. & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med,* 60, 150-155

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nova Iorque: Springer

Lipowski, Z. J. (1986). Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ,* 135, 609-614

Lipowski, Z. J. (1987). The interface of psychiatry and medicine: towards integrated health care. *Can J Psychiatry,* 32, 743-748

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The Concept and its Clinical Application. *Am J Psychiatry,* 145 (11)

Lloyd, K. (2007). The history and relevance of culture-bound syndromes. In K. Bhui & D. Bhugr, *Culture and Mental Health* (98-105). *A Comprehensive Textbook*. Londres: Hodder Arnold

Maunder, R. G. & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med,* 63, 556-567

Mayou, R. (1993). Somatization. *Psychother Psychosom,* 59, 69-83

McDaniel, S., Campbell, T. & Seaburn, D. (1989). Somatic fixation in patients and physicians: A biopsychosocial approach. *Family Systems Medicine,* 7 (1), 5-16

McHugh, P. & Slavney, P. (1986). *The Perspectives of Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press

McWhinney, I. R., Epstein, R. M. & Freeman, T. R. (1997). Rethinking somatization. *Ann. Intern. Med,* 126, 747-750

Mechanic, D. (1972). Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N. Engl. J. Med,* 286 (21), 1132-1139

Micale, M. S. (1995). *Approaching Hysteria: Disease and its Interpretations.* Nova Jérsia: Princeton University Press

Morse, D. S., Suchman, A. L. &Frankel, R. M. (1997). The meaning of symptoms in 10 women with somatization disorder and a history of childhood abuse. *Arch Fam Med.* 6, 468-476

Nichter, M. (1981). Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Cult Med Psychiatry,* 5, 379-408

Nimnuan, C., Hotopf, M. & Wessely, S. (2000). Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *QJM,* 93, 21-28

Pennebaker, J. (1982). *The Psychology of Somatic Symptoms.* Nova Iorque: Springer--Verlag

Pennebaker, J. (ed.) (1995). *Emotion, Disclosure, & Health*. Washington DC: American Psychological Association

Pennebaker, J. & Watson, D. (1991). The Psychology of Somatic Symptoms. In L. J. Kirmayer & J. M. Robbins, *Current Concepts of Somatization* (21-35). Washington DC: American Psychiatric Press

Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behav Res Ther,* 31 (6), 539-548

Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *J Abnorm Psychol,* 95, 274-281

Piccinelli, M. & Simon, G. (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychol Med,* 27 (2), 433-444

Quartilho, M. (2016). *O processo de somatização: conceitos, avaliação e Tratamento*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Quartilho, M. J., Alte da Veiga, F., & Vaz Serra, A. (1997). Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis — An Exploratory Data Analysis. *Somatoform Disorders — An International Symposion*, Prien, Alemanha. Clinic Roseneck: Center for Behavioural Medicine

Reid, S., Wessely, S., Crayford, T.& Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ,* 322, 767.

Rief, W. & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev,* 27, 821-841

Ring, A. A., Dowrick, C.F., Humphris, G. M., Davies, J. J. & Salmon, P. P. (2005). The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med,* 61 (7), 1505-1515

Roelofs, K. & Spinhoven, P. (2007). Trauma and medically unexplained symptoms towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clin Psychol Rev,* 27, 798-820

Ross, L. & Nisbett, R. (2011). *The Person and the Situation.* Londres: Pinter & Martin

Sharpe, M. & Bass, C. (1992). Pathophysiological Mechanisms in Somatization. *International Review of Psychiatry,* 4, 81-97

Shonkoff, J. P., Richter, L., van der Gaag, J. & Bhutta, Z. A, (2012). An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics,* 129, 460-472

Simon, G. E. & VonKorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry,* 148, 1494-1500

Stuart, S. & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics,* 40, 34-43

Sullivan, M. J., Adams, H., & Sullivan, M. E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain,* 107, 220-226

van der Feltz-Cornelis, C. M. & van Dyck, R. (1997). The notion of somatization: an artefact of the conceptualization of body and mind. *Psychother Psychosom,* 66, 117-127

Vaz Serra, A. (1989). A abordagem cognitivo-comportamental da depressão. *Psiquiatria Clínica,* 10 (2), 71-78

Whitehead, W., Winget, C., Fedoravicius, A., Wooley, S., & Blackwell, B. (1982). Learned illness behavior in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer. *Digestive Diseases and Sciences,* 27 (3)

(Página deixada propositadamente em branco)

9. A afirmação de uma visão terapêutica da sexualidade nos *media* portugueses após a Revolução dos Cravos

The affirmation of a therapeutic vision of sexuality in the Portuguese press, after the Carnation Revolution

Isabel Freire

ORCID: 0000-0003-0173-6637

RESUMO

Este capítulo contribui para a reflexão sobre a história da sexologia (e da sexualidade) em Portugal, no período de transição do Estado Novo para a democracia. Que interesse revelam os *media* portugueses, após o 25 de abril de 1974, pela divulgação de uma visão terapêutica da sexualidade? Assumidamente envolvida na luta pela emancipação da mulher, a revista *Modas & Bordados* (suplemento do jornal *O Século)* é pioneira no agendamento das questões relacionadas com o direito ao bem-estar e à saúde sexual e reprodutiva no pós-revolução dos Cravos. Em 1975, os problemas e disfunções sexuais assumem grande destaque na revista. Defende-se que podem e devem ser tratados por médicos (ginecologistas e urologistas), por psicólogos ou de forma combinada. A figura do terapeuta sexual é então designada por «conselheiro». Numa altura em que as pri-

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_9

meiras consultas de sexologia chegam ao contexto hospitalar de Lisboa, Porto e Coimbra, a imprensa feminina descreve com grande detalhe técnicas desenvolvidas por Master & Johnson, nos EUA. Desdramatizar, informar, educar, escutar, aconselhar e tratar a sexualidade são discursos que convergem no sentido de uma afirmação crescente da *cidadania íntima*.

PALAVRAS-CHAVE: sexologia; sexualidade; imprensa; cidadania; revolução

ABSTRACT

The article is a contribution to the reflection on the history of sexology (and sexuality) in Portugal during the period of transition from *Estado Novo* to democracy. What interest do the Portuguese media reveal immediately after the April 25, 1974, for the dissemination of a therapeutic vision of sexuality? Involved in the struggle for women's emancipation, the magazine *Modas & Bordados* (supplement of the newspaper *O Século*) is a pioneer in the scheduling of issues related to sexual and reproductive health and rights in the post-Carnation revolution. In 1975, sexual problems and sexual dysfunctions assumed great prominence in the magazine. It is argued that they should be treated by physicians (gynecologists and urologists), by psychologists or both, in combination. The figure of the sex therapist is then called a «counsellor». When the first sexology consultations are implemented in hospital context (Lisbon, Porto and Coimbra) the women's press describes in great detail techniques developed by Master & Johnson, in the USA. De-dramatize, inform, educate, listen, advise and treat sexuality are discourses that converge in the sense of a growing affirmation of intimate citizenship.

KEYWORDS: sexology; sexuality; press; citizenship; revolution

1. Contextualizando a história da sexologia e da sexualidade em Portugal

A afirmação da *ciência sexual* enquanto área de conhecimento remonta a finais do século XIX, na Alemanha. Iwan Bloch, conhecido como pai da sexologia, atribui o termo *sexualwissenschaft* ao estudo teórico-científico da sexualidade, tornando-se Berlim o centro de produção e de difusão deste conhecimento (ALARCÃO *et al*., 2016a). Na capital alemã é criado o Instituto de Sexologia (em 1919), tem lugar o primeiro congresso (em 1921), e surge a Liga Mundial da Reforma Sexual (em 1928), fundada por Havelock Ellis, Magnus Hirscheld e August Forel. A sua influência é posta em causa com a chegada ao poder do nacional-socialismo em 1933 (GIAMI, 2015). Entre os princípios defendidos pelo reformismo sexual estão a igualdade política, económica e sexual entre homens e mulheres; a secularização do casamento e do divórcio; a procriação consciente; o eugenismo; a defesa da mãe celibatária e do filho ilegítimo; a prevenção da prostituição e das doenças venéreas; a educação sexual e a despenalização das sexualidades «anormais» (CHAPERON, 2015).

A história da sexualidade e a história da sexologia (ou ciência sexual) em Portugal precisam ser investigadas. Existem estudos, escassos e dispersos, mas nenhum centro de investigação se dedica exclusivamente à sua pesquisa de forma contínua e estruturada. Um estudo recente sobre a prática profissional da sexologia no nosso país, desenvolvido com base em narrativas de sexólogos, ajudou a levantar, estruturar e discutir as figuras e os acontecimentos que marcaram a ciência sexual em Portugal, da década de 1960 em diante.[1]

[1] Alarcão, V. A., Machado, F. L. & Giami, A. (2016). A construção da sexologia como profissão em Portugal: composição de um grupo profissional e tipos de sexólogos. *Ciência & Saúde Coletiva,* 21 (2), 629-640.

Acerca da primeira metade do século XX prolifera o desconhecimento. O projeto *História da Cultura Visual da Medicina em Portugal,* desenvolvido pelo Centro de Estudos de Comunicação e Linguagens (da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa), sob coordenação de António Fernando Cascais, contribuiu de forma relevante para o estudo da atenção dada à sexualidade no contexto médico, neste período, em Portugal. Recolheu e analisou mais de dez mil imagens produzidas no âmbito da medicina entre as últimas décadas do século XIX e as primeiras do século XX no nosso país. O tema da sexualidade foi registado, sobretudo, em imagens relativas às problemáticas da violação, estupro, sodomia, hermafroditismo, intersexualidade, prostituição e sífilis, em espólios visuais relativos às especialidades da medicina legal, da psiquiatria forense, da urologia, da ginecologia e da chamada higiene social.

Em Portugal, no início do século XX, alguns médicos interessam-se pelo tema da sexualidade, nomeadamente Egas Moniz, considerado um dos precursores da ciência sexual no nosso país. O neurologista, que em 1949 é reconhecido com o Prémio Nobel da Medicina pela Academia Sueca, começa a dedicar-se ao estudo da sexualidade ainda na viragem do século XIX para o século XX. A sua tese de doutoramento, intitulada *A Vida Sexual I, Fisiologia,* defendida em 1901, é complementada com pesquisas posteriores a que chama *A Vida Sexual II, Patologia*. Reunidos numa só obra (*A Vida Sexual — Fisiologia e Patologia)*, os estudos de Egas Moniz despertam grande interesse editorial. Entre 1913 e 1933 são publicadas dezanove edições. A partir de então, o Estado Novo limita a venda do livro ao contexto das farmácias e exige dos leitores interessados uma justificação para a sua consulta em bibliotecas (CORREIA, 2011). Outros nomes da medicina em Portugal, como Asdrúbal de Aguiar e Arlindo Camillo Monteiro, dedicam-se às questões da sexualidade nas primeiras décadas do século XX — o primeiro publica, em

1923, o livro *Sciência Sexual: Contribuições para o seu estudo*, com a chancela do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, e o segundo escreve *Amor Sáfico e Socrático*, em 1922.

Nas três primeiras décadas do século XX português, para além da medicina, outras áreas do saber abordam e discutem a intimidade afetivo-sexual. Jaime Brasil[2] é um dos nomes que então se entrega à compreensão e divulgação da sexualidade. No livro *A Questão Sexual* (1932) defende que, «nas sociedades ditas civilizadas», se assistia ao despertar de uma «revolução social» (ainda «nebulosa») que começava pelo sexo. À semelhança de outros seus contemporâneos, Jaime Brasil considera fundamental que seja dada formação aos especialistas sobre os diversos fenómenos da vida sexual, e que se esclareça a população em geral (nomeadamente os jovens) sobre questões fisiológicas e de funcionamento da sexualidade.

> Êsse conhecimento, que hoje constitui uma ciência nova — a sexologia — é o único que as escolas não ministram. Não há um curso, uma cadeira dos institutos de cultura geral, onde se estudem os fenómenos vitais da espécie. A juventude toma, portanto, contacto com éles da forma mais grosseira e incompleta. Daí resulta uma considerável insuficiência em matéria de sexualismo entre pessoas medianamente cultas. Desde a anatomia elementar às reacções psíquicas, há quem ignore tudo. (...) Para ir reduzindo essa ameaçadora ignorância, mil vezes pior do que o analfabetismo — porque ao menos éste é confessado e evidente — importa fazer uma larga propaganda da educação sexual, pela palavra falada e escrita e pelo exemplo operante. Tal missão caberia aos médicos, se éles quisessem ser os condutores da regeneração moral e física da espécie. A maioria, porém, prefere a fácil tarefa

[2] Publica *O Problema Sexual* (1931), *A Questão Sexual* (1932), *Os Padres e a Questão Sexual* (1932), *Os Órgãos Sexuais* (1933) e *A União dos Sexos* (1933).

de remediar, não curando da pouco rendosa de prevenir. (BRASIL, 1932, pp. 7-8)

Jaime Brasil diz-nos que, no Portugal de então, é generalizada a ausência de informação sobre o tema. Para além de uns «anónimos folhetos, pretensamente divulgadores, que deslustram quem os lê mais do que ilustram», e da «única obra séria de carácter geral» — *A Vida Sexual* de Egas Moniz —, que peca por ter sido «escrita para homens de ciência», não haveria em Portugal mais «literatura» disponível sobre a sexualidade (BRASIL, 1932, p. 8). Vai ser em função deste panorama árido, inspirado pelas dúvidas e perguntas que lhe foram dirigidas por jovens[3], que o jornalista decide escrever um segundo livro (*A Questão Sexual).* Pretende combater a única educação alegadamente existente no nosso país, a saber, aquela que era feita «com termos de calão, ditos equívocos, imagens obscenas e práticas ofensivas da dignidade humana» (BRASIL, 1932, p. 11).

> Sabia, contudo, que já não sucedia assim, nos países em que a cultura científica penetra até às massas, por uma inteligente extensão universitária e por uma literatura didáctica, subscrita por nomes autorizados. Apressei-me, portanto, a reunir dados dispersos em livros pouco acessíveis à maioria dos meus jóvens contemporâneos, desconhecedores de idiomas estrangeiros (...). Não terá, portanto, éste livro nenhum carácter normativo, limitando-se a enunciar as questões e indicando sempre as fontes dos conceitos emitidos, para os que desejem estudar os problemas mais aprofundadamente. (BRASIL, 1932, p. 11)

Na Europa das décadas de 1940 e 1950, principalmente devido a razões políticas, a sexologia desaparece genericamente da paisagem

[3] Após a publicação de *O Problema Sexual* e de uma palestra com o mesmo nome.

científica e militante (CHAPERON, 2015). Em território nacional, este período coincide com os ditos anos «cinzentos» do salazarismo, altura em que vinga a interdição de discursar sobre assuntos que o Estado e a Igreja concordam ser moralmente perturbadores da ordem pública e privada, nomeadamente os discursos sobre a intimidade afetivo-sexual. Livros como os de Jaime Brasil são proibidos pelo *lápis azul*. Este clima desfavorável ao florescimento do interesse científico pela ciência sexual manter-se-á em Portugal, sem grande oposição, até finais da década de 1960 ou início da década de 1970.

2. Direitos sexuais e reprodutivos que chegam com a Revolução de 1974

Através da censura, o regime de Salazar tenta banir representações artísticas que remetam para uma perspetiva mais plural, igualitária e liberalizante das vivências do corpo, do erotismo, da sexualidade e do género. Corta, das fitas do cinema, cenas inspiradoras do desejo e do prazer sexual. Retira das prateleiras das livrarias as obras que abordam a sexualidade, alegando a importância de proteger a moral pública. Natália Correia diz-nos no prefácio da *Antologia de Poesia Portuguesa Erótica e Satírica* que o poeta exercita a «verdade humana» contra uma «moral sexual» rebaixada no Portugal da época a uma autêntica «situação de esgoto» (FREIRE, 2017). Que linhas políticas orientam as vivências íntimas, afetivas e sexuais, dos/as cidadãos/ãs portugueses/as durante a ditadura? A Constituição e o Código Civil instituem a desigualdade estatutária de género, definindo a subordinação social (e conjugal) da mulher. A violência doméstica é tida como um assunto privado e tolerada no exercício disciplinador do chefe de família (WALL, 2011). A sexualidade recomendada é conjugal e procriadora. O *Código Civil* de 1966 determina que a falta de castidade da noiva é motivo para

anulação do casamento. Os filhos nascidos fora do matrimónio são ilegítimos. Até 1962[4] tolera-se o prazer sexual masculino no recato das quatro paredes do bordel, com prostitutas sujeitas a inspeções médicas periódicas. O Estado incentiva à constituição de famílias numerosas. A contraceção é ilegalizada (lei n.º 32 171, de 1942). O aborto (autoinduzido por agulhas de croché e pés de salsa ou realizado por curiosas e parteiras) deixa um significativo rasto de morte ou sequelas: hemorragias, infeções e roturas uterinas (PACHECO, 2000). Apesar de a pílula chegar às farmácias portuguesas a partir de 1962, a sua prescrição é justificada para fins terapêuticos. Como lembra a ginecologista e obstetra Purificação Araújo, na relação entre médico e paciente não se falava da sexualidade: «Na minha consulta cheguei a ouvir algumas [mulheres] referirem-se ao ato sexual como o momento em que "os maridos se serviam delas". (...) Só começou a melhorar com o maio de 68, mas duvido que em todas as classes.» (FREIRE, 2010, p. 219)

Com a chegada do 25 de abril de 1974, a intimidade afetiva e sexual é alvo de revisões políticas. Mudanças legislativas apontam no sentido da igualdade de género e do respeito por direitos sexuais e reprodutivos (PAIS, 1998; ALMEIDA *et al.*, 2001; ABOIM, 2006; POLICARPO, 2011; FREIRE, 2016). A Constituição da República de 1976 consagra «o direito à identidade pessoal, ao bom nome e reputação e à reserva da intimidade da vida privada e familiar» de todos os cidadãos (artigo 33). Estabelece o princípio jurídico universal da igualdade e da não discriminação em função do sexo. Atribui ao Estado a obrigação de desenvolvimento de uma rede nacional de assistência materno-infantil e da promoção do planeamento familiar,

[4] O decreto-lei n.º 44 579 (de 19 de setembro de 1962) proíbe o exercício da prostituição, ordenando o encerramento pelas autoridades policiais de todas as casas toleradas.

das suas estruturas jurídicas e técnicas, que permitam o exercício de uma parentalidade consciente.

O Código Civil de 1976 revoga a anterior determinação que permitia anular o casamento em caso de falta de virgindade da noiva; liberta as cidadãs portuguesas da «natural» vocação para a domesticidade; atribui igualdade de direitos e deveres aos cônjuges, nomeadamente no que diz respeito à educação dos filhos; concede às mulheres autodeterminação em termos laborais, de mobilidade, de administração financeira dos próprios bens.

O tema da sexualidade, sujeito durante o Estado Novo a uma lógica de não dito (Foucault, 1994 [1976]), começa a rasgar silêncios em certas esferas públicas portuguesas no período de transição para a democracia. Afirma-se uma tendência para o debate e para a liberalização de certos temas em determinados contextos mediáticos. O erotismo, a pornografia, o divórcio, a sexualidade juvenil, a sexualidade pré-conjugal, a sexualidade feminina, a contraceção e o planeamento familiar ou o aborto chegam à agenda dos *media,* especialmente a publicações declaradamente defensoras da emancipação da mulher e, sobretudo, através de artigos escritos por jornalistas envolvidas na luta dos feminismos. Na imprensa portuguesa do pós-25 de abril de 1974 ecoam sinais de uma «nova» forma de entender a sexualidade: uma sexualidade dizível, discutível, que se educa, que se aprende, que se desfruta, e que se trata, quando disfuncional. Este panorama reflete uma revisão dos *scripts* sexuais (GAGNON & SIMON, 2005 [1973]), que se manifesta em esferas públicas de países como os EUA, França, Inglaterra, Alemanha e em muitos outros lugares do Ocidente, graças a contributos de sexologistas (como Alfred Kinsey e Masters & Johnson); graças às denúncias e reivindicações de ativistas (pelos direitos dos homossexuais e das mulheres); graças ao incremento de propostas de reflexão artística (musical, literária, cinematográfica) em torno do corpo e da sexualidade; graças à rebeldia e contestação de jovens em muitos países

do mundo e de movimentos de contracultura que reinterpretam o sentido das vivências da intimidade, clamando pelo direito a uma sexualidade para além da função reprodutiva, igualitária em termos de género, dentro e fora do contexto do casamento.

Ao longo das décadas de 1960 e de 1970, os textos legislativos em muitos países ocidentais são alvo de alterações radicais, em quadrantes que tocam na orientação sexual, na saúde reprodutiva e na igualdade de género. Uma nova cidadania — a cidadania da intimidade (PLUMMER, 2003) — começa a ganhar terreno. Se na primeira metade do século XX a perspetiva essencialista dominava os quadros científicos, colocando o sexo no domínio do natural, do biológico e do fisiológico, daí em diante ganham projeção e fundamento visões que alertam para outros elementos constitutivos da nossa vida sexual. Haveria afinal no nosso desejo menos impulsividade e mais cultura? Estaria o nosso prazer carregado de códigos sociais? Especialistas da biologia, da psicologia, da sociologia, da antropologia e da filosofia (entre eles Alfred Kinsey, Margaret Mead, Ira Reiss, Gagnon e Simon, Michel Foucault, Gilberto Freyre, Jeffrey Weeks, Ken Plummer, Simone de Beauvoir) contribuíram determinantemente para destacar esta dimensão histórica e socialmente construída da sexualidade.

3. A implementação de consultas de sexologia pós-revolução dos cravos

Francisco Allen Gomes é frequentemente apontado como o primeiro psiquiatra a criar uma consulta de sexologia em Portugal. Numa entrevista que me concedeu em janeiro de 2015, relembra o contexto de formação deste serviço clínico, que ganha corpo em 1975, no Hospital Universitário de Coimbra. O médico Manuel Lousã Henriques aponta-lhe (em 1972) o vazio terapêutico para os problemas da sexualidade no nosso país: «O maior pavor que um psiquiatra

tem é que lhe chegue um doente e lhe ponha um problema sexual, porque não faz a mínima ideia do que lhe há de responder. Tenho aqui um livro (*A Incompetência Sexual*, de Master & Johnson) que folheei a correr, mas que é capaz de ser interessante.» A conversa acentua em Allen Gomes o interesse pela sexologia clínica. Assistente de psiquiatria, junta-se a Maria Fernanda Mendes (monitora de psiquiatria), para — juntos — começarem a adaptar o protocolo de Masters & Johnson no Hospital Universitário de Coimbra, pouco tempo antes da Revolução do 25 de Abril de 1974. «Atirámo-nos para a frente com dois casos: o primeiro era de um rapaz e de uma rapariga que não viviam juntos e o segundo era de um casal muito jovem. Tínhamos entrevistas diárias (gravadas). A seguir reproduzíamos a entrevista e íamos tirando notas: "Falei aqui de mais, falei aqui de menos, aqui devias ter sido tu".» Em 1975, um professor da ginecologia pede à psiquiatria do Hospital Universitário de Coimbra um colaborador para uma consulta de apoio ao planeamento familiar e a problemas de sexualidade. O *timing* era perfeito. Allen Gomes oferece-se e cria-se uma consulta inicialmente chamada de *Apoio Psicológico*, mas que muda de nome para *Consulta de Ginecologia Psicossomática e Sexologia*. Maria Fernanda Mendes lembra que o protocolo de Masters & Johnson referia ser fundamental a existência de uma equipa mista de terapeutas (masculino e feminino) para tratar um casal. Na entrevista que me cedeu, publicada no *site* da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (a 5 de agosto de 2017) defende que, naquela época, em Portugal, era enorme a ignorância de tudo o que dizia respeito à sexualidade. Que raras mulheres conheciam os seus genitais e que parte fundamental da consulta era dar a conhecer o papel do clitóris no prazer e no orgasmo feminino.[5] Em 1976, é organizado um seminário sobre sexualidade, com

[5] FREIRE, I. (2017) — *Uma mulher pioneira no desempenho da terapia sexual em Portugal*. *Website* da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica. Acedida a 26

grande sucesso, na Universidade de Coimbra, e três anos depois são publicados os resultados das primeiras cento e cinquenta mulheres observadas na consulta.

> Em 1976, os alunos do 6.º ano médico [da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra] pedem na ginecologia — repare que não o fazem na psiquiatria! —, ao Professor Carlos de Oliveira, um seminário sobre problemas da sexualidade. E o Carlos de Oliveira organizou comigo um seminário. O êxito foi tão grande, que a partir daí, com autorização do conselho científico, havia anualmente um curso de introdução à sexologia médica destinado ao 6.º ano, mas de porta aberta. Os cursos eram à noite, na anatomia normal, a sala que levava mais gente. Era tanta gente que as pessoas vinham pelos corredores abaixo, e outras ficavam à entrada... não cabia mais ninguém! Brutal. Isso durante 15 dias no mês de Maio. Segunda, terça, quarta e quinta, às 21h30. Íamos de máquina de *slides*. Eram 12 a 14 sessões. As presenças davam um certificado aos alunos. O curso terá acabado por volta do ano de 1986. (Excerto de entrevista que me foi cedida por Allen Gomes, em janeiro de 2015)

Os psiquiatras Silveira Nunes, António Pacheco Palha e Afonso de Albuquerque também criaram consultas de sexologia clínica no período de transição para a democracia. Silveira Nunes começa a interessar-se pela sexologia em 1963, quando diagnostica um caso de transexualidade (MARTINS, 2010). Entre 1972 e 1974, vai para Inglaterra, faz um estágio no Maudsley Hospital, «e influenciado pelas leituras de Masters & Johnson diversifica o seu trabalho na terapia de fobias por métodos comportamentais com o tratamento de

---

de outubro de 2019, em http://spsc.pt/index.php/2017/08/05/uma-mulher-pioneira-no-desempenho-da-terapia-sexual-em-portugal/.

casos sexológicos» (MARTINS, 2010). *Regressado a Portugal,* cria em *1975* a consulta de sexologia no Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

António Pacheco Palha inicia a *Consulta Psicossomática e Aconselhamento Sexual* no serviço de psiquiatria do Hospital de São João, no Porto, também em 1975 (MARTINS, 2010). E Afonso de Albuquerque — que faz o internato de psiquiatria no Serviço Nacional de Saúde inglês, e estagia no Waneford Hospital sob supervisão de John Bancroft — quando regressa a Portugal, começa no Hospital Júlio de Matos (ainda em 1971) um trabalho sobre a homossexualidade (MARTINS, 2010). Motivos diversos levam à sua interrupção, e será em 1977 que é criada neste hospital uma consulta de terapia sexual (MARTINS, 2010).

Em Portugal, na década de 1980, é ainda muito significativa a dispersão e a falta de comunicação entre os profissionais dos diversos campos da sexologia. Com vista a promover a coesão e o diálogo, organiza-se em Lisboa, em 1984, o I Congresso Nacional de Sexologia, encontro multidisciplinar que reúne médicos e psicoterapeutas, mas também juristas, antropólogos, escritores, artistas, e na sequência do qual se forma a Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica[6], com o intuito de «promover a divulgação de conhecimentos científicos no campo da sexologia e o agrupamento dos técnicos».

4. O AGENDAMENTO DE UMA VISÃO TERAPÊUTICA DA SEXUALIDADE NA ESFERA MEDIÁTICA

Que sinais dão os *media* portugueses de uma nova sensibilidade para o tratamento clínico de problemáticas da sexualidade, em Portugal, no período de transição da ditadura para a democra-

[6] Constitui-se em *Diário da República*, a 23 de setembro de 1985, III Série, n.º 219.

cia? Que discursos veiculam uma visão terapêutica da sexualidade? Em que publicações são divulgados? Que problemáticas e técnicas invocam?

A pesquisa de doutoramento que desenvolvi no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, intitulada *A intimidade afetiva e sexual na imprensa em Portugal (1968-1978)*, permitiu-me recolher e analisar discursos sobre sexualidade e sexologia em quatro publicações: *Expresso, Diário de Lisboa, Modas & Bordado*s e *Crónica Feminina*. Na amostra que reúne 1 570 peças/artigos (publicadas em mais de mil edições, escrutinadas nos anos de 1968, 1973, 1974, 1975, 1976 e 1978), a sexualidade feminina constitui o âmbito de maior relevância no agendamento da intimidade afetiva e sexual, reunindo uma vasta teia de assuntos que transitam em seu torno. Sexualidade pré-conjugal, prazer sexual, contraceção, planeamento familiar, parto hospitalar assistido (em concreto o parto sem dor), maternidade desenquadrada do casamento e aborto são assuntos com significativa expressão no computo geral das cerca de setenta categorias temáticas escrutinadas. Erotismo e pornografia são também temas muito agendados, e em muitas circunstâncias com grande exposição. O assunto do divórcio é muito recorrente logo depois da Revolução, mas por curto período, uma vez que a Concordata é revista em 1975, devolvendo aos casais unidos pela Igreja um direito que lhes havia sido retirado durante o Estado Novo. Finalmente, outro tema com grande projeção e debate é o da emancipação feminina e dos feminismos.

E que prevalência e relevância tem a visão terapêutica da sexualidade (médica e psicológica) no conteúdo das quatro publicações analisadas entre 1968 e 1978? Esta abordagem clínica da sexualidade regista vinte e nove ocorrências (2% do total da amostra), e agrega quatro subcategorias temáticas: *Sexologia/sexólogo/terapia sexual* (nove registos); *Disfunções sexuais masculinas* (sete artigos); *Disfunções sexuais femininas* (quinze ocorrências) e *Infeções sexualmente transmissíveis* (sete peças).

Modas & Bordados, suplemento feminino do jornal *O Século*, dirigido a partir de 1975 pela feminista Maria Antónia Fiadeiro, é entre as quatro publicações analisadas a que mais agenda o assunto de uma visão terapêutica da sexualidade. Trata o tema em dezanove artigos. O *Expresso* aborda o assunto em cinco peças, a *Crónica Feminina* em três, e o *Diário de Lisboa* regista duas ocorrências. É, portanto, a imprensa feminina envolvida na luta pela emancipação da mulher que revela maior atenção e interesse por uma tendência de afirmação do campo profissional da sexologia. Nos três primeiros anos analisados — 1968, 1973 e 1974 — não existe qualquer menção nos artigos da amostra a assuntos como o da *Sexologia/sexólogo/terapia sexual*. O vazio de agendamento espelha a nulidade de ofertas clínicas terapêuticas. Em Portugal, as primeiras consultas de sexologia aparecem a partir de 1975 tal como os primeiros artigos.

Os dois artigos mais enfáticos de uma sexualidade que se diagnostica disfuncional e que se trata através de uma sexologia clínica em desenvolvimento, foram ambos importados dos EUA (assinados por Katrina Petersen). Publicados em 1976, na revista *Modas & Bordados*, abordam «Problemas de sexo». Na imprensa analisada são as peças mais vanguardistas na abordagem terapêutica da sexualidade. O primeiro artigo trata o tema das disfunções sexuais (femininas e masculinas), nomeadamente o vaginismo, a «impotência» e a «ejaculação prematura». Neste artigo sublinha-se que, em certos casos, a resolução dos problemas sexuais passa pelo conhecimento da fisiologia feminina/masculina, pelo combate ao medo da sexualidade e pela aceitação natural do prazer (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3335). Acerca da «ejaculação prematura» escreve-se que é «um dos problemas sexuais mais vulgares nos homens» e que é «um dos mais frustrantes para as suas companheiras», muito embora, «na maioria dos casos», seja um problema psicológico, que não é difícil de curar:

(...) é comum encontrar-se entre as origens da ejaculação precoce um sentimento de culpa que leva o homem a «acabar depressa»; também é vulgar isto acontecer por ansiedade, por excesso de tensão ou, às vezes, por desgosto da companheira. Muitos homens que têm este problema confessam que se sentem tensos todo o tempo. (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3335, p. 11)

Ao longo do artigo são usados termos como pénis, testículos, ejaculação, orgasmo, que a censura teria banido da «literatura» mediática durante o Estado Novo. Além disso, são descritas — em detalhe — técnicas terapêuticas para combater problemas de diversa ordem, nomeadamente a ejaculação precoce e a disfunção erétil:

Se o homem tem um bom relacionamento com a sua companheira e se esta é colaborante, há uma técnica que tem resultado que é a da pressão, de Masters e Johnson. Basicamente, esta técnica consiste em a mulher pressionar muito ligeiramente a base dos testículos masculinos antes da ejaculação. Isto tem como efeito retardar o clímax. Outra forma de terapia comum hoje em dia é ajudar o homem a concentrar a sua atenção nas sensações que experimenta antes do orgasmo. Tem de aprender a ignorar as necessidades da sua companheira e a não se deixar distrair por elas. Esta deve estimulá-lo exactamente até à ejaculação, e depois parar. Depois, voltar a estimulá-lo, até que ele dê sinais de estar a atingir o clímax. Repetindo esta técnica durante semanas, o homem vai ficando gradualmente menos sensível e já é capaz de deixar-se estimular durante períodos cada vez mais longos sem ejacular. (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3335, p. 12)

A técnica terapêutica usada [para combater o problema da «impotência»] é idêntica à que se utiliza para a perda de interesse sexual. Primeiramente, o casal é ensinado a massajar-se

> mutuamente de maneira «não sexual», mas «sensual». Quando o homem atinge a descontração nestas circunstâncias pode passar à etapa seguinte, em que o casal se estimula mutuamente de modo sexual. Não se põe grande ênfase sobre a necessidade de excitar-se ou de atingir o clímax; o casal é apenas encorajado a gozar as sensações sexuais. Uma vez posta de parte a necessidade de «acabar», a maior parte das vezes o homem perde o medo de falhar e só isto pode ser bastante para conseguir ficar em erecção. (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3335, p. 10)

Cerca de quatro meses depois da publicação deste primeiro artigo, a *Modas & Bordados* regressa ao tema das disfunções sexuais, publicando o segundo texto da mesma autora norte-americana, também com o mesmo título. Nesta segunda edição de «Problemas de sexo» (1976, n.º 3349) refere a existência nos EUA de uma sensibilidade crescente para a necessidade de conhecer a sexualidade humana e para a importância das disfunções serem tratadas por médicos (ginecologistas e urologistas), por psicólogos ou de forma combinada: «Quanto mais se sabe de sexo, quanto mais clínicas de terapia sexual abrem, mais evidente se torna que os problemas sexuais podem levar à infelicidade e à humilhação» (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3349). Apresenta-se no artigo a figura do terapeuta sexual, então designado por «conselheiro». Evidenciam-se também os efeitos da ignorância sexual para a felicidade do casal, exigindo muitas vezes do «conselheiro» um simples trabalho de esclarecimento:

> Às vezes basta explicar que, em amor, não há apenas uma posição. Basta explicar que há sentimentos e comportamentos que se crê serem errados ou pervertidos e que devem apenas ser olhados como uma parte da expressão sexual. Se nunca explicarmos a uma mulher que os seios são uma zona erótica, ela pode levar

> anos e anos a sentir um sentimento de culpa de cada vez que o marido lhos beija ou acaricia. (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3349)

Masters & Johnson são novamente citados, bem como as suas propostas terapêuticas descritas:

> (...) O casal tenta excitar-se mutuamente sem ter relações. Isto afasta a urgência de «acabar» numa situação de sexo. Enquanto está a ser estimulada e acariciada, a companheira que nunca sentira antes prazer sexual é encorajada a concentrar-se nos seus sentimentos e a esquecer os sentimentos do seu parceiro ou quaisquer outras coisas que a distraiam e a esquecer completamente que tem de atingir o orgasmo. Como não se lhe pede nada, como não vai ter relações e não tem de atingir o orgasmo, é frequente que a mulher o atinja pela primeira vez na sua vida. Muitas mulheres descobriram que só quando o conselheiro proibia a relação é que elas conseguiam ter calma suficiente para atingir o orgasmo. (*Modas & Bordados*, 1976, nº 3349)

Clítoris, masturbação e preliminares são termos usados no artigo, muito embora os últimos sejam designados por «preparação para o acto sexual» (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3349), demonstrando que o coito era entendido como finalidade última da relação. Neste artigo publicado pela *Modas & Bordados* está também patente uma visão modelar que valoriza a sexualidade da mulher, distanciando-a dos papéis de passividade, abnegação e entrega, que lhe eram atribuídos reiteradamente em discursos promovidos durante o Estado Novo. Das mulheres diz-se esperar agora uma atitude de desinibição, «despudorização», de busca, proposta e iniciativa (FREIRE, 2016): «(...) vão longe os tempos em que a mulher fechava os olhos e "fazia a sua obrigação"; vão longe os tempos em que ela se contentava com dar "prazer" ao marido» (*Modas & Bordados* 1976, n.º 3349,

p. 43). Defende-se também nesta peça da *Modas & Bordados* uma visão menos convencional da sexualidade masculina heterossexual, atribuindo ao homem maior sensibilidade e expressão emocional na relação: «(...) vão ficando longe os dias em que a virilidade se media pelo tamanho do pénis», o que se pretende é que os homens percebam «que a ternura não é mariquice» (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3349), e que não há interdições *a priori* na pesquisa e experimentação no *plateaux* conjugal sexual. «Também é frequente vermos os homens terem receio de ser eróticos ou de agirem naturalmente com as suas mulheres, só porque "não se fazem essas coisas com uma mulher séria"» (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3349). Neste artigo é central o incentivo do par à busca dialógica da sensualidade, à troca de carícias, ao reconhecimento corporal, à conquista partilhada do prazer. E esta é uma «pedagogia» que se reconhece como sendo própria das terapias com os «conselheiros», que visam «rasgar linhas de comunicação, fornecer conhecimentos sexuais básicos e ajudar a pessoa a procurar e encontrar os obstáculos psicológicos que se opõem à sua satisfação sexual» (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3349, p. 43).

Desdramatizar, informar, educar, escutar e aconselhar são novos verbos para conjugar a sexualidade, invocados em ambos os artigos importados da imprensa norte-americana e publicados numa revista portuguesa envolvida na defesa dos direitos da mulher e da legitimação social e cultural da sua sexualidade. Contraria-se o tabu, desculpabiliza-se o prazer sexual, «naturaliza-se» ou normaliza-se a vida sexual, medicalizam-se/psicologizam-se os problemas e/ou disfunções e aconselha-se ao seu tratamento. No artigo «Problemas de sexo» (1976, n.º 3349) escreve-se: «Foi Freud quem começou a falar disso, Kinsey levou a coisa um pouco mais longe. Mas, depois de Masters e de Johnson, não resta a menor dúvida — há uma grande quantidade de pessoas que precisam de ajuda para resolver os seus problemas sexuais» (*Modas & Bordados*, 1976, n.º 3349, p. 43).

O assunto das dificuldades, problemas, disfunções e possibilidades da terapia sexual foram também agendados na *Modas & Bordados*, por iniciativa das leitoras, em cartas enviadas à redação (secção «Correio do Coração»), em alguns casos antes ainda da Revolução de Abril de 1974. Camila (pseudónimo da jornalista Susana Ruth Vasquez) responde neste espaço editorial às leitoras, que expõem problemas afetivos, sexuais, relacionais. «Amo muito o meu marido e ele também me ama, mas não nos entendemos fisicamente. Acha que isso pode diminuir ou arrefecer o nosso amor? Já pensei em consultar um médico, uma vez que se fala tanto nas revistas estrangeiras desse assunto. Mas serão coisas que se aprendam? O que acha que devo fazer?» (*Modas & Bordados*, 1974, n.º 3243). Apesar de, à data, ainda não haver oferta de tratamento especializado nos serviços de saúde públicos, Camila recomenda a procura de um clínico, «psicólogo ou psiquiatra» (*Modas & Bordados*, 1974, n.º 3243), e deixa a pista de que o problema sexual terá tido origem na infância. Na mesma secção, que passa a designar-se, em 1975, por «Cartas de Amor», há outra exposição que merece destaque. Uma leitora relata que se preparou devidamente para o «amor sexual», lendo Masters & Johnson, e outros livros de sexologia, antes do casamento. Apesar da informação, confessa que nunca atingiu o orgasmo e receando que o marido «dê por isso» e «se volte» «para uma mulher mais completa, menos frígida», pede ajuda (*Modas & Bordados*, 1975, n.º 3288). Camila aconselha a leitora a consultar um ginecologista ou um psiquiatra, uma vez que o problema pode ser fisiológico, psicológico ou ambos. Informa da existência de uma consulta de ginecologia psicossomática no Hospital de Santa Maria (a que foi criada e dirigida pelo psiquiatra Silveira Nunes), mas tranquiliza a leitora com o argumento de que estes são problemas muitas vezes resolúveis através do «diálogo franco a caminho da aprendizagem mútua» entre marido e mulher.

Nas cartas citadas encontramos uma preocupação feminina com a relação interpessoal sexual. Para as suas autoras, já conta o prazer sexual de cada um na relação e o entendimento sexual de ambos (FREIRE, 2016).

Na peça «À margem do Correio Sentimental», publicada na *Crónica Feminina* (1976, n.º 1007), reflete-se de forma genérica sobre os problemas íntimos expostos pelas leitoras nas revistas femininas, concluindo-se que a nova tendência é de ousar falar deles e de resolvê-los.

> Ao lerem-se as secções Correio Sentimental (...) nas revistas femininas, e após uma análise constante, chega-se à certeza de que frequentemente essas cartas (...) abordam problemas de sexo, comportamento estritamente conjugal, amores marginais, etc. (...) Ora, a frigidez é o caso mais vulgar, não porque seja actualmente mais frequente que no passado; o que certamente significa, é que as mulheres de agora ousam muito mais facilmente falar destes assuntos e, sobretudo, porque a sua atitude evoluiu. (...) Enquanto o excesso de sensualidade podia outrora aparecer como chocante ou anormal (...) actualmente é a falta de sexualidade que é considerada como uma anomalia ou deficiência. (*Crónica Feminina*, 1976, n.º 1007)

5. NOTAS CONCLUSIVAS

Os avanços na psicologização e medicalização da sexualidade ocorridos nas últimas décadas levaram a que os problemas com a sexualidade tenham deixado de ser essencialmente entendidos como questões morais, passando a ser interpretados como questões de comportamento responsável e de bem-estar individual e social (BOZON, 2006). A sexualidade devém uma experiência interpessoal

indispensável. A questão do prazer e do orgasmo (principalmente feminino), bem como a questão do funcionamento e da interação conjugal, tornam-se objeto fundamental da sexologia contemporânea em meados do século XX, com Kinsey e Masters & Johnson (BOZON, 2006).

Pela nossa análise dos *media* em Portugal entre 1968 e 1978, verificamos uma aproximação da sexualidade a esta dimensão terapêutica (de medicalização e psicologização), muito embora ela se revele sobretudo na imprensa feminina tendencialmente preocupada com a emancipação da mulher. Nas restantes publicações analisadas (*Expresso, Diário de Lisboa* e *Crónica Feminina*) pouco se abordam os problemas e disfunções da sexualidade, bem como soluções clínicas para a sua resolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim, S. (2006). *Conjugalidades em Mudança*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Alarcão, V. A., Machado, F. L. & Giami, A. (2016). A construção da sexologia como profissão em Portugal: composição de um grupo profissional e tipos de sexólogos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (2), 629-640. doi: 10.1590/1413-81232015212.11112015.

Alarcão, V. A., Machado, F. L. & Giami, A. (2016a). Emergência e institucionalização da sexologia em Portugal: processos, atores e especificidades. *Cadernos Saúde Pública*, 32 (8), doi: 10.1590/0102-311X00036215.

Almeida, A. N. & Wall, K. (2001). Família e quotidiano: movimentos e sinais de mudança. In J. M. Brandão de Brito (coord.), *O País em Revolução* (277-309). Lisboa: Editorial Notícias.

Bozon, M. (2006). Libération sexuelle ou déplacement des controles? Discours, normes et conduites. In E. Dorin & Éric Fassin (dir.), *Genres & Sexualités* (145-160). Paris: Bibliothèque Centre Pompidou.

Brasil, J. (1932). *A Questão Sexual*. Lisboa: Nunes de Carvalho.

Cascais, F. A. (2013). *Olhares sobre a História da Cultura Visual da Medicina em Portugal*. Lisboa: UnyLeYa.

Chaperon, S. (2015). La renaissance de la sexologie française à la fin des années 1950: les premises de la revolution sexuelle? In A. Giami & Gert Hekma (dir.), *Révolutions Sexuelles* (113-117). Paris: La Musardine.

Correia, M. (2011). *Egas Moniz: representação, saber e poder*. Dissertação de doutoramento em História, Faculdade de Letras — Universidade de Lisboa, Portugal.

Foucault, M. (1994 [1976]). *História da Sexualidade — I: A Vontade de Saber*. Lisboa: Relógio d'Água.

Freire, I. (2010). *Amor e Sexo no Tempo de Salazar*. Lisboa: Esfera dos Livros.

Freire, I. (2016). *A intimidade afetiva e sexual na imprensa em Portugal (1968-1978)*. Dissertação de doutoramento em Sociologia, Instituto de Ciências Sociais — Universidade de Lisboa, Portugal.

Freire, I. (2017). *Lugares d'Infância*. In Alfarro, Catarina (Coord.), Paula Rego: *Histórias & Segredos* (12-20). Cascais: Fundação D. Luís I: Casa das Histórias Paula Rego. ISBN 978-972-8986-89-6.

Gagnon, J. & William S. (2005 [1973]). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality* (2.ª ed.). Nova Jérsia: Aldine Transaction.

Giami, A. & Gert, H. (dir.) (2015). *Révolutions Sexuelles*. Paris: La Musardine.

Martins, S. (2010). Emergência e génese da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica — um contributo e um testemunho. *Acta Portuguesa de Sexologia*, 5 (1).

Pacheco, J. (2000). *O Sexo Por Cá*. Lisboa: Livros Horizonte.

Pais, J. M. (1998). *Gerações e Valores na Sociedade Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

Plummer. K. (2003). *Intimate Citizenship: Private Decisions and Public Dialogues*. Seattle: University of Washington Press.

Policarpo, V. (2011). *Indivíduo e sexualidade: a construção social da experiência sexual*. Dissertação de doutoramento em Ciências Sociais, com especialização em Sociologia, Instituto de Ciências Sociais — Universidade de Lisboa, Portugal.

Wall, K. (2011). A intervenção do Estado: políticas públicas de família. In A. Nunes de Almeida (coord.), *História da Vida Privada em Portugal*: *Os Nossos Dias* (340-374). Lisboa: Círculo de Leitores.

(Página deixada propositadamente em branco)

10. QUALIDADE DE VIDA EM CONTEXTOS DE SAÚDE: CONCEPTUALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E APLICAÇÕES

QUALITY OF LIFE IN HEALTH CONTEXTS: CONCEPTUALIZATION, ASSESSMENT AND APPLICATIONS

Marco Pereira

ORCID: 0000-0002-6086-2329

Neuza Silva

ORCID: 0000-0003-4110-9961

RESUMO:

O conceito de qualidade de vida (QdV) tem assumido uma importância crescente nas últimas décadas. Não obstante ser um conceito transversal a várias áreas do conhecimento, é no domínio da saúde que a QdV tem recebido maior atenção e suporte empírico, sendo atualmente reconhecida como uma importante medida de resultados em saúde. A importância da QdV reflete-se também na sua avaliação. No presente capítulo, privilegiamos a abordagem da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como a metodologia específica e a família de questionários desenvolvidos para a sua avaliação, quer na população adulta quer em crianças e adolescentes. Reconhecendo-se

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_10

a importância de avaliar a QdV em saúde (na prática clínica ou em investigação), é igualmente imperativo um processo de escolha cuidado dos questionários da avaliação da QdV. Neste contexto, apresentam-se três pontos essenciais a considerar: o tipo de instrumento a utilizar — genérico *vs.* específico; quem deve avaliar a QdV — autorrelato *vs.* heterorrelato; e a adequação à população alvo. Por fim, e porque um dos objetivos centrais da intervenção médica é, de algum modo, melhorar a QdV dos doentes, apresentam-se potenciais aplicações da avaliação da QdV em contextos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação; qualidade de vida; qualidade de vida relacionada com a saúde; saúde

ABSTRACT:

The concept of quality of life (QoL) has assumed an increasing importance in the last decades. Although QoL is a cross-cutting concept to numerous areas of knowledge, it is in the health domain that QoL has received greater attention and empirical support, being currently recognized as an important measure of health outcomes. The importance of QoL is also reflected in its assessment. In the present chapter, we underline the World Health Organization's (WHO) approach, as well as the specific methodology and the family of questionnaires developed for its assessment, both among the adult population and children and adolescents. Recognizing the importance of assessing QoL in health contexts (both in clinical practice and research), it is equally imperative to choose carefully the assessment questionnaires. Accordingly, we present three essential points to consider: the type of instrument to use — generic *vs.* specific; who should assess QoL — self-report *vs.* proxy; and adequacy to the target population. Finally, and because one of the central aims of medical interventions is also to improve patients'

QoL, potential applications of QoL assessment in health contexts are presented.

KEYWORDS: assessment; quality of life; health-related quality of life; health

QUALIDADE DE VIDA

Contexto e definição

As origens do termo qualidade de vida (QdV) remetem-nos para a década de sessenta do século XX, altura em que se iniciaram as primeiras investigações sobre o tema (MICHALOS, 2004). É, de facto, em 1960 que, nos EUA, se publica o relatório da Comission on National Goals, o qual, ao estabelecer o padrão para avaliar a QdV, apresenta-se como o marco da raiz formal deste conceito (PAIS-RIBEIRO, 1994; 2002). A partir desta década, o termo QdV começa a ser usado de modo cada vez mais frequente e aplicado nos mais diversos contextos e disciplinas (por exemplo: economia e medicina). O interesse generalizado em torno da temática da QdV em muito se deve à sua multidimensionalidade, que tem possibilitado a sua abordagem por uma grande diversidade de disciplinas; ao seu poder heurístico, que tem suscitado um aumento substancial de investigações nestes diferentes contextos disciplinares; e, não menos relevante, ao seu valor pragmático, demonstrado nas diferentes aplicações em domínios tão diversificados como a investigação em saúde, avaliação da eficácia de intervenções clínicas, tomada de decisões políticas em saúde e alocação de recursos, identificação de necessidades e bem-estar e funcionamento de populações, entre outras (CANAVARRO, 2010).

Não obstante a sua relevância, este interesse generalizado teve como consequência uma proliferação de inúmeras definições, modelos conceptuais, instrumentos de avaliação e consequentes aplicações práticas (CANAVARRO, 2010). Neste contexto, uma primeira fonte de dissonância prendeu-se precisamente com a definição de QdV. A este contexto não é alheia a pluralidade de conceitos afins, como por exemplo felicidade, satisfação com a vida, bem-estar subjetivo (para revisão cf. QUARTILHO, 2010), muitas vezes indiscriminadamente utilizados como sinónimos. Com efeito, definir QdV foi alvo de um grande debate ao longo dos anos, principalmente por se tratar de um conceito subjetivo, multidimensional e abstrato e, portanto, difícil de definir (NAUGHTON & SHUMAKER, 2003; MASON, SKEVINGTON & OSBORN, 2004). Se, inicialmente, o conceito de QdV foi considerado um apêndice relevante aos conceitos tradicionais de saúde e estado funcional, devendo ser incluído numa avaliação ideal de saúde (World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL Group], 1998b), posteriormente começou a ser reconhecido como sendo muito mais abrangente do que o conceito de saúde, sendo este último, simultaneamente com outros, um dos indicadores utilizados para avaliar a QdV (PAIS-RIBEIRO, 1994).

Embora as várias tentativas em definir QdV se tenham traduzido numa certa dificuldade na sua delimitação conceptual, parece ser consensual de que se trata de um conceito subjetivo e multidimensional, no qual se interligam indicadores de natureza diversa (DIENER & SUH, 1997). Com efeito, vários autores sugerem que a QdV engloba, pelo menos, o bem-estar físico, social e psicológico do indivíduo, bem como o seu estado de saúde, colocando ênfase na autoperceção do funcionamento atual (por exemplo: BONOMI, PATRICK, BUSHNELL & MATIN, 2000; STENNER, COOPER & SKEVINGTON, 2003). Outros autores, como Heinemann (2000), acrescentam componentes relevantes: os fatores profissionais e económicos, o estado religioso e espiritual. Numa definição próxima da proposta pela OMS

(WHOQOL Group, 1994), que detalharemos num ponto seguinte, alguns autores de referência nesta área (FELCE & PERRY, 1995; CUMMINS, 1997) conceptualizam a QdV como um conceito que, genericamente, integra os domínios já enumerados, mas cuja leitura deverá ser ponderada em dois eixos: um mais objetivo e outro mais subjetivo, este último correspondendo à satisfação do indivíduo resultante da importância por ele atribuída a cada um desses domínios.

A este respeito, Schalock (2004) chama a atenção para a multidimensionalidade metodológica na abordagem ao conceito de QdV. Para este autor, a avaliação da QdV deve ter subjacente um pluralismo metodológico que combine múltiplas medidas, designadamente: avaliação pessoal (privilegiando a natureza subjetiva da QdV); avaliação funcional (natureza objetiva da QdV); e indicadores sociais (condições externas). Associados a cada um dos três focos de avaliação encontra-se um conjunto de parâmetros que apoiam este pluralismo metodológico, nomeadamente: 1. *natureza subjetiva da QdV* — inquéritos de satisfação, medidas de felicidade; 2. *natureza objetiva da QdV* — nível de funcionamento, questionários (acontecimentos externos e circunstâncias), realização de atividades diárias, autodeterminação e controlo pessoal e educação e emprego; 3. *condições externas* — taxas de emprego, taxas de literacia, taxas de mortalidade e esperança de vida.

Em linhas gerais, as diferentes propostas de definição do conceito de QdV, sugeridas em contextos disciplinares distintos (e aplicações que deles decorrem), podem ser também entendidas à luz de vários modelos de compreensão. Partindo de uma sistematização realizada por Rapley (2003) e por Phillips (2006), dois grandes grupos de modelos oferecem uma grelha de leitura particularmente útil: os modelos que abordam a QdV como *objeto predominantemente psicológico* e os modelos que o fazem enquanto *objeto predominantemente social* (para uma revisão mais detalhada dos

modelos conceptuais enquadrados em cada um destes grupos cf. CANAVARRO, 2010). A estes dois grupos, acresce o modelo preconizado pela OMS, que debateremos com maior pormenor no presente capítulo.

O termo «quality of life» foi introduzido como *Medical Subject Heading* (MeSH) na MEDLINE em 1975. Uma pesquisa realizada na base de dados eletrónica PubMed (US National Library of Medicine), em 5 de abril de 2017, revelou 213 486 registos em que o termo foi referido em algum campo da publicação e 163 495 registos referido no título e/ou resumo (Figura 1).



Figura 1 — Evolução do n.º de publicações indexadas pela MEDLINE que referem o termo «quality of life». Fonte: PubMed (US National Library of Medicine).

Em Portugal, este padrão tem seguido a mesma tendência evolutiva. A primeira publicação de afiliação portuguesa indexada pela MEDLINE data de 1988. Em abril de 2017, o termo «quality of life» era referido em oitocentas e quarenta duas publicações de afiliação portuguesa e em seiscentas e dezoito publicações esse termo era referido no título e/ou resumo (Figura 2).

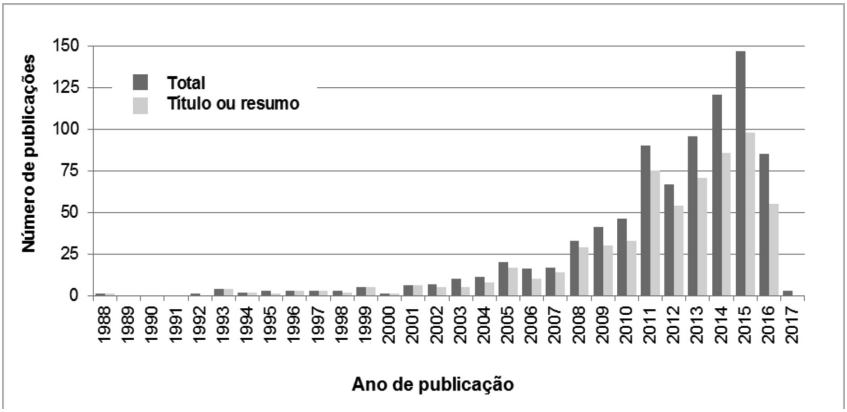


Figura 2 — Evolução do n.º de publicações de afiliação portuguesa indexadas pela MEDLINE que referem o termo «quality of life». Fonte: PubMed (US National Library of Medicine).

Hoje em dia, é relativamente consensual aceitar que o conceito de QdV reflete duas tendências fundamentais: em primeiro lugar, a QdV como uma matriz de indicadores genéricos e, em segundo lugar, como um conceito fortemente associado aos aspetos de saúde. Por ser verdade que é no domínio da saúde que o conceito de QdV tem conhecido maior desenvolvimento e tem despertado maior interesse empírico, ganha especial relevo o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Contexto e definição

A partir dos anos oitenta do século XX, o conceito de QdV começa a ganhar uma importância (e popularidade) crescente no domínio e nos cuidados de saúde, aumentando a sua relevância no discurso e prática médica (PAIS-RIBEIRO, 1994; NAUGHTON & SHUMAKER, 2003; LOWY & BERNHARD, 2004). Este interesse e

aplicabilidade na área da saúde decorre sobretudo da definição de saúde assumida, em 1948, pela Constituição da OMS: «Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença». Isto implica que as iniciativas de promoção de saúde não se dirijam apenas ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expetativa de vida, mas que valorizem igualmente aspetos como o bem-estar e a QdV dos indivíduos. Para reforçar a relevância da inclusão da QdV em contextos clínicos/médicos, contribuíram também outros fatores, dos quais se destacam o aumento da esperança de vida, em virtude do enorme progresso tecnológico da medicina (FLECK, 2008), alterações epidemiológicas marcadas pela diminuição da prevalência de doenças infeciosas e aumento de condições crónicas (BOWDEN & FOX-RUSHBY, 2003; LOWY & BERNHARD, 2004), a insuficiência das medidas médicas objetivas e tradicionais na avaliação das limitações impostas pela doença e seus tratamentos nas diferentes dimensões de vida do doente (PAIS-RIBEIRO, 1994; BONOMI *et al.*, 2000), bem como o movimento de humanização da medicina (FLECK, 2008). Por conseguinte, esta avaliação subjetiva começou a ser introduzida de forma mais consistente na investigação em saúde, com o intuito de avaliar o impacto específico não médico das condições crónicas de saúde e como um critério importante para a avaliação da eficácia das intervenções médicas.

Na área da saúde, a QdV define, portanto, o impacto da doença sobre a vida e o bem-estar do indivíduo, sendo neste contexto frequente o termo Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVrS). A sua medida não inclui apenas os aspetos clínicos (médicos) de uma determinada condição de saúde, mas compreende também os fatores psicológicos e sociais relacionados com a mesma, além das possíveis limitações que esta pode trazer. Porém, o que lhe atribui maior relevância consiste no facto de, primariamente, permitir uma avaliação do impacto da doença e do tratamento numa perspetiva

pessoal (subjetiva) do doente, mas também, e mais especificamente, promover uma nova perspetiva sobre a doença.

É no âmbito das condições crónicas de saúde que se tem verificado um maior interesse (empírico e clínico) em avaliar a QdVrS, sendo que a importância da conceptualização deste constructo está intimamente ligada à evolução das doenças prolongadas (PAIS-RIBEIRO, 1994; HEINEMANN, 2000), que requerem muitas vezes tratamentos e cuidados a longo prazo. A incerteza persuasiva que envolve, por várias ocasiões, o diagnóstico e prognóstico, a progressão da doença e a imprevisibilidade que a caracteriza, bem como aos seus tratamentos, resultam inevitavelmente em algum grau de perturbação emocional, sem esquecer as limitações físicas e funcionais persistentes que conduzem à alteração do funcionamento e rotina diária do doente (e, com frequência, de outros significativos), interferindo com a capacidade para trabalhar, desempenhar papéis familiares e sociais e com o envolvimento em atividades de lazer (DOKA, 1993). Compreende-se assim o interesse de investigadores e clínicos em avaliar a QdV no contexto de condições crónicas de saúde, assim como o facto de a QdV já ter sido estudada em inúmeras patologias, sendo certamente a doença oncológica o exemplo mais paradigmático.

Tal como verificado para a definição de QdV genérica, também em relação à QdVrS tem existido alguma dissonância quanto à sua definição. Uma das definições mais comummente referidas foi apresentada por Bullinger (1991), que definiu a QdVrS como um constructo multidimensional, abrangendo componentes físicos, emocionais, mentais, sociais e comportamentais do bem-estar e funcionalidade, tal como percebidos pelos doentes e/ou observadores. Na literatura portuguesa que aborda o tema, Pais-Ribeiro (1994) salienta dois significados do conceito de QdVrS: um geral, referente ao impacto do estado de saúde na QdV das pessoas; e um específico para cada doença, referindo-se às limitações ou ao modo como essa doença específica afeta a QdV do doente.

Globalmente, e segundo Phillips (2006), a maioria das definições de QdVrS tende a agregar os aspetos de estado emocional, do funcionamento físico e social, comuns às definições de QdV genérica, e outras dimensões específicas da área da saúde. Nesta linha, apesar de algumas indefinições e incertezas conceptuais, Pimentel (2006) sistematiza alguns consensos em relação ao conceito de QdVrS, designadamente, quanto à sua multidimensionalidade, que traduz o bem-estar subjetivo do doente nas vertentes físicas, psicológicas e sociais; subjetividade, dependendo da perceção individual, crenças, pensamentos e expetativas; dinamismo, mudando ao longo do tempo, e dependendo das modificações no doente e das modificações em seu redor; e necessidade, devendo ser considerada um objetivo principal nas condições crónicas de saúde.

Das 163 495 publicações indexadas pela MEDLINE que referem o termo «quality of life» no seu título e/ou resumo, apenas 26 477 publicações especificam o termo «health-related quality of life» (cerca de 14%). Destas, apenas 2307 (9%) mencionam o nível de avaliação genérico da QdVrS e 1819 (7%) mencionam o nível de avaliação específico da QdVrS (Figura 3).

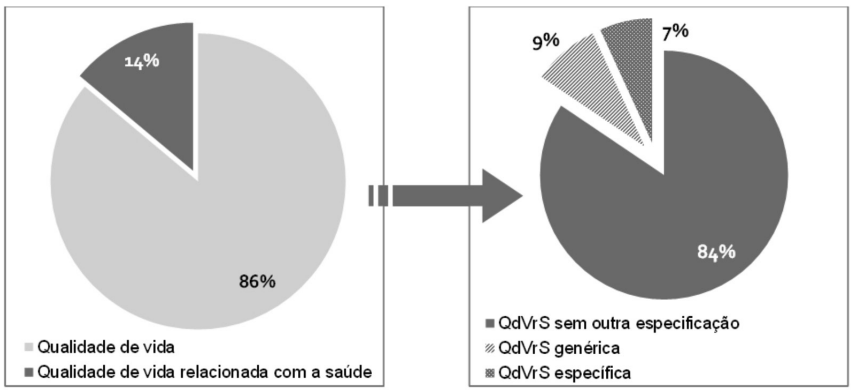


Figura 3 — Percentagem de publicações indexadas na MEDLINE por níveis de avaliação da QdVrS. Fonte: PubMed (US National Library of Medicine)

Em Portugal, verifica-se uma distribuição semelhante: das seiscentas e dezoito publicações de afiliação portuguesa em que o termo «quality of life» foi referido no título e/ou resumo, apenas cento e doze (15%) especificaram o termo «health-related quality of life». Destas, o nível genérico de avaliação da QdVrS foi referido em apenas doze (11%) e o nível específico de avaliação da QdVrS apenas sete (6%) títulos e/ou resumos, reportando-se os restantes 84% a referências a QdVrS sem outra especificação.

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPETIVA DA OMS

Contexto e definição

Como já assinalado, as inúmeras definições de QdV que foram surgindo ao longo dos anos, assim como a confusão na sua conceptualização, traduziram-se também numa dificuldade em avaliar este conceito. Face à inexistência de uma definição largamente aceite e consensual, à coexistência de vários conceitos afins com limites ténues entre si, bem como à relevância do conceito de QdV na prática clínica, a OMS preocupou-se em clarificar, alargar e definir este conceito (SAXENA & ORLEY, 1997). Deste modo, um painel internacional de peritos (que ficou conhecido como WHOQOL Group) definiu QdV como: «Perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações» (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Trata-se de um conceito abrangente, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspetos salientes do ambiente em que vive (WHOQOL Group, 1995). Esta definição deixa implícita a natureza subjetiva e multidimensional da QdV,

a sua consideração no contexto cultural, social e ambiental em que o sujeito se insere, e o facto de a sua avaliação incluir quer aspetos positivos quer negativos (SAXENA & ORLEY, 1997; FLECK *et al.*, 1999). Por outro lado, a esta definição subjaz também um significado de QdV que vai muito para além da sintomatologia e dos efeitos da doença no estado funcional do indivíduo, abrangendo igualmente a importância dos sistemas de significação cultural, dos valores e preferências pessoais para a QdV subjetiva. Esta concetualização de QdV do grupo WHOQOL refletiu-se de forma preponderante na metodologia específica que este grupo desenvolveu para sua avaliação, nomeadamente pela importância atribuída a instrumentos validados transculturalmente, à valorização das especificidades desenvolvimentais e à inclusão da avaliação de necessidades genéricas e específicas de grupos particulares.

Projeto e instrumentos WHOQOL

Um projeto multicêntrico, iniciado em 1991 pela OMS, conduziu à elaboração de um instrumento genérico de avaliação da QdV, que assenta numa abordagem multidimensional, subjetiva e de essência transcultural. Este instrumento foi designado de WHOQOL-100 (porque na sua versão final continha cem perguntas) e o seu desenvolvimento assentou numa metodologia estruturada, que determinava que os quinze países participantes do projeto inicial, bem como outros centros internacionais que posteriormente aderissem ao mesmo, seguissem um protocolo de desenvolvimento e de validação comum (WHOQOL GROUP, 1994). Este protocolo foi composto por quatro etapas distintas, estabelecidas em consenso internacional (para uma revisão mais detalhada do processo de desenvolvimento e de aplicação dos instrumentos WHOQOL em Portugal, cf. CANAVARRO & VAZ SERRA, 2010).

De forma breve, o protocolo de validação definido no grupo WHOQOL congrega quatro fases essenciais: 1 — a *tradução do instrumento*, seguindo uma metodologia específica destinada a garantir a equivalência transcultural e envolvendo um conjunto de procedimentos para além do método clássico de tradução seguida de retroversão, nomeadamente a discussão (num processo que se pretendia interativo) com elementos representativos da população para, caso se justifique, incorporar as diversas sugestões à tradução (SARTORIUS & KUIKEN, 1994); 2 — o *desenvolvimento das escalas de resposta*, seguindo também uma metodologia própria (para revisão das escalas de resposta desenvolvidas na versão em português europeu cf. CANAVARRO *et al.*, 2010); 3 — o *estudo-piloto qualitativo*, que preconizava a realização de grupos focais, que deveriam ser compostos por (i) pessoas em contacto com um serviço de saúde, (ii) pessoas da população geral, incluindo cuidadores informais, e (iii) profissionais da área da saúde; nesta etapa, os grupos focais deveriam debater o conceito de QdV proposto pela OMS e pronunciar-se sobre os domínios e dimensões consideradas, além de poderem propor perguntas adicionais para facetas já existentes ou ainda propor novas facetas nos diversos domínios; e, por fim, (4) o *estudo de campo quantitativo*, fundamental para o estudo das propriedades psicométricas do instrumento a validar; a constituição da amostra desta etapa deveria obedecer a requisitos prévios, nomeadamente relativos à idade (idade inferior a 45 anos em 50% da amostra), sexo (50% da amostra deve ser do sexo masculino); e estado de saúde (a amostra deve incorporar pelo menos cinquenta doentes, num mínimo de duzentos e cinquenta participantes).

Em Portugal, à semelhança do que se sucedeu nos diferentes centros internacionais, ao desenvolvimento do instrumento genérico WHOQOL-100 (CANAVARRO *et al.*, 2009), sucedeu-se o desenvolvimento de uma versão breve composta por vinte e seis itens, o WHOQOL-Bref (CANAVARRO *et al.*, 2007) e um índice geral de QdV composto por oito

itens, o EUROHIS-QOL-8 (PEREIRA, MELO, GAMEIRO & CANAVARRO, 2011). No âmbito do sistema modular desenvolvido neste grupo, encontram-se validados (e disponíveis) em Portugal as versões longa e breve dos questionários que integram um módulo específico para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o WHOQOL-HIV (CANAVARRO, PEREIRA, SIMÕES & PINTASSILGO, 2011) e WHOQOL-HIV-Bref (CANAVARRO & PEREIRA, 2012). Mais recentemente foram desenvolvidos os módulos específicos para a população idosa, o WHOQOL-OLD (VILAR *et al.*, 2014; VILAR *et al.*, 2016) e o módulo que expande os aspetos relativos ao domínio da Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB; sigla para *Spirituality, Religion, and Personal Beliefs*), o WHOQOL-SRPB (COSTA CATRÉ *et al.*, 2014) e WHOQOL-SPRB-BREF (COSTA CATRÉ, FERREIRA, CATRÉ & PEREIRA, 2019). Encontram-se igualmente disponíveis as versões genéricas (KIDCREEN; GASPAR & MATOS, 2008) e específicas (DISABKIDS; CARONA *et al.*, 2013; SILVA, CARONA, CRESPO, BULLINGER & CANAVARRO, 2014) dos instrumentos para crianças e adolescentes. Na Figura 4 encontram-se esquematizados os instrumentos da família WHOQOL existentes (ou em desenvolvimento) em Portugal.

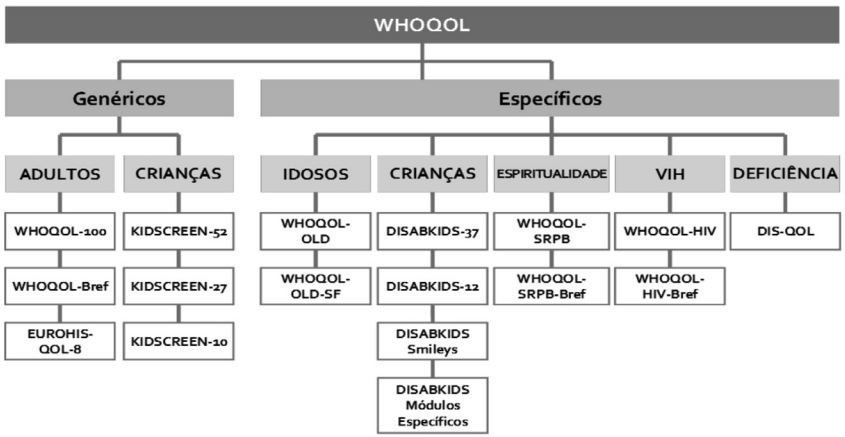


Figura 4 — Instrumentos da família WHOQOL para avaliação da QdV genérica e específica em diferentes grupos etários e condições de saúde.

A OMS oferece, assim, um contributo ímpar na avaliação da QdV. Primeiro, todos os instrumentos são conceptualmente fundamentados, conservando os elementos do conceito de QdV consensualmente aceites: subjetividade; multidimensionalidade; dupla valência (positiva e negativa) e dinâmica ao longo do tempo. Segundo, acrescenta a perspetiva transcultural, ultrapassando as limitações da generalidade dos instrumentos ancorados na cultura anglo-saxónica, traduzidos e adaptados, mas não garantindo a equivalência transcultural. Terceiro, confere inovação na avaliação da QdV, através da introdução de um sistema de módulos específicos (por exemplo, dimensões específicas da infeção pelo VIH), importantes para cobrir aspetos não contemplados na medida genérica. Por fim, oferece um conjunto muito diverso de questionários (genéricos e específicos; considerando diferentes grupos etários e condições de saúde), cuja robustez psicométrica tem sido amplamente atestada em diversas culturas. Todos estes aspetos são responsáveis pela grande divulgação que os instrumentos WHOQOL têm tido, sendo atualmente dos instrumentos mais utilizados para avaliar a QdV.

Metodologias de avaliação na perspetiva da OMS: avaliação da qualidade de vida em adultos e em crianças/adolescentes

Como temos vindo a assinalar, não é questionável a importância de avaliar a QdV em saúde, nem tão poucos são os instrumentos atualmente disponíveis para o fazer. Neste contexto, para uma adequada avaliação, torna-se imperioso um processo de escolha cuidado. De forma transversal, seja em contexto clínico ou de investigação, é fundamental escolher instrumentos com qualidades psicométricas robustas. Porém, e em função dos objetivos da avaliação da QdV, existem três pontos essenciais a considerar: 1. o tipo de instrumento utilizar — genérico *vs*. específico; 2. quem deve avaliar a QdV — autorrelato *vs*. heterorrelato; 3. a adequação à população alvo.

Instrumentos genéricos ou específicos?

A avaliação da QdV tem sido operacionalizada em duas categorias de instrumentos: genéricos e específicos para uma determinada condição de saúde (GUYATT, 1995). A abordagem genérica foca-se na avaliação das dimensões relevantes da QdV, independentemente da condição de saúde do indivíduo, e tem a vantagem de permitir o rastreio de populações saudáveis e a avaliação comparativa entre diferentes condições de saúde (VARNI, BURWINKLE & LANE, 2005; RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2006). Os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref (WHOQOL GROUP, 1998a, 1998b) e os questionários KIDSCREEN (KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006) são exemplos de instrumentos genéricos para avaliação da QdV em adultos e em crianças/adolescentes, respetivamente (Figura 4). Estas medidas genéricas são particularmente úteis em estudos epidemiológicos que visem a tomada de decisão sobre a alocação de recursos de saúde pública (EISER & MORSE, 2001a); no entanto, não são recomendadas para a avaliação da QdV em ensaios clínicos por serem menos sensíveis a mudanças pequenas, mas clinicamente significativas (CLARKE & EISER, 2004).

Em contrapartida, os instrumentos específicos destinam-se a avaliar a QdV dos indivíduos com uma determinada condição de saúde, e incluem itens que avaliam os aspetos específicos do funcionamento que podem ser afetados diretamente pela condição de saúde e/ou pelos seus tratamentos (por exemplo, WHOQOL-HIV, CANAVARRO *et al.*, 2011; módulos específicos DISABKIDS para a asma, dermatite atópica, diabetes *mellitus*, fibrose quística, epilepsia, artrite crónica juvenil e paralisia cerebral, DISABKIDS GROUP EUROPE, 2006). Em comparação com medidas genéricas, as medidas específicas tendem a ser mais sensíveis na deteção de diferenças ou mudanças clinicamente significativas (WIEBE, GUYATT, WEAVER, MATIJEVIC & SIDWELL, 2003) e, portanto, são mais adequadas para avaliação

da QdV em ensaios clínicos destinados a avaliar os efeitos de uma determinada intervenção. Além disso, esta abordagem específica pode ser particularmente informativa para a gestão da doença ao nível individual (VARNI *et al.*, 2005). As desvantagens da utilização de medidas específicas prendem-se com a impossibilidade de estudos comparativos entre diferentes condições de saúde ou em relação à população saudável, a inadequação a indivíduos com condições de saúde comórbidas, e com a impraticabilidade de desenvolver instrumentos específicos para condições de saúde com baixa prevalência (EISER & MORSE, 2001a).

A utilização conjunta de instrumentos genéricos e específicos assegura a comparabilidade entre populações com diferentes condições de saúde sem sacrificar a sensibilidade a diferenças/mudanças clinicamente significativas; no entanto, acarreta uma grande sobrecarga para os respondentes. Em alternativa às tradicionais baterias de instrumentos, tem sido recomendada uma abordagem modular à avaliação da QdV em contextos de saúde, incluindo medidas genéricas nucleares, complementadas com módulos específicos que poderão ser acrescentados quando necessário (AARONSON, BULLINGER & AHMEDZAI, 1988). Além disso, têm sido desenvolvidos instrumentos genéricos para condições crónicas de saúde que preenchem a lacuna entre as medidas genéricas e específicas. Estes instrumentos assentam numa abordagem não categorial da doença, que sugere que condições de saúde nosologicamente diferentes podem conduzir a consequências semelhantes no bem-estar e no funcionamento dos doentes (HOLDEN, CHMIELEWSKI, NELSON, KAGER, FOLTZ & JESSOP, 1982). Os questionários genéricos KIDSCREEN, os módulos genéricos para condições crónicas de saúde e os módulos específicos dos questionários DISABKIDS constituem um bom exemplo desta abordagem modular em três níveis de avaliação da QdV nas crianças/adolescentes. No entanto, a seleção dos instrumentos genéricos ou específicos deve depender primeiramente dos objetivos da ava-

liação e do contexto de investigação, prática clínica ou económico/políticas de saúde.

Quem responde? Autorrelato *vs*. heterorrelato

Uma interpretação conservadora da definição de QdV como a perceção subjetiva do indivíduo (WHOQOL GROUP, 1994) pressupõe a utilização exclusiva de medidas de autorrelato. De facto, a perceção subjetiva dos sujeitos deve ser avaliada sempre que possível; no entanto, indivíduos com limitações cognitivas ou incapacidades devidas a doença física ou mental e crianças muito novas poderão não ser capazes de fornecer relatos válidos e fiáveis da sua QdV (EISER & MORSE, 2001b). Nestes casos, as vantagens e desvantagens de recorrer a outros observadores (*proxies*), geralmente os pais ou outros cuidadores informais, devem ser ponderadas. Em primeiro lugar, os cuidadores familiares são, nestes casos, os principais responsáveis pela tomada de decisão clínica e as suas perceções sobre a saúde e o bem-estar da pessoa a quem prestam cuidados podem influenciar o recurso aos cuidados de saúde, as opções de tratamento e a adesão terapêutica (VARNI *et al.*, 2005). Uma segunda vantagem dos heterorrelatos dos cuidadores prende-se com a obtenção de informação relevante sobre o impacto da doença no funcionamento familiar, que é um correlato importante dos resultados de adaptação dos indivíduos (MATZA *et al.*, 2004). Em terceiro lugar, os heterorrelatos poderão ser mais sensíveis na deteção de mudanças significativas na QdV em estudos longitudinais, particularmente nos casos em que o declínio no estado de saúde do indivíduo impossibilita a autoavaliação da QdV em vários momentos e no caso de crianças e adolescentes, cujos autorrelatos ao longo do tempo são suscetíveis de variar em função da sua maturação física e cognitiva (LE COQ, BOEKE, BEZEMER, COLLAND & VAN EIJK, 2000).

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos inúmeros instrumentos de avaliação da QdV com formas de auto e heterorrelato, particularmente para populações pediátricas (por exemplo: PedsQL 4.0 — Pediatric Quality of Life Inventory; VARNI, SEID & KURTIN, 2001). Uma assunção comum é de que os relatos dos pais e da própria criança deveriam coincidir, e caso não se verifique concordância, então o instrumento de avaliação seria de alguma forma inadequado (EISER & MORSE, 2001a). No entanto, é necessário reconhecer que os auto e heterorrelatos não são medidas do mesmo constructo pois não é a perspetiva do sujeito que está a ser avaliada, mas a perspetiva que o observador acredita ser a do sujeito, influenciada pelas suas próprias perceções da doença e expetativas (EISER & MORSE, 2001a; GERHARZ, EISER, & WOODHOUSE, 2003). Além disso, as crianças divergem dos adultos no seu entendimento de saúde, das causas da doença e nas crenças sobre os efeitos dos tratamentos, têm diferentes estilos de resposta e baseiam as suas respostas em diferentes eventos e períodos temporais (DAVIS *et al.*, 2007).

De facto, a investigação empírica tem mostrado níveis de concordância baixos a moderados entre os autorrelatos das crianças e os heterorrelatos dos seus pais (THEUNISSEN *et al.*, 1998; SATTOE, VAN STAA & MOLL, 2012; WHITE-KONING *et al.*, 2007). Uma revisão sistemática mostrou que os níveis de concordância podem depender de vários fatores, incluindo a observabilidade dos domínios avaliados e o estado de saúde da criança/adolescente (EISER & MORSE, 2001b, atualizada por UPTON, LAWFORD & EISER, 2008). Especificamente, foram encontrados maiores níveis de concordância na avaliação de sintomas físicos e comportamentos observáveis, em comparação com a avaliação das dimensões sociais e emocionais da QdV, e entre grupos clínicos, comparativamente a amostras de controlos saudáveis. Estudos recentes (SILVA, CRESPO, CARONA, BULLINGER & CANAVARRO, 2015; QUITMANN, ROHENKOHL,

SOMMER, BULLINGER & SILVA, 2016) confirmam maior acordo entre pais e filhos na avaliação da QdV específica, do que na avaliação da QdV genérica, que pode dever-se à maior relevância e atenção atribuída pelos pais aos domínios da QdV dos filhos mais afetados pela condição de saúde e pelos tratamentos. O padrão direcional das discrepâncias observadas na avaliação da QdV entre pais e filhos depende também do estado de saúde das crianças/adolescentes: enquanto na população geral os pais tendem a sobrestimar a QdV dos filhos (THEUNISSEN *et al.*, 1998; GASPAR, MATOS, BATISTA-FOGUET, PAIS-RIBEIRO & LEAL, 2010), em contextos médicos os pais são mais propensos a reportar menor QdV do que as próprias crianças (WHITE-KONING *et al.*, 2007; SATTOE *et al.*, 2012). Têm também sido investigadas as características sociodemográficas das crianças (por exemplo: idade e género) como fatores preditores do acordo entre auto e heterorrelatos, mas os resultados encontrados são inconclusivos ou mesmo contraditórios. Por exemplo, alguns estudos descrevem maior concordância entre pais e crianças mais novas, sugerindo que o aumento da independência na adolescência poderia limitar a partilha de experiências com os pais (JOKOVIC LOCKER & GUYATT, 2004; APRIL, FELDMAN, PLATT & DUFFY, 2006), enquanto outros estudos mostram maior concordância entre pais e adolescentes, apoiando a hipótese de que os níveis de concordância dependeriam da maturação cognitiva e da maior capacidade de comunicação dos adolescentes (PETSIOS *et al.*, 2001). Para além dos fatores clínicos e sociodemográficos, o acordo entre pais e filhos na avaliação da QdV pediátrica pode ser mais bem explicado pelo funcionamento familiar: menores níveis de desgaste dos cuidadores e relações familiares caracterizadas por elevados níveis de coesão, baixos níveis de conflito e que permitem às crianças expressarem abertamente as suas preocupações e sentimentos têm sido associados a menores discrepâncias entre auto e heterorrelatos (SILVA *et al.*, 2015; QUITMANN *et al.*, 2016).

Dada a inevitabilidade das diferentes perceções entre sujeitos e observadores e à inquestionável relevância de ambos os relatos da QdV nos contextos clínicos e de investigação, tem sido recomendada a utilização dos heterorrelatos dos cuidadores não como «representantes» ou substitutos da perceção dos sujeitos, mas como fontes complementares de informação (BULLINGER, SCHMIDT, PETERSON & RAVENS-SIEBERER, 2006). No entanto, esta opção metodológica implica recursos humanos e financeiros adicionais. A decisão sobre quem deve avaliar a QdV do sujeito (o próprio, outro observador ou ambos) deve ser tomada com base numa cuidadosa ponderação dos custos e benefícios de cada opção, tendo em consideração a idade, o estado de saúde do indivíduo, os domínios da QdV a serem avaliados, e os objetivos da avaliação.

Adequado à população alvo?

Apesar das dimensões da QdV serem consideradas universais, a sua operacionalização depende da etapa desenvolvimental e do estado de saúde dos indivíduos. Existe consenso quanto à impossibilidade de utilizar os mesmos instrumentos de avaliação da QdV em adultos e em crianças/adolescentes, não apenas devido às diferenças no desenvolvimento cognitivo (por exemplo, compreensão da linguagem e proficiência na leitura, poder de abstração, memória e perceção temporal), mas também devido às diferenças na relevância que alguns domínios da QdV podem assumir para os diferentes grupos desenvolvimentais (WALLANDER, SCHMITT & KOOT, 2001). Por exemplo, as crianças mais novas tendem a valorizar a vinculação à família, o contexto escolar e as relações com os pares e o desenvolvimento de competências cognitivas, enquanto a partir da puberdade e na idade adulta as relações íntimas, a imagem corporal, a autonomia, as questões financeiras e as aspirações profissionais assumem maior

relevância (GERHARZ *et al.*, 2003). Assim, a seleção das medidas de avaliação da QdV deve privilegiar instrumentos cujos itens tenham sido construídos a partir de grupos focais selecionados na população a que se destinam e que tenham sido psicometricamente validados numa amostra representativa dessa mesma população.

A seleção de instrumentos para avaliação da QdV em crianças e adolescentes deve contemplar alguns aspetos adicionais. Alguns autores referem que crianças entre os 4 e os 7 anos podem fornecer informações sobre conceitos concretos de saúde, tais como dor e uso de medicação, mas apenas a partir dos 8 anos são capazes de julgar situações e emoções mais complexas e, portanto, fornecer autorrelatos fiáveis e válidos de sua QdV subjetiva (MATZA, SWENSEN, FLOOD, SECNIK & LEIDY, 2004; RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2006). Para atender às diferenças no desenvolvimento cognitivo e nos marcadores da QdV, os questionários para crianças e adolescentes devem ter em conta: 1. a formulação dos itens adequada ao desenvolvimento cognitivo das crianças de diferentes idades; 2. a avaliação dos domínios relevantes da QdV, refletindo as tarefas desenvolvimentais específicas da faixa etária alvo; 3. as escalas de resposta construídas de acordo com a capacidade das crianças em compreenderem a escala e posicionarem a sua resposta; 4. as questões reportadas a um curto período temporal (por exemplo, a última semana/mês) ou a um acontecimento concreto (por exemplo, última visita ao médico); 5. um número de itens reduzido, de acordo com as capacidades de concentração e atenção focada na tarefa das crianças; 6. os detalhes de formato, como um traçado claro dos itens e utilização de formatos grandes e apelativos para crianças mais novas (MATZA *et al.*, 2004; DE CIVITA *et al.*, 2005; SCHLARMANN *et al.*, 2008). Existem algumas inovações metodológicas que podem simplificar a tarefa das crianças, entre as quais o uso de pictogramas e o recurso a computadores em substituição das medidas de papel e lápis.

Aplicações em contextos de saúde

Nos contextos de saúde, um dos objetivos primordiais da intervenção médica é, de algum modo, melhorar a QdV dos doentes. Neste contexto, os instrumentos de avaliação da QdV, sejam genéricos ou específicos, têm aplicabilidade num conjunto variado de situações, cumprindo diversos objetivos. A este respeito, refira-se, por exemplo, a sua relevância no conhecimento do impacto da doença e/ou dos tratamentos médicos (incluindo os seus efeitos secundários); na avaliação da eficácia das intervenções médicas; no melhor conhecimento dos doentes, da sua evolução clínica e adaptação à doença; na melhor avaliação dos cuidados de saúde prestados ao doente, incluindo os cuidados paliativos; na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e o doente; e como auxiliar na tomada de decisões clínicas. Por exemplo, ao informar o doente sobre as alterações comuns aos procedimentos terapêuticos a implementar, facilita-se o seu processo de tomada de decisão (PIMENTEL, 2006). Este autor refere mesmo que o uso da avaliação da QdV pode e deve integrar a formação de equipas que cuidam dos doentes, na medida em que possibilita a estes profissionais a visão do doente como um todo. Outras recomendações relevam a importância de avaliar a QdV como variável suplementar na investigação de novos fármacos e de novas estratégias terapêuticas; em estudos de seguimento; e como possíveis variáveis com valor prognóstico em estudos de adesão às terapêuticas.

Em acréscimo a estes potenciais usos dos vários instrumentos de avaliação da QdV atualmente existentes, não podemos deixar de salientar a relevância particular dos instrumentos da família WHOQOL na avaliação das variações da QdV em diferentes culturas. Pensamos que este facto ultrapassa uma das principais limitações associadas à generalidade dos instrumentos de avaliação da QdV, que consiste no desenvolvimento numa única cultura e posterior

tradução, abordagem que, de acordo com o grupo WHOQOL, não certifica que estas medidas sejam apropriadas para uso em culturas diferentes. De igual modo, e numa ótica de investigação, a essência transcultural destes instrumentos permite ainda a comparabilidade dos resultados que possam ser encontrados em diferentes estudos internacionais, bem como o seu uso em estudos envolvendo culturas distintas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaronson, N. K., Bullinger, M. & Ahmedzai, S. (1988). A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*, 111, 231-249

April, K. T., Feldman, D. E., Platt, R. W. & Duffy, C. M. (2006). Comparison between children with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) and their parents concerning perceived quality of life. *Quality of Life Research*, 15 (4), 655-661

Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M. & Matin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHO-QOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (1), 1-12

Bowden, A. & Fox-Rushby, J. A. (2003). A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. *Social Science & Medicine*, 57 (7), 1289-1306

Bullinger, M. (1991). Quality of life: Definition, conceptualization and implications — a methodologist's view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-148

Bullinger, M., Schmidt, S., Peterson, C. & Ravens-Sieberer, U. (2006). Quality of life — Evaluation criteria for children with chronic conditions in medical care. *Journal of Public Health*, 14 (6), 343-355

Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (eds.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (3-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Canavarro, M. C. & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected adults: The WHOQOL-HIV-Bref. *AIDS Care*, 24 (6), 799-807

Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R. & Pintassilgo, A. L. (2011). Quality of life assessment in HIV infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care*, 23 (2), 187-194

Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (org.) (2010). *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., (…) & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (orgs.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., (…) & Carona, C. (2007). WHOQOL-Bref: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (org.), *Avaliação Psicológica-Instrumentos validados para a população portuguesa* (77-99). Coimbra: Quarteto

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., (…) & Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16 (2), 116-124

Carona, C., Crespo, C., Silva, N., Lopes, A. F., Canavarro, M. C. & Bullinger, M. (2013). Examining a developmental approach to health-related quality of life assessment: Psychometric analysis of DISABKIDS generic module in a Portuguese sample. *Vulnerable Children & Youth Studies*, 8 (3), 243-257

Clarke, S.-A. & Eiser, C. (2004). The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 66

Costa-Catré, M. N., Ferreira, J. A., Catré, M. C., & Pereira, M. (2019). Development and application of a short-form questionnaire for assessing spiritual, religious and personal beliefs related to quality of life (WHOQOL-SRPB-BREF) in Portugal. *Applied Research in Quality of Life*. Advanced online publication. doi: 10.1007/s11482-019-09764-7

Costa Catré, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C. & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 32 (4), 401-417

Cummins, R. A. (1997). *Manual for the Comprehensive Quality of Life Scale-Student (Grades 7-12): ComQol-S5* (5.ª ed.). Melbourne: School of Psychology, Deakin University

Davis, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosh, A. & Ravens-Sieberer, U. (2007). Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: Using qualitative methods to explain the discordance. *Quality of Life Research*, 16 (5), 863-871

de Civita, M., Regier, D., Alamgir, A. H., Anis, A. H., Fitzgerald, M. J. & Marra, C. A. (2005). Evaluating health-related quality-of-life studies in paediatric populations: Some conceptual, methodological and developmental considerations and recent applications. *Pharmacoeconomics*, 23 (7), 659-685

Diener, E. D. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40 (1-2), 189-216

Doka, K. J. (1993). *Living with life-threatening illness: A guide for patients, their families & caregivers*. Nova Iorque: Macmillan, Inc.

Eiser, C. & Morse, R. (2001a). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84 (3), 205-211

Eiser, C. & Morse, R. (2001b). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10 (4), 347-357

Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74

Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In M. P. A. Fleck (org.), *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde* (19-28). Porto Alegre: Artmed

Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28

Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324, 1417

Gaspar, T. & Matos, M. G. (eds.) (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde

Gaspar, T., Matos, M. G., Batista-Foguet, J., Pais-Ribeiro, J. L. & Leal, I. (2010). Parent–child perceptions of quality of life: Implications for health intervention. *Journal of Family Studies*, 16 (2), 143-154

Gerharz, E. W., Eiser, C. & Woodhouse, C. R. (2003). Current approaches to assessing the quality of life in children and adolescents. *BJU International*, 91 (2), 150-154

Guyatt, G. H. (1995). A taxonomy of health status instruments. *The Journal of Rheumatology*, 22 (6), 1188-1190

Heinemann, A. W. (2000). Functional status and quality of life measures. In R. G. Frank & T. R. Elliot (eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (261-285). Washington DC: American Psychological Association

Holden, E. W., Chmielewski, D., Nelson, C. C., Kager, V. A. & Foltz, L. (1997). Controlling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic childhood illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (1), 15-27

Jokovic, A., Locker, D. & Guyatt, G. (2004). How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 13 (7), 1297-1307

le Coq, E. M., Boeke, A. J., Bezemer, P. D., Colland, V. T. & van Eijk, J. T. (2000). Which source should we use to measure quality of life in children with asthma: The children themselves or their parents? *Quality of Life Research*, 9 (6), 625--636

Lowy, A. & Bernhard, J. (2004). Quantitative assessment of changes in patients' constructs of quality of life: An application of multilevel models. *Quality of Life Research*, 13 (7), 1177-1185

Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K. & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological and regulatory issues. *Value in Health*, 7 (1), 79-92

Mason, V. L., Skevington, S. M. & Osborn, M. (2004). Development of a pain and discomfort module for use with the WHOQOL-100. *Quality of Life Research*, 13 (6), 1139-1152

Michalos, A. C. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65 (1), 27-46

Naughton, M. J., & Shumaker, S. A. (2003). The case for domains of function in quality of life assessment. *Quality of Life Research*, 12 (1), 73-80

Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191

Pais-Ribeiro, J. L. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (eds.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. (75-98). Lisboa: Climepsi Editores

Petsios, K., Priftis, K. N., Tsoumakas, C., Hatziagorou, E., Tsanakas, J. N., Galanis, P., Antonogeorgos, G. & Matziou, V. (2011). Level of parent-asthmatic child agreement on health-related quality of life. *Journal of Asthma*, 48 (3), 286--297

Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S. & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS--QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9 (2), 109-123

Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. Londres Routledge

Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina

Quartilho, M. J. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa? In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Quitmann, J., Rohenkohl, A., Sommer, R., Bullinger, M. & Silva, N. (2016). Explaining parent-child (dis)agreement in generic and short stature-specific health-related quality of life reports: Do family and social relationships matter? *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 150

Rapley, M. (2003). *Quality of life research. A critical introduction*. Londres: Sage Publications

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J. & Bullinger, M. (2006). Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: Methodological considerations. *Pharmacoeconomics*, 24 (12), 1199-1220

Sartorius, N. & Kuyken, W. (1994). Translation of health status instruments. In J. Orley & W. Kuyken (eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (3-18). Heidelberg: Springer Verlag

Sattoe, J. N. T., van Staa, A., & Moll, H. A. (2012). The proxy problem anatomized: Child-parent disagreement in health-related quality of life reports of chronically ill adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 10

Saxena, S. & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12 (3), 263-266

Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (3), 203-216

Schlarmann, J. G., Metzing-Blau, S. & Schnepp, W. (2008). The use of health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents as an outcome criterion to evaluate family-oriented support for young carers in Germany: An integrative review of the literature. *BMC Public Health*, 8, 414

Silva, N., Carona, C., Crespo, C., Bullinger, M. & Canavarro, M. C. (2014). The Portuguese DISABKIDS Asthma Module: A global index of asthma-specific quality of life for children and adolescents. *Journal of Asthma*, 51 (6), 645-651

Silva, N., Crespo, C., Carona, C., Bullinger, M. & Canavarro, M. C. (2015). Why the (dis)agreement? Family context and child-parent perspectives on health-related quality of life and psychological problems in pediatric asthma. *Child: Care, Health and Development*, 41 (1), 112-121

Stenner, P. H., Cooper, D. & Skevington, S. M. (2003). Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social Science & Medicine*, 57 (11), 2161-2172

The DISABKIDS Group Europe. (2006). *The DISABKIDS questionnaires: Quality of life questionnaires for children with chronic conditions — Handbook*. Lengerich: Pabst Science Publishers

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life for children and adolescents — Handbook*. Lengerich: Pabst Science Publishers

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56

The WHOQOL Group. (1998a). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28 (3), 551-558

The WHOQOL Group. (1998b). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585

Theunissen, N. C., Vogels, T. G., Koopman, H. M., Verrips, G. H., Zwinderman, K. A., Verloove-Vanhorick, S. P. & Wit, J. M. (1998). The proxy problem: Child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 7 (5), 387-397

Upton, P., Lawford, J. & Eiser, C. (2008). Parent-child agreement across child health--related quality of life instruments: A review of the literature. *Quality of Life Research*, 17 (6), 895-913

Varni, J. W., Burwinkle, T. M. & Lane, M. M. (2005). Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: An appraisal and precept for future research and application. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 34

Varni, J. W., Seid, M. & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39 (8), 800-812

Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R. & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da qualidade de vida em adultos idosos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37, 71-95

Vilar, M., Sousa, L. B. & Simões, M. R. (2016). The European Portuguese WHOQOL--OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research*, 25 (9), 2367-2372

Wallander, J. L., Schmitt, M. & Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 571-585

White-Koning, M., Arnaud, C., Dickinson, H. O., Thyen, U., Beckung, E., Fauconnier, J., (…) & Colver, A. (2007). Determinants of child-parent agreement in quality--of-life reports: A European study of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 120 (4), 804-814

Wiebe, S., Guyatt, G., Weaver, B., Matijevic, S. & Sidwell, C. (2003). Comparative responsiveness of generic and specific quality-of-life instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56 (1), 52-60

(Página deixada propositadamente em branco)

11. Pesquisa biográfica colaborativa: desafios e contributos de um projeto com imigrantes em Portugal

Elsa Lechner

ORCID: 0000-0002-5029-1243

RESUMO:

O capítulo apresenta dois projetos de investigação biográfica junto de migrantes: um com imigrantes residentes na cidade de Coimbra, e outro junto de emigrantes portugueses em Newark, Nova Jérsia/EUA. Descrevem-se os métodos usados (rodas de conversa e oficinas biográficas) nos quais migrantes voluntários das duas pesquisas aceitaram socializar as suas experiências e histórias de vida. O artigo situa os referenciais teórico metodológicos desta pesquisa biográfica colaborativa, evidenciando o valor heurístico e biopolítico dos relatos biográficos no estudo das migrações.

PALAVRAS-CHAVE: migrações; pesquisa biográfica; pesquisa colaborativa

ABSTRACT:

This paper presents two research projects conducted among migrant populations: one in Coimbra with immigrants from many

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_11

different origins, another among Portuguese emigrants in Newark, New Jersey/USA. It describes the methods employed (circles of stories, and biographical workshops), in which migrant volunteers have accepted to share their experiences and life stories. The article situates the theoretical and methodological references of such collaborative biographical research, highlighting the heuristic value and biopolitical weight of biographical accounts in the study of migrations.

KEYWORDS: migrations; biographical research; collaborative research

1. INTRODUÇÃO

O presente capítulo[1] visa apresentar os desafios e os contributos teórico-metodológicos da pesquisa biográfica colaborativa realizada junto de migrantes. Num primeiro momento, a partir de um trabalho sobre imigração na cidade de Coimbra, e, depois, com base numa pesquisa desenvolvida junto de portugueses em Nova Jérsia (EUA).

Em primeiro lugar, apresentarei os fundamentos teóricos e epistemológicos deste trabalho, que se interessa pelas sombras da vida social onde, com enorme frequência, estão remetidos grupos e pessoas vulneráveis como os/as imigrantes. Depois, será feita uma análise ao contributo das oficinas biográficas para a legitimação dos saberes de experiência na investigação em ciências sociais, terminando com um escrutínio do caráter iminentemente interdisciplinar da pesquisa biográfica colaborativa efetuada.

---

[1] Uma versão diferente e mais longa da primeira parte deste capítulo consta da introdução ao livro *Rostos, vozes e silêncios: uma pesquisa biográfica colaborativa com imigrantes em Portugal*, organizado por Elsa Lechner e publicado pela Almedina, Coimbra, 2015.

Este artigo pretende também elucidar o valor heurístico e biopolítico dos testemunhos biográficos, dando conta da coerência teórico-prática entre pesquisa biográfica e trabalho colaborativo, com recurso aos dados concretos obtidos pelos dois projetos realizados com imigrantes e emigrantes.

2. Dos saberes de experiência à socialização dos saberes diferentes num projeto com imigrantes

No horizonte da produção de conhecimento científico contemporâneo, a consciência dos limites e do caráter situado de toda e qualquer perspetiva de análise já não provoca escândalo generalizado. A história das ciências, bem como a filosofia e as etnografias em ambientes científicos ou laboratoriais, têm demonstrado a importância decisiva dos contextos na forma como a ciência, enquanto atividade humana, bem como os saberes produzidos por cientistas, são entendidos, utilizados e veiculados no espaço académico e público (PESTRE, 2013). Não é possível compreendê-los sem inseri-los nos tecidos sociais e políticos nos quais existem e dos quais são simultaneamente produto e terreno de produção/inovação/transformação social.

Tal alargado consenso perante uma questão que toca diretamente o delicado ponto de interseção entre saberes e poderes é fruto do contexto histórico dos últimos trinta anos, no qual a articulação entre ciência e sociedade se equaciona explicitamente com as questões de autoridade e governação. Não menos importantes neste quadro, têm sido ainda as novas tecnologias de informação e comunicação que democratizaram o acesso ao saber (não sem restrições ou mesmo proibições em alguns países), abrindo o espaço de conhecimento e de participação dos cidadãos a uma escala virtual mundial. Independentemente das línguas em que possam ser rececionadas e das literacias digitais dos diversos utilizadores, estas informações

circulam de facto no ciberespaço, acessível a um número crescente e diversificado de pessoas, colocando grandes desafios à mudança social, política e de participação.[2]

Neste cenário, a identificação e (re)conhecimento de outros saberes não oriundos das ciências de *especialista*, ou mesmo fruto de práticas e de grupos tradicionalmente identificados como subalternos («mulheres», «migrantes», «colonizados», «minorias étnicas», «indígenas»), não só se torna possível como se revela coerente com a crescente pluralidade de ordens e de níveis de participação das pessoas na vida pública. Mesmo aqueles e aquelas que possam ser, de uma forma ou de outra, destituídos/as de cidadania (refugiados, apátridas, imigrantes indocumentados), podem ser conhecidos, reconhecidos e dados ou darem-se a conhecer a um público mais vasto e anónimo.

Em 1995, Boaventura de Sousa Santos criou o conceito de «epistemologias do sul», que permite identificar e nomear a diversidade epistemológica existente no mundo. Relegada para os bastidores da história aos olhos do «colonialismo epistémico», essa diversidade foi sendo produzida como não existente pela racionalidade científica e pela técnica moderna. Sousa Santos equaciona essa produção de exclusão com as «linhas abissais» (SANTOS, 2007) que separam historicamente o norte do sul do planeta, construídas sobre os pilares que são o direito e a ciência na nossa cultura ocidental. Tais linhas abissais demarcam não apenas geografias e culturas díspares, mas também relações entre colonizadores e colonizados (ontem e hoje), e uma hierarquização dos diferentes saberes. Para dar conta da diversidade epistemológica que existe *de facto,* Santos propõe uma «ecologia de saberes» (SANTOS, 2007) que reconheça os saberes

[2] Para uma discussão das problemáticas associadas à «inclusão digital», ver Bonilla, M. H. S.; Pretto, N. d. L. (orgs.) (2011). *Inclusão Digital: polêmica contemporânea*. Salvador: Edufba.

«outros» diferentes dos «nossos», e que assim permita uma interculturalidade cognitiva (SANTOS & MENESES, 2009).

Em grande sintonia com a teoria da ecologia de saberes, bem como alinhada com a ideia de uma epistemologia dos «outros» saberes, a nossa proposta de pesquisa biográfica para o estudo das migrações pode florescer teórica e metodologicamente no CES. O foco privilegiado que a pesquisa biográfica traz para os saberes de experiência e para a dimensão relacional do trabalho de investigação no terreno, coloca-a no palco de uma verdadeira ecologia de saberes para a qual muito contribui de forma prática e concreta o nosso método das oficinas biográficas que desenvolveremos neste artigo.

Porém, antes de apresentar as especificidades metodológicas deste trabalho, e as formas como elas democratizam os saberes «socializando o poder» (FERRAROTTI, 2013) ao estabelecer pontes e diálogos entre investigadores e participantes, quero aqui analisar os desafios epistemológicos trazidos pelos saberes e narrativas de experiência dos nossos interlocutores.

Partindo do mote de uma frase repetida por muitos do/as participantes voluntário/as do projeto, a saber, «a minha história não tem interesse», examinarei, em primeiro lugar, o plano de análise das múltiplas valências epistemológicas da pesquisa biográfica que esta frase contém: o encontro entre saberes de experiência e saberes credenciados, a partilha ou confrontação intercultural que este trabalho implica, e a pertinência de uns e de outros na produção de conhecimento científico.

Ao ouvir de um ou uma interlocutora de terreno que «a minha história não tem interesse» (como ouvimos em Coimbra), quem se propõe fazer investigação está perante uma autodesvalorização das experiências e versões dos próprios protagonistas da imigração, bem como face à introjeção de uma posição de subalternidade perante os saberes e poderes instituídos. No entanto, trata-se exatamente do contrário. Os relatos de quem viveu e vive as experiências de

migração, não só são muitíssimo interessantes do ponto de vista social e humano, como são relevantes política e epistemologicamente, pelo que são importantes de conhecer, dar a conhecer e reconhecer no espaço público e privado. As razões desta importância são de ordem vária: os relatos ou testemunhos biográficos neste terreno traduzem experiências concretas vividas objetivamente por imigrantes em espaços e tempos particulares que desenham mapas geográficos, históricos, geopolíticos, económicos, sociais, emocionais e cognitivos das migrações, úteis ao conhecimento científico e eventual reequacionamento de políticas públicas; veiculam ainda as formas e conteúdos específicos dessas vivências nos idiomas culturais, linguísticos e subjetivos dos nossos interlocutores; e representam um suporte de conhecimento não registado em parte alguma que requer dedicada atenção e análise se quisermos mais realisticamente produzir saber válido sobre a imigração. Na prática, tais relatos socializados dão voz, rosto, corpo e nome, a uma história mais vasta que merece ser conhecida à luz destas vidas frequentemente pouco visíveis ou inaudíveis na esfera coletiva.

A inversão dos nossos critérios de avaliação em favor dos saberes de experiência resulta dos nossos pressupostos teóricos e epistemológicos necessários a uma pesquisa biográfica emancipatória (DELORY-MOMBERGER, 2004; LECHNER, 2009a), associada à antropologia da experiência proposta por Victor Turner e Edward Bruner (1986), os seus desenvolvimentos posteriores centrados nas questões da performatividade, bem como aos contributos da corrente das histórias de vida em formação (nomeadamente Gaston Pineau, Pierre Dominicé, Marie-Christine Josso). O nosso ponto de partida e chegada são os discursos de experiência privada (sempre coletiva) de imigração efetivamente produzidos nos espaços e tempos de interação da pesquisa, neles incluindo os silêncios, as lacunas e as (im)possibilidades narrativas.

Falar de saberes de experiência implica dizer o que se entende por experiência, o que conta como conhecimento e como se torna a experiência em conhecimento.[3] No nosso projeto, as referências teóricas orientadoras da nossa proposta combinaram a articulação dialética sugerida por Turner e Bruner entre «vivências» e respetivas formas de representação (o «quê» e o «como» da experiência), com o efeito (trans)formador dos relatos biográficos e histórias de vida (PINEAU, 1983, 1991, 1996; JOSSO, 1991), bem como com o potencial efeito emancipatório e de transformação social (LECHNER, 2009) ou tradução intercultural (SANTOS, 2007) que a partilha de experiências e de saberes de experiência possibilitam.

Fator essencial para trabalhar com e sobre saberes de experiência, como se vê, é o exercício de socialização dos saberes diferentes, contido na ideia e prática de partilha. Só através desta pode acontecer um (re)conhecimento mútuo entre saberes experienciais e não experienciais, comprometido à partida pelas referidas linhas abissais identificadas por Sousa Santos. O (re)conhecimento, como os parêntesis pretendem aqui evidenciar, traduz um duplo movimento inaugural de tomada de conhecimento entre saberes diferentes, e diversas ordens simbólicas de legitimação. Há conhecimentos legitimados e outros não, sendo que a legitimação é, antes de mais, uma credenciação. Ou seja, examinando de perto o significado desta palavra, trata-se da atribuição de um crédito ou de um poder. Então, ser detentor de um saber credenciado é já ter algum poder, mas é também fazer parte de uma relação entre quem procura ser validado e quem atribui essa validação. Neste sentido, está em causa uma interpretação do saber de um em função das referências de outro — o que avalia. Nos pratos da balança, estão, pois, não ape-

[3] Questionamento colocado e respondido por João Arriscado Nunes no seminário *O que diz o corpo quando a boca cala?* O conhecimento baseado na experiência, entre o(s) arquivo(s) e o(s) reportório(s), CES, Coimbra, 13 de abril de 2015.

nas representações, mas também sujeitos, o que nos faz relembrar a definição benjaminiana de tradução: uma relação entre sujeitos e subjetividades diferentes (WALTER BENJAMIN, 1968).

É a valorização dos sujeitos *per se* que está na origem da creditação de saberes de experiência na corrente das histórias de vida em formação (DOMINICÉ, 1984, 1986; JOSSO, 1988; FINGER, 1989). Sem espaço para aqui analisarmos as mudanças ocorridas na história da educação ocidental ao longo do século XX, há, no entanto, que referir esta alteração fundamental que se operou entre a aposta tradicional institucionalizada (e nacionalizada também) numa educação dos cidadãos (com *slogans* e ideologias claramente estabelecidos), e a abertura a uma educação com e para os cidadãos (mais diversificada). Os saberes de experiência, neste contexto, transformaram-se numa experiência nova de formação (DEWEY, 1939), baseada na «biografia educativa» (DOMINICÉ, 1982, 1984; JOSSO, 1986) ou na mediação biográfica da educação de adultos.[4]

Ter em conta (literalmente) que os saberes de experiência (seja num percurso de acreditação pedagógica ou num projeto de investigação com participantes voluntários) implicam, na prática, o contacto e a entrada em relação com os sujeitos da experiência a relatar (que se tornam em sujeito da experiência de um relato). Neste contacto e relação, como será mostrado em detalhe mais à frente, são conhecidos e dados a conhecer os ingredientes da experiência em questão. São eles: as vivências relatadas, o relato em si mesmo, a memória dos acontecimentos e os efeitos das primeiras (as vivências) e do segundo (o relato) sobre o narrador — perceção, consciência, incorporação, apropriação maior ou menor do discurso e linguagem (quando não mesmo língua, sobretudo no caso dos migrantes) uti-

[4] Vários autores revisitaram a história desta implementação da experiência biográfica na formação de adultos. Ver, nomeadamente, Jorge Larossa, 1995; Elizeu Clementino de Souza, 2006; Marie-Christine Josso, 2010.

lizados. Podemos associar esta última (a apropriação) à presença, mas todos os ingredientes e fatores elencados traduzem, como se vê, a importância do corpo e da corporeidade nos saberes de experiência. E nesta importante dimensão, cabe a performatividade da existência, dos atos comunicacionais, bem como a encenação (consciente e inconsciente) dos eventos e interações sociais. Assim como a língua nos fala tanto quanto nós a falamos (como defende a psicanálise), também o corpo e os gestos nos movem tanto quanto nós os movemos. Isto significa que também à escala de cada existência há, pois, sombras e ângulos mortos de conhecimento.

A nossa postura corpo a corpo no terreno do estudo das migrações é consciente dos desafios colocados à investigação pelo caráter institucional de alguns diálogos com representantes de serviços públicos, e pela natureza social e subjetiva dos encontros (mais numerosos do que os desencontros) com interlocutores que, por definição, se encontram numa posição de maior fragilidade estatutária. Mas, tal como alerta Daniel Bertaux a propósito das posições relativas e estatutos institucionais dos diversos intervenientes nos terrenos de pesquisa, a *diferencialidade* (BERTAUX, 2010, pp. 35-37) da nossa equipa de investigação foi particularmente adequada ao nosso campo de estudo. De facto, não só cada membro da equipa pertencia a uma disciplina diferente, dando assim conta simultaneamente de vários aspetos da imigração em Portugal, como a grande maioria dos colegas teve ou tem uma experiência de mobilidade internacional que nos ajudou a colocarmo-nos no «lugar do outro». Não é por se ser universitário que a vivência da estranheza, o confronto cultural, ou mesmo a discriminação, deixam de existir. Mesmo o estatuto legal de alguns dos colegas da equipa, em Portugal ou noutros países onde já viveram, se confundiu por momentos com o de participantes da pesquisa.

Diversos estatutos legais, sociais, profissionais, juntamente com diferenças culturais, competências linguísticas, e referências simbó-

licas, marcam fronteiras entre investigadores e participantes. Mas a intenção de levar a cabo uma pesquisa partilhada que reconhece, valida e valoriza os testemunhos dos imigrantes (LECHNER, 2009b, p. 91), corrobora menos as desigualdades de partida e assume as diferenças como fonte de conhecimento. Na verdade, a pesquisa colaborativa, como este capítulo tenta mostrar, põe em cena os diversos parceiros de interação a trabalhar «por dentro» e de forma explicitada as suas diferenças e similitudes. No hiato das tangências impossíveis entre pessoas diferentes (religiões, línguas, valores) — quando devidamente identificado e nomeado em conjunto —, tecem-se paradoxalmente as pontes de comunicação entre os respetivos mundos distantes. Mais do que isso, faz-se a experiência (rara, na vida quotidiana das relações entre classes e grupos culturais distintos) do respeito pela diferença, por vezes radical. Para tal, é preciso ter vontade de conhecer o diferente, pôr em causa as nossas próprias posições, e querer agir em conjunto. Sem esta vontade mútua não há pesquisa colaborativa.

A um nível macro teórico de investigação sobre saberes de experiência, temos de considerar a tendência marcada há mais de meio século pelo desenvolvimento do paradigma interpretativo nas ciências sociais e humanidades. Estas têm-se orientado para o estudo de dados subjetivos das realidades sociais, analisando, com instrumentos teóricos e metodológicos, os valores, representações, crenças, senso comum. Tal centralidade dada à subjetividade humana foi precedida pela teoria socioconstrutivista de Jean Piaget e Lev Vygotsky sobre as formas de conhecimento humano. Os dois autores defendiam que qualquer saber — e, logo, qualquer sentido atribuído à realidade —, está subordinado a práticas concretas de indivíduos em contexto, na interação com o seu meio social. Assim, tanto do ponto de vista cognitivo, como nas perspetivas fenomenológica, hermenêutica e do interacionismo simbólico em que assenta o paradigma interpretativo, há que dar a palavra aos atores sociais para se conhecer

qualquer problemática social, bem como entendê-los como sujeitos da história.

É a essa palavra dos sujeitos sobre as suas experiências de vida que recorrem, de diferentes maneiras, as correntes de estudo biográfico no seio de várias disciplinas sociais.[5] A primeira foi a sociologia qualitativa da Escola de Chicago na década de 1920, iniciada por William Thomas e Florian Znanieki com um trabalho em cinco volumes sobre os imigrantes polacos em Chicago (1918-1920); mais tarde, a sociologia desenvolvida em França e Itália nas décadas de 1970 e de 1980 (Daniel Bertaux, 1976, 1981; Franco Ferrarotti, 1981; Maurizio Catani & Suzanne Mazé, 1982; Pierre Bourdieu, 1986, 1993; Vincent De Gaulejac, 1992), bem como a corrente das histórias de vida em formação, na área da educação de adultos, em ação nos dois lados do Atlântico a partir da década de 1980 (Gaston Pineau, 1983; Nóvoa & Finger, 1988; Pierre Dominicé, 1990; Marie-Christine Josso, 1991; Christine Delory-Momberger, 2004, entre outros). Os usos antropológicos de biografias ao longo do século XX, como bem mostra Brian O'Neill (2009), sempre estiveram presentes, tanto na Europa como nos EUA, mas o seu estatuto metodológico na disciplina sempre foi oscilante. Os usos que se fazem do estudo biográfico dependeram historicamente, assim se vê, de posicionamentos teórico-metodológicos específicos às tendências das disciplinas em contextos temporais e geográficos diferentes.

Na senda da construção de um campo de pesquisa biográfica transversal a todas estas disciplinas, o trabalho de Christine Delory-Momberger e de Franco Ferrarotti afigura-se particularmente edificante. No clássico volume editado por Daniel Bertaux em 1981, Ferrarotti contribui com um texto sobre a autonomia do método bio-

[5] Não nos referiremos aqui à história oral que também desenvolve trabalho com histórias de vida e narrativas biográficas (nomeadamente Paul Thompson, Alessandro Portelli, Luisa Passerini).

gráfico na sociologia, no qual legitima o valor heurístico dos relatos biográficos e defende o seu caráter totalizante. Para o sociólogo italiano, inspirado pelo existencialismo de Sartre, o individual e o coletivo interagem inevitavelmente, constituindo, assim, uma *praxis* sintética entre as experiências singulares dos fenómenos sociais e os contextos coletivos em que os mesmos ocorrem. Para dar conta desse núcleo de interseção, o método biográfico afigura-se o mais adequado. Ele permite não só prestar atenção às experiências concretas dos atores sociais (ao se interessar pelos testemunhos privados), como considerá-los sujeitos de história e autores de possíveis versões criativas das identidades sociais. Ferrarotti apelidou este trabalho de «polo clínico» da análise social, fazendo reconhecer a importância de assumir as subjetividades e intersubjetividades no terreno e estabelecendo uma diferença fundamental com as posturas mais positivistas: o estudo do biográfico como objeto social não pretende estabelecer leis e apontar para tendências (visão nomotética), antes visa a compreensão das formas de representação social dos sujeitos em interação (visão ideográfica). Para o sociólogo italiano, este reconhecimento da «ciência da incerteza» (Ferrarotti, 2005) que é a sociologia qualitativa, não só não corresponde a um aparente erro ou deslegitimação do saber por ela produzido, como é menos utópico do que a crença na objetividade imaculada das «ciências duras». A própria ciência é uma construção humana e, na nossa era, segundo o autor, estamos perante uma pós-disciplinaridade que não deve constituir fonte de angústias, antes merece ser assumida na análise das nossas sociedades complexas.

Cerca de vinte anos depois deste ousado contributo do professor de Roma, foi a vez de Christine Delory-Momberger — vinda dos estudos literários românicos e germânicos — trazer para a edificação da pesquisa biográfica uma obra de referência fundamental: o seu livro *Les histoires de vie: de l'invention de soi au projet de formation* (2000, [segunda edição em 2004]) que traça a genealogia dos estudos bio-

gráficos nas diversas áreas das humanidades e das ciências sociais. Nesta obra, Delory-Momberger dá conta de forma muito sólida das várias fases de interesse pelo biográfico no mundo ocidental, tanto em diferentes cenários sociais (técnicas de si, teografias e hagiografias, confissões, crónicas, nascimento da autobiografia moderna, romances existenciais), como no mundo académico e da produção de conhecimento científico (estudos literários, ciências sociais, ciências da educação). A «injunção biográfica» veio para ficar longo tempo na cultura ocidental e ainda não desapareceu dos nossos horizontes de análise social. As bases históricas do entendimento deste traço sociológico e antropológico da nossa cultura foram, mais recentemente, complementadas por outras obras da mesma autora sobre biografia e socialização (2003), e «a condição biográfica» (2009). As transformações sociais dos últimos quarenta anos, pelo menos, alteraram os modos de vida tradicionais e produziram novas relações entre os indivíduos e a sociedade. Nesse contexto, mostram estes trabalhos, a biografia, bem como o ato de se biografar (os processos de biografização), tornaram-se simultaneamente processos de construção individual e elementos determinantes de produção da esfera social (p. 13). Nomeadamente na era do digital, acrescente-se, o biográfico ganha um rosto público acessível a um número crescente e anónimo de recetores, utilizadores das redes sociais, para além do acrescido número de possíveis leitores (com a democratização do acesso à educação ao longo do século XX) de suportes escritos, como livros ou jornais, que se tornam autores possíveis no espaço virtual. O trabalho que tenho desenvolvido mais recentemente neste campo da pesquisa biográfica tenta justamente incorporar esta dimensão virtual de comunicação e acesso ao espaço público através do digital, nomeadamente no que diz respeito à expressão autobiográfica dos migrantes em redes sociais e *sites* na Internet. Apelidado de pesquisa de *media* participativa, este articula a análise de testemunhos privados partilhados *online* com uma discussão teórica sobre o conceito

de emancipação *glocal*. Entre pessoas e comunidades migrantes, esta reveste-se ainda da pertinência de dar relevo social, político e cultural, a vidas e protagonistas tendencialmente diminuídos ou desprezados pelos estereótipos dominantes e pelo senso comum.

3. O CONTRIBUTO DO MÉTODO DAS OFICINAS BIOGRÁFICAS PARA A LEGITIMAÇÃO DO CONHECIMENTO EXPERIENCIAL

Diferentes contextos produzem diferentes «textos», fazendo com que a análise dos relatos seja concomitante à análise dos seus espaços de enunciação e receção: Quem diz o quê, a quem, como, porquê? Com que intencionalidade? E finalidade?

Estas perguntas, como se vê, desdobram o estudo dos contextos de enunciação dos relatos de experiência no sentido do estudo das relações que se estabelecem entre quem conta e quem ouve. No caso que aqui nos ocupa da pesquisa colaborativa com narrativas biográficas de imigrantes, estamos perante uma investigação-ação. Não é possível fazer um estudo biográfico com imigrantes participantes em oficinas biográficas ou rodas de histórias, sem que todos os intervenientes não saiam transformados de tal experiência. Neste sentido, a palavra dada aos saberes de experiência dos sujeitos participantes não consiste apenas num relato sobre a mesma, mas ainda numa transformação da experiência: a de se ser imigrante num determinado contexto caracterizado pela invisibilidade e silenciamento, para se passar a ser um imigrante participante de uma pesquisa. E, no caso dos membros da equipa de investigação: a de se ser pesquisador/a na torre de marfim da universidade/estatuto no terreno, para passar a ser pesquisador/a colaborativa em partilha de diferentes saberes nesse mesmo terreno.

A pesquisa biográfica definida como pesquisa existencial das relações sociais e construção de sentidos a partir de factos temporais vividos na primeira pessoa, implica um processo de expressão da experiência; analisa saberes de experiência. Alargada aos seus vários sentidos formais (como grafia ou representação oral, visual, expressiva), substantivos (históricos, culturais, sociais, políticos) e técnicos/estéticos (forma como as experiências são comunicadas), ela apresenta múltiplas possibilidades de análise dos mundos sociais que os relatos traduzem. Do lado dos pesquisadores promotores do estudo biográfico, ela requer ainda uma reflexão sobre as dimensões moral, ética e política dos fins a que se propõe e dos meios a que recorre. Por isso mesmo, a problemática teórica do estudo em questão, bem como a vigilância metodológica sobre os respetivos procedimentos colaborativos, não se encontra isolada de um posicionamento público que assume querer dar visibilidade a versões não oficiais da imigração em Portugal. Os saberes de experiência dos nossos interlocutores têm e contêm, precisamente, esse relevo coletivo. Porque assim é, o método das oficinas biográficas funciona como uma teoria processual adjacente coerente à teoria-quadro enunciada pelo projeto. E nesse sentido de uma teoria de prática concreta, resolve «a latitude problemática» analisada por Idalina Conde nos estudos biográficos (CONDE, 1993).

A grande especificidade metodológica do projeto aqui em consideração reside na recolha e análise de narrativas biográficas produzidas em oficinas biográficas ou rodas de histórias. Tal como foram aplicadas nesta investigação, as oficinas correspondem a um método que criei com base em referências teóricas e práticas que recolhi, a partir do início dos anos 2000, junto de Danis Bois e Jeanne-Marie Rugira (2006), Marie-Christine Josso (1991, 2002), Christine Delory Momberger (2006). O trabalho da psicopedagogia percetiva proposta por Danis Bois inspirou os exercícios de escuta promovidos no início de cada dia de oficina com os participantes do projeto; o formato

circular (daí também o termo alternativo de roda de histórias) foi adotado da metáfora da *arbre à palabre* sugerida por Jeanne-Marie Rugira num seminário frequentado na Universidade de Paris 8 em 2004[6]; e a análise de relatos biográficos em grupo, inspirou-se nos trabalhos de Marie-Christine Josso e Christine Delory-Momberger com adultos em formação. Combinando elementos teóricos e epistemológicos dos trabalhos deste autor e autoras e formador/as, foi possível imaginar um ateliê biográfico que, em português, numa tradução literal, se passou a chamar de oficina biográfica. Num primeiro exercício realizado em 2006 com alunos da Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade da Universidade do Estado da Bahia, coordenada pelo professor Elizeu Clementino de Souza, no âmbito do Grupo de Pesquisa (Auto)biografia, Formação e História Oral (GRAFHO), foi posta em prática uma oficina biográfica focada nos projetos de pesquisa em curso. Depois desta experiência relatada num artigo publicado na *Revista Crítica de Ciências Sociais* (LECHNER, 2009, pp. 48-53), foi possível realizar uma outra oficina num curso de formação avançada, já no CES, em 2010. Foi na preparação da candidatura do projeto FCT aqui em consideração que desenhei o método das oficinas para o estudo e análise do tema da imigração, tendo publicado em 2012 um texto que apresenta e descreve o protocolo de funcionamento das oficinas biográficas. Neste projeto em particular, as oficinas concretizam o ideal de estudar a imigração com imigrantes e não apenas sobre ele/as, permitindo explorar a dimensão colaborativa do trabalho biográfico realizado com grupos e, consequentemente, produzindo um saber-poder-ação na esfera da transformação social. Criando o tempo e o espaço de uma escuta e partilha extraquotidianas (BOIS & RUGIRA, 2006), entre participantes voluntários da pesquisa e equipa de investigação, não só inauguramos uma relação instauradora (LECHNER, 2009) de

[6] *Atelier Biographique*, Universidade de Paris 8, junho de 2004.

diálogo entre diferentes, como propomos identificar, nomear e rever as respetivas posições de sujeito no terreno. Decerto, aprendemos uns com os outros e não saímos iguais dessa relação mesmo na assimetria. Não é só a imigração como tema que sai nutrida, mas é também a experiência das relações sociais entre pesquisadores e pesquisados que fica transformada.

Apesar de também termos efetuado entrevistas individuais, neste estudo desenvolvemos, sobretudo, oficinas reunindo participantes voluntários do projeto de pesquisa. Eles e elas aceitaram contar as suas experiências de imigração em Portugal, autorizando a sua divulgação e construindo com a equipa conhecimento útil aos estudiosos da imigração. Vários dos textos incluídos neste volume analisam diversas dimensões destas oficinas ou rodas de histórias. Por isso mesmo, nesta introdução, desejo sobretudo sublinhar a adequação do método ao nosso propósito analítico de conhecer as realidades da imigração a partir das experiências e versões de quem a protagoniza. Estas não só foram fornecidas aos membros da equipa, como aos demais participantes das rodas, uma vez que os voluntários sabiam (após reuniões prévias de apresentação dos objetivos e funcionamento da pesquisa) que iriam socializar os seus relatos em oficinas biográficas.

Os condicionalismos formais e institucionais dos métodos biográficos e colaborativos não foram nunca postos de parte ou negligenciados na nossa reflexão. Nem antes, nem durante, nem depois das rodas. Eles foram mesmo objeto de demoradas discussões ou conversas no seio da equipa e com alguns dos consultores do projeto. Nomeadamente os contributos dos consultores Giovanni Attili e José Ribeiro permitiram pensar as rodas e as suas filmagens autorizadas pelos participantes como limites que desafiam a proposta de colaboração. Mas assim como estas considerações avisadas permitiram identificar com maior precisão as fronteiras entre o possível e o impossível no terreno de interação com os parti-

cipantes (reciprocidades assimétricas, impossibilidades narrativas, discursos de identificação/desidentificação), elas também levaram à permeabilização dessas mesmas fronteiras ao optarmos por tomar em consideração esses limites como potencialidades. Neste ponto exato dos limites como potencialidades, tornou-se uma evidência o efeito cumulativo e complementar do recurso a meios audiovisuais na nossa metodologia. De facto, ao termos disponíveis todas as oficinas em suporte fílmico, com som, podemos ver e mostrar o que se passou nos grupos mais para além do que as palavras ditas e caladas neles enunciaram. Se uma filmagem sempre condiciona quem é filmado ao sabê-lo, ela também capta aquilo que cada um/a não sabe ou não pode esconder. E porque as oficinas duraram três dias inteiros de trabalho em grupo, mais familiarizadas as pessoas se sentiram com as câmaras e equipa técnica na sala. Mas independentemente de todos os prós e contras destas filmagens, sempre foi claro para nós que o que se apresentava à nossa análise era o que era para tratar. Numa perspetiva émica e fenomenológica do trabalho, adotámos conscientemente a postura já defendida por William Thomas na década de 1920: «Se os homens percebem certas situações como reais, elas serão reais nas suas consequências» (Thomas, W.; Thomas Dorothy S. *The Child in America*, 1928, *apud* Bertaux, 2010, p. 35). E mais para lá do pacto autobiográfico preconizado por Philippe Lejeune «eu, autobiógrafo, concordo em dizer a verdade e tu, leitor, concordas em aceitar o que eu digo como fidedigno» (LEJEUNE, 1996), então, optámos por um pacto heterobiográfico. Aqui, o que é narrado como experiência da imigração é ouvido e recebido como uma versão coletiva, desde logo porque produzida em grupo e porque consciente da dimensão social das questões e temas partilhados. Os participantes também sabiam que estavam a produzir narrativas sobre um tema da «especialidade» dos membros da equipa. Razão pela qual a sua consciência do caráter coletivo dos seus testemunhos individuais se associou ainda a uma noção de

verificação de muitos dos factos enunciados. De qualquer forma, as rodas não partiram nem partem do princípio de que os voluntários participam para contar mentiras ou histórias imaginadas. E se assim o fizessem, estariam a quebrar o pacto heterobiográfico. Nestes casos, a responsabilidade moral seria sua, a obrigação analítica nossa.[7]

As oficinas biográficas criaram espaços e tempos de enunciação, escuta atenta e ressonância[8] das histórias e narrativas de cada um/a. Precisamente porque cada participante toma a palavra e ouve as dos demais presentes, e que cada escuta é convidada a oferecer a sua ressonância da história acabada de ouvir, é que as oficinas demoram tempo. O formato circular funciona como espaço de diálogo menos hierarquizado na disposição dos corpos, e equidistante para cada participante em relação ao tema comum de partilha, colocado no centro das atenções. A partir do seu lugar, cada um tem também uma perspetiva única sobre o tema colocado no centro da roda. Neste projeto tratou-se de contar e ouvir as experiências de imigração de cada voluntário/a, acrescentando as ressonâncias de todos os ouvintes de cada história (como cada um/a ouviu a história do/a outro/a), e identificando em conjunto os subtemas revelados. Os efeitos das rodas são exponenciais, pois, os temas comuns partilhados tomam corpo e espessura muito para além da experiência singular de cada

---

[7] Esta questão já foi objeto de muitas reflexões por parte de antropólogos. Ver, nomeadamente, Peter Metcalf (2002), *They lie, we lie: getting on with anthropology*, Londres e Nova Iorque: Routledge. E remete ainda para uma outra questão relacionada com o exercício de restituição do trabalho efetuado no terreno. A este propósito ver o livro organizado por Caroline Brettell (1993), *When they read what we write: the politics of ethnography*, Westport, Connecticut e Londres: Bergin & Garvey.

[8] Importámos o termo ressonância da psicopedagogia precetiva proposta por Danis Bois. No entanto, estendemo-lo ao trabalho com narrativas de vida sem mediação corporal na relação entre narrador e narratário. No primeiro caso, a relação é terapêutica e a ressonância traduz-se na verbalização da experiência imediata após tratamento corporal; no segundo, cada participante verbaliza a partir do depoimento do outro. Trata-se de um comentário à experiência do outro a partir da ressonância *sensível* que a escuta ofereceu.

um. Aqui, o individual está no coletivo, tanto quanto o coletivo se encontra e reside no individual. A participação nas rodas, aliás, traz essa consciência aos participantes: da «minha história não tem interesse» ou da «pensava que era só comigo», passa-se à experiência do partilhado, valorizado e reconhecido. Ao serem nutridos pelo grupo, os subtemas da imigração, como o racismo, discriminação, exploração no trabalho, vulnerabilidade perante o Estado, entre outros, são percebidos como comuns por cada um dos participantes. E cada um vê-se também a contribuir para a validação da experiência do outro. É claro que esta nunca foi só uma experiência isolada, mesmo que possa ter sido (e é muitas vezes) vivida de forma solitária pelos migrantes. Mas é na socialização dos relatos e no tempo comum das oficinas que estes vivenciam a carga social e política dos seus testemunhos. As rodas produzem um efeito de refração dos temas socializados (como a refração da luz na água). A propagação da informação faz-se, nesta refração, pelos diversos participantes da roda pois todos oferecem o seu eco, a partir das suas experiências concretas, referente a cada subtema em pauta. Neste sentido, o método das oficinas biográficas põe em prática um dispositivo paradigmático de ecologia de saberes, no qual não é apenas possível conhecer o saber do «outro», como se socializa o poder de construir conhecimento em conjunto: as ressonâncias ou refrações temáticas dão corpo ao edifício de um saber comum.

Só por si, as narrativas biográficas apresentam múltiplas dimensões de análise: linguística, performativa, mnemónica, biopolítica. Mas uma vez partilhadas em oficinas, mostram-se ainda sociopolíticas e históricas, tendo em conta que permitem identificar questões coletivas da maior importância para cada um e para a sociedade; possibilitam nomear lacunas e falhas na justiça do Estado (muitas vezes guardadas em silêncio ou resignado sofrimento); viabilizam novos significados e novas posturas dos imigrantes no espaço público e privado. Este último não é menos importante se quisermos reco-

nhecer que também nas emoções e na autoperceção os sujeitos se podem negar uma relevância que têm e que é coletiva.

Tal como descrito no já referido artigo sobre as oficinas biográficas (LECHNER, 2012), os relatos biográficos dos participantes constituem-se como: 1. atos de linguagem — produzem-se no tempo e no espaço de uma enunciação particular; são transitórios, moventes, vivos e reconfiguram-se no presente do momento em que são enunciados; nunca são de uma vez por todas; reconstroem o sentido das experiências vividas; traduzem identidades narrativas (RICOEUR, 1983); 2. como atos performativos — fazem dos narradores os sujeitos/personagens da sua história privada; fazem dos narratários os sujeitos de uma história partilhada na qual se distinguem mais claramente as proximidades e diferenças, aspetos comuns e não comuns das identidades; fazem da partilha uma fonte de saber que evidencia o papel do corpo na experiência de vida e na narração; colocam o corpo no campo de compreensão das experiências vividas e do saber produzido (o corpo arquivo de memórias; lugar de experiência; lugar de expressão ou silenciamento; lugar de resistência e de criatividade ou reivindicação identitária e ou de direitos); 3. como atos de memória — tecem os acontecimentos vividos com os fios do agora, (re)constroem uma história vivida no passado, constroem uma congruência entre o presente e o passado, constroem uma imagem ou figura do sujeito que se reapropria de si e redefine uma nova identidade, constroem pontes de projeção no futuro (sujeito-projeto); 4. como atos biopolíticos — traduzem, na prática, o conceito forjado e analisado por Michel Foucault (1976, 1978-79) de biopolítica, que designa um poder sobre a vida confrontado com o poder da vida. Uma dimensão deste poder da vida é a competência reflexiva dos sujeitos que, no caso da biopolítica da imigração, lhes permite levar a conhecer os próprios direitos (de cidadania e humanos) e contextos sociopolíticos de existência, muitas vezes desconhecidos ou mal conhecidos. As narrativas biográficas traduzem ainda, neste campo,

formas de resistência a regimes políticos ou discursivos dominantes; traduzem uma visão entre outras da história; produzem formas de conhecimento não hegemónicas, e formas de reconhecimento público das experiências dos migrantes.

Os leitores podem verificar como estas quatro dimensões dos relatos biográficos anunciam um quadro de compreensão e de ação sobre a aprendizagem e o saber, vocacionado para um diálogo efetivo entre os sujeitos, na diversidade e na reflexividade. O estatuto e o uso da narrativa autobiográfica no contexto migratório, mais propriamente, revela o peso do abismo que existe entre as experiências concretas de pessoas em carne e osso e os discursos normativos, oficiais e institucionalizados. Um exemplo radical é o dos pedidos de requerentes de asilo que são sujeitos a uma verdadeira tradução institucional (GIORDANO, 2009) para se poderem conformar às expetativas da administração estatal, da polícia, dos juízes ou dos serviços caritativos de quem, no final, depende a aceitação do relato enunciado e consequente aceitação legal do requerente. Nas oficinas biográficas com imigrantes não estamos perante um quadro institucional tão opressivo ou constrangedor como o de uma esquadra de polícia ou sala de tribunal. Aliás, elas procuram ser um lugar de segurança, de conforto e de confiança entre todos os participantes. No contexto das oficinas, cada um/a produz o seu relato autobiográfico de migração, verificando-se o que todos os trabalhos da corrente das histórias de vida em formação constatam: o poder formador e transformador destes relatos (PINEAU, 1983, 1989, 2006; JOSSO, 2002). Também identificámos os efeitos de validação, valorização e emancipação dos relatos partilhados. Cada um/a sai da sua solidão, conhece outras histórias, partilha a sua experiência, o que só por si revela um potencial transformador das relações sociais neste microcosmo criado nas oficinas. Sobretudo no que diz respeito ao conhecimento dos estereótipos (seu funcionamento e clara insuficiência para explicar as identidades e relações interculturais), as

oficinas são altamente poderosas. Na verdade, os participantes nelas denunciam os resultados indesejados desses estereótipos (por exemplo, «a mulher brasileira», «os chineses», «os africanos»), as vivências concretas dessas projeções e mesmo introjeções (quando o estereótipo é incorporado ou assumido), para depois as desconstruírem em grupo, mais ou menos espontaneamente. Portanto, o individual mostra-se coletivo também no trabalho de desconstrução de etiquetas que as oficinas permitem. Tal facto consubstancia os efeitos sociopolíticos e históricos das narrativas partilhadas em grupo: é possível ser imigrante e conviver entre diferentes sem reproduzir estereótipos e discriminações sobre si próprio e sobre os outros…

A miríade de histórias e estórias que os migrantes participantes deste projeto connosco partilharam, guiaram o nosso trabalho no sentido do conhecimento direto dos seus saberes «incorporados» (HARAWAY, 1988). Estes não só foram socializados nos grupos criados entre membros da equipa e participantes voluntários ao longo da pesquisa, como permitiram fazer a experiência no próprio contexto da investigação de uma socialização do poder de produzir conhecimento público, pouco comum nas sociedades de acolhimento, senão mesmo na sociedade em geral. Neste sentido, a partilha de saberes de experiência no âmbito deste projeto pôs em cena nos espaços e tempos por nós criados, o raro diálogo entre duas ordens de saber diferentes norteadas pelo propósito acordado entre as partes de produzir conjuntamente conhecimento útil para o «bem comum».

Sem se encontrarem na situação radicalmente dramática dos imigrantes indocumentados que arriscam a vida no Mediterrâneo (depois de sobreviverem à passagem pelo deserto e pelas cidades de espera antes de embarcar para a Europa), os migrantes com quem trabalhámos neste projeto trouxeram os seus saberes de experiência à nossa análise interessada pelas sombras, contrapontos, e versões não oficiais da imigração em Portugal. Não é apenas a *vida nua* dos primeiros que constitui objeto paradigmático de uma «episte-

mologia das sombras» na necessária análise da política europeia de imigração, da defesa efetiva dos direitos humanos destes migrantes, ou das relações históricas e políticas entre os países de origem e de destino destas pessoas. É também a vida desconhecida, estigmatizada, quando não desprezada, dos imigrantes nos chamados países de acolhimento, que desafia uma análise corajosa das zonas de sombra entre «estrangeiros» e «nacionais».

Alargando o alcance da visão ao vasto e rico espectro de conhecimento transdisciplinar criado pelas e nas oficinas, cada um pode, pois, sair do «seu canto» e fazer a experiência de um olhar de longo alcance sobre as experiências de migração. Tal visão panorâmica acompanha um olhar em profundidade (densidade sincrónica e diacrónica do olhar), em coerência com o exercício de conhecimento fundamental que as questões em causa requerem.

4. Uma espiral interdisciplinar de produção de conhecimento

A imagem da espiral ajuda a ilustrar o caráter transdisciplinar das oficinas biográficas com migrantes. Na roda, cada participante traz a sua história de migração, e ouve as demais, oferecendo após cada escuta a sua ressonância da história que outro contou. Os participantes sentam-se em círculo, e como numa *arbre à palabre*, oferecem a sua perspetiva única sobre o tema em tratamento. Cada visão é seguida das ressonâncias dos demais participantes e, assim, a história de cada um/a é comentada, acrescentada, seguida pelos colegas de grupo. O sentido das narrações não procura ser linear, nem teleológico, pulverizando-se mesmo em vários subtemas pertinentes que são coconstruídos e seguidamente analisados em conjunto.

Porque as oficinas de que falamos são grupos de trabalho que reúnem participantes voluntários em torno do tema comum da e/

imigração, os subtemas que temos estudado dizem sobretudo respeito a questões de discriminação, racismo, estereótipos, identidades e condições da vida na e/imigração. Os pressupostos teóricos destas oficinas são os apresentados na primeira parte deste texto, e os objetivos visam concretizar os postulados de pesquisa colaborativa, comprometida com a construção de um saber partilhado, útil a todas as partes envolvidas e não apenas a quem faz investigação. Procuramos pôr em prática a vontade de conhecer a e/imigração com os e/imigrantes, numa relação de proximidade, e não à distância. São os nossos interlocutores que nos dizem o que é ser e/imigrante de um determinado país, noutro. E nessas descrições — que são, não o esqueçamos, testemunhos privados de vivências concretas —, coconstroem com a equipa de investigação os sentidos empíricos de conceitos operatórios centrais ao nosso trabalho, tais como «emigrante», «imigrante», «africano/a», «brasileiro/a», «chinês/a», «estrangeiro», «português», entre outros.

Durante três dias consecutivos, cada grupo reúne idealmente das nove da manhã, às dezoito da tarde para que cada participante conte, na primeira pessoa, a sua história concreta de migração. Em função do número de participantes (que não deve exceder os doze) o tempo pode ser mais ou menos estendido na fala de cada um/a. Começamos cada dia com um exercício de escuta, de olhos fechados, que permite fazer a experiência de uma audição mais atenta e respeitosa, ancorada no corpo. Antes de tudo, faz-se um pacto verbal de respeito pela diferença de cada participante, pois a roda serve para conhecer e não para julgar ou condenar. Este exercício é seguido de uma partilha sobre a forma como cada um/a viveu essa escuta. Desde logo, cria-se uma empatia no grupo e percebe-se a diversidade existente, apesar do exercício ser comum: cada um/a vive de uma certa maneira os minutos de «silêncio».

Cada partilha demora o tempo somado de cada relato seguido das respetivas ressonâncias. Assim, este é um espaço de palavra

e escuta multiplicadas. Depois do exercício de escuta, passamos aos relatos autobiográficos (escritos ou orais, consoante) dos participantes que seguem a mesma estrutura do exercício anterior: partilha, escuta, ressonâncias. E no fim de todas as partilhas e ressonâncias, que demoram dois dias, faz-se um balanço dos temas trazidos para e pela oficina, bem como da experiência de trabalho em roda. Esta é uma situação extraquotidiana que criamos após apresentação do projeto aos potenciais participantes voluntários, e que representa sempre uma experiência altamente gratificante para todos os implicados (assim o vivemos nós, e assim o dizem eles/ /elas).

Perante o material que é produzido no e pelo grupo, o olhar de uma só disciplina é insuficiente. Há que trazer para a análise as competências de quem sabe sobre os múltiplos temas e subtemas abordados ou trazidos à tona, sobre a metodologia participativa, sobre discurso, narrativas, e contextos de fundo dos fenómenos migratórios em estudo. Quanto a este último aspeto, por exemplo, há que ter em conta diferentes tipos de imigração em Portugal e que trazem vários cenários de reflexão: se é a imigração de ex-colónias portuguesas, de países do leste europeu ou, ainda, de antigas colónias britânicas, por exemplo. O primeiro caso obriga a conhecer o passado colonial português, as relações passadas e presentes com cada país de origem dos migrantes, alguns casos levam à história de outros impérios e transnacionalismos contemporâneos, ou à história recente da Europa.

Assim, a espiral sugerida diz respeito não apenas ao efeito cumulativo e exponencial das histórias partilhadas em grupo, mas também dos saberes disciplinares convocados para compreender e analisar todo esse material produzido. Este último, aliás, não tem um fim propriamente dito. Apenas aquele que o tempo de cada pesquisa e os meios técnicos e logísticos impõem de cada vez. Por isso mesmo, cada roda gera potencialmente outras rodas, podendo-se dividir o

trabalho ou compô-lo de forma mais ou menos criativa se quisermos ou pudermos interagir também com as artes.

No caso das oficinas biográficas realizadas em Coimbra no âmbito do projeto FCT em análise, a primeira conduziu à segunda (grupo homogéneo só de estudantes *vs.* grupo heterogéneo com estudantes, trabalhadores, de várias idades). Surgiu depois uma terceira, não planeada, só com mulheres, e uma quarta dedicada ao tema das religiões no contexto de imigração. Tema este que se evidenciou nas oficinas anteriores, tal como a questão do género.

Noutro projeto, desta feita no bairro português de Newark (*Ironbound*)[9], por sua vez, foi a secção cultural do Sport Club Português que nos abriu a porta e aceitou o pedido de realização de uma roda de histórias de emigração portuguesa. Aqui, participaram duas mulheres e cinco homens vindos de Portugal para os EUA nas décadas de 1970, 1980 e 1990. Contando com a presença de gerações muito diferentes (o participante mais novo tinha trinta e poucos anos, o mais velho setenta e oito), esta roda ilustrou diferentes vagas migratórias de Portugal para os EUA e facetas muito diferentes da comunidade portuguesa local. Foi muito interessante conhecer as razões de partida de cada um/a para Nova Jérsia, motivadas por factos tão diversos como os estudos de uma filha nos EUA, o trabalho numa companhia de aviação, a fuga ao desemprego em Portugal, acompanhar um marido emigrado, a perda da família em Portugal, redes de sociabilidade em Nova Jérsia, desadequação a Portugal após a descolonização em África, ou a procura de um contexto de aceitação da homossexualidade. Em conjunto, estas causas traduzem um quadro histórico da emigração portuguesa para os EUA na segunda metade do século XX, bem como retratam o Portugal

[9] Projeto Fulbright/Instituto Camões acolhido pelo Departamento de Estudos Portugueses e Brasileiros da Brown University, em Providence, e pelo Departamento de Espanhol e Português da Rutgers University, Newark, 2014.

da transição para a democracia, do fim do império colonial, e das diásporas lusas pós-coloniais que têm características diferentes das vagas migratórias motivadas pela guerra colonial em África ou pela fuga ao fascismo.

Neste contexto norte-americano da emigração portuguesa não açoriana[10], é muito evidente uma nostalgia do império que encontramos sob várias formas: visões desencantadas do Portugal democrático; versões desculpabilizantes ou de negação das atrocidades cometidas durante a guerra colonial; retratos encantatórios da ação portuguesa nas colónias; saudosismo do governo de Oliveira Salazar, cujo *slogan* era «Deus, Pátria, Família» e que manteve a população portuguesa com níveis altíssimos de iliteracia ou baixa escolaridade até muito tarde (as estatísticas oficiais apontam para taxas de analfabetismo em meados da década de 1970 de cerca de 40% no caso das mulheres, e de 30%, no caso dos homens), e uma economia assente no setor primário (80% da população nacional trabalhava na agricultura nessa mesma data), sendo a vida da maioria dos portugueses na altura da Revolução dos Cravos, pobre, muito pobre, ou mesmo miserável.

Encontramos entre este saudosismo do império um certo desconhecimento do Portugal de hoje, apesar de ser generalizada a adesão dos portugueses de Newark aos canais de televisão portuguesa e frequentes as viagens a Portugal — sobretudo nas férias dos emigrantes que se encontram regularizados perante o Estado norte-americano (o número de portugueses em situação não regularizada é desconhecido, mas considerado elevado). Da mesma maneira, constata-se um desconhecimento por parte de Portugal e dos portugueses não emigrados, das realidades vividas pelos lusitanos destas paragens.

[10] Os Açores são um arquipélago português que esteve bastante arredado da política central do governo até à Revolução do Cravos. O isolamento geográfico foi acompanhado de um isolamento político e económico que lançou para a emigração verdadeiros contingentes de açorianos ao longo da história. A maior comunidade de portugueses dos EUA é açoriana e vive, sobretudo, na Califórnia, Rhode Island, Massachusetts.

O preconceito domina nas perceções recíprocas de uns e outros, sendo também por isso particularmente relevantes os relatos produzidos em grupo e ainda as obras autobiográficas publicadas por emigrantes. Ambos dão a conhecer a vida de quem emigra a quem nunca partiu para longe, logo desconhecendo tal experiência.

O significado destes relatos e obras autobiográficas de homens e mulheres, na maioria, com baixos ou médios níveis de escolaridade[11] é, pois, ainda de relevo social, histórico, simbólico e biopolítico, para além de literário (cobrir a lacuna ibérica de produções autobiográficas). De facto, elas traduzem uma resistência aos estereótipos associados à figura pobre e iletrada que domina as representações públicas do emigrante português nos EUA (PAP, 1976); revelam uma emancipação em relação a uma posição de submissão perante tais representações, e um empoderamento face à ideia de inferioridade social dos emigrantes; também refletem uma autovalorização das experiências de emigração, contrária à vergonha de se ser emigrante, ou de ter uma origem humilde. Tal resistência e empoderamento acontecem na esfera local e global simultaneamente: na comunidade de origem, na comunidade de pertença na diáspora, perante o Portugal global dos *media* e perante o mundo. Neste sentido, elas são um contraponto simbólico ao Portugal pobre que produziu esta emigração motivada pela procura de melhores e mais dignas condições de vida. O conceito de Michel Foucault de biopoder, designando o poder da vida em confronto com o poder sobre a vida, aplica-se bem a esta emancipação *glocal*. São estes homens e mulheres que individualmente se levantam do chão, ultrapassam os seus limites reais e simbólicos, e escrevem uma autobiografia que publicam (sobretudo em edições de autor) sem inibição. Se o público

[11] As autobiografias que analisei num texto publicado no Brasil (LECHNER, 2014b) foram escritas por uma mulher com a terceira classe, dois homens com a quarta classe, e uma mulher mais jovem com o liceu completo e um curso comercial.

português de Portugal e das comunidades da diáspora os lerão, já é outra questão. Mas certamente o acesso ao espaço público através de uma roda ou de uma edição faz aceder estes narradores-autores/as a um poder que a palavra socializada, por um lado, e a escrita (GOODY, 2000), por outro, comportam.

Nas rodas de histórias os relatos são validados, valorizados e materializam o seu alcance de transformação social através do poder (trans)formador da socialização em grupo das experiências privadas. Mais do que um eventual efeito catártico ou terapêutico que possam adquirir (não é o objetivo de partida, mas não é evitado), as oficinas biográficas permitem evidenciar o poder social das histórias pessoais e o valor individual das experiências coletivas. Tal como sugeriu Gaston Pineau, as histórias de vida ou relatos biográficos são «artes formadoras da existência» (PINEAU, 1996); funcionam como um ateliê de escultura onde se trabalha com as identidades e identificações de pessoas que se contam perante um grupo. Neste, todos tomam consciência do caráter iminentemente social dos seus assuntos de e/imigrante, enquanto percebem o interesse e o valor dos testemunhos pessoais de cada um/a para a análise dos temas coletivos. É o coletivo no individual e o individual no coletivo. Para cada participante, torna-se edificante fazer esta experiência em direto do valor social da sua história privada.

Assim, fazer uma pesquisa com estes relatos já é dar um relevo e valor a estas histórias julgadas comuns ou desinteressantes pela sociedade e pelos próprios migrantes. Mas dar visibilidade a esses mesmos relatos é ainda mais importante. Cada história de migração contada é um rosto da e/imigração que traça os contornos de percursos objetivos claramente delineáveis (de onde veio, como, porquê, quando, por onde passou, para onde foi, entre outros). Por isso, a parte de colaboração pública que cabe à equipa de investigação, ou a quem vai para o terreno recolher histórias, cumpre o objetivo

da pesquisa biográfica de tornar coerente a vontade de produzir «saber cidadão». Aqui tornam-se muito relevantes as publicações, as comunicações e as imagens que se possam mostrar a um público mais vasto, académico ou não. É nesse sentido também que uma pesquisa biográfica entra em interação criativa com produtores de vídeo, fotógrafos, ou artistas, que deem rosto público aos rostos privados da e/imigração. Razão pela qual a transdisciplinaridade do trabalho com histórias de vida e relatos biográficos cruza, de forma privilegiada, não só as ciências sociais e as humanidades, como também as artes. Às questões técnicas, éticas e deontológicas, pois, esta transdisciplinaridade acrescenta ainda questões de ordem estética merecedoras de muita atenção. O espaço deste artigo não nos permite desenvolver esse capítulo, mas há que adiantar o efeito de coerência que as questões estéticas (de escolha de imagens, montagem fílmica, fotografias, desenhos, entre outras), fazem cumprir na pesquisa biográfica: o que se vê e o que se mostra pertence tanto a quem investigou como aos participantes. E as obras produzidas pelos voluntários participantes dos nossos projetos de pesquisa, consubstanciam outras formas de participação e colaboração com a equipa de partida da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben, G. (1998). *O Poder Soberano e a Vida Nua, Homo Sacer.* Lisboa: Editorial Presença

Benjamin, W. (1968). The task of the translator. In H. Arendt (ed.), *Illuminations, Walter Benjamin essays and reflections* (68-82). Nova Iorque: Schocken Books

Bertaux, D. (1976). *Histoires de vie ou récits de pratiques? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Paris: Cordes

Bertaux, D. (ed.) (1981). *Biography and Society: the life history approach in the social sciences*. Londres: Sage

Bertaux, D. (2010). *Narrativas de vida. A pesquisa e seus métodos*. São Paulo: Paulus, Edufrn

Bois, D. & Rugira, J.-M. (2006). Relação com o corpo e narrativa de vida. In E. Clementino de Souza (org.), *Autobiografias, histórias de vida e formação: pesquisa e ensino* (31-46). Porto Alegre/Salvador: Edipucrs e Eduneb

Bonilla, M. H. S. & Pretto, N. D. L. (orgs.) (2011). *Inclusão Digital: polêmica contemporânea*. Salvador: Edufba

Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la Recherche en sciences sociales*, 62/63, 69-72

Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris: Seuil

Brettell, C. (1993), *When they read what we write: the politics of ethnography*. Westport, Connecticut e Londres: Bergin & Garvey

Catani, M. & Mazé, S. (1982). *Tante Suzanne, une histoire de vie sociale*. Paris: Méridiens

Chevalier, J.; Buckles, D. J. (2013). *Participatory Action Research, Theory and Methods for Engaged Inquiry*. Abingdon: Routledge

Conde, I. (1993). Problemas e virtudes na defesa da biografia. *Sociologia Problemas e Práticas*, 13, 39-57

Delory-Momberger, C. (2003). *Biographie et Éducation. Figures de l'individu-projet*. Paris: Anthropos

Delory-Momberger, C. (2004). *Les Histoires de Vie: de l'invention de soi au projet de formation* (2.ª ed.). Paris: Anthropos

Delory-Momberger, C. (2006). Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. *Educ. Pesqui.*, 32 (2), 359-371

Delory-Momberger, C. (2009). *La Condition Biographique: essai sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris: Téraèdre

Dewey, J. (1938). *Experience and Education*. Illinois: Kappa Delta Pi. Traduzido para o português por Anísio Teixeira sob o título de *Experiência e Educação*, 1971, Companhia Editora Nacional

Dominicé, P. (1982). La biographie éducative, instrument de Recherche pour l'éducation des adultes. *Education et recherche*, 4, Berna: Jahrang

Dominicé, P. (1984), La biographie éducative: un itinéraire de recherche. *Education Permanente*. Paris, 72/73

Dominicé, P. (1990). *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris: PUF

Ferrarotti, F. (1981). On the autonomy of the biographical method. In D. Bertaux (dir.), *Biography and society: the life history approach in the social sciences* (19-29). Londres/Beverly Hills: Sage Publications

Ferrarotti, F. (2005). *On the science of uncertainty. The biographical method in social research*. Oxford/Nova Iorque: Lexington Books

Ferrarotti, F. (2013). Entretien avec Christine Delory-Momberger «Partager les savoirs, socialiser les pouvoirs». *Le Sujet dans la Cité*, 4, 19-27

Finger, M. (1989). The biographical method in adult education research. *Studies in continuing education*, 11 (1), 33-42

Foucault, M. (1976). Il faut défendre la société. *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard

Foucault, M. (1978-1979). Sécurité, territoire et population e Naissance de la biopolitique. *Cours au Collège de France.* Paris: Gallimard/Seuil (Collection « Hautes Études ») 2004

Gaulejac, V. D. (1992), *La névrose de classe. Trajectoire sociale et conflits d'identité*. Paris: Hommes et Groupes

Giordano, C. (2009). Práticas de tradução e a construção de subjectividades migrantes na Itália contemporânea. In Elsa Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural* (179-182). Lisboa: ICS

Goody, J. (2000). *The Power of the Written Tradition*. Washington e Londres: Smithsonian Institution Press

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14 (3), 575-599

Josso, M.-C. (1986). Une expérience formatrice: l'approche biographique des processus de formation de connaissance et d'apprentissage. In *Pratiques du récit de vie et théories de la formation, Cahiers de la Section des Sciences de l'Education* (73-98). 44

Josso, M.-C. (1991). *Cheminer vers soi*. Genebra: L'Age d'Homme

Josso, M.-C. (2002). *Experiências de Vida e Formação*. Lisboa: Educa

Josso, M.-C. (2010). *Experiências de Vida e Formação*. São Paulo: Paulus/Edufrn

Larossa, J. *et al*. (1995). *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona: Laertes

Lechner, E. (2006). Narrativas biográficas e transformação de si: devir identitário em ação. In E. C. de Souza e M. H. Abrahão (org.). *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si* (171-182). Porto Alegre: Edipurcs

Lechner, Elsa (2009a). Migração, pesquisa biográfica e emancipação social: contributos para a análise dos impactos da pesquisa biográfica junto de migrantes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 43-64

Lechner, E. (2009b). Diálogos de vida: a abordagem biográfica no estudo da migração. In Elsa Lechner (org.). *Histórias de vida: olhares interdisciplinares* (91-104). Porto: Afrontamento

Lechner, E. (2010). *Enfants de l'eau: la reconstruction de l'identité en situation d'immigration, le cas des transmontanos en région parisienne*. Sarrebruck: Presses Universitaires Européennes

Lechner, E. (2012). Oficinas de trabalho biográfico: pesquisa, pedagogia e ecologia de saberes. *Revista Educação e Realidade*, 37 (1), 71-85

Lechner, E. (2014). A escrita autobiográfica de emigrantes portugueses em Newark: resistência aos estereótipos e emancipação glocal. In E. C. de Souza, A. L. Balassiano & A.-M. Oliveira (org.). *Escrita de si, resistência e empoderamento* (99-114). Curitiba: CRV

Lejeune, P. (1996 [1975]). *Le pacte autobiographique*. Paris: Seuil

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Sociological Issues*, 2 (4), 34-46

Metcalf, P. (2002). *They lie, we lie: getting on with anthropology*. Londres e Nova Iorque: Routledge

Nóvoa, A. & Finger, M. (org.) (1988). *O método autobiográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde DRHS

O'Neill, B. (2009). Histórias de vida em antropologia: estilos e visões, do etnográfico ao hipermoderno. In E. Lechner (org.), *Histórias de vida: olhares interdisciplinares* (109-122), Porto: Afrontamento

Pap, L. (1976). *The Portuguese in the United States: a Bibliography*. Nova Iorque: Center for Migration Studies

Pestre, D. (2013). *À contre-science. Politiques et savoirs des sociétés contemporaines*. Paris: Seuil

Pineau, G. (1983). *Produire sa vie: autoformation et autobiographie*. Montréal, Paris: Edilig (em colaboração com Marie-Michèle)

Pineau. G. (2006), As histórias de vida como artes formadoras da existência In E. S. & M. H. Abrahão (org.). *Tempos, Narrativas e Ficções: A Invenção de Si* (41-60). Porto Alegre: Edipucrs

Pineau, G. (coord.) & G. Jobert (1989). *Histoires de vie*. Ts. 1-2. Paris: L'Harmattan

Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit. Tome I: L'intrigue et le récit historique*. Paris: Le Seuil

Santos, B. de S. (2007). Para além do Pensamento Abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 3-46

Santos, B. de S. & Meneses, M. P. (2009) (orgs.). *Epistemologias do sul*. Coimbra: Almedina

Souza, E. C. (2006). *O conhecimento de si: narrativas do itinerário escolar e formação de professores*. São Paulo: Lamparina

Thomas W. & Znaniecki, F. (1984 [1918-1920]). *The Polish Peasant in Europe and America*. Urbana: University of Illinois Press

Turner, V. & Bruner, E. (orgs.) (1986). *Anthropology of Experience*. Urbana e Chicago: University of Illinois Press

12. MEMÓRIA, MODO DE USAR. BREVE VIAGEM AO ADMIRÁVEL MUNDO NOVO DA NEUROCIÊNCIA CONTEMPORÂNEA

MEMORY, HOW TO USE IT. SHORT JOURNEY TO THE BRAVE NEW WORLD OF CONTEMPORARY NEUROSCIENCE

Luís Quintais

ORCID – 0000-0002-9952-6867

RESUMO:

Este capítulo pretende refletir sobre uma das *possibilidades* mais fascinantes da neurocultura contemporânea. A de estarmos à beira de conseguir apagar seletivamente memórias através de drogas desenhadas para o efeito. Memórias perturbadoras, memórias que são um índice de sofrimento e de trauma poderão ser, em breve, simplesmente apagadas. Estaríamos, segundo alguns, perante a primeira «cura psiquiátrica» verdadeiramente digna desse nome. Pretende-se interrogar esta possibilidade que é também a de se estar perante a *radicalização* de um recurso moderno: aquele que nos diz que a nossa identidade é fundamentalmente uma *escolha*.

PALAVRAS-CHAVE: memória; memoro-política; neurocultura

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_12

ABSTRACT:

The chapter aims to reflect on one of the most fascinating *possibilities* of contemporary neuroculture, that is, the possibility of being on the verge of selectively erase memories through drugs designed for that purpose. Disturbing memories, memories that are an index of suffering and trauma, may soon be simply erased. We would be, according to some, facing the first «psychiatric cure» truly worthy of that name. The essay questions this, which is also the possibility of being in face of a *radicalization* of a modern asset: the one that says that our identity is fundamentally a *choice*.

KEYWORDS: memory; memory-politics; neuroculture

Em novembro de 2011, o *Público* dava um significativo destaque à vinda a Portugal do neurocientista Ed Boyden, um *wiz-kid* do MIT, que defende desafiadoramente a possibilidade de «tornar conscientes certos tipos de objetos». Respondendo à jornalista Ana Gerschenfeld, Boyden apela à estafada analogia cérebro/computador e diz-nos:

> Suponhamos que uma pessoa sofre de depressão — perdeu a esperança, a motivação, acha que nada do que faz vale a pena. Podemos pôr um eléctrodo numa parte do seu cérebro chamada área 25 e, de repente, quando ligamos esse estimulador eléctrico, que é controlado por um computador exterior, a pessoa torna-se mais enérgica, mais motivada, sente-se mais ligada aos outros, a sua maneira de estar no mundo muda totalmente. De certa maneira, podemos dizer que temos aqui um híbrido de humano e computador, não é? O computador sabe exactamente quais os impulsos eléctricos que deve emitir, possui circuitos que lhe permitem enviá-los na altura certa — e está a transmitir para a parte certa do cérebro (...). Imaginemos que inserimos não um, mas 100

> eléctrodos no cérebro dessa pessoa. Agora já temos a capacidade de lá introduzir informação para, por exemplo, codificar certos tipos de memórias. Suponhamos então que a pessoa tem a doença de Alzheimer ou sofre um AVC e que parte da sua memória é destruída. Se houvesse uma maneira de codificar as memórias, de fazer um *backup* e de, a seguir à doença, fazer chegar essa informação às células que foram poupadas, seria possível tornar a inserir as memórias perdidas. (GERSCHENFELD, 2011, p. 6)

Não me vou concentrar aturadamente no modo como as afirmações de Boyden denunciam uma flagrante obliteração de tudo aquilo que poderá eventualmente comprometer o seu projeto de neurociência. Como se sabe, há objeções muito sérias ao conhecimento tácito de que parte Boyden. Objeções essas que vão da impossibilidade de tornar consciente a matéria ou de garantir uma tradução eficaz entre processos neuronais e «informação». Seja como for, aquilo que me move aqui mobiliza muitas destas objeções e acrescentará outros motivos de perplexidade.

Gostaria de me concentrar fundamentalmente na ideia de que podemos manipular memórias através do concurso de tecnologias várias, que poderão passar pela «optogenética» de Boyden — em que um canal iónico sensível à luz, o *channelrhodopsin*-2, é geneticamente expresso em neurónios, permitindo controlar a atividade neuronal através da luz —, ou através do uso de transferências de informação entre máquinas (computadores) e cérebros ou, ainda, através de neurofármacos. A ideia não é nova, pesem embora as declinações recentes, e habita muitos dos sonhos utópicos e distópicos da modernidade tecnocientífica que se vem instalando desde a Idade Clássica de Foucault. Estamos perante uma ideia de «memoro-política» que se afirma, em particular, no século XIX, e que se desdobra insistentemente ao longo dos séculos XX e XXI.

A expressão memoro-política colho-a em Ian Hacking que desenvolve criticamente as articulações de Michel Foucault em torno da «anotomo-política» do corpo e da «biopolítica» das populações. Escreve Hacking:

> Anatomo-política do corpo humano; bio-política da população, escreveu Foucault. A memoro-política é uma política de quê? Do *self*, do «sujeito» ou da mente humana? Ou desses pronomes pessoais substantivados, *ego*, *moi*? Prefiro dizer uma memoro-política da alma humana, uma ideia que invoca carácter, escolha reflectida, e auto-interpretação, entre muito mais. (1995, p. 215)

Este é, se quisermos, o meu território de enunciação do problema.

Dir-se-ia que o conhecimento sobre a memória se tornou um recurso (escasso, económico, simbolicamente decisivo, institucionalmente mobilizador) de intervenção na *polis* através da sua aliança e recursividade com tecnologias de alcance diverso que moldam ou se propõem moldar sujeitos. Uma «sociedade de indivíduos», para usar a bela expressão de Norbert Elias (1991 [1987]) será afinal uma sociedade de subjetividades que deverão ser moldadas, trabalhadas, disciplinadas e, de modo radical, reinventadas. A *polis* deverá assim cuidar das subjetividades que a compõem. A memória e as tecnologias (políticas) da memória serão o terreno por excelência deste cuidado. Um cuidado sem precedentes hoje, dado o concurso recente das neurociências e suas vastíssimas traduções culturais e políticas. Assim, atualmente, a memoro-política será uma neuropolítica. O impacto público do trabalho de neurocientistas como Ed Boyden é apenas um exemplo disto.

Na década de noventa do século passado desenvolvi uma etnografia sobre os usos públicos e políticos de uma criatura designada

por *Post-traumatic Stress Disorder* (por exemplo, QUINTAIS, 2000). A PTSD, conforme o acrónimo em língua inglesa, não precisa hoje de apresentação. No último decénio do século XX, era um território fértil de discussão acerca das «feridas» que esse século, o mais impiedoso dos séculos, deixou em nós, seus legatários. A minha etnografia prendia-se, então, com a forma como o trauma era enunciado a partir do vocabulário da psiquiatria, e como essas enunciações eram decisivas na construção da identidade de um conjunto de ex-combatentes das guerras coloniais portuguesas diagnosticados com a nosologia em causa. Um dos traços mais importantes dessa etnografia prendia-se com as conceções terapêuticas, em que avultavam a verbalização e a interlocução como meios de intervenção sobre o trauma. Assim, a eficácia terapêutica era garantida através de uma forma de «verdade verbalizada». No contexto psicoterapêutico (cognitivo-comportamental), a expressão do trauma seria assim o melhor modo de intervir com eficácia sobre a natureza de uma memória indelével, porém modelável sob a forma de elocuções. Uma das lições a retirar desse contexto era a de que só nos podemos livrar das implicações emocionalmente temíveis de más memórias, de memórias traumáticas, se falarmos. Falar, performativizar a linguagem, seria a melhor intervenção. Talvez não curasse, mas de Freud e Janet até esse presente etnográfico nada de melhor se poderia encontrar. Parece que o mundo tem mudado radicalmente desde aí. E esta ideia tornou-se aparentemente obsoleta. Se não vejamos.

Em março de 2012, a magnífica *Wired* traz um artigo assinado por John Lehrer que divulga um outro modo de agir sobre memórias funestas. Aí, sugere-se que a estratégia identificada, a elocução terapêutica, é um mito e, talvez, um erro, sendo que «esta noção errada anda por aí há milhares de anos» (LEHRER, 2012, p. 88). Segundo o autor, a noção errada deriva de uma antiquíssima conceção de

memória em que esta é vivida como constituída por «retratos indeléveis do passado» (*idem*, *ibidem*). Nada disto é verdade, acrescenta. Na última década, diz-nos Lehrer, os neurocientistas demonstraram que as nossas memórias não podem ser tomadas como conjuntos de dados inertes e que tais memórias não permanecem constantes. E se uma memória de um acontecimento se afigura «uma representação honesta», essa «autenticidade é a maior mentira de todas» (*idem*, *ibidem*). Uma nova conceção de memória emergiria, então, através do concurso das neurociências. Uma memória sujeita a transformações constantes, plástica e potencialmente manipulável através do uso de drogas especificamente desenhadas para o efeito:

> Investigação nova está a mostrar que sempre que recordamos um acontecimento, a estrutura dessa memória no cérebro é alterada à luz do momento presente, distorcida pelos nossos sentimentos e conhecimento presentes. (*idem*, *ibidem*)

A discussão é feita em torno daquilo a que Lehrer designa por «critical incident stress debriefing» ou CISD, uma estratégia que tem por eixo a ideia de que todos aqueles que sobrevivem a um acontecimento doloroso devem exprimir os seus sentimentos logo após tal acontecimento ter ocorrido, de forma a evitar que a memória seja «selada» e reprimida, o que poderá conduzir à *Post-traumatic Stress Disorder*. Assim, fazer-nos recordar um acontecimento traumático logo após a sua ocorrência, não nos alivia; reforça antes o medo e o *stress* que fazem parte desse processo de recordação. Acresce então, e de acordo com o artigo da *Wired*, que:

> Este novo modelo da memória não é apenas uma teoria — os neurocientistas têm de facto uma explicação molecular do como e porquê mudam as memórias. De facto, a sua definição de memória alargou-se para abranger não apenas os *clichés* cinematográficos

> da infância, mas também os insistentes *loops* mentais de doenças como a PTSD e a adicção — e mesmo distúrbios da dor como a neuropatia. Ao contrário da maior parte da investigação sobre o cérebro, o campo da memória desenvolveu de facto explicações mais simples. Sempre que o cérebro tenta reter algo, faz-se suportar apenas em alguns químicos. De forma mais surpreendente, uma igualmente pequena família de compostos pode vir a tornar-se um apagador universal da história [*a universal eraser of history*], um comprimido que podemos tomar sempre que quisermos esquecer alguma coisa. (...) E os investigadores encontraram um destes compostos. (...) No futuro muito próximo, o acto de recordar virá a ser uma escolha. (*idem*, *ibidem*)

Parte-se, então, para uma avaliação sumária das investigações neurobiológicas nesta área, com especial destaque para o trabalho de Karim Nader, um jovem neurocientista que trabalha na Universidade de Nova Iorque. Nos anos noventa da centúria passada, Nader, um discípulo de Joseph LeDoux, terá «ensinado» ratos a associarem um ruído alto com um suave, mas doloroso choque elétrico. Mal o ruído era acionado, os ratos ficavam aterrorizados, antecipando o choque. Nader reforçou esta memória durante várias semanas. O investigador injetou então os cérebros dos ratos com um composto químico que inibe a síntese proteica associada à criação de memórias, sujeitando-os, em simultâneo, ao ruído. Nader, segundo aquilo que nos é dito no artigo, ficou absolutamente surpreendido com o resultado. Quando acionava o ruído, a memória do medo tinha desaparecido. «Os ratos tinham esquecido tudo» (*idem*, p. 90). A chave estaria, segundo a *Wired*, no tempo. Se se inibisse a síntese proteica de novas proteínas durante o ato de recordar, então a memória original deixaria de existir. Ou seja, o apagamento era específico. Os ratos esqueciam apenas aquilo que eram forçados a lembrar durante a influência do inibidor. Escreve Lehrer:

> O desaparecimento da memória do medo sugeriu que sempre que pensamos sobre o passado, estamos delicadamente a transformar a sua representação celular no cérebro, a alterar o seu circuito neuronal subjacente. Era uma descoberta espantosa: as memórias não são formadas sendo depois mantidas no seu formato original, como pensavam os neurocientistas: elas são formadas e depois reconstruídas de cada vez que são acessadas. (*idem*, p. 90)

Apesar das resistências que a comunidade científica foi manifestando em relação às conclusões de Nader (o artigo fala-nos das propostas de Nader como se elas constituíssem uma mudança paradigmática *à la* Kuhn), por volta de 2005 acumularam-se evidências de que recordar requereria alguma forma de síntese proteica. A «ciência da reconsolidação» defende afinal que cada vez que eu recordo um episódio da minha vida passada — uma memória de infância, por exemplo — eu recrio essa memória e o seu correspondente mapa de conexões neuronais. O cérebro é uma entidade dinâmica em que redes de células são constantemente reconsolidadas, refeitas, reinscritas. Assim, de forma a agir sobre as memórias dolorosas de alguém, propõe-se o seguinte:

a) escolhe-se uma memória de longo termo que terá sido sujeita a um processo de consolidação que se traduz, afinal, numa reconstrução de conexões neuronais que estão associadas à síntese de uma proteína (a PKMzeta ou *Protein kinase M zeta*);
b) apaga-se a memória administrando uma droga que inibe a PKMzeta, pedindo-se ainda ao paciente que se recorde do acontecimento outra vez; como a proteína responsável pela reconsolidação está ausente, a memória deixa de existir; os neurocientistas defendem, neste ponto, que poderão inibir seletivamente os recetores considerados relevantes;

c) se a droga é suficientemente precisa e seletiva, o resto permanece sem quaisquer alterações.

Estaremos perante a primeira cura psiquiátrica verdadeiramente digna desse nome, diz-nos a *Wired* (cf. *idem*, pp. 92-93). Considere-se a associação de inibidores de PKMzeta com processos de reconsolidação de memórias, *et voilà*. Passaremos a viver no interior de um filme como *Eternal sunshine of the spotless mind* (2004) citado, aliás, no artigo da *Wired* (*idem*, p. 93), só que, e como aí se refere, não haverá quaisquer riscos colaterais de apagamento da mente já que o processo, diz-se, é preciso, rigoroso, cirúrgico (*idem*, *ibidem*).

É minha convicção que as neurociências contemporâneas são, no presente, um dos domínios de redefinição integral do nosso entendimento do que é a memória, logo da nossa identidade e, com ela, dos nossos «modos de fazer mundos», para usar o belíssimo título de Nelson Goodman (1995). Não é sem uma nota de flagrante inquietação que o artigo da *Wired* enfatiza essa possibilidade:

> Há todo um conjunto de coisas distópicas que podemos fazer com estas drogas. Se tiranos reescreveram frequentemente livros de história, a ciência moderna poderá um dia permitir-lhes reescrever-nos, fazendo apagar genocídios e atrocidades com um *cocktail* de comprimidos. (LEHRER, 2012, p. 120)

Este será, é já, o admirável mundo novo de que nos falava Aldous Huxley. Uma ideia errada poderá, depois de repetida três vezes, tornar-se verdadeira. Ela é já verdadeira!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Elias, N. (1991 [1987]). *The society of individuals*. Oxford: Basil Blackwell

Gerschenfeld, A. (2011). Entrevista Ed Boyden: «Não me parece impossível tornar conscientes certo tipo de objectos». *Público*, *P2*, 10 de novembro

Goodman, N. (1995 [1978]). *Modos de fazer mundos*. Porto: Edições ASA

Gondry, M. (2004). *The eternal sunshine of the spotless mind*. Argumento de Michel Gondry e de Charlie Kaufman; com Jim Carrey, Kate Winslet e Tom Wilkinson, EUA

Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Nova Jérsia: Princeton University Press

Lehrer, J. (2012). The forgetting pill: how a new drug can target your worst memories — and erase them forever. *Wired*, março, 84-93

Quintais, Luís (2000). *As guerras coloniais portuguesas e a invenção da história*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

13. O SUJEITO NA PSICOSE E NA CULTURA: DA ESTRANHEZA DA EXPERIÊNCIA À ÉTICA DA HOSPITALIDADE

Tiago Pires Marques

ORCID: 0000-0002-5266-6539

RESUMO:

Este texto sintetiza uma proposta de reflexão visando o desenvolvimento de competências de escuta na abordagem da patologia mental. «Escutar» adquire aqui o sentido de uma atenção à palavra dos indivíduos com experiência de psicose, entendida não apenas como veículo de sintomas, mas como voz de sujeitos socialmente situados. Esta reflexão compreende dois momentos. Num primeiro momento — *Cura e psiquiatria* — explora-se as relações entre a noção de cura e saúde mental, na psiquiatria, e conceções comparáveis de salvação e bem-estar espiritual, de referência religiosa. No segundo momento — *Abordagens cinematográficas e antropológicas da psicose* — retomamos questões deixadas em aberto na primeira parte da reflexão, agora na perspetiva da antropologia e do cinema documental. Nomeadamente, como nos posicionamos — enquanto profissionais, cuidadores ou investigadores — perante a estranheza das experiências da psicose? A questão será abordada em três dimensões: teórica, metodológica e ética. Pretende-se construir um ponto

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_13

de vista crítico da objetificação do *outro* em que incorrem frequentemente os profissionais da saúde e os investigadores das ciências biomédicas e sociais.

PALAVRAS-CHAVE: experiência da psicose; religião e espiritualidade; reconhecimento; antropologia e cinema; hospitalidade

ABSTRACT:

This text summarizes a proposal for reflection aimed at the development of listening skills in the approach to mental pathology. «Listening» acquires here the sense of attention to the word of individuals with psychosis experience, understood not only as a vehicle of symptoms but as the voice of socially situated subjects. This reflection comprises two moments. In a first moment — *Healing and psychiatry* — it explores the relations between the notion of healing and mental health in psychiatry, and comparable conceptions of salvation and spiritual wellbeing in religious contexts. In the second moment — *Cinematic and anthropological approaches to psychosis* — I return, to questions left open in the first part of the reflection, now from the perspectives of anthropology and documentary film. Namely, how do we position ourselves — as professionals, caregivers or researchers — in the face of the strangeness of the experiences of psychosis? The issue will be addressed in three dimensions: theoretical, methodological and ethical. The aim is to construct a critical view of the objectification of the other in which health professionals and researchers in the biomedical and social sciences often encounter.

KEYWORDS: psychosis experience; religion and spirituality; recognition; anthropology and cinema; hospitality

INTRODUÇÃO

Antes de mais, é importante situar a problemática do sofrimento e da doença mental, entendida a partir das ciências sociais e humanas, numa investigação que, pelo menos desde a década de 1980, tem dado contributos relevantes para a abordagem da experiência da psicose. Em contraste com uma tendência verificada em décadas anteriores, colocando o enfoque nos saberes psiquiátricos e nas instituições — de que são paradigmáticos os trabalhos clássicos de Michel Foucault (1961), Erving Goffman (1961) e Robert Castel (1981) — muitos estudos recentes têm privilegiado os pontos de vista dos atores e a constituição de subjetividades no espaço da saúde mental. Neste domínio, tem-se investigado sobretudo a relação entre subjetividades — a vida do *eu*, do sentimento e consciência de si, em relação com os outros — e as biotecnologias, nomeadamente a interferência dos psicofármacos nas identidades individuais e coletivas. Por exemplo, o sociólogo inglês Nikolas Rose desenvolveu a abordagem foucaultiana do biopoder, observando a relação entre a governação exercida por meio das biotecnologias e a emergência de *biossocialidades*, as identidades construídas a partir de categorias ou práticas médicas (ROSE, 2007; ROSE & ABI-RACHED, 2015). Podemos dar como exemplo de *biossocialidades* as associações de doentes bipolares (por exemplo, a ADEB — Associação de Doentes com Depressão e Doença Bipolar), ou de indivíduos com diagnósticos no espectro do autismo. Combinada com estudos críticos da indústria de psicofármacos (HEALY, 2004, 2012; DUMMIT, 2012), esta perspetiva colocou no centro da investigação académica sobre os doentes/utentes[1] o conceito de *pharmaceutical self* (BIEHL, 2005, 2008; LAKOFF, 2006; KARP, 2006; MARTIN, 2007; SHORTER, 2013).

[1] As categorias variam de acordo com o paradigma adotado. A noção de utente (no Brasil, «usuário») ou consumidor dos serviços psiquiátricos pretende descrever

A relativa abundância de análises do *pharmaceutical self* contrasta com uma relativa escassez de investigação sobre as narrativas de experiência de utentes da psiquiatria. Apesar de tudo, neste campo, têm surgido algumas obras dignas de nota. Foi pioneira a obra dos holandeses Marius Rommer e Sandra Escher, *Accepting Voices*, de 1993, analisando de forma empática a experiência de ouvir vozes. Esta obra foi impulsionadora do movimento com o mesmo nome (Hearing Voices), que se internacionalizou no final da década de 1990. Os mesmos autores publicaram mais recentemente outra obra, colocando em relevo o valor epistémico das experiências narradas por sujeitos com psicose, que os autores analisam, não como doença, mas como crise de vida (ROMMER & ESCHER, 2011). O fenómeno de ouvir vozes — que a psiquiatria define como «alucinações auditivas» — tem motivado outros estudos. No caso do livro de Leudar e Thomas (2009), por exemplo, o novo enfoque sobre a experiência de ouvir vozes, valorizando-a como aspeto da subjetividade de alguns indivíduos, fez despertar o interesse pelas interpretações culturais que outros povos, noutras culturas e noutros tempos, reservam a estes fenómenos.

No âmbito das ciências sociais e humanas, a antropologia tem dado contributos importantes para o estudo das subjetividades na doença mental. Autores como Byron Good e Arthur Kleinman foram pioneiros, ainda na década de 1980, pela forma como problematizaram as relações entre a cultura e os sintomas na doença mental (KLEINMAN & GOOD, 1985; KLEINMAN, 1986). Num período fortemente marcado pela distribuição de sintomas em categorias às quais era atribuída a objetividade dos fenómenos naturais, estes antro-

---

de forma neutra, sem o estigma da doença mental, os indivíduos que procuram os cuidados de saúde mental ou são sujeitos de forma coerciva ao internamento psiquiátrico. Certos movimentos críticos da psiquiatria biomédica adotaram o termo de «sobrevivente da psiquiatria» ou, como categoria reclamada, de «louco» (*mad people*). (FRANÇOIS *et al.,* 2013)

pólogos com formação (e autoridade) médica deram um contributo decisivo para a valorização da cultura pelos saberes psiquiátricos. A psiquiatria transcultural, desenvolvida no Canadá e nos Estados Unidos, foi, em boa parte, uma tentativa de enraizar a teoria e a prática psiquiátricas no estudo comparativo das culturas. Porém, é possível que se tenha caído numa forma de rigidificação da cultura, a que alguns chamaram «culturalismo» (BILBEAU & CORIN, 1995), em que, mais uma vez, os sujeitos se tornavam ventríloquos de uma objetividade. Neste caso, as suas vozes não eram as da doença, ou apenas da doença, mas as da «cultura». Assim, mesmo no interior deste movimento surgiu a preocupação de dar centralidade aos sujeitos, na expressão concreta das suas ações, relações, emoções, ideias e formas de vida, por oposição a categorias com um elevado grau de abstração, tais como a cultura ou o poder.

As primeiras obras denotando esta preocupação analisam as relações entre sofrimento, corpo e formas de verbalização (KLEINMAN, DAS & LOCK, 1997). Estes estudos refletiram o interesse em descentrar o olhar sobre o sofrimento dos significados culturais, alinhando-o com a análise dos determinantes sociais do sofrimento. Por outro lado, espelharam as teorias então florescentes em torno da incorporação (*embodiment*) (por exemplo, CSORDAS, 2002). Como sugere o título de uma obra marcante deste período, *Social Suffering* (KLEINMAN, DAS & LOCK, 1997), o sofrimento não é só individual, ou inteiramente sujeito à codificação cultural, mas simultaneamente corporal, ou incorporado, e social, isto é, constituído em interações significativas. Um segundo conjunto de estudos nesta área concentrou-se na relação entre narrativas, experiência e práticas (DESJARLAIS, 1997; MATTINGLY & GARRO, 2000). Que relação têm as narrativas da experiência com a experiência vivida? Podem as narrativas substituir-se à observação das práticas? Ou têm as práticas o seu próprio «texto», a descobrir através de procedimentos descritivos e interpretativos?

Estes trabalhos, que mantêm toda a sua atualidade, mostram que as «experiências» são indissociáveis de regimes discursivos. Por outras palavras, não é possível ter acesso à experiência pura dos sujeitos. Esta constitui-se sempre no entrelaçamento de discursos — dos doentes/utentes, cuidadores, profissionais — situados em interações sociais e contextos culturais.

Cura e psiquiatria

Num primeiro momento deste itinerário de reflexão, pretendo, pois, sugerir formas de *escutar a experiência* dos doentes/utentes através dos discursos situados que intervêm nos processos do adoecimento, da doença e da recuperação. Concretamente, proponho pensar esta questão a partir da diversidade histórica, cultural e epistémica dos discursos sobre a saúde, o bem-estar e a cura. O enfoque é colocado nos significados religiosos e espirituais reivindicados pelos doentes/utentes e a sua articulação com os dispositivos de cuidado da psiquiatria contemporânea.

Em primeiro lugar, construo esta problemática a partir de casos empíricos relevantes, observados em trabalho de campo num hospital psiquiátrico francês. Os encontros com os doentes/utentes resultaram de uma estratégia de investigação assente num pedido endereçado ao diretor do hospital e a psiquiatras da sua equipa: conversar com pessoas reclamando um sentido religioso ou espiritual para os sintomas que estes profissionais incluíam no quadro da psicose. Foram realizados encontros com seis doentes/utentes, tendo sido possível acompanhar o percurso de um destes, designado por C., durante o seu internamento de quinze dias.

Apresento, pois, o caso de C., com quem me encontrei em vários momentos do seu percurso hospitalar e em diversas situações de interlocução, na presença de profissionais e a sós. Tratava-se de

um jovem imigrante em Paris, internado no hospital em resultado de uma crise psicótica. A partir das notas recolhidas num diário de campo, analisa-se a evolução do discurso com que C. procurou criar sentido para uma experiência existencial que ele próprio descrevia como caótica e dolorosa. De seguida, proponho olhar aos discursos dos profissionais relativos ao quadro sintomático de C. e de outros indivíduos internados que se exprimiam em termos religiosos.

Argumenta-se que, nesta cultura hospitalar representativa dos ambientes institucionais de saúde mental das sociedades seculares ocidentais, a «religião» surge como significante simultaneamente óbvio, porque imediatamente reconhecível no discurso dos doentes, e esvaziado de significado cultural (é um «delírio»). Esta ambivalência em relação ao discurso religioso dos doentes/utentes lança luz sobre uma cultura psiquiátrica pouco recetiva aos significados veiculados pelas suas narrativas biográficas e de doença. Qual a relação entre estratégias terapêuticas e recursos, experienciais e culturais, dos sujeitos? Eis uma questão que importará aqui abordar.

De seguida, enquadro esta observação particular no contexto da conceptualização do «delírio» na psiquiatria contemporânea. Concretamente, problematiza-se o lugar da noção de «delírio religioso», na clínica contemporânea a partir de textos do psiquiatra Marco Paulino (2013) e do filósofo da psiquiatria Bill Fulford (1996). Estes textos permitem refletir sobre a distinção entre discurso delirante e cultural, operação que vem enquadrar o caso empírico inicialmente apresentado. Por fim, discute-se o caráter de evidência desta distinção, quando confrontada com a diversidade de relações concretas entre vivência da doença mental e sentimentos religiosos dos doentes/utentes. Esta questão torna-se particularmente visível em algumas tendências atuais, analisadas num texto da socióloga Françoise Champion (2013), no sentido de mobilizar a religião e a espiritualidade dos doentes/utentes no tratamento ou cuidado da doença mental.

Concluindo, este itinerário de problematização produz um questionamento, não já meramente epistemológico (delírio ou cultura?), mas fundamentalmente ético: o que faz ou deve fazer o cuidador perante a singularidade do doente/utente? Que lugar dá à sua palavra e ao modo como o seu discurso exprime a sua singular presença no mundo?

Face à tendência de objetificação do *outro*, observada com alguma frequência na atividade dos profissionais de saúde e dos investigadores das ciências biomédicas e sociais, estas questões introduzem a problemática do sujeito, aí onde, tantas vezes, é particularmente difícil reconhecê-lo.

Abordagens cinematográficas e antropológicas da experiência da psicose

No segundo momento desta reflexão, tomo como ponto de partida os modos de documentar, através do cinema, a experiência da psicose. Por exemplo, poderá ser interessante visionar documentários realizados em momentos e lugares distintos, e refletindo diferentes experiências e contextos da psicose, mas também modos diversos de olhar e representar a experiência da loucura. Atentemos em três filmes: *Bom Povo Português* (1981), de Rui Simões; *Nós Separados* (1999), de António Escudeiro; e *Estamira* (2005), de Marcos Prado.

O primeiro, *Bom Povo Português*, pretende documentar a história do pós-25 de Abril, sugerindo uma leitura da «Revolução interrompida»: elementos da «cultura profunda» dos portugueses teriam bloqueado o desenvolvimento do processo revolucionário, pelo menos em todo o seu potencial. Entre esses elementos, contam-se as devoções arcaicas e as disposições religiosas pré-modernas. É neste espírito que o documentário inclui imagens de Maria da Conceição Mendes Horta, conhecida como *Santa da Ladeira*, uma mulher que

se proclamou profetisa, continuadora da mensagem de Fátima, visionária e milagreira, atraindo grande número de devotos a partir da década de 1960. Maria da Conceição foi internada duas vezes no Hospital Júlio de Matos, no final da década de 1960 e no início da década seguinte, tendo então recebido um diagnóstico psiquiátrico. De volta ao local onde, entretanto, erigira um santuário para acolher os devotos, continuou a realizar intercessões religiosas e a efetuar curas milagrosas. No filme, vemos imagens da *Santa* em êxtase e de algumas curas por exorcismo. O êxtase da *Santa* transmite-se aos devotos, enquadrando a perda temporária da presença a si mesma, através da qual se opera uma catarse coletiva terapêutica. É uma loucura simultaneamente selvagem e partilhada, que, na linguagem do filme, vem do fundo dos tempos e desafia a ordem e a razão.

O documentário de António Escudeiro, *Nós Separados*, representa a Casa de Saúde do Telhal, uma das primeiras instituições psiquiátricas portuguesas destinadas ao internamento de homens com deficiência mental e doenças mentais, muitas vezes de desenvolvimento crónico. Os excertos escolhidos mostram um espaço organizado em módulos funcionais (dormitório, enfermaria, salas recreativas, jardim) e zonas, divididas por vedações, comunicando através de um sistema de túneis. Como espectros, os homens aí internados caminham por túneis subterrâneos. Através da representação destes espaços subterrâneos, de imagens noturnas iluminadas por uma lua triste, da observação minuciosa de práticas diárias repetitivas, o filme sugere uma paisagem mental melancólica, com ténues ligações ao mundo e à vida. O observador (realizador) e os profissionais permanecem invisíveis. Apenas se vislumbram as mãos dos enfermeiros a dar injeções ou a distribuir medicamentos. Os rostos em *close-up* dos doentes/utentes são disformes, monstruosos, «animalescos», para utilizar a fórmula de Gonçalo M. Tavares ao ficcionar a vida de «doentes mentais» (TAVARES, 2013). Alguns destes homens falam diante da câmara — Para quem? Em que situ-

ação? Como surgiu a palavra assim captada? — e as suas frases são desconcertadas, loucas, delirantes. Vários fazem referência a entidades religiosas ou sobrenaturais, mimetizam grotescamente orações e gestos rituais. De entre estas figuras, o realizador concentra-se num homem que se diz profeta. Desenha-se o perfil daquele que poderia ser uma personagem do filme, a única. O profeta olha para câmara — a câmara para os olhos do profeta — e apresenta-se. Nele se abateram todos os males do universo, mas o «Pai» (Deus) ainda olha por ele. O profeta é filho e ouve as ordens do Pai. Num monólogo final, o profeta revela um imaginário canibal. Com o tema do canibalismo, diluem-se mais os vestígios de humanidade desta quase-personagem única do filme.

Estamira, de 72 anos, heroína do filme de Marcos Prado, vive nas proximidades de uma lixeira nos arredores do Rio de Janeiro. Recolhe os restos que considera ainda utilizáveis para cozinhar, partilhando as refeições com outros moradores da zona e com os seus três filhos, que por vezes a visitam. A história da sua vida é-nos contada pelos filhos: o casamento com um italiano mulherengo, as primeiras crises. Estamira lembra-se dos episódios mais dolorosos da sua vida: a prostituição, quando era ainda adolescente, as traições do marido, a violação de que foi vítima ao voltar a casa. Porém, o filme retrata sobretudo a vida presente de Estamira, boa parte do tempo passada a explorar os depósitos deixados por camiões, a catar alimentos e tudo o mais que os outros consideram lixo. A matéria em decomposição e a inclemência das tempestades e dos dias quentes não a intimidam. Pelo contrário, fazem parte da sua casa, da sua liberdade, da persistência em ser Estamira contra tudo e todos, contra o universo e sobretudo contra Deus e Jesus. Em tempos, Estamira tivera fé nesse Deus e nesse Jesus em que creem os seus mais chegados, sobretudo o filho, frequentador fervoroso de uma igreja evangélica. Mas Deus e Jesus revelaram-se mentirosos e traidores, não lhe valeram. Ao acreditar neles, Estamira foi vítima

de um «trocadilho» cósmico, mas hoje sabe a Verdade e a sua missão é revelar ao mundo que Deus e Jesus são uns farsantes. Entre crer em Deus e ser Estamira, Estamira escolhe ser Estamira. Para a filha, ela perdeu a fé, e tem problemas de «sistema nervoso», mas não está completamente louca. O filho acredita que a mãe perdeu a razão e gostaria de a internar, mesmo contra a sua vontade. A filha mais nova lamenta ter sido retirada à mãe em criança, culpabilizando-se por não a ter protegido. Não é fácil ver a mãe a viver numa lixeira, coberta de trapos e praguejando contra Deus e o mundo. Mas o filme deixa entrever o amor e a admiração que os filhos têm por aquela mãe sobrevivente, pela singularidade absoluta que é Estamira, pela sua determinação de liberdade. Estamira diz-se louca e feiticeira, mas uma feiticeira que não engana, que está do lado da Verdade. E embora se revolte contra os efeitos secundários da medicação, vai regularmente ao CAPS[2] local recolher os seus remédios. O filme mostra a dureza das condições de vida de Estamira, mas apresenta-a também como participante de uma estética do sublime, próxima das forças cósmicas e metáfora de uma liberdade que não admite compromissos.

Três formas, portanto, de representar a doença mental e a loucura. Podemos dizer que a cada sociedade e a cada contexto, a sua forma de loucura. Mas também, a cada lente, ou a cada observador, um modo distinto de representar a loucura. A discussão dos excertos pode organizar-se em torno de quatro tópicos: 1 — A doença mental é um dado objetivo e estático ou uma entidade contextual e, por isso, histórica? 2 — De que falamos quando empregamos, alternativamente, as fórmulas «doença mental» e «loucura»? 3 — Como se caracterizam os espaços sociais e culturais de onde emergem

[2] Centro de Atenção Psicossocial, unidade básica da rede de cuidados instituída pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

estes diferentes sujeitos de doença mental/loucura? Qual a grelha conceptual implícita nestes três retratos da doença mental/loucura?

Neste ponto, a análise destas abordagens cinematográficas da doença mental/loucura pode, de seguida, ser reapropriada numa problematização antropológica. Neste sentido, torna-se relevante direcionar a atenção para textos antropológicos propondo conceitos relevantes para abordar as vidas de sujeitos com experiência de doença mental. Partiremos, concretamente, dos capítulos de Ellen Corin, «The "Other" of Culture in Psychosis. The Ex-Centricity of the Subject» (2007) e do artigo de João Biehl, «Antropologia do devir: psicofármacos — abandono social — desejo» (2008). Em ambos os casos, os autores tomam por desafio olhar para os sujeitos com experiência de psicose, acolhendo nas respetivas observações a interpenetração de ordem e desordem que caracteriza os seus discursos. Trata-se de os encarar como sujeitos sociais portadores de uma experiência humanamente válida e de uma palavra audível, mesmo que não culturalmente assimilável. Aspeto também comum aos dois textos, não se reduz a estranheza das formas de alteridade representadas a figuras tornadas familiares porque decifradas por uma teoria. Nas análises destes autores, o doente mental/louco mantém-se um *outro*, mas a alteridade, refletindo uma articulação entre um biopoder e uma «tecnologia de si» (o *self* farmacêutico, em João Biehl), e o «trabalho da cultura» (a psicose como trabalho cultural do negativo), perde o seu caráter absoluto.

João Biehl desenvolveu trabalho de campo numa residência localizada nos arredores de Porto Alegre, no Brasil, chamada Vita (2005). Esta instituição foi fundada, em 1987, por Zé da Drogas, um ex-traficante de droga que se converteu após uma visão do Espírito Santo. Na visão, foi-lhe conferida a missão de acolher pessoas abandonadas e em situação de miséria. Desde então, Vita recebe pessoas ali deixadas pela família, pelos vizinhos, pela polícia. Biehl descreve Vita como uma «zona de abandono», em que o ser humano é deixado a

si próprio, tornando-se uma «experimentação viva» de diagnósticos médicos e de medicamentos. Contar a história das pessoas residentes em Vita é contar histórias sociais do abandono. É nesta perspetiva que Biehl se concentra no caso de Catarina, uma residente com diagnóstico de doença mental que aponta num diário os seus pensamentos, desejos, os acontecimentos da sua vida, através dos quais procura criar sentido para o abandono de que lucidamente se diz vítima. Vita «é uma sociedade de corpos», diz Catarina, numa possível alusão à ausência de humanidade e de sentido de que é testemunha.

O antropólogo justifica, assim, o enfoque na história de Catarina: «O trabalho empírico e longitudinal com uma única pessoa tem o potencial de revelar não apenas os matizes que informam a formação de famílias, comunidades e seus sistemas de valores, mas também o modo como estes se encontram imbricados em processos macroestruturais» (BIEHL, 2008, p. 419). Segundo Biehl, a vida de Catarina é representativa de algumas dinâmicas definidoras da globalização da saúde mental: a redução dos recursos destinados à atenção médica em favor da medicação generalizada na comunidade, e, consequentemente, a recetibilidade decrescente à escuta do sofrimento. «Eu sou alérgica a médicos. Eles querem ser sabidos, mas não sabem o que é o sofrimento»; «Os médicos prescrevem e prescrevem, mas eles não te tocam ali onde dói» — eis como Catarina expressa a sua realidade, que Biehl conceptualiza como «a farmaceutização da saúde mental» (BIEHL, 2008, p. 419). Ao abordar Vita e a história de Catarina como uma experimentação moral e biológica, o antropólogo atualiza o conceito foucaultiano de *biopoder*, que impregna as zonas de abandono emergentes no seio das sociedades marcadas pelo capitalismo global.

No seu diário, Catarina insere fragmentos em que faz dos seus sintomas a quase totalidade da sua vida presente e onde regista o seu «passado sem importância». Porém, através da escrita, Catarina reinventa-se como psiquiatra de si mesma e manifesta, como pode,

a recusa em tornar-se um «experimento médico ex-humano». Para Biehl, a autoatribuição de um novo nome, Catkine, integra essa «linha de fuga» da morte em direção à vida. A partir deste nome, torna-se possível ressignificar o mundo que insiste em fazê-la «paciente», um corpo passivo, e construir possibilidades de agência e uma reumanização de si.

A investigação antropológica instaura assim uma nova «dinâmica de reconhecimento», ampliando a reivindicação de Catarina de pertença à sociedade dos humanos. Porém, como afirma Biehl, «havia sempre algo na maneira como Catarina movia as coisas de um registo ao outro — vida passada, Vita e desejo — que escapava à minha compreensão. Este movimento era a sua própria linguagem do abandono e ela me forçava a manter o trabalho conceitual em suspenso e, igualmente, em aberto» (BIEHL, 2008, p. 419).

Ellen Corin parte da psicose precisamente como experiência de estranheza e, portanto, daquilo que nela não é assimilável pela cultura a não ser sob a forma de diagnósticos médicos. A psicose testemunhada é um objeto estranho para as culturas; porém, e é esta a perspetiva estruturante da investigação apresentada por Corin, a experiência da psicose é igualmente uma experiência de estranheza radical para o sujeito que a vivencia. Do ponto de vista do sujeito, a psicose é, antes de mais, uma perda dos «quadros naturais» da experiência (*a boundless experience*). A psicose é a experiência de si como alteridade radical e do mundo como cenário de um apocalipse perseguidor. Neste sentido, a psicose começa por ser a experiência existencial de uma negatividade que se exprime através de uma angústia incontrolável e insuportável.

Neste quadro conceptual, Ellen Corin analisa os modos como, em duas sociedades muito distintas (Canadá e Índia), sujeitos com experiência de psicose tentam construir «caminhos de sentido» a partir dos recursos sociais e culturais disponíveis. Ainda que a psicose seja uma experiência que se esquiva à comunicação e ao

controlo, os sujeitos no centro da investigação desta antropóloga procuram articular a sua experiência recriando as suas interações com os outros e construindo novas linguagens a partir de significantes culturais. Corin observa que, nestas interações, as novas linguagens se revestem, para estes sujeitos, de uma dupla função: criar uma zona de contacto com os outros e delimitar um espaço interior protegido do mundo ameaçador. Ellen Corin propõe o conceito de «retraimento positivo» (*positive withdrawal*) para significar esta forma de reposicionamento do sujeito. Corin liga-o explicitamente ao movimento da *recovery*, nascido nas associações de pares, e alargando a noção de inserção social de forma a incluir formas de distância social, normalmente confundidas com a marginalidade. Com efeito, para a autora, as trajetórias bem-sucedidas de recuperação envolvem, em muitos casos, a aceitação de percursos singulares e da renúncia a uma reinserção normalizadora. Uma certa forma positiva de não reinserção abre a estes sujeitos a possibilidade de construírem espaços psíquicos protegidos e de desenvolverem interações, mesmo que escassas e (aparentemente) com pouca intensidade afetiva.

PARA QUÊ? CONCLUINDO

No final deste percurso, proponho uma discussão do conceito de «retraimento positivo» e das possibilidades da sua aplicação à abordagem — clínica, no cuidado informal e na investigação — da experiência subjetiva de psicose. A discussão é, agora, deslocada para a questão dos recursos profissionais, institucionais e culturais disponíveis para tratar, acolher e tratar os sujeitos com experiência de psicose, sem redução da sua humanidade e da sua alteridade. O reconhecimento não paternalista do humano e do estranho, dimensões indissociáveis na experiência dos sujeitos com psicose, pode

bem ser a base de uma ética da hospitalidade que deveria informar o vasto campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley e Los Angeles: University of California Press

Biehl, J. (2008). Antropologia do devir: psicofármacos — abandono social — desejo. *Revista de Antropologia*, 51 (2), 413-449

Bilbeau, G. & Corin, E. (1995). Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://classiques.uqac.ca/contemporains/bibeau_gilles/culturaliser_epidemiologie/culturaliser_epidemiologie.doc

Castel, R. (1981/2011). *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Minuit

Champion, F. (2013). O religioso na psiquiatria contemporânea: o exemplo britânico. In T. P. Marques (org.), *Experiências à deriva. Paixões religiosas e psiquiatria na Europa (séculos XV a XXI)* (361-388). Lisboa: Cavalo de Ferro

Corin, C. (2007). The «Other» of Culture in Psychosis. The Ex-Centricity of the Subject. In J. Biehl, Byron-Good & A. Kleinman, *Subjectivity. Ethnographic Investigations* (273-314). Berkeley e Los Angeles: University of California Press

Csordas, T. J. (2002). *Body/Meaning/Healing*. Hampshire e Nova Iorque: Palgrave McMillan

Desjarlais, R. (1997). *Shelter Blues. Sanity and Selfhood among the Homeless*. Filadélfia: University of Pennsylvania Press

Dummit, J. (2012). *Drugs for Life. How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham e Londres: Duke University Press

Foucault, M. (1961/1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspetivas

Fulford, K. W. M. (1996). *Religion and Psychiatry: Extending the limits of tolerance*. In D. Bhugra, *Psychiatry and Religion* (5-22). Londres: Routledge

Goffman, E. (1961/1991). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Londres *et al.*: Penguin

Healy, D. (2004). *Let Them Eat Prozac. The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression*. Nova Iorque e Londres: New York University Press

Healy, D. (2012). *Pharmagedon*. Berkeley e Los Angeles: University of California Press

Karp, D. A. (2006). *Is it me or my meds? Living with Antidepressants*. Cambridge (Mass.) Londres: Harvard University Press

Kleinman, A. (1986). *Social Origins of Distress and Disease. Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. New Haven e Londres: Yale University Press

Kleinman, A. & Byron-Good, B. (eds.) (1985). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press

Kleinman, A., Veena, D. & Lock, M. M. (eds.) (1997). *Social Suffering*. Berkeley e Los Angeles: University of California Press

Lakoff, A. (2006). *The Pharmcaeutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge e Nova Iorque: Cambridge University Press

Leudar, T. & Thomas, P. (2009). *Voices of Reason, Voices of Insanity. Studies of Verbal Hallucinations*. Londres e Nova Iorque: Routledge

Le François, B. A., Menzies, R. & Reaume, G. (eds.) (2013). *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholar's Press

Marques, T. P. (2013). Uma frágil camada de Razão. A clínica das paixões religiosas em França e Portugal. C. 1830-c.1910. In T. P. Marques (org.), *Experiências à deriva. Paixões religiosas e psiquiatria na Europa (séculos XV a XXI)* (171-216). Lisboa: Cavalo de Ferro

Martin, E. (2007). *Bipolar Expeditions. Mania and Depression in American Culture*. Princeton e Oxford: Princeton University Press

Mattingly, C. & Garro, L. (eds). (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley e Los Angeles: University of California Press

Paulino, M. (2013). Os delírios religiosos na psiquiatria. In T. P. Marques (org.), *Experiências à deriva. Paixões religiosas e psiquiatria na Europa (séculos XV a XXI)* (339-360). Lisboa: Cavalo de Ferro

Rommer, M. & Escher, S. (1993). *Accepting Voices: A New Analysis of the Experience of Hearing Voices Outside the Illness Model*. Londres: Mind Publications

Rommer, M. & Escher, S. (2012). *Psychosis as a Personal Crisis. An Experience-Based Approach*. Londres: Routledge

Rose N. (1996). *Inventing Ourselves. Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge e Nova Iorque: Cambridge University Press

Rose, N. & Abi-Rached, J. (2015). *Neuro. The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton e Oxford: Princeton University Press

Shorter, E. (2013). *How Everyone Became Depressed. The Rise and Fall of the Nervous Breakdown*. Oxford *et al.*: Oxford University Press

Tavares, G. M. (2013). *Animalescos*. Lisboa: Relógio d'Água

(Página deixada propositadamente em branco)

14. Desautorizando a psiquiatria: ativismos, políticas de saúde e a saúde como um ato político

Unauthorizing psychiatry: activism, health policies and health as a political act

Rita Alcaire

ORCID: 0000-0003-3189-891X

RESUMO:

Neste capítulo proponho-me examinar de forma breve o papel dos ativismos *gay* e assexual na desautorização do poder psiquiátrico. Mais do que centrar a discussão no papel de indivíduos e de coletivos formais ou informais na conquista de direitos humanos e na despatologização da diversidade sexual, desafio-me a fazer também o percurso paralelo que permite examinar a importância da ancoragem destas mesmas identidades e orientações não normativas na noção de saúde. Pretendo deixar claro, desde já, que esta análise em nada pretende questionar ou diminuir o papel fulcral da resistência por parte de diferentes grupos cujo comportamento é descrito como patológico pela psiquiatria. Pretende sim discutir a complexidade de saúde como um conceito que reflete as práticas sociais do contexto em que se inscreve e que, por essa razão, muito revela

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_14

sobre as estruturas de poder e de privilégio de uma determinada sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: ativismo; saúde; diversidade sexual; direitos humanos

ABSTRACT:

In this chapter I propose to briefly examine the role of gay and asexual activism in disavowing psychiatric power. Instead of focusing the discussion on the role of formal and informal individual and collective action in the claim for human rights and the depatologizing of sexual diversity, I also challenge myself to trail the parallel path that allows us to examine the importance of anchoring these same identities and non-normative orientations on the notion of health. From the outset, I want to make it clear that this analysis is not intended to question or diminish the central role of resistance by different groups whose behavior is described as pathological by psychiatry. Rather, it aims to discuss the complexity of health as a concept that reflects the social practices of the context in which it is inscribed in and which, for this reason, reveals much about the structures of power and privilege of a given society.

KEYWORDS: activism; health; sexual diversity; human rights

> De forma própria ou imprópria, as pessoas SÃO preconceituosas com doentes mentais. De forma correta ou errada, os empregadores NÃO os contratam. De forma moral ou imoral, doentes mentais NÃO são julgados como indivíduos, mas tornados párias. Se permitirmos que a etiqueta de doença (*sickness*) prevaleça, teremos então duas batalhas a lutar — a de combater o preconceito contra a homossexualidade *per se*, e a de combater o

> preconceito contra os doentes mentais — e seremos duplamente párias e proscritos. Apenas uma batalha é mais do que suficiente.[1] (KAMENY, 1965, p. 17)

Neste capítulo proponho-me examinar de forma breve o papel dos ativismos *gay* e assexual na desautorização do poder psiquiátrico.[2] Mais do que centrar a discussão no papel de indivíduos e de coletivos formais ou informais na conquista de direitos humanos e na despatologização da diversidade sexual, desafio-me a fazer também o percurso paralelo que permite examinar a importância da ancoragem destas mesmas identidades e orientações não normativas na noção de *saúde*. Pretendo deixar claro, desde já, que esta análise em nada pretende questionar ou diminuir o papel fulcral da resistência por parte de diferentes grupos cujo comportamento é descrito como patológico pela psiquiatria. Pretende sim discutir a complexidade de *saúde* como um conceito que reflete as práticas sociais do contexto em que se inscreve e que, por essa razão, muito revela sobre as estruturas de poder e de privilégio de uma determinada sociedade.

Para concretizar esta averiguação, centrar-me-ei em duas classificações do *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Desde a sua primeira edição, em 1952, o DSM tem sido amplamente considerado como a referência em termos de critérios para a classificação e o diagnóstico de perturbações mentais que são utilizados transnacionalmente por profissionais de saúde mental de diferentes áreas A secção de perturbações de saúde mental da *Classificação Estatística*

---

[1] Todas as traduções presentes neste texto são da exclusiva responsabilidade da autora. Maiúsculas e sublinhado nesta citação de acordo com o original.

[2] Abordei este tema de forma mais desenvolvida no artigo «The pathologisation of sexual diversity — a critical scrutiny of the DSM», que pode ser encontrado em http://exaequo.apem-estudos.org/artigo/32-the-pathologisation-of-sexual-diversity--a-critical-scrutiny-o (consultada a 30.10.2019).

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) é outro guia usado com bastante frequência, especialmente fora dos Estados Unidos da América. A CID tem várias zonas de intersecção com o DSM e é consistente com ele em termos de códigos de diagnóstico. No entanto, e no que diz respeito às práticas de diagnóstico de saúde mental, o DSM continua a ser a maior referência em diversas partes do mundo, bem como para prestação de cuidados, pesquisa e ensino clínico. Daí ser importante refletir sobre o seu conteúdo e a partir dele.

Começarei então por descrever o percurso que levou à remoção da homossexualidade do DSM, em 1973, e o recente processo de reenquadramento da assexualidade aos olhos da classificação clínica, que conduziu a uma reconfiguração do diagnóstico de Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo (PDSH) no mesmo manual. Serão destacados alguns momentos-chave em cada uma destas histórias, que naturalmente não permitem abordar a complexidade de todo o caminho percorrido e das forças envolvidas, mas que estabelecem as bases para o que aqui se pretende discutir. Em seguida, irei rever este processo à luz da possibilidade crítica que a psiquiatria social e cultural e os estudos da deficiência permitem. Estas disciplinas providenciam uma contribuição fundamental para compreender o que é descrito não apenas como uma luta de grupos minoritários contra o estigma, mas também como um processo de normatividade e de exclusão.

Despatologizando a patologia: a homossexualidade

> Não podemos pedir direitos como um grupo minoritário (...) de uma posição de inferioridade ou de uma posição (...) como menos do que seres humanos completos. Sinto que a totalidade

> do movimento homófilo[3] vai cair por terra com base na questão se a homossexualidade é uma doença (*sickness*) e da nossa capacidade de tomar uma posição firme sobre isso. [4]
>
> Frank Kameny

A homossexualidade foi rotulada como uma doença psiquiátrica no século XIX e assim permaneceu até a década de 1970.

> Sem psiquiatria não há homossexualidade. A construção do que é ser homossexual foi feita pela medicina e, em especial por médicos que tratavam de distúrbios de personalidade e de comportamento. Se a homossexualidade passa a ser o comportamento sexual desviante da regra estabelecida como socialmente aceite, nasce no século XIX a forma científica de corrigir essa fuga à normatividade. Se há pessoas que cometem a falha social de não viverem a sexualidade socialmente útil e politicamente enquadrada, há que reorientá-las. Aqueles que fogem do modelo de sociedade patriarcal e heterossexual ideologicamente aceite têm que ser colocados no caminho certo. (ALMEIDA, 2010, p. 47)

---

[3] A expressão *movimento homófilo* refere-se ao conjunto de coletivos, associações e estratégias políticas que foram levadas a efeito por pessoas homossexuais no período entre o final da Segunda Guerra Mundial e o final da década de 1960, altura em que outras táticas de luta pelos direitos humanos de *gays* e lésbicas se tornaram mais confrontantes.

[4] Discurso de Frank Kameny para a delegação de Nova Iorque da Mattachine Society, em 1964. A Mattachine Society foi uma das primeiras organizações de defesa dos direitos de homossexuais nos Estados Unidos, cofundada em 1950 por Harry Hay, Chuck Rowland e Robert Hulls. Mais sobre este assunto e sobre diferentes momentos da história do movimento podem ser encontrados em http://www.glbtqarchive.com/ssh/homophile_movement_S.pdf. A noção de homossexualidade como doença mental era considerada uma das mais penosas para a vida das pessoas. Várias vozes se opuseram a esta classificação dentro da própria comunidade, como foi o caso de Frank Kameny. Teve um papel marcante ao dirigir o movimento homófilo no desafio à autoridade psiquiátrica e de forma a tornar as suas táticas de combate mais agressivas.

Jonathan Katz (1978) denuncia o tratamento psiquiátrico como uma das formas mais letais de pressão sentida pela comunidade homossexual e documenta o uso de diversas práticas como a lobotomia, os choques eletroconvulsivos e a terapia de aversão para *tratar* a homossexualidade nos Estados Unidos da América. São José Almeida (2010) dá conta da utilização dos mesmos métodos em Portugal, no século XIX, e de um crescente interesse sobre o tema no meio académico da altura, nomeadamente na medicina, preconizando as medidas de tratamento para estes casos.

A decisão de retirar a homossexualidade do DSM resultou de anos de pressão política aplicada por ativistas homossexuais e seus aliados (BAYER, 1987). Ainda na década de 1950, mas com uma assertividade crescente nas décadas de 1960 e de 1970, ativistas *gay* e profissionais de psicologia e psiquiatria dissidentes do sistema médico lutaram arduamente pela separação da associação existente entre a homossexualidade e a doença mental.

Na década de 1950, a psicóloga Evelyn Hooker (1957) estudou aquilo a que decidiu chamar «homossexuais normais»[5] e demonstrou que o perfil psicológico dos homens *gay* que não estavam em tratamento psiquiátrico era indistinguível de um grupo de homens heterossexuais. Cerca de uma década volvida sobre a publicação deste trabalho, que começou a estabelecer bases para a desmistificação da noção de homossexualidade como uma doença mental, o esforço de distanciar a homossexualidade do estigma da doença mental tornou-se o projeto definidor do movimento *gay* emergente. O clima geral de grande insatisfação e os movimentos pró-reforma da altura criaram a possibilidade de ativistas, ao lado de figuras políticas de referência, organizações religiosas e líderes de direitos civis, solicitarem às organizações médicas e governos que adotassem novas políticas sociais e legais. Esses movimentos decorrem da

[5] Os sujeitos estudados nesta investigação foram recrutados na Mattachine Society.

revolta de Stonewall[6] ocorrida em junho de 1969, em Greenwich Village (Nova Iorque), não descurando o trabalho anterior, e deram força a ativistas homossexuais para atuarem em diferentes contextos e desafiarem o *status quo*. Como consequência desse clima de mobilização por objetivos comuns de pessoas que partilhavam identidades patologizadas e criminalizadas, um grupo de ativistas interrompeu a reunião anual da APA de 1970, em São Francisco, com o objetivo de contestar a credibilidade científica do estatuto de doença mental atribuído à homossexualidade, na época perpetuada por aquilo que consideravam ser suposições psicanalíticas não comprovadas e plenamente influenciadas por convicções morais e pouco científicas. Uma petição enviada no mesmo ano a esta instituição, intitulada «Somos os especialistas em homossexualidade», mostrava uma reclamação por parte dos seus autores a serem considerados especialistas de pleno direito na perícia sobre as suas próprias vidas e fazia um claro eco do princípio enunciado pelas pessoas com deficiência «nada sobre nós, sem nós».

Nos anos seguintes, as reuniões da APA incluíram a presença de ativistas *gay* como palestrantes para um público de profissionais de saúde. Em apresentações diversas, estes intervenientes deram conta de como o estigma causado por um diagnóstico de perturbação mental havia tido um efeito profundamente negativo nas suas vidas.[7] Na reunião de 1972, o psiquiatra John Fryer foi figura de destaque como «Dr. H. Anonymous». Com um disfarce que lhe alterava a aparência e usando um microfone que modificava a voz, transmitiu ao

---

[6] Para mais informações sobre Stonewall e sobre as mulheres transgénero não brancas que lideraram esta luta, recomendo a consulta de https://equalityarchive.com/history/transgender-women-of-color-at-stonewall/ e a leitura de D. Carter, *Stonewall: the riots that sparked the gay revolution*. Nova Iorque: Saint Martin's Press, 2004.

[7] O título do painel organizado por ativistas em 1971 num encontro da APA era «Lifestyles of Non Patient Homosexuals» e dava conta do seu profundo desejo de distinguir *gays* saudáveis dos doentes.

público o quão difícil e doloroso era viver como um psiquiatra *gay* que ocultava a sua orientação sexual (BAYER, 1987).

Judd Marmor, um dos primeiros psiquiatras convidados pelos ativistas a juntar-se ao painel do encontro da APA de 1972 subordinado ao tema da homossexualidade, defendeu que as questões fundamentais levantadas por esta nosologia, da forma como estava definida e explicitada no DSM, não era uma classificação de origem médica ou semântica, mas sim um diagnóstico com base em julgamentos morais e sociais, que refletiam os preconceitos que o tinham delineado. Durante o debate perante o Comité de Nomenclatura, Marmor sublinhou: «É nossa tarefa, como psiquiatras, curar os angustiados e não os cães de guarda dos nossos costumes sociais» (*apud* HERMAN, 1995, p. 101). Os ativistas e aliados envolvidos neste movimento de resistência insistiram que a APA, assim como outros profissionais de saúde e de saúde mental e grupos religiosos (cuja ligação com a medicina é antiga e robusta) abordassem principalmente os preconceitos subjacentes ao seu trabalho. Como resultado, a associação encetou uma alargada avaliação interna para saber se a homossexualidade deveria ou não ser considerada uma perturbação psiquiátrica. Esta avaliação compreendeu um trabalho de levantamento, com o Comité de Nomenclatura da APA a delegar num subcomité a responsabilidade de entrevistar tanto os defensores da normalização como os da patologização que, no devido tempo, produziram uma revisão completa da literatura científica sobre o assunto nos campos da psiquiatria, psicanálise e sexologia.

Os argumentos mais comuns utilizados pelos psiquiatras que apoiaram a remoção da homossexualidade da lista de doenças mentais foram: 1 — a falta de evidências científicas para a compreensão da homossexualidade como uma «perturbação do desenvolvimento», apoiado por estudos empíricos — amostras não clínicas concluíram que não havia diferenças no funcionamento psicológico entre homossexuais e heterossexuais (HOOKER, 1957; BELL & WEINBERG, 1978);

2 — o efeito que a classificação da homossexualidade como um distúrbio psiquiátrico teria sobre o indivíduo, criando os fundamentos para a discriminação social e para a violação dos direitos humanos. Em resultado, argumentou-se que a homossexualidade deve ser vista como uma variante do comportamento comum e normal, como os dados recolhidos e publicados por Alfred Kinsey, em 1948 e 1953, já haviam demonstrado.

Após a revisão da literatura científica especializada e a aprovação por outros comités e órgãos deliberativos dentro da associação, o Conselho Superior da APA votou por unanimidade no sentido de remover a homossexualidade do DSM, em 15 de dezembro de 1973.[8] Posteriormente foi emitida uma declaração pública rejeitando qualquer tipo de discriminação legal com base na orientação sexual. A resolução afirmou que «a [APA] lamenta toda a discriminação pública e privada contra homossexuais em áreas como o emprego, a habitação, o alojamento público e o licenciamento» (BAYER, 1987, p. 136).

Nos dois anos seguintes, outras grandes organizações profissionais da área da saúde mental dos Estados Unidos, designadamente a Associação Americana de Psicologia, a Associação Nacional de Assistentes Sociais e a Associação para o Avanço da Terapia Comportamental aprovaram a decisão.

PERTURBANDO A NOÇÃO DE PERTURBAÇÃO: A ASSEXUALIDADE

A assexualidade é comummente definida como «ausência de atração sexual» (AVEN, 2017) em relação a outras pessoas, inde-

[8] A homossexualidade seria retirada da lista internacional de doenças da OMS vinte anos mais tarde, em 1993.

pendentemente do seu sexo ou género.[9] Na psiquiatria, a ausência de atração sexual tem sido abordada como uma perturbação psicológica ou fisiológica, ou seja, como um problema médico. Isto é devido, em grande medida, ao pressuposto histórico de que o desejo sexual é universal.

Desde o início dos anos 2000, no entanto, a ideia de que a falta de atração sexual é uma perturbação foi contestada. Uma das principais razões para tal deveu-se ao facto de pessoas que se identificavam como assexuais reivindicarem o estatuto de orientação sexual e de identidade para a sua ausência de atração. Esse facto está em ligação direta com a proliferação de comunidades virtuais nos Estados Unidos, como a *Asexuality Visibility and Education Network* (AVEN), a maior comunidade virtual assexual do mundo e ao trabalho de ativistas assexuais e seus/suas aliados/as.

Uma das figuras centrais desta mudança foi Anthony Bogaert, psicólogo canadiano que publicou, em 2004, um artigo intitulado «Asexuality: Prevalence and Associated Factors in a National Probability Sample», na revista científica de referência *Journal of Sex Research*. Neste artigo, é sugerido pelo autor que cerca de 1% da população geral era assexual[10] e que compartilhava uma série de características comuns, como a altura, o peso, o estrato económico e o grau de religiosidade.

---

[9] Para melhor conhecimento da forma como o tema foi abordado pela academia, recomendo a leitura de Carrigan, M.; Gupta, K. e Morrison, T. (eds.) (2014). *Asexuality and Sexual Normativity: An Anthology*. Nova Iorque: Routledge e Cerankowski, K. e Milks, M. (eds.) (2014). *Asexualities: Feminist and Queer Perspectives*. Nova Iorque: Routledge.

[10] Só recentemente estão a ser feitos trabalhos de levantamento de informações concretas e contemporâneas sobre a população assexual, designadamente com a realização de um recenseamento de larga escala cujos resultados podem ser conhecidos aqui: https://asexualcensus.wordpress.com/. Todas as estatísticas anteriores, como a indicação de que 1% da população é assexual, são inferências a partir de dados marginais de estudos de sexualidade sobre outros temas e outras populações.

Devido ao grande interesse que esse artigo suscitou nos *media*, o autor decidiu pesquisar mais aprofundadamente sobre assexualidade e tentar entender questões específicas que surgiram em entrevistas. Bogaert (2006) publicou novo artigo, em linha direta com o anterior, no qual procurava articular melhor e definir o que era a assexualidade. Uma das contribuições mais importantes deste novo artigo foi a desmistificação da assexualidade como condição médica, também conhecida como *Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo* (PDSH),[11] e o seu estabelecimento como uma orientação sexual por direito próprio. Bogaert destacou que este diagnóstico psiquiátrico resultou de uma rotulagem errada de assexuais como sendo pessoas reprimidas sexualmente, com desenvolvimento e maturidade tardias ou «estragadas» (*broken*, no original), o que causaria implicações dolorosas nas suas vidas pessoais.

A AVEN relatou que o PDSH era um (mau) diagnóstico recorrente dentro da comunidade assexual, a que estava obrigatoriamente acoplada a prescrição de sessões de psicoterapia e de medicação. Por essa razão, ativistas assexuais como David Jay (o fundador da AVEN e figura de destaque dentro do movimento) aliaram as suas forças a Anthony Bogaert para argumentar que a conexão da assexualidade com o PDSH decorre de uma definição ampla e vaga deste diagnóstico presente na quarta edição (revista) do DSM, publicada em 1994. O DSM-IV descreve a PDSH como uma disfunção sexual que causa «angústia marcada ou dificuldades interpessoais» devido à falta ou ausência de «fantasias sexuais e desejo de atividade sexual». Em 2008, foi criada uma *task force* formada por membros da AVEN para trabalhar especificamente na revisão da definição do DSM-IV. O objetivo deste grupo de trabalho não era eliminar o diagnóstico

[11] Para leituras sobre este assunto, recomendo: Flore, J. (2013). HSDD and asexuality: a question of instruments. *Psychology & Sexuality*, 4 (2) 152-166. doi 10.1080/19419899.2013.774163

na totalidade. Quando a campanha de contestação do DSM estava em andamento, houve um choque com os profissionais de saúde mental e sexual que alegaram que assexuais defendiam a rejeição da sexualidade. Dessa forma, mantendo a categoria PDSH, o principal desafio enfrentado pelos ativistas assexuais consistiu em redefinir o PDSH sem, no entanto, invalidar indivíduos que relatassem sofrimento e que pudessem realmente sofrer de perturbações sexuais. Ou seja, foi criada uma exceção para a assexualidade.

Em maio de 2013, com a publicação da quinta edição do DSM, a comunidade assexual comemorou aquilo a que chamam de uma vitória pequena, porém significativa. O DSM-V reclassificou a PDSH, passando a fazer uma separação entre homens e mulheres e preconizando que «se o próprio homem se identifica a si mesmo como assexual, o diagnóstico de desejo sexual masculino hipoativo não é feito» (p. 443). No caso das mulheres, a PDSH passou a estar sob o chapéu de «Perturbações de interesse/excitação sexual». Esta nova definição faz uma distinção entre uma falta generalizada de desejo sexual e outras formas, como uma falta temporária ou específica de desejo. Mais, é deixado claro que, «para o estabelecimento de um diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino, os sintomas devem ser acompanhados de sofrimento clínico significativo. O sofrimento pode ser resultado da falta de interesse/excitação sexual ou, ainda, de uma interferência importante na vida e no bem-estar da mulher. No caso em que a falta de desejo sexual ao longo da vida for mais bem explicado pela identificação por parte da própria mulher como "assexual", não se aplica o diagnóstico de transtorno do interesse/sexual feminino»[12] (p. 434).

[12] Ambas as citações são retiradas da tradução brasileira do DSM-5. Por isso, contêm a expressão «transtorno» e não perturbação ou distúrbio, como utilizada em Portugal. Respeitei também a utilização de aspas na palavra assexual, quando utilizada no diagnóstico de PDSH feminino.

SAUDÁVEIS

A Organização Mundial de Saúde define *saúde* como «um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades».[13] Trata-se de um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de etnia, de religião, de ideologia política ou de condição socioeconómica. Ao defini-la desta maneira, a saúde passa a ser considerada um valor da comunidade mais do que o bem de um indivíduo. É, portanto, vista como um valor coletivo, um bem de todos/as, devendo cada um/a gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.

Mas a saúde está também inscrita na prática social e é uma ideologia que mobiliza um conjunto de normas, prescrições e hierarquias de valor (METZ, 2010). Os recentes debates políticos em torno de mudanças legislativas na área da saúde — em Portugal[14] e outras partes do mundo — têm ajudado a demonstrar que o termo é complexo, está longe de ser neutro e, por isso, carrega consigo julgamentos de valor, estabelece hierarquias e conduz a ângulos cegos.

Pode-se pensar na «epidemia da obesidade»,[15]na prevenção do tabagismo, na reação à amamentação, à cirurgia plástica ou à doença mental, e outros exemplos igualmente na ordem do dia, para perceber como as discussões envolvidas transportam uma série de premissas morais que, por estarem associadas a um apelo à saúde, parecem passar despercebidas. Mostram também que a definição da saúde de cada um/a de nós parece depender dos nossos julgamentos

---

[13] http://www.who.int/about/mission/en/. (Acedido a 21 de novembro de 2019).

[14] Vejam-se, por exemplo, os debates sobre a lei da Procriação Medicamente Assistida em Portugal.

[15] Para uma interessante análise sobre este tema recomendo LeBesco, K. (2010). Fat Panic and the New Morality. In J. Metzl & Anna Kirkland. *Against Health: How Health Became the New Morality* (72-82). Nova Iorque: New York University Press.

morais sobre outras pessoas. Ao posicionarmo-nos em confronto ou em alinhamento com pessoas consideradas obesas, (não) fumadores, ou doentes mentais, estamos a perceber e a definir a nossa própria saúde no processo. O mesmo acontece com os dois casos descritos neste ensaio, referentes à (des)patologização da homossexualidade e da assexualidade, e aos processos envolvidos na mudança clínica e da sociedade, assim como dentro das próprias comunidades.

Como foi possível ver, num determinado momento da história do movimento *gay* e do estabelecimento da comunidade assexual, ambos se estruturaram em torno da resistência a um diagnóstico psiquiátrico e centraram-se na ideia de que *gays*, lésbicas e assexuais eram saudáveis e deviam ser vistos como tal. A ligação destas identidades e orientações não normativas a reivindicações de saúde teve as suas vantagens. A remoção da homossexualidade da DSM, em 1973, e o reenquadramento da assexualidade aquando da publicação do DSM-V, em 2013, foram celebradas como vitórias do ativismo e defendidas pelos historiadores (no primeiro caso) e pela comunidade (em ambos) como marcos de justiça social.

A psiquiatria social e cultural (ramo da antropologia médica) e, principalmente, os estudos da deficiência (*disability studies*) convidam-nos a reconsiderar estas reivindicações como sendo apenas uma conquista de justiça social. Providenciam uma contribuição fundamental para compreender a complexidade desta relação. A psiquiatria social e cultural, enquanto área do pensamento psiquiátrico com cruzamentos privilegiados com a antropologia, tem uma postura crítica das visões biomédicas, farmacológicas, psicológicas e psiquiátricas.[16] Desta forma, tem contribuído de inúmeras maneiras para a

[16] Para mais leituras sobre o tema, recomendo: Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry.* Berkeley, Los Angeles e Londres: University of California Press; Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, L. (2006). Culture, illness,

compreensão das práticas médicas e da sua relação com aqueles/as que a elas recorrem ou a quem são prescritas e uma extensa compreensão da noção de doença[17] não só na sua experiência individual, mas também, e com especial enfoque, social e cultural.

Tal como notou Douglas Baynton (2001), a deficiência deve ser vista como um assunto central na história norte-americana e não apenas como um tópico de interesse para estudiosos da vida de pessoas com deficiência. Para sustentar este argumento, recorre a narrativas sobre três grandes debates na história recente dos Estados Unidos da América que aparentemente não parecem ter relação com a deficiência: o movimento sufragista das mulheres, a escravatura e os direitos civis dos afro-americanos, e a implementação de restrições de imigração. Baynton alega que em cada um destes debates o conceito de deficiência desempenha um papel-chave na justificação de práticas discriminatórias da lei. Por exemplo, políticos e cientistas do século XIX argumentaram com frequência que os afro-americanos que se encontravam escravizados eram estrutu-

---

and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus,* 4, 140-149; e Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.

[17] Na língua inglesa existe uma distinção entre três referentes diferentes de «má saúde», que em português seriam concretizados numa só palavra — doença. A saber, *illness*, *sickness* e *disease*. *Illness* remete para a experiência subjetiva. Logo, tem significado. Entender como se obtém esse significado é compreender aspetos fundamentais sobre a doença, o cuidado e a própria vida. Por outras palavras, *illness* refere-se à experiência humana dos sintomas do sofrimento, ou seja, como a pessoa doente, a sua família e a sociedade em geral percebem, vivem e reagem diante dos sintomas e da incapacidade provocada pela doença. É informada pelas conceções do corpo e de como se entendem sentimentos e processos. Tem, por isso, também um significado e uma dimensão cultural, marcado por diferentes épocas e sociedades, que podem imprimir significados indesejados e difíceis de afastar. O resultado pode ser a exclusão social e/ou um forte estigma. *Disease* é o resultado daquilo que o profissional de saúde, vê, analisa e diagnostica, através da sua prática. *Sickness* é o termo mais genérico expresso pela população em relação às forças macrossociais — económicas, políticas e institucionais. Para uma informação mais detalhada sobre o assunto, recomendo a leitura de Currer, C. & Stacey M. (eds.) (1986). *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective,* Oxford: Berg Publishers; e de Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Nova Iorque: Basic Books.

ralmente incapazes de uma participação cívica completa. Os seus corpos e mentes estavam preparados para o cativeiro. Da mesma forma, as enfermidades estruturais das mulheres eram usadas para as excluir da sua participação cívica. Porque a deficiência (mental e física) era fulcral para a forma como a exclusão social operava. Para contradizer esta lógica de exclusão, defensores dos direitos das minorias étnicas e das mulheres dedicaram a sua energia a comprovar que não eram, de facto, pessoas com deficiência e, portanto, não deveriam ser tratados como tal. Implícita a todas estas discussões está a premissa de que é considerado lógico e justificável excluir ou manter privados de direitos aqueles que realmente são pessoas com deficiência. Baynton mostra assim que os estigmas negativos associados à «raça», género e nacionalidade, muito correntes durante o século XIX, implementaram noções específicas de deficiência. Também nesse século emergiu o conceito de «normal» e de «anormal». «Normal» tornou-se a categoria que idealizava como padrão o homem branco e enquadrava as mulheres, pessoas não brancas e estrangeiros como «anormais», muitas vezes atribuindo estas diferenças a algum tipo de deficiência hereditária.

A deficiência serve como uma fronteira que separa formas de discriminação consideradas injustas ou tidas como razoáveis. Tal como Baynton deixa claro que «enquanto as pessoas com deficiência podem ser consideradas como um dos grupos minoritários a quem tem sido atribuído historicamente o estatuto inferior e sujeito a discriminação, a deficiência funcionou para todos os grupos como um sinal e uma justificativa para a inferioridade» (2001, p. 34). Esta tática faz com seja «aceite tacitamente a ideia de que a deficiência é uma razão legítima para a desigualdade e talvez um dos fatores responsáveis por fazer a discriminação contra pessoas com deficiência tão persistente e a luta por direitos das pessoas com deficiência tão difícil» (2001, p. 51).

Este argumento pode ser transportado para o debate sobre orientações e identidades sexuais e de género não normativas. Em ambos os casos (aqueles que foram relatados por Baynton e aqueles que descrevo neste ensaio) há uma tendência para usar metáforas de deficiência para justificar uma posição em relação ao *Outro*. Veem-se as diferenças e dificuldades do *Outro* como patológicas para que fique claro o que é ou não uma boa medida para se ser um humano.

É a estas referências que vai beber a minha reflexão sobre a remoção e o reenquadramento destes dois diagnósticos no DSM, olhando para além da reconhecida e necessária assertividade do orgulho sobre o estigma, mas vendo-os também como um projeto de normatividade e de exclusão. Rever estas histórias pela lente crítica da psiquiatria social e cultural e dos estudos da deficiência permite-nos ver as normas e os valores que fazem ligação direta com a ideia de saúde. Pode também trazer dados importantes sobre as exclusões que tantas vezes acompanham estas reivindicações. Reiterando o que disse no início, não pretendo com esta afirmação desvalorizar de forma alguma o questionamento da classificação psiquiátrica e a valorização da diversidade sexual que decorreu em ambos os casos. Aquilo que é importante reter é que este projeto de desafio de autoridade psiquiátrica e de conquista de direitos humanos requereu um afastamento intencional de uma longa história de sofrimento e de doença, repudiando certos passados e desembaraçando *gay* ou assexual de outros sujeitos mais estigmatizados, incluindo a separação destas mesmas categorias umas das outras.

As reivindicações feitas quer por ativistas *gay* quer por ativistas assexuais como especialistas sobre as suas próprias vidas não alegavam tão-só que não estavam doentes. Argumentavam que os membros da comunidade não eram doentes e que a sua condição de homossexual ou assexual não resultava de uma qualquer incapacidade física ou mental e que, logo, não lhes causava qualquer sofrimento. No caso da comunidade *gay*, repudiaram a designação

«homossexual», que implicava um diagnóstico médico e afastavam-se da ideia de doença mental. No caso da assexualidade, repudiavam o diagnóstico de PDSH que lhes era tantas vezes atribuído e reclamaram para o estatuto de orientação sexual. Reconheciam a existência de pessoas doentes e em sofrimento e distanciavam-se desta forma delas. A técnica mais comum usada pela comunidade *gay* e pela comunidade assexual foi criticar os métodos de amostragem usados para estudar os seus comportamentos e índices de mal-estar, observando que as suas premissas eram, por exemplo, baseadas em população institucionalizada (detida ou em tratamento psiquiátrico),[18] um grupo pouco representativo tanto de homossexuais como de assexuais como um todo.

SAUDÁVEIS E FELIZES

Um dos padrões que aparece mais rapidamente associado às exigências de saúde tanto por parte de *gays* e lésbicas como de assexuais, é o da *felicidade*. Embora pareça, à primeira vista, não ser uma associação feita de forma declarada, esta identificação encontra-se muito presente nos discursos de ambos os movimentos /comunidades. Esta ligação com a felicidade pode e deve ser entendida como um ato revolucionário contra a narrativa dominante que liga orientações e identidades não normativas à vergonha e tristeza. Deve também ser vista como o de se constituir como uma estratégia

[18] Regressando ao trabalho de Evelyn Hooker (1957), a psicóloga distanciou propositadamente a sua pesquisa de populações criminalizadas e de pessoas que estavam sujeitas a tratamento psiquiátrico, identificando os seus sujeitos de estudo como «homossexuais não pacientes e não prisioneiros». Estar empregado e não ter registo criminal eram também critérios de participação. A normatividade de género foi também uma parte do entendimento de Hooker da normalidade: enfatizou que muitos dos sujeitos estavam também envolvidos em relações de longa duração que não se organizavam em papéis femininos e masculinos.

astuta de combate à premissa da sua impossibilidade ou inverosimilhança, como é o caso da assexualidade. Mas para os propósitos desta análise, interessa mais perceber o caminho paralelo a este, que pode ter efeitos perversos. A felicidade, tal como a saúde, é um conceito complexo que pode de uma forma muito fácil cair no discurso da «normalidade». Como nos alerta Sara Ahmed (2010, p. 11), a felicidade, muitas vezes, reinscreve normas culturalmente valorizadas e suporta heranças sociais. Ahmed impele-nos, então, a considerar «como as alegações de felicidade tornam certas noções de pessoa (*personhood*) mais válidas». Por extensão, alegações de felicidade *gay* e felicidade assexual parecem conferir menor validade a outras formas de afeto em relações não normativas.

DA DOENÇA (*ILLNESS*) À AÇÃO E DA AÇÃO À SAÚDE

A reflexão levada a cabo neste capítulo, pelas lentes críticas da psiquiatria social e cultural e dos estudos da deficiência, pretende problematizar as noções de saúde e de felicidade como sendo inerentemente boas e sem repercussões. Impele também a ponderar os sujeitos, as políticas e os ângulos de visão que podem ter sido excluídos na demanda por criar distância em relação a outros mais estigmatizados e desprovidos de direitos.

Investigadores de diferentes áreas detalharam a forma como os grupos estigmatizados lutaram para serem reconhecidos como humanos ou legítimos ao distinguirem-se daqueles que ainda são mais estigmatizados. Esta estratégia de obter direitos por se distanciar de um determinado grupo de identificações — tanto com a deficiência como da doença mental — foi observado por Eve Kosofsky Sedgwick, que deu conta de que «é assim que acontece que a despatologização de um objeto de desejo sexual é amarrada a uma nova patologização de uma identidade de género atípica» (SEDGWICK, 1991, p. 21). Isto

porque, entre as exclusões levadas a efeito pelo alinhamento de *gays*/lésbicas com normas de saúde, criou-se o distanciamento da homossexualidade da não normatividade de género. Assim, pessoas que se identificavam como transgénero eram excluídas desse futuro feliz, saudável protagonizado pelos ativistas *gay*. A terceira edição do DSM, publicada em 1980, era tanto a primeira a não incluir uma entrada para homossexualidade como a primeira a nomear um novo diagnóstico: perturbação de identidade de género. Criou-se também uma definição moderna de *gay* e lésbica — por oposição ao homossexual anacrónico — associada a normatividade de género, estabilidade económica, monogamia e invariavelmente branco/a e não a doença e trauma.

Como assinalou Regina Kunzel (2011), a história *queer* foca-se quase exclusivamente em momentos históricos de oposição à opressão, embora mais recentemente o sofrimento e a vergonha estejam a ser analisados de uma forma mais profunda pela maneira como têm forjado respostas afetivas às condições de exclusão social. Kunzel alega que os historiadores falharam em prestar atenção devida a esses momentos periféricos em que os sujeitos negoceiam a sua existência entre e para além da dicotomia da vergonha-orgulho.

Tal como já foi aqui enunciado, a saúde não é somente um estado desejado de bem-estar, mas também uma ideologia que mobiliza um conjunto de normas, prescrições e de hierarquias de valor e, consequentemente, inclusões e exclusões. Os esforços de ativistas para alinhar identidades e orientações não normativas com a noção de saúde traz à luz estas mesmas normas e exclusões, que estão muitas vezes emudecidas.

O processo de repúdio de diagnósticos médicos e de alinhamento com discursos de saúde foi central ao projeto histórico de despatologização *gay*, lésbica e assexual e é o reflexo de mecanismos que persistem nas histórias que escrevemos e nos sujeitos que incluímos e excluímos no projeto da história e dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, S. (2010). *The Promise of Happiness*. Durham e Londres: Duke University Press

Almeida, S. (2010). *Homossexuais no Estado Novo*. Lisboa: Sextante Editora

Associação Americana de Psiquiatria (2011). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. **Lisboa: Climepsi**

Associação Americana de Psiquiatria (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5.ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora

AVEN — The Asexuality Visibility and Education Network. *About Asexuality*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em https://www.asexuality.org/?q=overview.html

Bayer, R. (1987). *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. Nova Jérsia: Princeton University Press

Baynton, D. (2001). Disability and the justification of inequality in American History. In P. Longmore & L. Umanky (eds.), *The New Disability Story: American Perspectives* (33-57). Nova Iorque e Londres. New York University Press

Bell, A. & Weinberg, M. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. Nova Iorque: Simon and Schuster

Bogaert, A. (2004). Asexuality: Its prevalence and associated factors in a national probability sample. *The Journal of Sex Research,* 41, 279-287. doi: 10.1080/00224490409552235

Bogaert, A. (2006). Toward a conceptual understanding of asexuality. *Review of General Psychology,*10, 241-250. doi: 10.1037/1089-2680.10.3.241

Herman, E. (1995). *Psychiatry, Psychology and Homosexuality*, Nova Iorque: Chelsea House

Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques,* 21, 18-31. doi: 10.1080/08853126.1957.10380742

Katz, J. (1978). *Gay American History: Lesbians and gay men in the USA — a documentary history*, Nova Iorque: Avon Books

Kameny, F. (1965). Does research Into Homosexuality Matter? *The Ladder: A Lesbian Review*, 9 (8), 14-20

Kunzel, R. (2011). Rethinking Sex. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 17 (1), 155-165

Metzl, J. (2010). Why Against Health? In J. Metzl & A. Kirkland, *Against Health: How Health Became the New Morality* (1-12). Nova Iorque: New York University Press.

Sedgwick, E. (1991). How to bring your kids up gay. *Social Text,* 29, 18-27. doi: 10.2307/466296

(Página deixada propositadamente em branco)

15. A importância social da felicidade[1]

The social importance of happiness

Ana Roque Dantas

ORCID ID: 0000-0001-8844-835X

RESUMO:

Atualmente, assistimos a uma busca crescente de modos de vida nos quais a preocupação com a felicidade assume especial relevância. Esta visibilidade é um sinal da crescente preocupação social com o tema, cujas manifestações têm consequências diretas sobre as práticas e as representações dos atores sociais que direcionam as suas condutas em função de ideais de felicidade, promovendo a criação de expetativas coletivas orientadoras da ação individual e contribuindo para a partilha e uniformização das formas de sentir. Pretende-se, neste capítulo, aprofundar a compreensão acerca das causas e consequências da procura de felicidade, partindo da apresentação de indicadores que mostram claramente a importância da felicidade na vida social atual, bem como discutir as causas da sua visibilidade a partir de transformações sociais e económicas que,

[1] O texto aqui apresentado é adaptado a partir de um trabalho de investigação mais aprofundado sobre o tema, realizado no âmbito do doutoramento, que pode ser consultado na íntegra em: https://run.unl.pt/handle/10362/15119.

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_15

associadas a uma mudança dos valores sociais de referência, contribuíram para a sua crescente relevância.

PALAVRAS-CHAVE: felicidade; sociologia da felicidade; bem-estar; satisfação com a vida

ABSTRACT:

There is a growing concern with lifestyles where happiness assumes special relevance. Happiness visibility indicates a social concern, which has direct consequences on social actor's practices and representations. Shared happiness ideals contribute to influence behaviors and collective expectations that guide individual action, and therefore, contribute to the uniformization of feelings and perceptions. The purpose of this chapter is to contribute to the understanding of the causes and consequences of the search for happiness. We will start with the presentation of indicators that clearly show the importance of happiness in today's social life. Following, we'll discuss the social and economic transformations that, together with a change of reference values, contribute to the growing relevance of happiness.

KEYWORDS: happiness; sociology of happiness; well-being; life satisfaction

INTRODUÇÃO

Atualmente, assistimos a uma busca crescente de modos de vida nos quais a preocupação com a felicidade assume especial relevância e se traduz por solicitações sociais ao bem viver, ao prazer e à qualidade de vida (LIPOVETSKY, 2007). Este parece ser um primeiro sinal de que a procura de felicidade é um problema social que carece de compreensão mais aprofundada sobre as suas causas

e consequências. Sabemos que «A busca da felicidade é tão velha como a própria história» (MCMAHON, 2009, p. 19), mas será que a explicitação desta preocupação não é agora mais visível, mais pública e mais generalizada? Que indicadores sustentam esta informação? Porquê esta visibilidade? Que condições sociais contribuem para tal? Qual a sua expressão em Portugal?

Estas questões serão discutidas ao longo deste capítulo, recorrendo à apresentação de diversos indicadores que mostram claramente a importância que a felicidade assume na vida social atual. Pretende-se, ainda, discutir as causas da visibilidade da felicidade enquanto preocupação social central, a partir de transformações sociais e económicas que, associadas a uma mudança dos valores sociais de referência, contribuíram para a sua crescente relevância.

Um primeiro indicador da importância social da felicidade é o elevado número de publicações[2] — tanto literárias, como na imprensa e nas redes sociais —, mas também as constantes referências a felicidade que nos chegam através de filmes, publicidade ou comunicação social, tornando «as pessoas no ocidente bombardeadas como nunca de imagens dos rostos sorridentes de pessoas reais, divertindo-se *eternamente* como é de seu direito» (MCMAHON, 2009, p. 456). E estas constantes solicitações sociais influenciam a forma de sentir, de expressar e de procurar felicidade. De facto, num estudo prévio foi possível concluir que a felicidade assume uma importância central para os atores sociais, tanto na sua concretização quotidiana, como enquanto projeto a longo prazo, alimentando expetativas e orientações face ao futuro (ROQUE DANTAS, 2012). Outros autores sugerem a influência da sociedade sobre a perceção de felicidade.

[2] De acordo com a Biblioteca Nacional, em 2014, o número de publicações em Portugal sobre *felicidade* é de 705, de *bem-estar* chega aos 471 e *autoajuda* a 212. Da mesma forma, uma pesquisa junto de alguns dos jornais nacionais e internacionais com a palavra *felicidade* (e *happiness*) revela números surpreendentes. O jornal *Público* regista 5047 entradas, a revista *Visão* 4890 e o *Expresso* 24 200. Por sua vez, o *NY Times*, conta com 63 426 artigos.

Sara Ahmed explica que a felicidade é uma promessa que direciona e condiciona as escolhas individuais, pois contém a expetativa de transformação e melhoria do existente, e é sentida como uma recompensa pelo cumprimento de ideais sociais, ou seja, pela adequação à imagem social, a um papel socialmente reconhecido (AHMED, 2008). Complementarmente, Lipovetsky apresenta-nos o que considera ser uma nova postura dos indivíduos nas sociedades ocidentais e que se caracteriza por uma exacerbação das preocupações com o bem viver e o bem-estar, e com o seu papel determinante para a definição da ação, tal como fica expresso na seguinte citação: «Apoiando-se na nova religião da melhoria contínua das condições de vida, o melhor-viver tornou-se uma paixão das massas, o objetivo supremo das sociedades democráticas, um ideal exaltado em cada esquina. Raros são os fenómenos que conseguiram mudar de forma tão profunda os modos de vida e os gostos, as aspirações e os comportamentos da maioria das pessoas» (LIPOVETSKY, 2007, p. 11).

Ao longo deste artigo mostraremos que, atualmente, a procura de felicidade se reveste de uma enorme importância social, tanto pelo seu papel enquanto modelo orientador de práticas e condutas, como pelas suas consequências sociais e individuais.[3] Esta relevância é identificável através de inúmeros indicadores e reflete transformações sociais que, associadas a uma melhoria das condições de vida que se verificaram ao longo do século XX nas sociedades ocidentais, contribuíram para a mudança dos valores orientadores no sentido da

[3] Os estudos revelam que as pessoas felizes tendem a viver mais e melhor e que estes benefícios individuais se traduzem em prosperidade económica e social (com menor absentismo, maior produtividade, maior envolvimento comunitário, melhoria das relações interpessoais, entre outros) (VEENHOVEN & JONKERS, 1984; LAYARD, 2005; GRAHAM, 2011). No mesmo sentido, verifica-se uma relação estreita entre a desigualdade social de um país e a infelicidade dos seus habitantes, sendo que quanto maior é a desigualdade social existente, menor é a felicidade média da população (ALESINA, DI TELLA, & MACCULLOCH, 2004; YANG, 2008; GRAHAM, 2011; PICKETT & WILKINSON, 2011).

maior valorização social e individual de aspetos relacionados com o prazer, o bem-estar e a autorrealização. Da mesma forma, hoje em dia, as emoções e os sentimentos são considerados essenciais para a compreensão da orientação para a ação, da sua influência sobre a interação social e para as ligações do indivíduo à estrutura social (STETS & TURNER, 2005). Ao mesmo tempo, reconhece-se o papel condicionador que as normas e os valores orientadores exercem sobre a perceção e expressão das formas de sentir, e logo, a sua influência sobre a perceção de felicidade.

Começaremos por identificar alguns sinais da visibilidade da ideia de felicidade que concorrem para a partilha e uniformização das formas de sentir. Seguidamente, tentaremos situar a relevância desta temática no contexto socio-histórico recente e alguns sinais da sua influência na política social. Por fim, apresentaremos alguns indicadores numéricos sobre o fenómeno em Portugal.

A VISIBILIDADE DA IDEIA DE FELICIDADE

Hoje, é indiscutível que uma parte substancial da informação é difundida através da Internet e uma simples pesquisa *online* permite constatar a importância assumida nos últimos anos pela temática da felicidade.

Em 2008, uma simples pesquisa no Google com a palavra *felicidade* encontrava 12,4 milhões de registos; em 2013, já haviam duplicado (36,1 milhões) e em 2016, mais do que triplicado (59,8 milhões). Recorrendo ao termo inglês *happiness*, encontrávamos em 2008, 14,4 milhões registos, em 2013, 243 milhões e, em 2016, são já 373 milhões. Ao mesmo tempo, dificilmente passa despercebido o aumento do número de publicações de livros e artigos de autoajuda que oferecem orientações práticas para melhorar a felicidade indivi-

dual. Da mesma forma, proliferam produtos e experiências contendo a promessa de melhoria da vida e alegria.[4] A relevância social da felicidade fica ainda mais visível com a decisão das Nações Unidas, em 2012, de criar o «Dia Internacional de Felicidade» que se comemora a 20 de março. Com esta iniciativa, pretendeu-se reconhecer a importância que a felicidade assume enquanto objetivo de vida individual, mas também promover o reconhecimento desta aspiração nos objetivos das políticas públicas. Todas estas expressões contribuem ativamente para a definição das formas de sentir, expressar e procurar felicidade. Esta difusão de códigos comuns, na medida em que reflete e cria necessidades sociais, reduz a complexidade em torno do seu entendimento e possibilita a expressão e partilha de significados do sentimento. Esta visibilidade é um sinal da crescente preocupação social com a procura de felicidade, cujas manifestações têm consequências diretas sobre as práticas e representações dos atores sociais, que orientam as suas condutas em função dos seus ideais de felicidade, tal como promovem a criação de expetativas coletivas que guiam a ação individual. Ao mesmo tempo, e paralelamente à crescente preocupação social com a felicidade, aumentaram os estudos científicos que se ocupam desta temática. De facto, se em 2008, na página da World Database of Happiness (VEENHOVEN, n. d.), era possível contabilizar 5671 artigos científicos dedicados ao tema da felicidade, em 2013, no mesmo *site*, ascendem a 7246 e, em 2016, são já 10 375. Igualmente, uma pesquisa na EBSCO com o termo *happiness*, devolve cerca de 8355 registos de resultados académicos (2016). No mesmo sentido, Kahneman & Kruger (2006) referem que, só na área da economia, entre 2001 e 2005, foram publicados mais de cem artigos utilizando medidas de felicidade ou de satisfação

[4] São várias as marcas de produtos que utilizam e promovem a ideia de felicidade. Por exemplo, a *Coca-Cola*, além das imagens de felicidade que veicula, patrocina estudos na área através do Instituto da Felicidade.

com a vida. Em consonância com esta produção científica, existem atualmente revistas científicas dedicadas exclusivamente à publicação de estudos interdisciplinares sobre felicidade. Destacamos o *Journal of Happiness Studies*, pelo seu elevado fator de impacto (1,683 em 2014),[5] mas existem outras, como a revista *International Journal of Happiness and Development,* ou a revista *Journal of Happiness and Well-Being*. Assim, são claros os sinais da crescente importância social e académica da felicidade e, paralelamente, assiste-se a uma preocupação política por este tema.

Atualmente, (alguns) governos consideram uma prioridade medir o bem-estar das suas populações e introduziram medidas de avaliação do progresso social e humano, nas quais se incluem a medição da felicidade como um dos seus indicadores.[6] Durante a presidência francesa da União Europeia (2008), foi constituída uma comissão — Comissão Stiglitz — para avaliar o desempenho económico e o progresso social dos países europeus — *Comission on the measurement of the economic performance and social progress*. Esta teve como objetivo a elaboração de recomendações acerca das melhores formas de medir tanto o desempenho económico como o progresso social dos países (STIGLITZ, SEN & FITOUSSI, 2009). Um dos indicadores de bem-estar propostos, a par da *avaliação da vida*, *satisfação* e da *ocorrência de emoções positivas e negativas*, é a *felicidade*. De acordo com os responsáveis, estes indicadores devem ser medidos em separado, permitindo assim uma profunda compreensão dos fatores envolvidos na apreciação da vida. Da sua avaliação quan-

[5] O fator de impacto é uma medida que reflete o número médio de citações dos artigos publicados na revista num dado ano. Pretende dar uma ideia da importância da revista na sua área.

[6] Foi o rei do Butão que propôs, pela primeira vez, nos anos setenta do século XX, a introdução da *Felicidade Interna Bruta* (FIB) como medida de avaliação do desenvolvimento da sociedade, que inclui aspetos materiais e espirituais, e que pretende ultrapassar as limitações do modelo de desenvolvimento tradicional assente no crescimento económico e medido pelo *Produto Interno Bruto* (PIB).

titativa, espera-se o aprofundar de conhecimentos acerca do que contribui para o bem-estar das pessoas, indo para além de análises unicamente centradas no rendimento (STIGLITZ *et al.*, 2009). No mesmo sentido, em 2010, foram introduzidos indicadores deste tipo nas estatísticas oficiais anuais do Reino Unido.[7] Ainda neste país, algumas escolas incluíram nos seus programas escolares orientações com o objetivo de melhorar a gestão emocional das crianças e jovens (LAYARD, 2007).[8] Em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística organiza, desde 2014, um dossiê de indicadores de bem-estar. Sucedem-se assim os exemplos de organismos oficiais de recolha de dados estatísticos que reúnem informação sistemática sobre o bem-estar das populações e incluem indicadores materiais e não materiais, como a avaliação das condições de vida. Para referir alguns deles: *Better Life Index* (OCDE); *Well-Being Indicators — Office for National Statistics* (Reino Unido); *Gallup*; *Eurobarómetro*, entre outros. Estas estatísticas, ao pretenderem relatar a realidade em permanente evolução, constituem uma resposta à necessidade de dados acerca da forma como as pessoas vivem e avaliam a sua vida. Deste modo, espera-se que a avaliação da felicidade constitua um indicador do funcionamento geral da sociedade, apoiando a tomada de decisão, e permitindo tanto o planeamento como a avaliação do impacto de medidas públicas sobre a forma como as pessoas percecionam a sua vida (RYAN, 2010). Acreditamos que a introdução destes indicadores traduz uma resposta a mudanças sociais que vão no sentido do aumento da importância social consagrada à felicidade. Neste sentido, Gianetti afirma que «se a felicidade (ou a falta dela) não se tivesse tornado um problema social, não existiria tanta preocupação com a sua pesquisa» (GIANNETTI, 2002, p. 61). Esta

---

[7] http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/user-guidance/well-being/index.html.

[8] Para mais informação, consultar: https://www.gov.uk/government/publications/social-and-emotional-aspects-of-learning-seal-programme-in-secondary-schools-national-evaluation.

afirmação vai ao encontro do pensamento de Sedas Nunes quando explica que a ciência não descobre problemas sociais, dedica-se ao seu estudo, funcionando como instrumento de conhecimento, mas também de ação na gestão quotidiana da sociedade e na preparação de políticas a longo prazo (SEDAS NUNES, 1977).

Um exemplo concreto desta visão da ciência enquanto instrumento de conhecimento, podendo desempenhar um papel na gestão social e na preparação de políticas, é o documento produzido pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2013, com orientações para o estudo do bem-estar subjetivo (OCDE, 2013). Neste relatório são incluídas recomendações conceptuais, metodológicas e relativas a cuidados a ter em conta no processo de recolha de dados. Destaca-se a importância dada à validade e fiabilidade das várias opções conceptuais disponíveis para medir felicidade, às preocupações metodológicas em torno do formato e ordem das perguntas e das respostas a incluir nos questionários, mas também a enunciação de precauções a ter em contexto de recolha dos dados sobre este tema. Refira-se ainda o destaque dado por esta publicação à importância da produção de estatísticas sobre bem-estar para o apoio à decisão, assim como a sua capacidade de identificar prioridades para trabalhos futuros. A medição da felicidade da população tornou-se assim uma prioridade nas estatísticas oficiais de vários países, constituindo um indicador insubstituível do funcionamento geral da sociedade, uma vez que traduz a avaliação que as pessoas fazem às diferentes dimensões da sua vida. Neste contexto, coloca-se a questão de saber que mudanças sociais contribuíram para destacar e reforçar a preocupação social com a felicidade, aspeto sobre o qual nos debruçaremos em seguida.

MUDANÇAS SOCIAIS E FELICIDADE

Nas últimas décadas, os níveis económicos da maioria dos países ocidentais cresceram substancialmente, com a consequente satisfação das necessidades básicas e a melhoria das condições de vida em geral. Assistiu-se a um aumento generalizado do bem-estar nas sociedades ocidentais, onde as pessoas gozam mais férias, viajam mais, têm maior esperança de vida e são mais saudáveis (LAYARD, 2005).

Contudo, apesar do constante aumento dos rendimentos *per capita* e de todas as melhorias sociais associadas, desde os anos cinquenta do século XX, a felicidade média declarada (da população norte-americana) não sofreu um acréscimo correspondente, encontrando-se constante desde os anos setenta (EASTERLIN, 2001, 2003; DI TELLA, MACCULLOCH & OSWALD, 2003; DIENER & SELIGMAN, 2004). Esta relação inesperada entre o aumento dos rendimentos *per capita* e a *felicidade média* é designada, na literatura, como o *paradoxo de Easterlin*, tomando o nome do autor que o identificou. Diz-nos Easterlin que a partir de determinado limiar de riqueza do país, o aumento dos rendimentos *per capita* não é acompanhado por aumentos semelhantes na *felicidade média* da população (EASTERLIN, 1974). Até então, era esperado que o aumento dos rendimentos conduzisse a uma melhoria das condições de vida e que, em conjunto, tivessem consequências positivas sobre a perceção de felicidade. Mas a relação entre rendimentos e felicidade revelou-se menos óbvia, o que obrigou os cientistas a considerar a influência de outras variáveis não económicas, reconhecendo a importância que os aspetos não materiais podem assumir na vida das pessoas. Este fenómeno pode começar a compreender-se partindo da perspetiva de Maslow (1987) que sugere que a satisfação de necessidades é acompanhada pela emergência de novas necessidades. Este autor identificou cinco necessidades hierarquizáveis (da base para o topo), em que à eliminação das de base se sucede a emergência de novas

necessidades. São elas: as necessidades fisiológicas (básicas), como a fome, a sede, o sono e o sexo; as necessidades de segurança que incluem a simples necessidade de nos sentirmos seguros ou a estabilidade profissional ou social; a necessidade de socialização (relações interpessoais); a necessidade de reconhecimento e a necessidade de autorrealização. Assim, quando satisfeitas as necessidades fisiológicas e de segurança, emergem aspetos relacionados com as relações interpessoais, reconhecimento social e realização pessoal (MASLOW, 1987). Atualmente, e face à melhoria continuada das condições de vida no Ocidente, alguns autores constatam esta evolução na hierarquia das necessidades, tal como propôs Maslow (INGLEHART, FOA, PETERSON & WELZEL, 2008). A ideia é que as pessoas deixaram de se centrar em questões de subsistência e sobrevivência, passando a preocupar-se mais com valores de realização e de desenvolvimento pessoal (GRIFFITHS & REEVES, 2009). No mesmo sentido, e de acordo com os resultados do *World Values Survey* analisados por Inglehart e a sua equipa (2008), com o desenvolvimento económico verifica-se um aumento da *sensação de segurança existencial* das populações e uma mudança dos valores predominantes na sociedade. De acordo com estes autores, em vez do enfoque na sobrevivência, desenvolve-se a valorização da autoexpressão e da liberdade de escolha, valores que se encontram estatisticamente associados à perceção de felicidade. Mais especificamente, os autores explicam que, em condições de escassez, as pessoas tendem a focar-se em necessidades de sobrevivência e a dar prioridade à segurança física e económica em detrimento de valores de igualdade e expressão individual. Ao contrário, uma vez satisfeitas as necessidades de sobrevivência, emergem novas preocupações, interesses, valores e objetivos de vida (WELZEL, INGLEHART & KLIGEMANN, 2003; INGLEHART *et al.*, 2008; PICKETT & WILKINSON, 2011).

Assim, verifica-se que as alterações sociais das últimas décadas criaram espaço para uma maior preocupação com a felicidade,

o que por sua vez conduziu a um alargamento da mobilização de indicadores económicos e sociais para avaliar o funcionamento geral da sociedade no sentido da inclusão de aspetos não materiais do bem-estar (LAYARD, 2005). Estes indicadores, que seguidamente exporemos de forma mais alargada, contribuem para a compreensão do desenvolvimento humano e do progresso social (WELZEL *et al.*, 2003).

Alguns indicadores numéricos de felicidade

A produção de indicadores estatísticos sobre felicidade conheceu um aumento nos últimos anos. Esta centra-se essencialmente em autoavaliações de felicidade que, constituindo um primeiro passo na compreensão deste fenómeno, permitiu um enorme avanço dos estudos e reflexões na área.

Estas pesquisas, centradas na análise dos dados estatísticos disponíveis, dedicam-se essencialmente à comparação dos níveis médios de felicidade (ou de satisfação com a vida), entre países, e ao longo do tempo (análises longitudinais), o que permite conhecer variações, causas e consequências da felicidade, tanto a nível individual como social. A coerência entre os resultados de vários estudos, seguindo diferentes metodologias, e incidindo sobre diversas realidades, permitiu identificar os principais aspetos que influenciam a felicidade (GRAHAM, 2011). É consensual associar níveis médios de felicidade e saúde ou longevidade; e rendimentos, produtividade e comportamento organizacional; e as práticas individuais e sociais. Mais especificamente, os resultados de diferentes estudos indicam que a felicidade tem benefícios sobre a saúde, nomeadamente o de estar associada à redução de inflamações, a melhorias cardiovasculares e dos sistemas imunitários, e à diminuição do risco de contrair doenças e infeções, à rapidez de recuperação, e à sobrevivência e

longevidade. Da mesma forma, a felicidade está associada a maior produtividade e a melhores avaliações de desempenho, a menor absentismo, a criatividade, a rendimentos mais elevados, mas ainda a capacidades de cooperação (HELLIWELL, LAYARD & SACHS, 2013). Ao nível dos comportamentos individuais, realça-se a associação com a capacidade de adiamento das gratificações, menor consumismo e maiores poupanças, maior sociabilidade (mais relações interpessoais e redes), mas também comportamentos pró-sociais (como sejam atividades de voluntariado e donativos) (HELLIWELL *et al.*, 2013).

No mesmo sentido, os resultados são consensuais quanto à identificação de diferenças na felicidade declarada dos vários países: a Suíça, a Noruega, a Dinamarca e o Canadá lideram a lista dos *mais felizes;* e a Grécia, a Turquia, a Hungria e Portugal reportam os níveis mais baixos do conjunto dos países da OCDE (OCDE). Esta desigualdade na distribuição de felicidade entre países está claramente identificada e os resultados não diferem substancialmente quando analisamos outras fontes estatísticas como sejam os dados do *European Social Survey* (ESS), do *World Values Survey*, ou do *Eurobarómetro*, entre outros. Da mesma forma, autores como Veenhoven, Inglehart ou Graham, apresentam tendências semelhantes nas suas análises comparativas, identificando padrões nos fatores que globalmente influenciam felicidade, mas também especificidades nacionais que os dados apenas permitem identificar.

Se as estatísticas sobre felicidade apontam para diferenças relativas a especificidades contextuais, importa, pois, aprofundar o conhecimento acerca das variações da expressão da felicidade no contexto português.

Os números da felicidade em Portugal

Este ponto será dedicado aos números da felicidade em Portugal. Para tal, recorreremos aos estudos existentes e a dados estatísticos de organismos internacionais.[9]

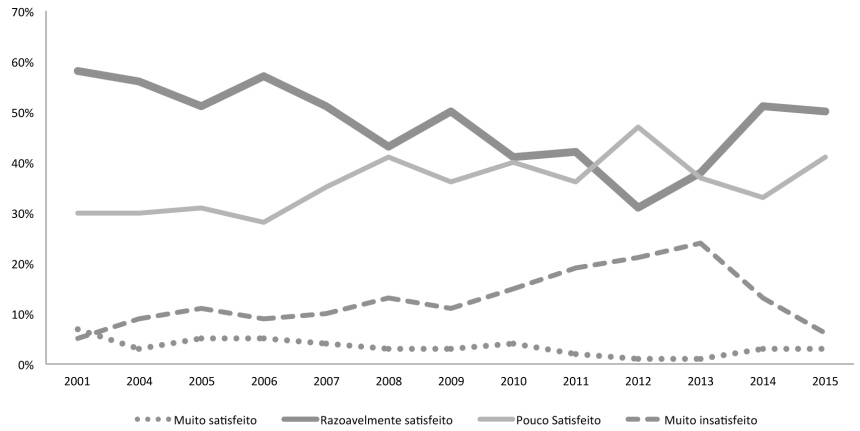
De acordo com o relatório *Better life index*, 2015 (OCDE), Portugal apresenta desempenhos bastante diferenciados nos vários indicadores considerados. Por um lado, viveu um progresso significativo nas últimas décadas com a modernização da sua economia e o aumento dos níveis de vida da sua população, traduzidos em boas medidas quanto a indicadores de *habitabilidade*, *segurança pessoal* ou *qualidade do ambiente*. Por outro lado, a par deste desempenho, atualmente Portugal situa-se abaixo da média da OCDE quanto a indicadores de *rendimento*, *emprego*, *comunidade*, *educação*, *participação cívica*, *satisfação com a vida* e *conjugação entre vida pessoal e trabalho*. Apresenta uma *satisfação média com a vida* de 5,1 (medida numa escala de 0 a 10), a mais baixa da OCDE, cuja média se situa nos 6,5. Estes dados vão no mesmo sentido dos obtidos num trabalho nacional incidindo sobre as necessidades dos portugueses (TESE, 2009). Este estudo refere os baixos níveis de satisfação com a vida dos portugueses e identifica como causas a insatisfação com dimensões relacionadas com as circunstâncias de vida, mas também com o funcionamento do país: «Em termos gerais, os inquiridos manifestam maior satisfação pelas dimensões mais relacionais (família e amigos) e menor satisfação pelas condições de vida objetivas (rendimentos, trabalho), bem como pelas condições mais imateriais ligadas à

[9] Apesar de felicidade e satisfação com a vida não serem sinónimos, consideramos que a medição da satisfação com a vida constitui um indicador válido e que permite uma primeira aproximação à compreensão da felicidade. Para um aprofundamento das diferenças conceptuais entre os conceitos de felicidade e satisfação com a vida, consultar A. Roque Dantas (2015).

confiança nas pessoas, nas instituições e ao nível de participação cívica» (TESE, 2009).

O gráfico seguinte representa a evolução da satisfação com a vida, em Portugal, entre 2001 e 2015 (dados da Comissão Europeia/ *Eurobarómetro*).

Gráfico 1 — Satisfação com a vida em Portugal 2001-2015 (%).



Fonte dos dados: *Eurobarómetro*.

Em 2001, os *muito satisfeitos* são mais numerosos do que os *muito insatisfeitos* (7% e 5%, respetivamente). Contudo, a partir de 2004, começa a desenhar-se uma inversão desta relação que se acentua ao longo do período analisado. Aumentam os *muito insatisfeitos* e diminuem os *muito satisfeitos* (para 24% e 1%, respetivamente). Em 2013, os *muito insatisfeitos* são cerca de um quarto da população, enquanto os *muito satisfeitos* representam apenas 1%. Quanto aos *razoavelmente satisfeitos*, verificamos que diminuem ao longo do período em análise (com exceção de 2009 em que há um ligeiro aumento), e a descida é mais acentuada a partir de 2010. A partir de 2012, parece iniciar-se uma recuperação. Ao longo do período em análise, e a par da diminuição dos *razoavelmente satisfeitos*, aumentam os *pouco satisfeitos*. Em 2008, verificamos uma subida

elevada dos *pouco satisfeitos* (41% da população), mas é em 2012 que o peso deste grupo assume a maior expressão do período (cerca de metade dos portugueses considera-se *pouco satisfeita*: 47%).[10]

Independentemente da fonte analisada, os resultados são unânimes em colocar Portugal entre os países com a população mais insatisfeita.[11] Sabemos que, enquanto medida, a satisfação com a vida pretende captar um julgamento final e que entra em consideração com diferentes dimensões. Importa, pois, conhecer melhor as dimensões consideradas pelas pessoas nas suas avaliações.

O European Social Survey (2012) inclui os seguintes indicadores de satisfação com a vida: Satisfação com o estado atual da economia, Satisfação com o Governo, Satisfação com a democracia, Satisfação com o estado atual da educação, Satisfação com o estado atual dos serviços de saúde, Satisfação com o emprego, Satisfação com a conciliação entre tempo profissional e pessoal, medidos numa escala de 0 a 10, em que 0 representa a pontuação para extremamente insatisfeito e 10 para extremamente satisfeito. Os resultados alcançados para Portugal com recurso a uma Análise em Componentes Principais (ACP)[12], a estes sete indicadores de satisfação, permitiram identificar a estrutura de relações que estão inerentes à satisfação com a vida (Roque Dantas, 2015).

---

[10] Lembramos que, em 2011 e 2012, com a aplicação do programa da *troika* (Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional), as medidas de austeridade avolumaram-se com reflexo sobre o poder económico e condições de vida da maioria das famílias.

[11] Os resultados apresentados na *World Database of Happiness* atribuem aos portugueses uma média de felicidade 5,7 (escala de 0 a 10) entre 2000 e 2009. Para o mesmo período, a Dinamarca apresenta um valor médio de 8,3 e a Islândia 8,2, sendo estes os países com níveis mais elevados de felicidade. Com valores médios baixos referimos a Bulgária (imediatamente abaixo de Portugal) e a Rússia com 5,5. Os valores médios mais baixos verificam-se em países africanos como a Serra Leoa (valores abaixo de 3) (VEENHOVEN, 2010).

[12] Tendo verificado os requisitos de aplicação da ACP, através da estatística Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,688) e do teste de esfericidade de Bartlett, ($X^2_{(21)}$ = 1717,171, p<0,001), foi possível extrair três componentes que explicam 76,9% da variância total.

Tabela 1 — Dimensões da satisfação com a vida.
(Análise em Componentes Principais com rotação Varimax)

	Contribuição em cada componente	Variância explicada (%)
Componente 1 - Condições estruturais		40,7
Satisfação com a Economia	0,879	
Satisfação com o Governo	0,882	
Satisfação com a Democracia	0,666	
Componente 2 - Condições de vida		34,8
Satisfação com o estado atual da educação	0,855	
Satisfação com o estado atual dos serviços de saúde	0,884	
Componente 3 - Condições individuais		26,0
Grau de satisfação com emprego	0,884	
Grau de satisfação com a conciliação entre tempo profissional e pessoal	0,886	

Fonte: *ESS5*, 2010.

Com base nestes resultados, é possível identificar três dimensões inerentes à satisfação com a vida: uma dimensão relacionada com as **condições estruturais** e que sintetiza a *satisfação com o estado da economia*, com a *qualidade da democracia* e com a *prestação do governo* (esta componente explica 40,7% da satisfação); uma dimensão de **condições de vida** que traduz a *satisfação com o estado atual dos serviços de saúde* e *educação* (34,8%); e uma terceira dimensão, mais individual, que sumariza a **satisfação com a vida pessoal**, nomeadamente com o *emprego* e com a *conciliação entre tempo pessoal e profissional* (26%).

Estes resultados reforçam as conclusões de outros estudos, nomeadamente a importância que diferentes dimensões assumem na avaliação da vida. De facto, não são apenas as características individuais a influenciar a perceção de felicidade, mas também o contexto em que nos inserimos e as condições de vida objetivas que moldam as circunstâncias em que se vive e se processa a avaliação (ROQUE DANTAS, 2015).

NOTA CONCLUSIVA

Ao longo deste capítulo, discutimos a visibilidade da ideia de felicidade nos dias de hoje. Esta visibilidade é um sinal da crescente preocupação social com o tema, cujas manifestações têm consequências diretas sobre as práticas e as representações dos atores sociais que direcionam as suas condutas em função dos seus ideais de felicidade, promovendo a criação de expetativas coletivas orientadoras da ação individual e contribuindo para a partilha e uniformização das formas de sentir. Ao mesmo tempo, a perceção de felicidade tem consequências, não só individuais (sobre a saúde e longevidade), como sociais (associando-se a produtividade, envolvimento comunitário e relações interpessoais) (VEENHOVEN & JONKERS, 1984; LAYARD, 2005; GRAHAM, 2011). Da mesma forma, os estudos revelam que as condições sociais são determinantes para a perceção de felicidade (VEENHOVEN & JONKERS, 1984), e que alguns contextos serão mais favoráveis à sua ocorrência (ROQUE DANTAS, 2015). Sabemos que o desemprego tem consequências negativas sobre a perceção de felicidade (FREY & STUTZER, 2001), tal como as desigualdades sociais (PICKETT & WILKINSON, 2011), ou as crises económicas (GRAHAM, 2011).

O estudo da felicidade — através da identificação das condições sociais que a promovem — reveste-se, assim, de uma enorme importância para a sociedade, permitindo avaliar o seu bom funcionamento e, dessa forma, orientar políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, S. (2008). Multiculturalism and the promise of happiness. *New Formations,* 63, 17.

Alesina, A., Di Tella, R. & MacCulloch, R. (2004). Inequality and happiness: are Europeans and Americans different? *Journal of Public Economics*, 88, 9-10.

Di Tella, R., MacCulloch, R. J. & Oswald, A. J. (2003). The macroeconomics of happiness. *The Review of Economics and Statistics*, 85 (4), 809-827. doi: 10.1162/003465303772815745.

Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-31. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.

Easterlin, R. A. (1974). Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In P. A. David & Melvin W. Reder (eds.), *Nations and households in economic growth* (89-125). San Diego: Elsevier Science Publishing.

Easterlin, R. A. (2001). Income and happiness: Towards a unified theory. *The economic journal*, 111 (473), 465-484.

Easterlin, R. A. (2003). Explaining happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100 (19), 11 176-11 183. doi: 10.1073/pnas.1633144100.

Frey, B. S. & Stutzer, A. (2001). *Happiness and economics: How the economy and institutions affect human well-Being*. Princeton e Oxford: Princeton University Press.

Giannetti, E. (2002). *Felicidade: diálogos sobre o bem-estar na civilização*. São Paulo: Companhia das Letras.

Graham, C. (2011). *O que nos faz felizes por esse mundo fora. O paradoxo dos camponeses felizes e dos milionários miseravelmente infelizes*. Alfragide: Texto Editores.

Griffiths, S. & Reeves, R. (eds.) (2009). *Well-being: How to lead the good life and what government should do to help*. Londres: Social Market Foundation.

Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2013). *World happiness report*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://worldhappiness.report/.

Inglehart, R., Foa, R., Peterson, C. & Welzel, C. (2008). Development, freedom, and rising happiness: A global perspective (1981-2007). *Perspectives on psychological science*, 3 (4), 264-285.

Kahneman, D. & Krueger, A. B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives*, 20 (1), 3-24. doi: 10.1257/089533006776526030.

Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. Londres: Penguin Books Limited.

Lipovetsky, G. (2007). *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*. Lisboa: Edições 70.

Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality*. Nova Iorque: Pearson Education.

Mcmahon, D. M. (2009). *Uma história da felicidade*. Lisboa: Edições 70.

OCDE (n.d.). *Better life index*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://www.oecdbetterlifeindex.org/.

OCDE (2013). *Guidelines on measuring subjective well-being*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://www.oecd.org/statistics/guidelines-on-measuring-subjective-well-being.htm.

Pickett, K. & Wilkinson, R. (2011). *The spirit level: Why greater equality makes societies stronger*. Londres: Bloomsbury Press.

Roque Dantas, A. (2012). *A construção social da felicidade*. Lisboa: Colibri.

Roque Dantas, A. (2015). *A felicidade enquanto recurso emocional socialmente desigual: para uma abordagem sociológica do sentir*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas — Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://hdl.handle.net/10362/15119.

Ryan, A. (2010). Happiness and political theory. *Social Research*, 77 (2), 421-440.

Sedas Nunes, A. (1977*). Questões preliminares sobre as ciências sociais*. Lisboa: Editorial Presença.

Stets, J. E. & Turner, J. A. (2005). *The sociology of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stiglitz, J., Sen, A. & Fitoussi, J. P. (2009). *Report by the Comission on the measurement of economic and social progress*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm.

TESE. (2009). *Necessidades em Portugal. Tradição e tendências emergentes. Resultados do inquérito por questionário*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://tese.trtcode.com/images/docs/sumula-resultado-inquerito-necessidades.pdf.

Veenhoven, R. (n.d). *World database of happiness*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl.

Veenhoven, R. (2010). What we know. In L. Bormans (ed.), *The world book of happiness*. Bélgica: Lannoo Uitgeverij, Tielt.

Veenhoven, R. & Jonkers, T. (1984). *Conditions of happiness* (D. Reidel Publishing Company ed., vol. 2). Berlim: Springer.

Welzel, C., Inglehart, R. & Kligemann, H.-D. (2003). The theory of human development: A cross-cultural analysis. *European Journal of Political Research*, 42 (3), 341-379. doi: 10.1111/1475-6765.00086.

Yang, Y. (2008). Social inequalities in happiness in the United States, 1972 to 2004: An age-period-cohort analysis. *American Sociological Review*, 73 (2), 204-226.

16. Os cuidados familiares à luz da teoria da ambivalência sociológica: «Os dois lados da moeda»

Family care in the light of the sociological ambivalence theory: «The two sides of the coin»

Ana Paula Gil

ORCID: 0000-0002-6728-7689

RESUMO:

O crescimento da longevidade, ao implicar «mais anos de vida», não permite, por si só, ficar imune à doença crónica e a situações de incapacidade e dependência, suscitando inevitavelmente necessidades de cuidados (formais e informais) acrescidos ao nível do Estado, da sociedade e da família. O Estado, as políticas sociais, a família e as relações intergeracionais procuram responder e encontrar soluções de apoio para fazer face ao desafio que a incapacidade e a dependência colocam. *Dependência e cuidados familiares* são dois conceitos que tendem a demarcar-se, mas são unidos pela mesma raiz etimológica, significando relações de interdependência. A fim de dar visibilidade ao mundo subterrâneo dos cuidados familiares realizou-se um estudo empírico composto por cinquenta e duas entrevistas (semiestruturadas) a famílias cuidadoras de pessoas adul-

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_16

tas em situação de incapacidade severa na Área Metropolitana de Lisboa, constituindo um objetivo deste trabalho. *Como se processa a decisão de cuidar de alguém? O que significa organizar um processo de cuidados? Quais as dinâmicas familiares que se estabelecem entre os vários membros? Como se partilham responsabilidades? Como se qualifica a experiência? Como se exercem as entreajudas familiares?* Estas e outras interrogações foram possíveis graças ao sentido que os atores atribuem ao quotidiano familiar, numa vivência em torno da dependência. Do *amor ao dever, da justiça até ao desamor e à violência* são diferentes justificações utilizadas, tornando os cuidados familiares um processo complexo e ambivalente, onde a solidariedade e o conflito podem ser coexistentes.

PALAVRAS-CHAVE: família; prestação de cuidados; ambivalência sociológica

ABSTRACT:

Increasing longevity implies «more life years» while not guaranteeing immunity from chronic illness, incapacity and dependence, inevitably creating greater need for care (formal and informal) from the state, society and the family. The state, social policy, family and intergenerational relationships seek to respond and find solutions to the challenge that incapacity and dependency set. *Dependency and family care* are two concepts that tend to emerge; however, they are bound by the same etymology root, signifying relations of interdependence. In order to give greater visibility to the hidden world of family care, an empirical study was carried out involving fifty-two (semi-structured) interviews with families that looked after adults with severe incapacity in the Inner Lisbon area. *How do you decide to care for someone? What does organise the care process mean? What are the dynamics that are created between the various family members? How is responsibility shared? How do you describe*

the experience? How does mutual family support work? These and other questions were possible thanks to the sense given to everyday family life by those involved in situations of dependence. From *love to duty*, *from justice to aversion and violence*, these are some of the justifications used, making family care a complex and ambivalent process, where solidarity and conflict can coexist.

KEYWORDS: family; health care delivery system; sociological ambivalence

INTRODUÇÃO

Uma sociedade envelhecida

Umas das temáticas centrais abordadas pela sociologia do envelhecimento são as transformações demográficas que estão a ocorrer nas sociedades contemporâneas e as alterações das estruturas familiares. Portugal encontra-se perante um cenário de envelhecimento demográfico com tendência a acentuar-se devido ao aumento da esperança de vida (em sequência da quebra da taxa de mortalidade), sobretudo nas idades mais avançadas, e da diminuição da natalidade. Há trinta anos a esperança de vida rondava os 60 anos para os homens e 66,8 para as mulheres. Hoje, a esperança de vida à nascença situa-se nos 80,80 anos para o total da população, sendo de 77,78 anos para os homens e de 83,43 anos para as mulheres no período 2016-2018 (INE, 2018).

Esta evolução da longevidade significou um enorme ganho na saúde em Portugal e conduziu também a um aumento considerável do número de pessoas idosas. Em 2011, a população com mais de 65 anos representava 19% da população total (INE, 2011) e as projeções demográficas indicam que em 2050 esse grupo etário atinja 32%,

o que significará um crescimento exponencial do grupo dos 80 anos. Em 2013, 5% da população portuguesa tinha 80 ou mais anos, e as projeções demográficas estimam um aumento acentuado desse grupo etário que, em 2060, atingirá os 16% (UE, 12%) (INE, 2014). Mas se existem ganhos de saúde com a maior longevidade, esta também pode surgir associada a uma maior fragilidade física e mental, com o aparecimento de doenças degenerativas (demências e a doença de Parkinson), tumores malignos e doenças cerebrovasculares.

A evolução das estruturas familiares é outro dos traços demográficos em mudança na população portuguesa e que coloca novos desafios sociais. Famílias de menor dimensão (de 3,8 em 1960 para 2,8 em 2001 e 2,6 em 2011), a queda acentuada das famílias numerosas com mais de cinco pessoas, o aumento de famílias de casais idosos e a ligeira subida da proporção das pessoas sós (14,9% em 1991, 17,4% em 2001 e 21,4% em 2011, sobretudo mulheres com mais de 65 anos), as famílias monoparentais e dos casais sem filhos, constituem alguns dos traços das alterações verificadas nas estruturas familiares, nos últimos quarenta anos em Portugal.

Se passámos de um modelo de família extenso e rural, onde a mulher era quem cuidava das crianças, dos doentes e dos idosos, hoje estamos perante um modelo de família nuclear e urbano, onde a mulher concilia a sua atividade profissional com a vida familiar. Segundo os dados da OCDE de 2016, as mulheres portuguesas registam uma taxa de atividade a tempo inteiro de 63,3%, o que constitui um dos níveis mais elevados na UE (59,5%, OCDE) e uma taxa de atividade a tempo parcial (12,6%), uma das mais baixas, entre os países da OCDE.

As alterações das estruturas familiares e a maior taxa de atividade feminina vão ter consequências na capacidade das gerações mais novas poderem cuidar dos seus familiares, não só pelo menor número de filhos disponíveis, como pelo maior envolvimento da mulher na esfera profissional. A probabilidade de se cuidar de um

familiar (cônjuge, pais) irá colocar-se cada vez mais nas próximas gerações, como pode implicar também uma profunda mudança de valores e das práticas familiares. Neste cenário demográfico identificam-se algumas tendências previsíveis: 1 — a diminuição da mortalidade provoca um adiamento na idade em que possa ocorrer a viuvez e com o aumento da longevidade a tendência será para uma *convivência conjugal mais longa*; 2 — os cuidados irão ser prestados somente por um filho, contrariamente à descendência atual composta por três filhos (GAYMU *et al.*, 2007); 3 — a *redução do número de filhos* terá como consequência direta a polarização das responsabilidades familiares num único elemento; 4 — com fecundidade e a mortalidade baixas, a tendência é para se criar uma situação em que a *dimensão média dos agregados domésticos se reduza e aumente a idade média dos seus elementos.* O impacto destas tendências demográficas será uma maior intervenção das gerações adultas, agora mais reduzidas, compostas por cônjuges e filhos, cada vez mais velhos e, por vezes, já incapacitados para prestar apoio; 5 — *O aumento das pessoas que vivem sós* sem descendência ou com uma rede familiar restrita, irão constituir-se como potenciais candidatos aos estabelecimentos coletivos ou aos serviços na comunidade.

Estas profundas alterações demográficas na sociedade portuguesa e nas estruturas familiares, leva-nos para uma interrogação inevitável: *quem serão os futuros cuidadores desta sociedade envelhecida*? Perante um contexto social caracterizado por uma ausência de uma política familiar coerente e sustentada de apoio à velhice, um sistema de equipamentos sociais que sofre de insuficiências para a questão da dependência: serviços com uma forte componente social, um mercado privado com serviços de longa duração dispendiosos, nem sempre sinónimo de qualidade, o que torna problemática as situações de todas aquelas famílias que se confrontam com uma alta compulsiva e um regresso prematuro ao domicílio (GIL, 1998;

GIL, 2010) ou o tempo de espera por uma vaga na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O objetivo deste capítulo é refletir sobre os cuidados que são prestados na esfera da família a pessoas em situação de dependência, explorando significados e práticas, consensos e paradoxos em torno do ato de cuidar, o que faz da questão dos cuidados um campo de ambivalências.[1]

1. Em torno do ato de cuidar

Se o conceito de dependência (cf. GIL, 2010) é gerador de controvérsia e objeto de sobreposições de terminologias, também o ato de cuidar incorre num mesmo tipo de problema que é a ausência de rigor concetual, bem como partir-se do pressuposto que se está perante um modelo único de solidariedade. A dualidade do conceito de cuidar, ao envolver duas dimensões, uma afetiva e relacional, e uma outra que abarca os aspetos instrumentais ou técnicos — o fazer —, também é suscetível de associações com outros conceitos desde *apoiar, suportar, prestar apoio, tomar conta de* e o *tratar de.* Enquanto o *prestar apoio* é oriundo de uma lógica funcional, profissionalizante, de serviço, a prestação de apoio provém de um registo do *handicap*, do suporte funcional, que poderá ser pontual e, por isso, surge como instrumental e unilateral. O *tomar conta de* é equiparado à primeira fase do ciclo de vida, a infância, e assenta numa visão normalizadora da pessoa em situação de incapacidade, objeto de cuidados, ou seja, sem poder de decisão, inserido, inevitavelmente, numa relação desigual pela sua fragilidade

[1] Para um maior desenvolvimento deste tema ver GIL, A. P. M., (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

e vulnerabilidade (física e mental). O *tratar de* enquanto conceito, reenvia-nos para a conceção dos cuidados médicos (saber médico), como o tratamento de um corpo doente ou em sofrimento. Quando a recuperação do doente se torna irreversível, é-lhe atribuído pelo sistema o rótulo de «incurável» ou, presentemente mais utilizado, de «doente crónico». O tratar do corpo do outro, pressupõe curar e quando esta falha, a gestão do corpo deixa de pertencer ao campo médico para ser considerado como pertencente ao cuidar, encarado como tarefa rotineira sem prestígio científico em oposição à função curativa. O curar, o tratar e o cuidar constituem, assim, categorias socialmente interiorizadas, que definem e legitimam as práticas e interesses profissionais. Enquanto o curar se refere ao tratar, o cuidar refere-se aos cuidados prestados por outras áreas profissionais (enfermagem ou de apoio social) ou são da responsabilidade da família. Embora considerado essencial, o ato de cuidar torna-se numa prática associada ao mundo feminino, às mulheres, circunscrito ao espaço da família como «espaço natural de dádiva» (SAILLAT, 1992; GODBOUT,1992). O *cuidar de* é uma noção que tem implícita uma obrigação intergeracional e familiar, mas também uma vontade individual, nem sempre voluntária, mas dependente sobretudo das circunstâncias familiares e económicas, onde o outro é concebido como objeto de cuidados e recetáculo de apoios, mas inserido numa relação de reciprocidade.

Na sua origem, o *ato de cuidar* engloba uma panóplia tão vasta de atividades, de tarefas, de sentimentos, de afetos, de obrigações, de entreajudas, a proteção do corpo e da identidade**,** incluídas normalmente numa só categoria — as atividades da vida quotidiana, definidas meramente pelo seu simbolismo instrumental, desinserida da sua componente socioafetiva, estruturante das próprias relações familiares.

Com as alterações demográficas que temos vindo a assistir em toda a Europa, o «cuidado» surge como categoria analítica, mas

também política. De acordo com Comas-d'Argemir (2016), o cuidado assume-se hoje como categoria analítica que remete para as atividades de gestão do quotidiano, da saúde e do bem-estar das pessoas. O cuidado, enquanto categoria política, reporta para o «conjunto de atuações e para uma repartição que supere as desigualdades existentes entre homens e mulheres e que considere o conjunto da sociedade em termos de justiça» (p. 12). Significa que o cuidado transborda da esfera privada para se tornar um assunto social e político.

No entanto, a temática teórica dos cuidados familiares tem sido perspetivada a partir de uma ótica que incide, exclusivamente, sob os efeitos que esses mesmos cuidados provocam em quem cuida (embora o conceito de carga — *burden*). Apesar de importantes porque têm permitido conhecer os impactos que os cuidados geram na esfera da família, estes passaram, na prática, por serem concebidos como uma experiência negativa; e a multiplicidade de estudos desenvolvidos (ZARIT, 1980, 1986; PEARLIN *et al.,* 1990), sobretudo na década de noventa do século passado, contribuíram, assim, para veicular uma representação dos cuidados como um fardo, um peso. O termo *burnout* é uma composição de *burn*=queima e *out*=exterior, sugerindo deste modo que a pessoa com esse tipo de *stress* consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento de ansiedade, depressão, irritabilidade, entre outros. Também na temática dos cuidados, o termo *burnout* é muito utilizado para designar a situação de esgotamento que o cuidador se pode encontrar, demonstrando «exaustão permanente, incapacidade de concentração, apatia, irritabilidade, sentimento de incapacidade para o cumprimento das tarefas, necessidade de estimulantes ou antidepressivos e o sentimento de isolamento». Nestes estudos tem presidido uma lógica de medida e uma visão utilitarista, traduzidos em indicadores (como o volume de tarefas, a frequência, o tempo gasto, entre outros), assentes em grelhas de «incapacidade» adaptadas

da vida diária (APVD e AIVD).[2] O peso da tarefa, ou das múltiplas tarefas que surgem associadas à definição de cuidar, explicam as repercussões negativas subjacentes ao conceito e à sua excessiva instrumentalidade. Esta visão instrumental do ato de cuidar é explicada também pela visão funcionalista da dependência enquanto défice e/ou estado de incapacidade, e a velhice dependente torna-se, assim, um problema social. A pessoa idosa é encarada como um mero recetáculo de serviços, possuidora de um conjunto de *scores* de incapacidade funcional ou de comportamentos disfuncionais, reforçando, deste modo, uma visão teórica dos cuidados, assente numa conceção da dependência como um défice.

Se a problemática dos cuidados na família se tem caracterizado por uma perspetiva unilateral, instrumental, desinserida da sua componente socioafetiva, ela própria vai no mesmo sentido que as abordagens teóricas relativas à solidariedade intergeracional. As solidariedades entre gerações são concebidas, geralmente, através de um único enfoque, o consenso, a coesão familiar; ou seja, pelo lado positivo da interação entre os vários membros da família, onde «os afetos, a atração e o calor servem para manter também a coesão do sistema» (SPREY, 1991, *apud* LUSCHER, 2000, pp. 12-13). A partilha dos mesmos valores normativos, como o dever e as obrigações familiares, levam à idealização e a uma retórica geracional, regida por uma abordagem redutora e pouco enquadradora da diversidade familiar e do conflito, facetas coexistentes ao conceito de solidariedade. A solidariedade surge assim antagónica ao conflito, este último como espaço demarcado, no qual se incluem problemáticas como a violência familiar, as situações de isolamento, o *stress* do

[2] APVD (Atividades Pessoais da Vida Diária) e a AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária) fazem parte do que se denomina por Atividades da Vida Diária (AVD). As atividades pessoais incluem a alimentação, higiene pessoal, mobilidade, medicação, entre outras, enquanto as instrumentais correspondem às tarefas domésticas, acompanhamento a consultas/assuntos administrativos.

cuidador (STEINNETZ, 1988; PAVEZA, 1992; LUESCHER & PILLEMER, 1998; LACHS *et al.*, 1997; TORTOSA, 2004; O´KEEFFE *et al.*, 2007; GIL, 2010; GIL *et al.*; 2014). A perspetiva teórica da ambivalência sociológica constitui uma matriz teórica bastante frutífera para captar consensos e paradoxos nas dinâmicas familiares, e dar, assim, visibilidade ao mundo subterrâneo dos cuidados familiares.

Luescher & Pillemer (1998) propõem o conceito de ambivalência como uma «alternativa» para esta visão dualista entre solidariedade e conflito. A perspetiva sociológica da ambivalência coloca, assim, o seu enfoque nas relações intergeracionais e «encoraja a que o conflito intergeracional, seja analisado no contexto da solidariedade» (CLARKE *et al.*, 1999, p. 261). Estamos, portanto, perante uma perspetiva teórica crítica denominada por ambivalência sociológica nas relações familiares, que assenta no axioma de que as relações intergeracionais geram ambivalências. Este conceito foi mobilizado para a sociologia da família por Luescher & Pillemer (1998), ao qual designaram por «ambivalência intergeracional» à duplicidade de tensões, conflitos, na esfera familiar, com a coexistência de solidariedades intergeracionais (afetos, contactos e ajudas mútuas). É nesta duplicidade que as relações intergeracionais se tornam paradoxais.

2. Consensos e paradoxos nos cuidados familiares

Os padrões de participação de mulheres e de homens no trabalho pago, apesar de terem vindo a conhecer uma aproximação progressiva, evidenciam ainda assimetrias significativas. Os resultados do Inquérito Nacional aos Usos do Tempo (2016) confirmam a persistência destas assimetrias e permitem uma análise longitudinal. De acordo com os resultados deste inquérito, as famílias portuguesas constituem, ainda hoje, espaços de desigualdade. «O nível e o tipo

de participação dos homens nas tarefas domésticas, mas também no trabalho de cuidado, não são suficientes para assegurar uma partilha equilibrada de tempos, em função do género, ao nível do trabalho não pago» (PERISTA, 2016, p. 3). Contudo, entre aqueles que prestam cuidados a pessoas adultas com necessidades de cuidados especiais, por motivos de doença, incapacidade (associada à idade) ou deficiência, e que com elas residem, são as mulheres que com mais frequência asseguram estas atividades: «4,3% das mulheres, face a 2% dos homens, dizem fazê-lo todos os dias pelo menos uma hora» (PERISTA *et al.*, 2016, p. 14). Assiste-se, pois, a uma significativa feminização do trabalho de cuidado. Tendência que foi encontrada também no anterior inquérito à ocupação do tempo (1999). Segundo este, as mulheres que prestavam um apoio mais assíduo tinham mais de 50 anos, estavam inseridas no mercado de trabalho ou já se encontravam numa situação de reforma. Em contrapartida, os homens que prestavam um apoio mais assíduo encontravam-se reformados e com idade superior a 70 anos.

Os inquéritos nacionais revelam que a família direta continua a ser a principal fonte de suporte na doença e na velhice, e as práticas em termos de cuidados são, efetivamente, exercidas pela família direta, cônjuges (homens e mulheres) e filhas (GIL, 2010).

Ainda que as mulheres sejam figuras dominantes, os estudos existentes fazem emergir a figura do homem-cuidador para a cena dos cuidados. O estudo ISS, IP (2005) veio revelar que no caso dos doentes de Alzheimer, as fronteiras entre homens e mulheres com mais de 65 anos era ténue (separados por quatro pontos percentuais) e permitiu revelar o contributo social que os homens exercem na esfera familiar, fazendo dos cuidados, não apenas um assunto de mulheres, mas também de homens. Os inúmeros exemplos de homens cuidadores extremosos e atentos fazem do processo de cuidar, não uma exclusividade do mundo feminino, mas, fundamentalmente, do mundo dos afetos. Este mesmo inquérito às famílias

com doentes de Alzheimer evidenciou que eram maioritariamente as mulheres (70,8%) que prestavam um apoio mais assíduo, com maior preponderância para os cônjuges do género feminino (33,7%), filhas (28,7%) e cônjuges masculinos (22,2%). Quer os filhos do género masculino (5,7%) quer os vários elementos pertencentes à família alargada, bem como vizinhos e amigos, independentemente do género, acabavam por ter um peso pouco expressivo.

Estes resultados levam-nos a concluir, à semelhança de outros autores (ARBER & GINN, 1990; WENGER, 1990; SUNDSTROM, 1994), que, embora predomine a linha feminina, os cônjuges masculinos não podem ser escamoteados da cena dos cuidados pois, tal como se concluiu, a diferença entre homens e mulheres, cônjuges, é reduzida (4%), no caso particular da doença de Alzheimer. O que nos leva a infirmar que as *solidariedades familiares* nem sempre são *exclusivamente femininas* (ROZENKIER & RENAUT, 1995; MARTIN, 2003), e nem sequer provenientes, somente, da designada *geração sanduíche* (WILKIN & DURIE, 1984) ou da *geração pivô* (ATTIAS-DONFUT, 1995). Obviamente que é um grupo crucial, constituindo-se hoje, em Portugal, como a principal fonte de suporte familiar (OCDE, 2017); mas o apoio prestado pelos cônjuges, homens e mulheres com idade superior a 65 anos, provenientes de grupos etários muito envelhecidos, constituem elementos a assinalar e onde as barreiras do género se diluem à medida que a idade avança. No entanto, as diferenças de género agudizam-se no caso dos filhos, figuras periféricas com menor visibilidade, que acabam por desempenhar um papel secundários, muitas vezes residual, nos tempos e nos modos de cuidados. Ao contrário das filhas, para além de terem uma presença mais assídua, tendem a viver mais em coabitação e a exercer um papel mais ativo na vida familiar dos pais. Estando mais presentes, partilham mais tarefas, planeiam e supervisionam, à distância, a organização dos modos de cuidados. Esta maior presença está diretamente relacionada com o nível de incapacidade e,

inevitavelmente, com as maiores necessidades e o maior volume de tarefas. Participação que, naturalmente, se diferencia sempre que se exerce uma profissão; não só pelo menor número de horas, como pela menor participação em atividades, íntimas ou domésticas, delegando os cuidados em serviços ou em apoios remunerados.

3. SIGNIFICADOS E PRÁTICAS[3]

Entre os cônjuges do sexo feminino, o ato de cuidar inscreve-se na relação conjugal como uma função natural ou associada a um papel familiar assumido ao longo do ciclo de vida familiar, fruto também de uma história de amor e dos laços familiares. Os cuidados são assim um misto de afetos, de apoios e de proteção da identidade do familiar. O modo como se organizam os cuidados, as competências necessárias (emocionais, psicológicas e físicas) exigem condições específicas não só financeiras, mas fundamentalmente, de disponibilidade de tempo. Aqui, o valor do tempo é uma variável que determina a própria forma como se organiza o trabalho de cuidados, pois a situação de reforma, baixa ou desemprego propicia a que o tempo de cuidados seja feito em exclusividade.

Todas as tarefas que dizem respeito à gestão das atividades da vida diária do familiar não são delegadas, ou seja, tudo o que faça referência à intimidade do familiar, ao corpo, é assumido pelo principal cuidador como parte integrante dessa relação *fusional*, através da qual se centraliza, de forma consciente, as responsabilidades de *orientação, decisão, execução.* A partilha, a negociação, não possuem qualquer significado social para estes cuidadores, dado que

[3] A fim de dar visibilidade ao mundo subterrâneo dos cuidados familiares realizou-se um estudo empírico composto por cinquenta e duas entrevistas (semiestruturadas) a famílias cuidadoras de pessoas adultas em situação de incapacidade severa na Área Metropolitana de Lisboa.

os cuidados não são passíveis de serem delegados numa relação que se define como sendo estritamente afetiva. Esta recusa pela partilha entre vários familiares é, quase sempre, justificada pela alusão de que a obrigação de cuidar cabe, exclusivamente, a uma única pessoa: ao principal cuidador, normatividade que provém do vínculo de parentesco.

Em contraposição, os homens cônjuges cuidadores possuem um forte sentimento de dever conjugal (uma obrigação selada pelo casamento); as relações conjugais permanecem idênticas ao longo do ciclo de vida ou, pelo contrário, o surgimento da doença permitiu uma maior aproximação afetiva e relacional do casal, e a descoberta de um papel invertido, considerado essencialmente feminino — *Agora faço a vida de homem e de mulher.* Contudo, os homens são muito menos tolerantes relativamente à prestação de apoios que impliquem lidar com a intimidade corporal. Na prática, existe uma maior abertura do homem cônjuge face ao exterior (serviços e ajudas familiares) e o volume de ajudas oferecidas também é maior, quer por parte da família quer por parte dos apoios formais. Esta maior abertura é concebida como objetivamente necessária, pela carga física e psicológica que os cuidados geram; bem como, em alguns casos, pela própria idade ou fragilidade física do cuidador e, até mesmo, como uma forma de prevenir o conflito familiar e algum desgaste psicológico.

Quando não existem filhos, o homem cuidador detém um *papel de orquestração* dos cuidados, orientando, decidindo, tendo uma presença física atenta, delegando geralmente as tarefas de execução (*papel de execução*) noutros elementos profissionais ou familiares. Quando existem filhas, o papel de decisão é delegado numa filha, que à distância vai orientando e supervisionando o evoluir dos cuidados, exercendo um papel de retaguarda, pois, na maioria dos casos de casais idosos não existe coabitação, mas existe um suporte sistemático e regular. As grandes decisões (contratação de

empregadas, pesquisa de serviços, consultas médicas, acompanhamento hospitalar) acabam por ser determinadas pelos elementos femininos. O cuidador masculino, mais do que um papel de execução, desempenha, essencialmente, um *papel de permanência* e de gestão das atividades da vida diária. Estas atividades no interior do espaço doméstico podem ir desde a gestão dos medicamentos, à mobilização do doente, ao controlo das ajudas profissionais, até à simples companhia. Os cuidados físicos (o banho, o mudar a fralda) são delegados, quase sempre, numa empregada particular ou num serviço de apoio domiciliário, contratada(o) para o efeito.

Presentemente, o ato de cuidar simboliza um processo de aprendizagem de novos papéis familiares, indicadores da fraca participação do homem na vida familiar no passado, em que a doença surge como o evento primordial, gerador de alterações das próprias posições familiares no campo doméstico.

Nas gerações mais novas o posicionamento é distinto, muito mais crítico face à realidade familiar (ausência ou indisponibilidade dos vários familiares envolvidos — família direta ou alargada) ou institucional (inaceitabilidade das respostas institucionais — o lar). O que emerge do discurso dos entrevistados é a noção de opção ao invés de *obrigação,* em que a decisão se torna, raramente, num processo simples; pelo contrário, a escolha é sempre uma «escolha limitada». Existe um sentimento de responsabilidade individual, mas os cuidados não são encarados, na generalidade, como um encargo pesado. Aqui também circulam afetos, reciprocidades, dívidas e motivações que se prendem, fundamentalmente, com a segurança de que o familiar está a ser bem tratado.

Entre as filhas conclui-se que também há *partilha desigual dos cuidados* quando estamos perante três irmãos. Existe uma polarização dos cuidados num único elemento, que exerce um *papel de decisão*, alguns apoios são partilhados com um outro elemento, um

pai/mãe ou uma irmã, ao desempenharem, na maioria das vezes, um *papel de retaguarda*.

A partilha entre irmãs é feita em função das disponibilidades pessoais e familiares. No entanto, a partilha faz-se de concessões e de fricções, pelo cansaço físico e psicológico que implica conciliar tempos de vida familiar e de trabalho. O poder de decisão é determinado pela coabitação, pela proximidade geográfica, e pelo número de horas de permanência junto do familiar.

Às filhas compete o *papel de decisão, mediação* entre as necessidades que dizem respeito à pessoa cuidada, acrescidas das necessidades da gestão do espaço doméstico (compras), e a relação com o exterior (acompanhamento aos médicos ou assuntos de natureza administrativa). As atividades de execução são incumbência das mães, que podem partilhar com empregadas particulares, recurso quase sempre feito por imposição das filhas.

Na situação de partilha ocorrem momentos de tensão familiar, no caso de ser uma relação entre mãe e filha. Os conflitos passageiros são originados, sobretudo, pela reticência face ao recurso a apoios exteriores — elemento estranho que vem perturbar o equilíbrio familiar. Quando o enfoque se torna mais centrado na partilha, que implica uma definição de *Quem faz o quê? Quem manda e quem faz?* No fundo uma clarificação entre papéis familiares e poderes no seio da família, a tensão familiar surge como dimensão intrínseca aos cuidados familiares. Esta partilha é interpretada como desigual sempre que existam outros atores com responsabilidades, também no sistema familiar, sobretudo irmãos do sexo masculino, que se demitem do processo de cuidados, ainda que continuem a exercer um papel importante em termos de apoios imateriais (expressam preocupação e afetos através de visitas e telefonemas) e/ou apoios materiais (financeiro, administrativos).

Nesta partilha desigual foram identificados três comportamentos distintos: 1 — o processo desigual é *aceite* (quase sempre pelos

anos de coabitação e de maior convivência com um dos membros da família); 2 — *intencional* (os filhos homens podem ser, também, intencionalmente banidos da esfera dos cuidados para preservar o domínio feminino, por ser uma esfera tradicionalmente atribuída à mulher, onde o poder feminino é dominante); 3 — *conflito*. E aqui há que distinguir tensão familiar e conflito. A tensão familiar pode ser um estado normal da dinâmica familiar, facilmente ultrapassável pela discussão, negociação e consenso.

O conflito familiar pressupõe ruturas, silêncios e diferentes formas de gestão do mesmo — i. *conflito silenciado* — com a evolução da doença e o avolumar das tarefas, as tensões vão-se acumulando até surgir um conflito familiar declarado, que pode ser, desde logo, silenciado de modo a não perturbar o equilíbrio, mas acumulativo de ressentimentos; ii. *o conflito declarado* — um dos elementos é excluído pelos outros membros da família das grandes decisões sobre o processo de cuidados, nem sequer é chamado para situações de necessidade extrema ou de substituição pontual; iii. *conflito distanciado* — pode ser também uma escolha deliberada, em que o próprio se autoexclui do processo, justificado pela incapacidade para lidar com a doença devido ao confronto entre a figura do passado e a figura distorcida do presente (corpo frágil, decrépito pela doença) e a entrada na dependência; iv. a opção pela institucionalização pode constituir, também, uma estratégia de *prevenção do conflito familiar*. A fim de se evitar o conflito, antecipa-se a decisão, ou seja, numa fratria mista, sem que nenhum dos(as) irmãos(ãs) se torne voluntário(a), pois todos possuem responsabilidades familiares igualitárias, a solução encontrada é o recurso ao lar, surgindo como solução neutralizada de consenso e não geradora de conflitos ou de desequilíbrios familiares.

A fragilidade das próprias relações familiares origina que os cuidados sejam também encarados como um *sacrifício*, onde prevalece um critério moral, a piedade. Os cuidados podem ser também

concebidos como um fardo, um peso, uma sobrecarga de tarefas. Para um pequeno subgrupo de cuidadores, falar em violência física suscita, entre os entrevistados, duplos sentimentos de culpa e de vergonha porque ninguém gosta de assumir publicamente que se bate numa mãe/pai ou num cônjuge. No entanto, as formas de violência psicológica, como o gritar, insultar, são atos que são mais fáceis de serem admitidos, por vezes normalizados. A negligência, o deixar o familiar horas a fio sozinho em casa, o mudar a fralda somente quando apetece ao cuidador ou, simplesmente, o não querer saber se o familiar comeu ou bebeu ou se os cuidados durante a noite são prestados de acordo com as flutuações de humor do cuidador, são diferentes exemplos que emergem do discurso de um grupo restrito de entrevistados, embora não reconhecidos como formas de negligência e que se diluem também no espaço da família. «Toda a família pode, sob as melhores aparências de boas maneiras, esconder na realidade um inferno» (LESEMANN & MARTIN, 1995, p. 87), tornando a questão da violência um campo movediço da análise sociológica pela sua própria invisibilidade.

CONCLUSÃO

Este capítulo teve como objetivo dar a conhecer uma realidade invisível que infelizmente é pouco reconhecida socialmente dado que é remetida geralmente para o trabalho doméstico, como um tempo sem valor social e económico. Os cuidados que são prestados pelas famílias são muito mais do que um simples ato de solidariedade familiar, pois acabam por implicar um verdadeiro *trabalho de cuidados*, que envolve diferentes modos de organização (centralização, a orquestração ou a delegação face a terceiros ou, ainda, a partilha desigual), tempos, tarefas, competências, emoções, saberes, ges-

tão de recursos e negociações permanentes, que, quase sempre, se diluem no espaço da família. Eles próprios incorporam estereótipos, reticências face às entreajudas familiares e à própria utilização dos serviços de apoio social e de saúde.

Os cuidados familiares como trabalho doméstico, sem valor económico e social, diluem-se no contexto familiar e tornam-se invisíveis, conhecendo-se pouco sobre o mundo subterrâneo dos cuidados familiares. A maioria dos estudos em Portugal aponta para uma maior presença das mulheres (TORRES *et al.,* 2004; GIL, 2010; PERISTA *et al.,* 2016) nas práticas associadas aos cuidados. No entanto, as novas configurações familiares e uma convivência conjugal mais longa irá certamente ser decisiva na escolha do potencial cuidador, quer seja mulher quer seja homem, o que implicará uma maior participação masculina na cena dos cuidados. Os inúmeros casos de homens cuidadores de idade avançada quebram as barreiras de género nos cuidados. A construção do mito em torno da família e da apetência natural da mulher para cuidar, a designada *geração sanduíche*, tem no fundo escamoteado a questão do género e, por isso, conhece-se pouco sobre o papel do homem nos cuidados familiares (RIBEIRO, 2012).

As práticas de cuidar de alguém em situação de incapacidade funcional, não são, de uma forma global, processos consensuais e uniformes, e os diferentes posicionamentos evidenciam e permitem fazer a rutura com a apetência natural para cuidar, como sendo um assunto essencialmente feminino. De igual modo, o estudo empírico veio efetuar a rutura com um modelo único de solidariedade. Os cuidados familiares têm subjacentes afetos (amor, dever), reciprocidade, aprendizagem relacional, mas também desigualdade de género, poder, tensão e conflito familiar. As práticas de cuidar têm, assim, pouco de passividade e de consenso, podendo, por vezes, ocultar situações de violência familiar (sobretudo negligência e violência psicológica), o que

torna o conflito uma dimensão transversal aos diferentes modos de organização.

A escolha do título *Os dois lados da moeda* torna o ato de cuidar uma categoria analítica que carece de mais investigação. Além disso, enquanto categoria política, é premente serem pensadas novas soluções públicas e privadas, dadas as transformações demográficas e familiares que se perspetivam para a sociedade portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arber, S. & Ginn, J. (1990). The meaning of informal care: gender and the contribution of elderly people. *Ageing and Society*, 10, 429-454

Attias-Donfut, C. (1995). *Les solidarités entre generations, viellesse, familles, État*. Paris: Nathan.

Clarke, E. J., Preston, M., Raksin, J & Bengston, V. (1999). Types of conflicts and tension between older parents and adult children. *Gerontologist*, 39, 261-270

Comas-d`Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes, *Psicoperspectivas — Individuo y Sociedad*, 15 (3),10-22

Eurostat (2011). *The social situation in the European Union*. Bruxelas: Comissão Europeia

Gaymu, J., EkamPer, P. & Beets, G. (2007). Who will be caring for Europe's dependent elders in 2030?**,** *Population*, 62 (4), 675-706

Gil, P. M. (1998). *Solidariedades intergeracionais e Instituições de Velhice*. Dissertação de Mestrado em Sociologia — Família e População, Universidade de Évora, Portugal.

Gil, A. P. M., (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia

Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I. & Nicolau, R. (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Godbout, J. & Caillé, A. (1992). *L´Esprit du don*. Paris: La Découvert

Godbout, J. & Carbonneau, J. (1993). La dette positive dans le lien familial. *La Revue du MAUSS*, 1, 235-257

Godbout, J. & Charbonneau, J. (1994). L´affectif, l´obligation et le don. *Informations Sociales*. 35/36, 41-48

ISS — IP (2005). *Situação Social dos doentes de Alzheimer — um estudo exploratório*. Lisboa: Instituto da Segurança Social/Fundação Montepio Geral

INE — Instituto Nacional de Estatística. *Recenseamentos Gerais da População, 1991, 2001, 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

INE — Instituto Nacional de Estatística. *Projecções demográficas (2012-2060)*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

Lachs, M., Williams, C., O´Brien, S., Hurst, L. & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37 (4), 469-474

Lesemann, F. & Martin, C. (1995). Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um «welfare-mix». *Sociologia — problemas e práticas*, 17, 115-139

Luescher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: a new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*. 60, 413-425

Luecher, K. (2000). Ambivalence: a key concept for the study of intergenerational relations. Family issues between gender and generations. European Observatory on family matters at the Austrian Institute for Family Studies. *Employment e social affairs*, 2,11-25

Luecher, K. (2002). Intergenerational ambivalence: further steps in theory and research. *Journal of Marriage and Family*, 64, 585-593

Martin, C. (2003). *La dépendance des personnes Âgées — Quelles politiques en Europe?* Rennes: Editions de L´École Nationale de la Santé Publique

O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S. & Erens, B. **(2007).** *UK study of elder abuse and neglect of older people: Prevalance survey report*. Londres: National Centre for Social Research

Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). *Health at a glance 2017* Paris: OECD indicatorss.

Paveza, G., Cohen, D., Eisdirfer, C., Freels, S., Semla, T., Asford, J., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. & Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer´s disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32 (4), 493--497

Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: overview of concepts and their mesures. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594

Perista, H. (1999). Trabalho, família e usos do tempo — uma questão de género. *Sociedade e Trabalho*, 6, 68-73

Perista, H., Cardoso, A., Brázia, A. Abrantes, M. & Perista, P. (2016). *Os Usos do Tempo de Homens e de Mulheres em Portugal*. Lisboa: CESIS

Ribeiro, O. (2012). Género e Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (org), *Manual de Gerontologia* — Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Lisboa: Lidel.

Rozenkier, A. & Renaut, S. (1995). Les familles à l´épreuve de la dépendance. In C. Attias-Donfut (org), *Les solidarités entre Générations — Vieillesse, Familles, État* (181-208). Paris: Nathan

Saillant, F. (1992). La part des femmes dans les soins de santé. *Revue Internationale D´Action Communautaire*, 28 (68), 95-106

Saillant, F. & Gagnon, É. (2001). Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas d´aide aux proches. *Lien social et politiques*, 46, 55-69

Steinnetz, S. K. (1988). *Duty bound: elder abuse and family care*. Newbury: Sage.

Sundstrom, G. (1994). Les solidarités familiales: tour d´horizon des tendances. *Études de politique sociale (Protéger les personnes âgées dépendante)*, 14, 15-58

Tortosa, J. M. (2004). *Personas Mayores y Malos Tratos*. Madrid: Psicología Pirámide

Torres, A. (coord), Vieira da Silva, F., Monteiro, T. L., Cabrita, M. (2004). *Homens e Mulheres entre família e trabalho*. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego

Wenger, C. (1990). Elderly Carers: The need for appropriate intervention. *Ageing and Society*, 10, 197-219

Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655

17. Desigualdade, precariedade e abandono: tendências recentes e respostas políticas necessárias

Inequality, precariousness and education: recent trends and necessary policies

Renato Miguel do Carmo

ORCID: 0000-0002-0052-4387

RESUMO:

Neste capítulo iremos fazer uma leitura sobre as recentes conclusões de vários estudos e relatórios produzidos por diferentes instituições, sobre desigualdades salariais e níveis de precarização que atingem uma percentagem crescente da força de trabalho. Tentaremos, também, identificar certas dinâmicas sociais nas quais a desigualdade se relaciona com formas de precariedade laboral e social. Na última parte, analisaremos, a título de exemplo, a questão do abandono escolar precoce como um problema que ilustra o tipo de relações geradas a montante entre diferentes dimensões de desigualdade e de precariedade. Concluímos com uma proposta efetiva que vise a qualificação das políticas públicas.

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_17

PALAVRAS-CHAVE: desigualdades; precariedade; abandono escolar; políticas públicas

ABSTRACT:

This chapter will analyse the recent findings of various studies and reports produced by different institutions on wage inequalities and levels of precariousness, that reach an increasing percentage of the workforce. It will also try to identify certain social dynamics where inequality is related to forms of labour and social precariousness. The last section will consider the issue of early school leaving, as a problem illustrating the type of relationships generated between different dimensions of inequality and precariousness. The text concludes with a proposal aimed to improve the quality of the public policies.

KEYWORDS: inequalities; precariousness; early school leaving; public policies

INTRODUÇÃO

O conceito de desigualdade não é fácil de operacionalizar, já que remete para uma perspetiva multidimensional para a qual deverão ser mobilizados diferentes teorias, indicadores e instrumentos metodológicos (COSTA, 2012).[1] Atualmente, é ampla a

[1] Este capítulo resulta da compilação e adaptação completa, ou parcelar, de vários artigos que o autor publicou, enquanto colunista, no *Jornal Económico,* em 2017, a saber: «A precariedade e o não direito à cidade» (18/04/2017), http://www.jornaleconomico.sapo.pt/noticias/precariedade-e-o-nao-direito-a-cidade-147238; «As dualidades que alimentam o motor da desigualdade» (04/04/2017), http://www.jornaleconomico.sapo.pt/noticias/as-dualidades-que-alimentam-o-motor-da-desigualdade-141942; «O abandono escolar é a vitória da precariedade» (21/02/2017), http://www.jornaleconomico.sapo.pt/noticias/o-abandono-escolar-e-a-vitoria-da-precariedade-124783. Também se incorporou parte de um *post* publicado no *website*

diversidade de abordagens sobre diferentes componentes e variáveis de desigualdade (CARMO *et al.*, 2018). Contudo, ainda são as análises centradas sobre o rendimento aquelas que mais se popularizaram no estudo destes fenómenos (CANTANTE, 2014). Estas têm sido particularmente importantes para averiguar, entre outros aspetos, tanto o nível de assimetria existente entre os vários escalões de rendimento, como o acentuado grau de concentração do rendimento e da riqueza nos grupos mais privilegiados. Todavia, no atual contexto em que a crise económica-financeira perdura há quase uma década, as análises sobre a evolução das desigualdades têm sido particularmente importantes para identificar o real impacto social da crise, assim como das políticas de austeridade que ocorreram no nosso país em período recente (BARATA & CARMO, 2015).

A este respeito, foram conhecidos vários estudos e relatórios produzidos por diferentes instituições sobre desigualdades salariais e níveis de precarização que atingem uma percentagem crescente da força de trabalho. Neste capítulo iremos fazer uma leitura sobre as recentes conclusões de alguns destes estudos. Tentaremos também identificar certas dinâmicas sociais onde a desigualdade se relaciona com formas de precariedade laboral e social. Na última parte, analisaremos, a título de exemplo, a questão do abandono escolar precoce, que se mantém em níveis elevados apesar da diminuição ocorrida em recentes anos, como um problema que ilustra o tipo de relações geradas a montante entre diferentes dimensões da desigualdade e da precariedade. Concluímos com uma proposta efetiva que vise a qualificação das políticas públicas.

Geringonça intitulado: «Com a desigualdade não se brinca» (04/10/2016), http://geringonca.com/2016/10/04/com-desigualdade-nao-se-brinca/.

Desigualdades de rendimento: o impacto da crise e da austeridade

O nível de desigualdade que se agravou em Portugal, no período marcado pelas políticas de austeridade, não é um mero efeito colateral, como tem sido demonstrado por várias publicações produzidas pelo Observatório das Desigualdades. Pelo contrário, os estudos revelam que as desigualdades são um problema estrutural que persiste na sociedade e na economia portuguesa.

O trabalho coordenado por Carlos Farinha Rodrigues (2016), intitulado *Desigualdades de Rendimento e Pobreza em Portugal*, revela de uma forma muito clara que as desigualdades de rendimento inverteram em Portugal a tendência de decréscimo dos anos anteriores e recomeçaram a aumentar a partir de 2010, intensificando-se até 2013. A grande novidade do estudo está relacionada, principalmente, com a expressão atingida no nível de redução de rendimento que afetou os decis mais baixos de rendimento. Estivessem os governantes da altura atentos aos números que iam sendo conhecidos e às tendências que já se depreendiam e, provavelmente, teriam percebido que as políticas de austeridade estavam a cavar bem fundo nos estratos mais pobres da sociedade portuguesa.

São diversas as causas para esta disparidade. Salientamos duas: o aumento galopante do desemprego que se tornou num dos motores principais da pobreza e das desigualdades; e o impacto dos cortes nas políticas sociais que, por via da alteração dos critérios da condição de recursos, fizeram com que os números de beneficiários do Rendimento Social de Inserção, do Complemento Solidário para Idosos e do Abono de Família, entre outras, se reduzissem drasticamente. Basta consultar publicações recentes, como o livro intitulado *Segurança Social: Defender a Democracia* (LOUÇÃ *et al.*, 2016), para perceber o real impacto destas medidas. É certo que algumas delas se iniciaram em 2010, mas agravaram-se tremendamente nos

anos posteriores. A conceção assistencialista de proteção social que retirou verbas destas políticas sociais e as canalizou, por exemplo, para as cantinas sociais e outros programas caritativos, foi crucial para intensificar o empobrecimento dos mais carenciados.

Dito de uma forma categórica: durante os tempos de crise, as políticas de austeridade tiveram um impacto regressivo considerável, resultando no aumento da distância entre os mais ricos e aqueles que têm menos rendimento. Face a este dado, comprovado por análises estatísticas sérias e indesmentíveis, seria no mínimo expectável que se gerasse um consenso alargado em torno do imperativo de reduzir as desigualdades em Portugal.

AS DESIGUALDADES SALARIAIS

Não é possível estudar profundamente a evolução das desigualdades de rendimento sem compreender com algum pormenor as dinâmicas distributivas ocorridas nas estruturas salariais e de remuneração. A este respeito, o *Relatório Global sobre os Salários 2006/17*, produzido pela OIT, revela que Portugal não só continua a ser um dos países mais desiguais da Europa, como o nível de disparidade salarial representa dos fatores que mais contribui para essa persistência. Desde logo, o nosso país estava entre aqueles onde a proporção dos salários face ao rendimento nacional mais diminuiu, passando de 60% do total do rendimento nacional em 2003 para os 52% em 2014. Por outro lado, Portugal detém uma das maiores desigualdades salariais «entre empresas» e «dentro das empresas». Estes dois dados articulados identificam um profundo desequilíbrio na estrutura salarial que afeta a composição do mercado de trabalho.

Tendo em conta estas e outras dualidades persistentes, é possível enunciar uma espécie de paradoxo sobre a crescente desvalorização

do trabalho que atinge várias economias, incluindo a portuguesa: à medida que o rendimento do trabalho perde proporcionalmente em detrimento de outras fontes de rendimento (designadamente do capital), verifica-se, ao mesmo tempo, que a disparidade salarial se vai tornando mais assimétrica com benefício para os escalões de rendimento de topo. Esta tendência que se apresenta aqui como uma hipótese de trabalho, carecendo de uma verificação mais fina e pormenorizada, revela uma tremenda desigualdade e desvalorização que atinge duplamente os trabalhadores a auferir salários baixos e médios. Na verdade, se a perda do peso dos salários face ao rendimento nacional, a primeira parte do paradoxo, deve-se fundamentalmente, mas não exclusivamente, ao aprofundamento da «financeirização» do capitalismo e da globalização da economia, já a segunda parte resulta de um incremento continuado dos ganhos salariais do topo face à quase estagnação do valor dos salários baixos e médios. Obviamente que para este último fator também contam as dinâmicas globais, contudo, são a causas internas aquelas que mais explicam a forte polarização salarial.

Poderíamos enumerar várias, mas uma das causas apresentadas pelo estudo da OIT refere-se ao facto de serem precisamente os países com maior desigualdade salarial «entre empresas» aqueles que têm maior desigualdade «dentro das empresas». Isto é, se, por um lado, aumenta o hiato entre as empresas que vivem à custa dos baixos salários daquelas que apresentam estruturas salariais mais equilibradas, por outro lado, assiste-se no interior das empresas a uma maior polarização entre os ganhos remuneratórios do topo em relação aos da base. A esta polarização associam-se as desigualdades entre cargos de chefia e de direção das restantes funções, entre os mais qualificados dos menos qualificados, entre os homens e as mulheres… As dualidades são tão numerosas e de tal maneira multidimensionais que se tornam impossíveis de caracterizar devidamente no espaço reservado a este capítulo. Todavia, a ideia que

convém reter é que a composição assimétrica da estrutura salarial das empresas representa um dos motores mais determinantes para a persistência e o aumento da desigualdade social.

Neste momento, um dos fenómenos que contribui para alimentar este motor é, sem dúvida, o recurso cada vez mais frequente a formas de contratação precárias e que têm efeitos na compressão salarial dos trabalhadores afetados. Segundo o *Relatório de Progresso do Grupo de Trabalho para Preparação de um Plano Nacional contra a Precariedade*, dos novos contratos de trabalho celebrados somente «um em cada cinco são permanentes e, em sentido inverso, cerca de 20% são contratos de curta duração (inferior a 60 dias)». Este e outros dados caracterizados pelo relatório apontam para o facto da criação de emprego, embora ainda ténue, se estar a fazer, em grande parte, à custa da contratação precária e sem direitos de proteção social.

Significa isto que novas dualidades estão a emergir com muita força no mercado de trabalho e se vêm juntar às anteriores. Uma destas passa precisamente pela generalização, dentro da mesma empresa ou instituição pública, de situações salariais e contratuais muito dispares para funções e cargos idênticos. Ou seja, colegas de trabalho com as mesmas qualificações e as mesmas responsabilidades poderão auferir salários muito distintos enquadrados em contratos com direitos diferentes. Esta prática, para além de ser inconstitucional, quebrando claramente o princípio «para trabalho igual salário igual», deverá ser interrompida pela via da ação política e governativa. Se isso não acontecer as empresas não cessarão de alimentar o motor da desigualdade e de desvalorizar ainda mais o trabalho por contraposição aos rendimentos do capital… e quanto melhor funcionar este motor perverso, mais perdem as sociedades e as economias.

Precariedade e desigualdade: o caso do abandono escolar

A persistência da condição de precariedade laboral não significa somente uma situação vulnerável resultante da acumulação e circulação pelas mais variadas e efémeras modalidades de contratação irregular (contratos a termo, recibos verdes, estágios, bolsas…), assentes na desproteção social e na absoluta incerteza face ao futuro. Na verdade, esta extravasa o âmbito laboral e interfere nos mais diversos setores da vida social e pessoal do indivíduo. A precariedade atinge, assim, um conjunto de dimensões que remetem para profundas formas de desigualdade social.

Antes de mais, esta afeta o acesso continuado ao rendimento — por mais reduzido que este possa ser — e que em muitos dos casos é entremeado por períodos de desemprego pautados pela não obtenção de qualquer tipo de remuneração. Apesar de baixo, o salário decorrente da maior parte das atividades laborais precárias é, normalmente, circunscrito a um horizonte temporal de meses ou, na melhor das hipóteses, de dois ou três anos (ALVES *et al.*, 2011).

Não cabe neste texto elaborar uma análise aprofundada da precariedade como fenómeno social que se vai generalizando e normalizando na esfera profissional e nas relações laborais. Contudo, é importante perceber que a montante se produzem dinâmicas sociais, económicas, educativas, entre outras, cujos resultados contribuem para a persistência de situações de desigualdade e de precariedade. O abandono escolar precoce é um exemplo bem representativo sobre a recursividade deste tipo de relações multidimensionais e cumulativas que geram vulnerabilidades de vária ordem como tentaremos caracterizar seguidamente.

Foram divulgados os dados do abandono escolar precoce em 2016. Trata-se de um indicador estatístico que mede a percentagem de jovens, entre os 18 e os 24 anos, que chegaram ao mercado de

trabalho sem o ensino secundário completo e que não frequentam qualquer programa de formação. O indicador conheceu um aumento de 0,3 pontos percentuais estabilizando nos 14%. Como outros, este tem as suas limitações estatísticas e não revela completamente as dinâmicas que estão a ocorrer no ensino em Portugal. De qualquer modo, o valor em causa significa uma estagnação da tendência de decréscimo que vem ocorrendo desde 2003, ano em que o indicador rondava os 41%. Em pouco mais de dez anos, verificou-se um esforço assinalável de redução do abandono escolar precoce. Independentemente das diferentes políticas que marcaram os vários governos, este esforço deverá ser devidamente valorizado, sendo a expressão de um trabalho continuado e desenvolvido pelo sistema de ensino e, sobretudo, pelas escolas e os seus profissionais.

Contudo, é importante refletir sobre a situação atual e quais os fatores que poderão ter contribuído para esta eventual estagnação. Duas explicações plausíveis têm sido avançadas: 1 — o aumento das taxas de reprovação no ensino básico e secundário que aconteceu nos anos letivos de 2011/12 a 2013/14, resultantes das políticas educativas do anterior governo; 2 — o aumento do emprego e a diminuição do desemprego jovem que ocorreu entre 2015 e 2016, resultante de alguma dinamização que tem provocado uma certa recomposição no mercado de trabalho. É perfeitamente expectável que estes dois motivos tenham levado algumas centenas de jovens a abandonar a escola ou a formação em que estariam inscritos. Se assim for, é importante retirar várias ilações destes dados para o futuro das políticas de educação e de formação em Portugal.

Primeiro, deve-se sublinhar de forma muito vincada que os elevados níveis de retenção (quando comparados com outros países) representam ainda um grave problema do nosso sistema de ensino que urge resolver. Infelizmente, na governação marcada pelo período de austeridade deram-se passos atrás neste desafio, na medida em que se optou por um modelo de avaliação seletivo, assente fun-

damentalmente nos resultados dos exames nacionais obtidos pelos alunos no culminar de cada ciclo de ensino.

Segundo, parece claro que se o abandono escolar é muito sensível às lógicas do mercado de trabalho, por mais ténues que sejam, isso deve-se ao facto da oferta educativa e, sobretudo, dos cursos de formação profissional não estarem a dar a devida resposta às aspirações de certos alunos. Isto é particularmente relevante entre indivíduos oriundos de famílias mais pobres e com carência de recursos económicos, onde a necessidade de rendimento suplementar se torna numa prioridade que se sobrepõe ao investimento continuado na escolarização. Esta realidade continua a ser muito marcante num país onde os níveis de desigualdade de rendimentos se mantêm em patamares bastante elevados.

Terceiro, sabendo que parte significativa do emprego que se está a criar tende a ser precário e, em muitos casos, pouco qualificado, pode depreender-se que muitos dos jovens que abandonaram a escola ou a formação o fizeram para exercer trabalhos instáveis, sem proteção social e com baixos salários. E este é, sem dúvida, o dado mais preocupante: nestes jovens a precariedade está a ganhar em relação à escolaridade e isso é inaceitável.

Quarto, a resposta política não está em conceber cursos e estratégias de ocupação para os jovens que encubram o desemprego e reproduzem as piores práticas empresariais de promoção do trabalho precário sem direitos. Os programas do governo de direita, por via dos quais se subsidiaram milhares de estágios em empresas, foram devastadores a este respeito. Como referiu João Ramos de Almeida num *post* recente, «relembre-se que, só entre 2011 e 2015, as empresas e entidades receberam 770 milhões de euros de estágios-emprego e mais 137 milhões de euros em contratos emprego-inserção. E mais 366,9 milhões para apoios à contratação. Ou seja, em cinco anos receberam 1270 milhões de euros de recursos públicos para usar mão de obra barata!» Esta política contribuiu

para incentivar e generalizar ainda mais a precariedade, levando a que muitos jovens circulassem de estágio em estágio sem qualquer garantia de obtenção de um contrato de trabalho permanente. E sabemos que grande parte destes estágios se resume a tarefas altamente desqualificadas e pouco gratificantes do ponto de vista profissional.

Quinto, exige-se, assim, uma política de formação que eleja a escola como o espaço primordial onde se desenvolvam modelos educativos promotores da qualidade e do enriquecimento curricular dos alunos. Mas este deverá ser também um espaço de cidadania onde as más práticas que proliferam no mercado de trabalho não podem ser replicadas. Não deve ser a escola a adaptar-se ao mercado de trabalho, pelo contrário, este é que se deverá adaptar aos requisitos de qualidade e de cidadania promovidos pelo sistema público de ensino. Ou seja, a seletividade ao invés de ser canalizada para a diferenciação precoce entre alunos deve ser dirigida para a eleição das melhores empresas cuja atividade premeie a qualificação e as condições laborais estáveis e protegidas.

NOTAS FINAIS

A desigualdade e a pobreza em Portugal são um assunto sério que deve ser tratado com cuidado. É legítimo questionar as metodologias e propor alternativas de análise dos dados. Mas o que não deve ser aceitável é reduzir o esforço analítico e científico de equipas de investigação que trabalham neste assunto de forma persistente e continuada, a considerações simplistas e parciais. Neste capítulo fizemos o esforço parcelar de sintetizar algumas relações e tendências, mas tratou-se de um exercício que carece do devido aprofundamento analítico e teórico. Na verdade, o objetivo fundamental deste texto foi o de alertar para a importância em se estudar

e debater de maneira mais sistemática estas e outras temáticas que se relacionam com a persistência da desigualdade social em Portugal.

Um alerta que se estende à política pública que deve amadurecer e avançar com uma agenda inovadora de combate às desigualdades sociais. Uma proposta relevante seria a constituição de um instituto público independente, capaz de federar especialistas de várias áreas científicas que trabalham em diversas universidades e centros de investigação, vocacionado para monitorizar o impacto das políticas sobre a pobreza, a precariedade e a desigualdade, e para conceber novas políticas capazes de provocar impactos mais positivos. Não se trata de criar mais lugares (popularmente denominados por *tachos*) com estatutos privilegiados na administração pública. Mas, pura e simplesmente, de congregar conhecimento acumulado e diferentes experiências e tradições de investigação com o objetivo de a prazo tornar Portugal num país menos desigual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, N. A., F. Cantante, F., Baptista, I. & Carmo, R. M. (2011). *Jovens em Transições Precárias: Trabalho, Quotidiano e Futuro*. Lisboa: Mundos Sociais

Barata, A. & Carmo, R. M. (2015). *O Futuro nas Mãos: De Regresso à Política do Bem Comum*. Lisboa: Tinta da China

Cantante, F. (2014). Desigualdades económicas multi-escalares: Portugal no contexto global. *Análise Social*, 212 (XLIX), 534-566

Carmo, R. M., Sebastião, J., Azevedo, J., Martins, S. C. & Costa, A. F. (orgs.) (2018). *Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa*. Lisboa: Mundos Sociais

Costa, A. F. (2012). *Desigualdades Sociais Contemporâneas*. Lisboa: Mundos Sociais

Louçã, F. *et al*. (2016). *Segurança Social: Defender a Democracia*. Lisboa: Bertrand Editora

OIT (2017). *Relatório Global sobre os Salários 2016/17: Desigualdade salarial no local de trabalho*. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho

Rodrigues, C. F. (coord.), Figueiras, R. & Junqueira, V. (2016). *Desigualdades de Rendimento e Pobreza em Portugal: as Consequências Sociais do Programa de Ajustamento*. Lisboa: FFMS

18. Colocando a saúde no lugar — o planeamento urbano e as determinantes sociais da saúde

Placing health in place — urban planning and the social determinants of health

Helena Nogueira

ORCID: 0000-0001-5724-3538

RESUMO:

A evolução ocorrida no conceito de saúde caracterizou-se pelo seu alargamento a contextos que em muito ultrapassam o biológico e o individual. A urbanização maciça e as mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas fundamentam novos conceitos de saúde, justificando a relevância atual das «cidades saudáveis» e do «planeamento urbano saudável». O próprio estado de saúde individual resulta de um conjunto diverso e interatuante de fatores, como os comportamentos individuais, as características da comunidade, as políticas sociais e económicas e a qualidade ambiental, reconhecendo-se que a saúde de um indivíduo e/ou de uma população depende dos seus espaços de vida. Este texto procura sublinhar a problemática da saúde em espaços urbanos, uma vez que a cidade é o novo paradigma do habitat humano, agudizando-se aí os pro-

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_18

blemas de pobreza, privação e exclusão social. Simultaneamente, a cidade vem-se revelando uma entidade menos definida, tanto em termos conceptuais como geográficos. A urbanização gera progressivamente territórios mais descontínuos e fragmentados, marcados pela emergência de novas necessidades em saúde e novas questões de saúde pública, umas e outras exigindo ao planeamento urbano novos modelos, capazes de apresentar respostas de grande acuidade, no pressuposto que agir sobre os lugares é agir socialmente sobre os indivíduos, integrados nas suas comunidades.

PALAVRAS-CHAVE: determinantes da saúde; saúde urbana; planeamento urbano saudável

ABSTRACT:

The evolution of the concept of health was characterized by its enlargement to contexts that go far beyond the biological and individual. Massive urbanization and demographic, epidemiological and technological changes underpin new health concepts, justifying the current relevance of «healthy cities» and «healthy urban planning». Individual health status itself results from a diverse and interacting set of factors, such as individual behaviours, community characteristics, social and economic policies, and environmental quality, recognizing that individual and/or population health depends on their living spaces. This paper tries to underline the problematic of health in urban areas, since the city is the new paradigm of human habitat, and problems of poverty, deprivation and social exclusion worsen there. Simultaneously, the city has become a less defined entity, both conceptually and geographically. Urbanization progressively generates territories that are increasingly disconnected and fragmented, characterized by the emergence of new health needs and new matters of public health, both requiring new models of urban planning, with ability to give very acuity responses. Basically, it's

a question of recognizing to places the capability to generate and manage risk and protective health factors, assuming that act on places is to socially act on individuals, integrated in their communities.

KEYWORDS: health determinants; urban health; healthy urban planning

1. Introdução

As cidades nasceram para os homens. Porém, cedo se emanciparam, evoluindo autonomamente sob a influência, esperada e inesperada, de múltiplas determinantes que, atuando em dependência e interdependência, vão formando e transformando o espaço urbano. As cidades cresceram (talvez em demasia) e complexificaram-se em resultado da urbanização, do crescimento demográfico, do progresso tecnológico; autonomizando-se, tornaram-se não apenas espaços produzidos, mas espaços produtores.

Subdotadas de infraestruturas e de espaços públicos, incapazes de garantir privacidade e segurança aos seus habitantes, as cidades emergem como espaços de anomia, promovendo o individualismo e a solidão. Na cidade fragmentada e segregada, na cidade empobrecida, insalubre e violenta, quebram-se laços, adiam-se e distanciam-se vivências, enfraquecem-se pertenças e identidades entre pessoas e lugares. Consequentemente, degrada-se a saúde da população.

Urge repensar o modelo urbano, recolocando o homem no seu centro. Na prática, isto significa desenhar e implementar nas cidades ações estratégicas e programadas que as consigam reformar e melhorar, reaproximando-as dos homens e favorecendo uma nova

apropriação dos seus espaços. O planeamento urbano poderá então designar-se de saudável, por se constituir e concretizar em intervenções que visam a promoção e a melhoria da saúde urbana, entendida como a saúde dos territórios e das populações urbanas, duas faces indissociáveis de uma só realidade, a cidade saudável.

2. OS CONCEITOS

Saúde: do conceito biomédico, normativo, ao sociocultural, idiossincrásico

O conceito de saúde tem sofrido profundas modificações. Ancorado no paradigma mecanicista, emerge um conceito de saúde biomédico e normativo que, ganhando hegemonia com a revolução bacteriológica, tem sido dominante na prática médica ocidental nos últimos dois séculos (RICHMAN, 2003). Trata-se, contudo, de uma abordagem simplista e reducionista, onde o Homem se compara a um sistema mecânico, que funciona segundo leis matemáticas e que pode ser decomposto em peças progressivamente menores e mais simples. Em caso de avaria, cabe ao médico consertar a máquina ou os seus componentes. O discurso biomédico, sublinhando mais a doença que a saúde, mais a cura que a prevenção ou a promoção, atribui à saúde um caráter normativo, definindo-a como «ausência de doença».

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta um conceito revolucionário de saúde, definindo-a como «estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade» (OMS, 2008), assumindo-se, pela primeira vez, que a saúde é uma entidade positiva, presença a ser promovida e não apenas ausência a lamentar. Este conceito emerge do paradigma

socioecológico ou ambiental que remonta à Grécia Clássica (como revela a obra de Hipócrates *Sobre os Ares, as Águas e os Lugares*) e cuja decadência está associada à revolução científica e, no caso concreto da saúde, à já referida revolução bacteriológica.

Desde então, o conceito de saúde tem incorporado novas dimensões, sociais, culturais e económicas, sendo atualmente entendido como progresso, capacidade, recurso e potencial — uma qualidade dinâmica, uma capacidade de adaptação às mudanças da natureza e da sociedade, um recurso que permite ao indivíduo desempenhar convenientemente as suas funções quotidianas (TAYLOR, SMITH & VAN TEIJLINGEN, 2003). Torna-se assim um conceito expansivo e inclusivo: não se circunscreve ao contexto biológico, invadindo esferas mais vastas (como os territórios); nem é somente uma conquista dos atributos e comportamentos de cada indivíduo, mas também da sociedade e do ambiente. Ao anterior modelo patogénico, sobrepõe-se um modelo salutogénico (LINDSTROM & ERIKSSON, 2005): a saúde cria-se e conquista-se, é um recurso a ser explorado, um potencial a desenvolver.

Lugar: o espaço vivido, representado, imaginado

A noção de lugar parece vaga e pouco precisa.[1] Estabelecendo uma analogia entre espaço/lugar e tempo/momento, o Homem apreende o lugar como imagem do espaço, tal como capta o momento como imagem do tempo. E, por isso, seja o que for que o espaço e o tempo signifiquem, os lugares e os momentos significam sempre mais (LAWSON, 2001). Os lugares são os espaços concretos da

[1] Segundo o dicionário de língua portuguesa da Porto Editora lugar é «(...) sítio, localidade, pequena povoação, região, (...)».

existência humana, espaços singulares, de caráter distintivo. Esse caráter, o *genus loci*, ou «espírito do lugar», consiste tanto na substância concreta da forma, cor e textura, como nas mais intangíveis associações culturais — uma certa *patine* dada pelo uso humano ao longo do tempo (THOMAS, 2002).

Segundo Tunstall, Shaw, and Dorling (2004), o lugar está para o espaço como a história está para o tempo ou o lar está para a casa. O lugar é a interpretação do espaço, estando assim na essência da existência e da identidade humanas. É a experiência que cada indivíduo tem dos lugares que define as suas vivências, as suas pertenças, as suas identidades. A familiaridade transforma o espaço em lugares. Lugares para residir, trabalhar, descansar... E essa experiência singular dos lugares vai sendo entretecida tanto pela multiplicidade das suas próprias características (físicas, económicas, sociais, políticas, culturais), como pelas imagens que cada indivíduo, a partir delas, constrói.

Espaços vividos, representados e imaginados, os lugares constituem uma das mais permanentes e vitais influências sobre o ser humano. São a base da reprodução social, da reprodução da vida. Homem e lugar formam uma entidade coesa, não se sabendo até que ponto o indivíduo cria os lugares ou é tecido por estes. Identidade e pertença, tão essenciais e intrínsecos ao ser humano, decorrem do enraizamento do indivíduo aos seus lugares.

Território/Cidade saudável

Vêm de Hipócrates, e do paradigma socioecológico já referido, as preocupações com o impacto das características dos lugares sobre a saúde das suas populações. A revolução industrial, a urbanização maciça desde então desencadeada e a degradação das condições de vida nas cidades agudizaram os problemas de saúde das populações

urbanas, mais vulneráveis à propagação de doenças infeciosas em virtudes desses processos. A ideia de cidade saudável surge em 1842, no Reino Unido, quando o governo britânico, na sequência da publicação de um relatório de Edwin Chadwick, assumiu a necessidade de melhorar as condições de vida e a saúde das populações urbanas mais desprotegidas. Com o objetivo de aumentar a salubridade dos espaços citadinos, surgem, a partir de finais do século XIX, alguns modelos de cidades baseados em novos conceitos de planeamento, como é o caso das cidades-jardim, idealizadas por Ebenezer Howard (SIMÕES, 2007).

A mudança de paradigma em saúde e as consequências da «revolução bacteriológica» — nomeadamente a capacidade de identificar causas únicas e específicas para as doenças, bem como as respetivas curas farmacológicas — enfraquecem a abordagem sanitarista e reformista do século XIX. Porém, a melhoria nos níveis de saúde da população e as mudanças observadas no seu perfil epidemiológico, marcado pela diminuição de patologias infeciosas e aumento de patologias degenerativas, cancro e doenças cardiovasculares, para as quais não são conhecidas etiologias específicas, faz ressurgir o interesse na relação entre condições ambientais e saúde.

O conceito de «cidade saudável» é lançado em 1984, no Canadá, numa conferência cujo nome *Beyond Health Care* sublinha a crescente importância para a saúde atribuída a fatores não diretamente relacionados com os serviços de saúde (SIMÕES, 2007). Desde então, questões relacionadas com a saúde urbana têm sido reconhecidas por diferentes níveis do poder político, sendo colocadas de modo explícito no projeto «Cidades Saudáveis» que a OMS desenvolve desde 1986. Assente no conceito da OMS de «saúde para todos no século XXI», este projeto revelou, desde logo, a sua extrema importância, tendo sido ajustado a múltiplos contextos geográficos, culturais e políticos (BARTON, GRANT, MITCHAM, & TSOUROU, 2009).

Os conceitos homólogos de «território saudável», «espaço urbano saudável» e «cidade saudável» incorporam ideias e ideais da saúde pública, e de disciplinas como a sociologia, a geografia, o planeamento urbano, a ecologia, a política, a economia e a filosofia, entre outras. Hancock e Duhl (1988), referidos por Barton & Tsourou (2000) apresentam uma das primeiras definições de cidade saudável, definindo-a como aquela que «continuamente cria e melhora ambientes físicos e sociais e expande recursos comunitários que permitem às populações suportarem-se mutuamente no desempenho de todas as funções das suas vidas e no desenvolvimento dos seus potenciais máximos». A cidade saudável constrói-se!

O conceito anterior e o conceito de saúde enquanto recurso e capacidade funcional têm inegáveis semelhanças. Uma cidade saudável procura proporcionar à sua população mais saúde e melhor qualidade de vida, permitindo-lhe o desenvolvimento de todas as suas potencialidades. A questão emergente é, pois, planear e desenvolver o espaço urbano de forma a possibilitar mais prosperidade económica, mais justiça social e territorial, mais bem-estar e mais saúde à população.

Refletindo sobre estas questões, vários autores têm identificado as características-chave do ambiente local com impacto na saúde (MACINTYRE, 1999; CUMMINS, MACINTYRE, DAVIDSON & ELLAWAY, 2005; BRAVEMAN, EGERTER & WILLIAMS, 2011). As determinantes sociais da saúde, como são usualmente designadas, tornaram-se de tal modo importantes para a comunidade científica e política, que a OMS criou, em 2005, uma Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2008).

3. AS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE SENSÍVEIS AOS PROCESSOS DE PLANEAMENTO URBANO

Partindo de propostas apresentadas na literatura (MACINTYRE, ELLAWAY & CUMMINS, 2002; CUMMINS *et al.*, 2005; PARKES & KEARNS, 2006; NOGUEIRA, 2008; BARTON *et al.*, 2009; BRAVEMAN *et al.*, 2011), apresenta-se seguidamente um modelo que integra as determinantes sociais da saúde e o planeamento urbano saudável. O modelo desenvolve-se em três níveis distintos (Figura 1) que estabelecem, entre si, relações de reciprocidade e interdependência. No centro do modelo são referidos os fatores individuais e imutáveis que condicionam os resultados em saúde: sexo, idade, fatores hereditários. O primeiro nível é constituído por fatores individuais e de grupo sensíveis ao processo de planeamento (comportamentos e estilos de vida). No segundo nível surgem as influências comunitárias e as condições estruturais locais, sobre as quais o planeamento urbano tem uma influência preponderante. Um terceiro e último nível é formado por fatores macroambientais, também influenciáveis pelo processo de planeamento. Como foi referido, os fatores apresentados encontram-se intimamente inter-relacionados dentro de cada nível e entre níveis distintos.



Fonte: NOGUEIRA, 2008 (adaptado).

Figura 1 — As determinantes da saúde e o planeamento urbano.

Comportamentos e estilos de vida (nível 1): *construir ambientes que incrementem atitudes promotoras de saúde e preventivas de doença.*

O planeamento urbano deve proporcionar a oportunidade de desenvolver estilos de vida saudáveis. Segundo O'Donnell (2005) «uma abundância de oportunidade pode minimizar a necessidade de educação e motivação», acrescentando o autor que «uma ausência de oportunidade provavelmente impede a prática de um estilo de vida saudável, mesmo para a pessoa mais informada e mais motivada». Estudos efetuados no âmbito da atividade física sublinham a importância de diferentes fatores, como a qualidade, localização e segurança de espaços apropriados à prática de atividade física regular, a disponibilidade e segurança de espaços públicos abertos, o desenho urbano e a estética ambiental, que influenciam a saúde de

forma direta e indireta — por exemplo, condicionando a prática de exercício físico, como andar a pé ou de bicicleta, o desenvolvimento de atividades lúdicas no exterior e o risco de sofrer acidentes na prática dessas atividades (LAWLOR *et al.*, 2003; WHEELER, 2004; VAN LENTHE, BRUG & MACKENBACH, 2005; BARTON *et al.*, 2009).

Pode ainda referir-se que os lugares, enquanto espaços singulares, são «contextos comportamentais»: não só têm capacidade de influenciar os comportamentos individuais como são, simultaneamente, uma extensão desses próprios comportamentos (LAWSON, 2001). Comportamentos saudáveis criam lugares mais saudáveis, que geram comportamentos ainda mais saudáveis, podendo desencadear-se uma cadeia de efeitos retroativos e cumulativos, com grande impacto na saúde individual e coletiva. Ross (2000) assinala a existência de «efeitos de contágio» em certos comportamentos, como andar a pé e de bicicleta, responsáveis pela multiplicação e expansão destas atividades em áreas onde estes já existem. Promover a saúde individual pela promoção de estilos de vida mais saudáveis implica que, simultaneamente, se melhore o ambiente local, tornando-o mais propício ao desenvolvimento de atividades promotoras de saúde.

Influências comunitárias e condições estruturais locais (nível 2): *funcionamento coletivo e condições sociomateriais.*

Equidade, coesão social e capital social: promover a organização social, os laços comunitários, a equidade e a construção de capital social.

O planeamento pode criar oportunidades de estruturação de redes sociais, cujo impacto positivo na saúde tem sido apontado em inúmeros estudos (WHEELER, 2004; NOGUEIRA, 2009a). Relações

horizontais, de suporte mútuo e amizade, geram e fortalecem sentimentos de autoestima, valorização e pertença, com forte efeito protetor na saúde. Por outro lado, relações sociais verticais, promovendo o *empowerment* individual e comunitário, proporcionam aos indivíduos e às comunidades um maior controlo sobre as suas vidas e destinos, uma maior capacidade de desafiar injustiças sociais e de reivindicar mudanças nas políticas, no acesso aos recursos e nas condições de vida (NOGUEIRA, 2009a). A estruturação das diferentes redes sociais passa pelo desenvolvimento de atividades em grupo, com definição de objetivos comuns e capazes, por isso, de construir a identidade de indivíduos e comunidades (THOMAS, 2002). A convergência social concretiza-se em espaços físicos partilhados, que facilitem a personalização e a apropriação e que proporcionem encontros formais e informais entre as pessoas, como escolas, correios, cafés, praças e outros centros sociais (BARTON & TSOUROU, 2000).

Habitação: responder às necessidades locais de habitação adequada.

Más condições habitacionais, falta de higiene e de saneamento em edifícios, e espaços públicos urbanos são problemas valorizados desde meados do século XIX (KEMP, 1989). As condições e qualidade da habitação, avaliadas por aspetos como humidade, correntes de ar, materiais de construção, (in)existência de aquecimento (em países frios) e (sobre)lotação, influenciam a saúde dos moradores e devem ser explicitamente consideradas no planeamento urbano. Índices compósitos de privação múltipla consideram frequentemente as características da habitação e os estudos efetuados comprovam a relação entre qualidade da habitação e saúde (STAFFORD, BARTLEY, MITCHELL & MARMOT, 2001; MALMSTROM, JOHANSSON & SUNDQUIST, 2001; NOGUEIRA, 2008). A qualidade da habitação,

e a consequente exposição ao frio, à humidade, ao calor e à poluição, entre outros aspetos, é ainda mais importante em famílias com crianças devido ao efeito particularmente nocivo das exposições precoces, sobretudo ao nível do desenvolvimento neurobiológico e pulmonar (RYDIN *et al.*, 2012; HOWDEN-CHAPMAN, BAKER & BIERRE, 2013).

Trabalho: criar empregos locais seguros e acessíveis.

Promover o acesso a oportunidades de emprego é um dos aspetos apontados como fundamentais para a melhoria da saúde da população (RYDIN *et al.*, 2012). Para além da disponibilidade, são ainda relevantes as características dos postos de trabalho. Empregos stressantes e inseguros conduzem ao absentismo e à degradação da saúde mental (SIEGRIST, 2000). Altos níveis de *stress* e de exigências laborais, e baixo controlo sobre o ritmo e as pausas no trabalho são prejudiciais à saúde e aumentam a mortalidade prematura. Uma nocividade particular é reconhecida às situações de desemprego, bem como de subemprego, ambas com forte efeito prejudicial na saúde individual e familiar (SAINT-JACQUES, DEWAR, CUI, PARKER & DUMMER, 2014). Em oposição, a satisfação, a segurança e um maior controlo no emprego podem melhorar os níveis de saúde e bem-estar.

Transportes e acessibilidades: melhorar acessibilidades e reduzir a dependência do transporte, particularmente do privado.

Reduzir a dependência do carro, incrementar a prática de exercício físico — andar a pé e/ou de bicicleta — e melhorar os transportes públicos, podem promover a saúde de formas distintas (WHEELER, 2004; THORNE & FILMER-SANKEY, 2005; BARTON *et al.*, 2009): 1 — aumentando o exercício físico; 2 — reduzindo a possibilidade

de ocorrência dos acidentes de tráfego; 3 — aumentando as oportunidades de interação e de contactos sociais; 4 — diminuindo a poluição atmosférica; 5 — promovendo a estabilidade climática.

Os transportes afetam, de forma profunda, estilos de vida, equidade e coesão social. Políticas de transporte desadequadas podem conduzir a altas taxas de acidentes rodoviários, a estilos de vida sedentários, a mais poluição atmosférica e sonora e mesmo à fragmentação de comunidades (OMS, 2002). Relativamente a este último aspeto, Thomas (2002) refere que a identidade das comunidades e a sua capacidade de criar laços não resiste ao tráfego pesado ou à construção de estradas principais. Vários autores relacionam a intensidade de tráfego e o tráfego pesado com riscos crescentes de incapacidades físicas, com a má saúde autoavaliada e com o *stress* psicológico (WILSON *et al.*, 2004).

A possibilidade de efetuar deslocações diárias (casa–emprego, casa–escola, para compras, entre outras) a pé ou por meio de transporte público é particularmente importante para grupos populacionais desfavorecidos — mulheres, crianças, idosos, incapacitados, deficientes e minorias étnicas. Promover a pedonização dos lugares e aumentar/assegurar o acesso a transporte público frequente e eficiente, requer intervenções ao nível do uso do solo (diversificando) e do desenho urbano (conectando e tornando aprazíveis e seguros os lugares de frequência quotidiana), bem como a concretização de uma verdadeira política de transporte coletivo e intermodal, baseada não somente no lucro económico, mas num lucro medido, por exemplo, em qualidade ambiental e em ganhos em saúde.

Produção e disponibilidade de alimentos: melhorar a disponibilidade de alimentos saudáveis e encorajar a produção local.

Segundo Nogueira (2008), «dietas hipercalóricas, ricas em gorduras e açúcares, mais económicas, conduzem à obesidade e à doença, em oposição ao efeito protetor da ingestão de legumes e frutos frescos, geralmente mais dispendiosos». A educação alimentar pode conduzir a mudanças comportamentais e a melhorias na saúde; no entanto, vários autores concluem que a dieta é mais influenciada pela disponibilidade de alimentos do que pela educação alimentar (MACINTYRE *et al.*, 2002). A abertura de supermercados locais de qualidade e de lojas especializadas, como frutarias e peixarias, deve ser fomentada e facilitada, contrariando-se a tendência para a centralização destes bens em grandes superfícies, nem sempre acessíveis a toda a população (e nem sempre acessíveis sem recurso a transporte privado).

Uma outra via para melhorar a dieta, sobretudo de indivíduos carenciados com menor acesso a alimentos de qualidade, é proporcionar espaços abertos para cultivo, concretamente, a criação de hortas urbanas e comunitárias. Vários estudos comprovam que estas melhoram não apenas a dieta, como também incrementam a atividade física, reduzindo o risco de doenças cardíacas, obesidade e diabetes (RYDIN *et al.*, 2012). Oportunidades de socialização, promoção do convívio e da interação social, com impactos na autoestima, na satisfação pessoal e na eficácia comunitária têm sido também associados ao desenvolvimento de hortas urbanas (RYDIN *et al.*, 2012). Hortas comunitárias são, pois, projetos com grande potencial para melhorar a saúde e diminuir as desigualdades em saúde (TWISS *et al.*, 2003).

Segurança: promover a segurança e a perceção de segurança na comunidade.

Melhorar a segurança rodoviária, reduzindo a velocidade de circulação dos veículos e dando prioridade a peões e ciclistas, investir

em sinalização adequada, visibilidade, passeios e vias para ciclistas, pode diminuir o número de acidentes, particularmente entre idosos, crianças e portadores de deficiências (THORNE & FILMER-SANKEY, 2005), incrementando as deslocações efetuadas a pé e de bicicleta. Morrison, Petticrew & Thomson (2003) referem-se aos efeitos benéficos na saúde das políticas de incremento à utilização de transportes não motorizados, ao uso de capacetes nos utilizadores de bicicletas e motorizadas, ao uso do cinto de segurança por todos os passageiros e ainda de legislação mais rigorosa e mais penalizadora para a condução sob efeito do álcool.

A segurança e a perceção de segurança relacionam-se também com a ocorrência de crimes, sabendo-se que a perceção de risco ambiental tem um impacto negativo nos comportamentos relacionados com a saúde, como caminhar, e nos resultados em saúde (CARVER, TIMPERIO, HESKETH & CRAWFORD, 2010). Espaços públicos desordenados, sujos, mal iluminados, são convidativos a incivilidades e potenciam a criminalidade, o que sublinha a importância de planear e manter estes espaços, de forma a que criem sentimentos de segurança. Tornar mais seguros os espaços públicos implica a sua vigilância, mas também a promoção da sua utilização, transformando-os em locais de encontro e centros de interesse das comunidades locais (PITTS, 2004; NOGUEIRA, 2009a).

Influências ambientais gerais (nível 3)

Ar, ruídos e estética ambiental: melhorar a qualidade atmosférica, controlar níveis de ruído e proporcionar um quadro de vida agradável e atrativo.

Como foi anteriormente referido, um número crescente de estudos epidemiológicos tem vindo a relacionar a poluição atmosférica

urbana com os riscos de mortalidade e morbilidade (MARTINS *et al.*, 2004) e com outros resultados em saúde, como o peso à nascença (GOUVEIA, 2004). A poluição atmosférica, por si só ou em combinação com alguns comportamentos individuais, tem um impacto negativo na saúde humana (MARTINS *et al.*, 2004; OMS, 2002). Este fator de risco pode ser diminuído através de restrições às fontes poluentes, móveis e fixas, destacando-se, também a este nível, os efeitos positivos do aumento das acessibilidades e do incentivo ao uso do transporte alternativo (deslocações a pé e de bicicleta) e público.

Água e saneamento: melhorar a qualidade da água e do saneamento.

O planeamento urbano deve impor limites e critérios de qualidade ao nível de captação das águas, purificação e adição de substâncias, tratamento de águas residuais e proteção de aquíferos (NOGUEIRA, 2008). As águas subterrâneas constituem a maior fonte de fornecimento de água para as atividades humanas. A captação excessiva destas águas não só faz baixar as toalhas freáticas, com possíveis consequências na qualidade da água, como cria espaços vazios no solo que, sob o peso das edificações humanas, podem agravar movimentos de subsidência geológica. Processos de escorrência e de infiltração, com consequências nos riscos de deslizamento de vertentes, inundação e contaminação de águas subterrâneas, devem também ser avaliados no planeamento de áreas residenciais, industriais, agrícolas e na construção de infraestruturas de circulação (TELES, 2002).

Os problemas relacionados com a disponibilidade e a qualidade da água potável, a cobertura das redes de saneamento e o tratamento

das águas residuais agudizam-se nas cidades pobres dos países menos desenvolvidos e são, em parte, responsáveis pela manutenção de um perfil epidemiológico marcado pela importância das doenças infeciosas e pela elevada mortalidade infantil (RYDIN *et al.*, 2012).

Solo e recursos minerais: reduzir a contaminação por resíduos e racionalizar a exploração dos recursos.

O planeamento pode travar processos de desflorestação e de cultivo excessivamente intensivos, com consequências quer na contaminação dos alimentos cultivados quer na contaminação e erosão dos solos. Solos abandonados e degradados podem ser recuperados e reabilitados sob a forma de pequenas explorações agrícolas, de caráter familiar, com produções destinadas essencialmente a consumo próprio (BARTON & TSOUROU, 2000). A exploração de recursos do solo deve também ser controlada. A extração de petróleo pode originar movimentos de subsidência e a exploração de recursos minerais para construção de infraestruturas pode ter consequências não só na dinâmica dos ecossistemas, como também na saúde, devendo, por isso, incrementar-se a reutilização e reciclagem de materiais.

Clima: promover a estabilidade e o conforto climáticos.

A arquitetura, as características e a forma das aglomerações urbanas têm um efeito profundo no clima urbano e na saúde. As condições de temperatura e humidade dos aglomerados urbanos, a circulação do ar e a sua qualidade dependem, em parte, da localização das cidades no contexto morfológico local e regional, da impermeabilização sofrida pelos solos em meio urbano, da geometria e morfologia da cidade, para além do tipo e da intensidade das atividades humanas (GANHO, 1999). Estes fatores, alterando localmente

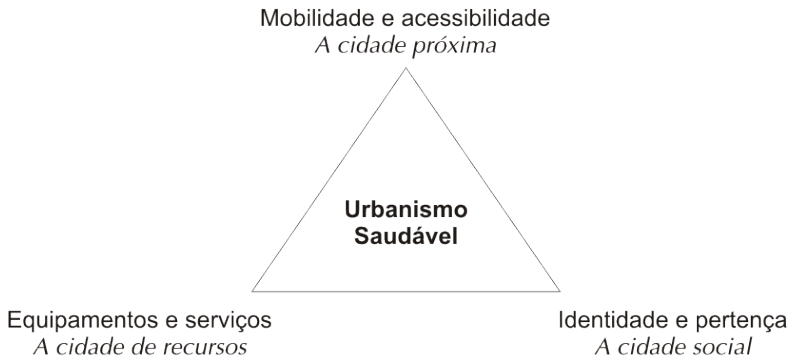
o clima, afetam as condições de vida de todos os seres vivos, com consequências quer na saúde física, quer na saúde mental, quer ainda no conforto ou desconforto sentido pelas populações (OLIVEIRA & ANDRADE, 2007), fator determinante do seu bem-estar.

As alterações climáticas representam um desafio ainda maior nas áreas urbanas devido à potencial combinação com a ilha de calor urbano (RYDIN *et al.*, 2012). O planeamento urbano pode reduzir a ilha de calor urbano, promovendo reduções no consumo de combustíveis fósseis e nas emissões de gases de estufa, e encorajando a utilização de energias alternativas, tanto em edifícios como nos meios de transporte. Ganho (1999) refere que a atividade industrial, a combustão doméstica e a circulação automóvel são as principais fontes emissoras responsáveis por modificações na composição da atmosfera urbana. O controlo destas emissões pode contribuir para melhorar a qualidade do ar, fator com impacto na saúde e até na morte, principalmente de grupos desfavorecidos como idosos e sem-abrigo.

4. O modelo de Planeamento Urbano Saudável — dimensões e estratégicas de implementação

A promoção da saúde humana maximiza-se por intervenções a dois níveis, o individual e o contextual. Considerando que cada indivíduo só realiza em plenitude a sua humanidade por referência aos seus lugares, compreende-se que a promoção da saúde passe por atuações ao nível dos lugares que contextualizam o quotidiano das populações, promovendo o ordenamento do território e a qualidade do ambiente, atribuindo particular ênfase a aspetos do ambiente físico, económico, cultural e social e às normas e valores de cada sociedade.

Atendendo às determinantes da saúde atrás mencionadas, pode sugerir-se que o planeamento urbano saudável comporta necessariamente três dimensões, ou vertentes (Figura 2): a dimensão dos recursos, a dimensão social e a dimensão da mobilidade.



Fonte: NOGUEIRA, 2008, p. 204 (adaptado).

Figura 2 — As dimensões do urbanismo saudável.

Intervenções que procurem melhorar e transformar lugares caracterizados pela escassez de infraestruturas e de equipamentos, pouca disponibilidade de serviços e recursos necessários à vida quotidiana, subdotação de alojamentos, sobretudo de habitação de qualidade, terão um impacto positivo na saúde individual e coletiva. Mas a promoção da saúde passa também pela transformação dos territórios que, no decorrer do processo de urbanização, foram sendo progressivamente fragmentados e segregados, apresentando-se fracamente conectados e com deficientes condições de mobilidade e acessibilidade (NOGUEIRA, 2009b). Todavia, estas duas dimensões do urbanismo saudável revelam-se insuficientes, devendo ser integrada uma terceira dimensão, a social. Lugares marcados pela ausência de fatores distintivos e identitários são territórios de anomia, incapazes de fomentar sentimentos de pertença e de identidade, e incapazes também de promover a saúde dos seus residentes.

Considerando o modelo apresentado, é possível apontar um conjunto diversificado de ações estratégicas promotoras da saúde: ao nível do uso do solo, dotando, diversificando e aproximando (espaços de residência, trabalho, compras, lazer, entre outros), evitando a subdotação, a monofuncionalidade e a segregação socioespacial; no desenho urbano, criando lugares aprazíveis, que estimulem a sua utilização (investindo em redes pedonais, ciclovias, manutenção dos patrimónios, limpeza, iluminação, sinalização, estética, segurança, entre outros); nos espaços coletivos, tornando-os comuns e acessíveis, de modo a que promovam a integração e aproximação dos membros das comunidades, respondendo à questão fulcral da identidade na e da comunidade (NOGUEIRA, 2008, 2009b).

As três dimensões do urbanismo saudável conferem ao planeamento urbano saudável um caráter fortemente intersetorial, integrado e interdisciplinar. Para que a aplicação do modelo atinja os resultados ambicionados, as estratégias preconizadas e desenvolvidas devem pautar-se por um conjunto de características fundamentais, nomeadamente:

a) Reconhecimento — as ações desenvolvidas devem ser reconhecidas e defendidas pelos diferentes níveis do poder político e económico, com base no pressuposto de que a saúde é um recurso e como tal pode ser promovido.
b) Equidade — as ações implementadas devem assegurar a todos iguais oportunidades de alcançar o seu potencial máximo de saúde, focando-se na obtenção de equidade em saúde. A procura de equidade pressupõe mecanismos de discriminação positiva, de modo a proporcionar mais a quem necessita mais.
c) Transversalidade — as ações desenvolvidas devem integrar esferas tradicionalmente separadas nos modelos convencionais de planeamento — planeamento dos transportes, planeamento

do uso do solo, planeamento da habitação, planeamento da saúde, entre outros — envolvendo diferentes setores — político, económico, social, cultural, ambiental. Ou seja, a saúde deve estar subjacente a todas as ações, presente em todas as políticas (SIHTO, OLLILA & KOIVUSALO, 2006) e em todos os níveis de decisão.

d) Coordenação, participação e responsabilização coletivas e partilhadas — estando a saúde presente em todas as políticas e em todos os níveis de decisão, devem os decisores ser responsabilizados pelas consequências das suas decisões na saúde. Todavia, esta é uma responsabilidade dividida, uma vez que as ações direcionadas à promoção da saúde devem ser coordenadas de forma partilhada por diferentes instituições — governamentais e não governamentais, autoridades locais, associações de comércio e indústria, *media*, cidadãos. Somente ações coordenadas e participadas poderão contribuir para a melhoria da saúde, para o aumento da justiça social e da equidade e para a construção de ambientes mais saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barton, H. & Tsourou, C. (2000). *Healthy Urban Planning. A WHO Guide to Planning for People*. Londres: OMS Spon Press.

Barton, H., Grant, M., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health Promot Int*, 24 (1), i91-i99. doi: 10.1093/heapro/dap059.

Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*, 32, 381-398. doi: 10.1146/annurev--publhealth-031210-101218.

Carver, A., Timperio, A., Hesketh, K. & Crawford, D. (2010). Are children and adolescents less active if parents restrict their physical activity and active transport due to perceived risk? *Soc Sci Med*, 70 (11), 1799-1805. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.010.

Cummins, S., Macintyre, S., Davidson, S. & Ellaway, A. (2005). Measuring neighbourhood social and material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources. *Health Place*, 11 (3), 249-260. doi: 10.1016/j.healthplace.2004.05.003.

Ganho, N. (1999). O Clima Urbano e a Climatologia Urbana. Fundamentos e Aplicação ao Ordenamento Urbano. *Cadernos de Geografia*, 18, 97-127.

Gouveia, N. (2004). Association between ambient air pollution and birth weight in Sao Paulo, Brazil. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58 (1), 11-17 doi: 10.1136/jech.58.1.11.

Howden-Chapman, P., Baker, M. & Bierre, S. (2013). The houses children live in. Policies to improve housing quality. *Policy Quarterly*, 9 (2), 35-39.

Kemp, P. (1989). The Housing Question. In D. H. D. Smith (ed.), *Social Problems and the City. New Perspectives* (159-175). Nova Iorque: Oxford University Press.

Lawlor, D. A., Ness, A. R., Cope, A. M., Davis, A., Insall, P. & Riddoch, C. (2003). The challenges of evaluating environmental interventions to increase population levels of physical activity: the case of the UK National Cycle Network. *J Epidemiol Community Health*, 57 (2), 96-101. doi: 10.1136/jech.57.2.96.

Lawson, B. (2001). *The language of Space*. Oxford: Architectural Press.

Lindstrom, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*, 59 (6), 440-442. doi: 10.1136/jech.2005.034777.

Macintyre, S. (1999). Geographical Inequalities in Mortality, Morbidity and Health-Related Behaviour in England. In M. S. D. Gordon, D. Dorling & Davey Smith, G. (ed.), *Inequalities in Health* (148-154). Bristol: The Policy Press.

Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55 (1), 125-139. doi: 10.1016/s0277-9536(01)00214-3.

Malmstrom, M., Johansson, S. E. & Sundquist, J. (2001). A hierarchical analysis of long-term illness and mortality in socially deprived areas. *Soc Sci Med*, 53 (3), 265-275. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00291-4.

Martins, M. C., Fatigati, F. L., Vespoli, T. C., Martins, L. C., Pereira, L. A., Martins, M. A., (...) & Braga, A. L. (2004). Influence of socioeconomic conditions on air pollution adverse health effects in elderly people: an analysis of six regions in Sao Paulo, Brazil. *J Epidemiol Community Health*, 58 (1), 41-46. doi: 10.1136/jech.58.1.41.

Morrison, D. S., Petticrew, M. & Thomson, H. (2003). What are the most effective ways of improving population health through transport interventions? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57 (5), 327-333. doi: 10.1136/jech.57.5.327.

Nogueira, H. (2008). *Os Lugares e a Saúde*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Nogueira, H. (2009a). Healthy communities: the challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area. *Health Place*, 15 (1), 133-139. doi: 10.1016/j.healthplace.2008.03.005.

Nogueira, H. (2009b). Saúde (d)nos lugares — a problemática dos territórios promotores de saúde. *Cadernos de Geografia*, 26/27, 85-99.

O'Donnell, M. P. (2005). What works best? Knowledge, skills, motivation, and opportunity. *Am J Health Promot.*, 19 (5), iv.

Oliveira, S. & Andrade, H. (2007). An initial assessment of the bioclimatic comfort in an outdoor public space in Lisbon. *Int J Biometeorol*, 52 (1), 69-84. doi: 10.1007/s00484-007-0100-0.

OMS — Organização Mundial da Saúde (2002). *The European Health Report 2002*. Copenhaga: OMS.

OMS — Organização Mundial da Saúde (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Genebra: OMS.

Parkes, A. & Kearns, A. (2006). The multi-dimensional neighbourhood and health: a cross-sectional analysis of the Scottish Household Survey, 2001. *Health Place*, 12 (1), 1-18. doi: 10.1016/j.healthplace.2004.03.004.

Pitts, A. (2004). *Planning and Design Strategies for Sustainability and Profit*. Oxford: Architectural Press.

Richman, J. (2003). Holding Public Health Up for Inspection. In J. C. M. Haggart (ed.), *Public Health and Society* (3-22). Nova Iorque: Palgrave Macmillan.

Ross, C. E. (2000). Walking, exercising, and smoking: does neighborhood matter? *Social Science & Medicine*, 51 (2), 265-274. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00451-7.

Rydin, Y., Bleahu, A., Davies, M., Dávila, J. D., Friel, S., De Grandis, G., (...) & Wilson, J. (2012). Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet*, 379 (9831), 2079-2108. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60435-8.

Saint-Jacques, N., Dewar, R., Cui, Y., Parker, L. & Dummer, T. J. (2014). Premature mortality due to social and material deprivation in Nova Scotia, Canada. *Int J Equity Health*, 13 (1), 94. doi: 10.1186/s12939-014-0094-2.

Siegrist, J. (2000). Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Social Science & Medicine*, 51 (9), 1283-1293. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00092-7.

Sihto, M., Ollila, E. & Koivusalo, M. (2006). Principles and Challenges of Health in All Policies. In M. W. T. Stahl, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (ed.), *Health in All Policies. Prospects and Potentials* (3-21). Finlândia: Ministry of Social Affairs and Health.

Simões, J. (2007). Construindo a cidade saudável. In P. Santana (ed.), *A Cidade e a Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.

Stafford, M., Bartley, M., Mitchell, R. & Marmot, M. (2001). Characteristics of individuals and characteristics of areas: investigating their influence on health in the Whitehall II study. *Health & Place*, 7 (2), 117-129. doi: 10.1016/s1353-8292(01)00004-1.

Taylor, R., Smith, B. & Van Teijlingen, E. (2003). *Health and Illness in the Community*. Nova Iorque: University Press.

Teles, V. (2002). Quando os Rios Galgam as Margens. Um Breve Retrato das Cheias de 5 de Janeiro de 2001 nos Concelhos de Braga e de Guimarães. *Territorium*, 9, 75-88.

Thomas, D. (2002). *Architecture and Urban Environment. A Vision for the New Age*. Oxford: Architectural Press.

Thorne, R. & Filmer-Sankey, W. (2005). Transportation. In T. Randall (ed.), *Sustainable Urban Design. An Environmental Approach* (25-32). Nova Iorque: Spon Press.

Tunstall, H. V., Shaw, M. & Dorling, D. (2004). Places and health. *J Epidemiol Community Health*, 58 (1), 6-10. doi: 10.1136/jech.58.1.6.

Twiss, J., Dickinson, J., Duma, S., Kleinman, T., Paulsen, H. & Rilveria, L. (2003). Community gardens: lessons learned from California Healthy Cities and Communities. *Am J Public Health*, 93 (9), 1435-1438.

van Lenthe, F. J., Brug, J. & Mackenbach, J. P. (2005). Neighbourhood inequalities in physical inactivity: the role of neighbourhood attractiveness, proximity to local facilities and safety in the Netherlands. *Soc Sci Med*, 60 (4), 763-775. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.013.

Wheeler, S. (2004). *Planning for Sustainability. Creating Livable, Equitable, and Ecological Communities*. Nova Iorque: Routledge.

Wilson, K., Elliott, S., Law, M., Eyles, J., Jerrett, M. & Keller-Olaman, S. (2004). Linking perceptions of neighbourhood to health in Hamilton, Canada. *J Epidemiol Community Health*, 58 (3), 192-198. doi: 10.1136/jech.2003.014308.

(Página deixada propositadamente em branco)

19. A MULTIDIMENSIONALIDADE DA SAÚDE E DA DOENÇA E A (SEMPRE RENOVADA) PERTINÊNCIA DO OLHAR SOCIOLÓGICO

THE MULDIMENSIONALITY OF HEALTH AND ILLNESS AND THE (ALWAYS RENEWED) RELEVANCE OF THE SOCIOLOGICAL PERSPECTIVE

Amélia Augusto

ORCID: 0000-0003-4797-2299

RESUMO:

O presente capítulo pretende discutir e ilustrar a multidimensionalidade e a complexidade da saúde e da doença, consideradas tanto a nível individual como coletivo, rejeitando-se a rigidez das fronteiras entre o natural e o social, a cultura e a natureza. A análise sociológica destes fenómenos sociais exige o reconhecimento da influência das divisões sociais, das formas como se organiza a sociedade, do lugar que os indivíduos ocupam na estrutura de oportunidades; mas exige, também, a compreensão dos modos como se produzem significados subjetivos em torno da saúde e da doença e as suas repercussões em termos de identidade. Tal implica a crítica do modelo biomédico da doença, o entendimento do corpo não apenas como uma entidade física, mas também como uma entidade

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_19

social, a compreensão de que as doenças são socialmente produzidas e construídas, pelo que não são apenas resultado de características e influências puramente biológicas. É ainda feita uma análise crítica dos processos e dos efeitos sociais da aplicação do modelo biomédico a problemas sociais, condições naturais e capacidades, resultando na sua medicalização e biomedicalização e na crescente colonização da vida por parte da medicina.

PALAVRAS-CHAVE: saúde; doença; corpo; construção social da doença; medicalização

ABSTRACT:

This paper aims to discuss and illustrate the multidimensionality and complexity of health and illness, considered both at individual and collective level, rejecting the rigidity of frontiers between natural and social, culture and nature. The sociological analysis of these social phenomena demands the recognition of the influence of social divisions, of the ways society is organized, of the place that individuals have in the structure of opportunities; but it also demands the understanding of the production of subjective meanings around health and illness and its repercussions in terms of identity. Such an analysis implies the critic of the biomedical model of illness, the understanding of the body not only as a physic entity, but also as a social one, the understanding that illnesses are socially produced and constructed, so they are not just a result of purely biological characteristics and influences. A critical analysis of the processes and social effects of the application of the biomedical model to social problems, natural conditions and capacities, resulting in their medicalization, biomedicalization and in the increasing colonization of life by medicine is also made.

KEYWORDS: health; illness; body; social construction of illness; medicalization

1. O MODELO BIOMÉDICO E A SUA CRÍTICA

Nas sociedades ocidentais modernas, o conhecimento médico-científico é o paradigma dominante sobre o qual assentam as nossas ideias sobre o corpo humano, o seu funcionamento, a saúde e a doença. Assim sendo, a doença é primariamente (ou mesmo exclusivamente) conceptualizada de acordo com as definições proporcionadas e usadas pela medicina científica; é ela quem detém o monopólio e o poder de classificação das doenças. Ao instituir um monopólio relativo ao seu exercício, a medicina obteve uma jurisdição quase exclusiva para determinar o que é doença e, consequentemente, para definir tanto os modos de produção dos cuidados, como os modos de conduta do doente.

O modelo biomédico, enquanto principal paradigma da medicina moderna, deriva da filosofia positivista de Descartes, a qual estabeleceu um abismo intransponível entre mente e corpo. Ao tratar o corpo como uma espécie de máquina, vê as doenças como disfunções na mecânica do corpo. Assim, todas as doenças «reais» têm mecanismos causais específicos que, em última instância, podem ser medicamente identificados e tratados (TURNER, 1995).

Seale (1994, p. 16) enuncia uma série de características com base nas quais o pensamento médico define a doença. A primeira característica remete para a existência de uma causa subjacente — isto tem um efeito no corpo ao nível celular ou mesmo bioquímico, e, por vezes, envolve outros organismos biológicos como bactérias ou vírus. Segunda, existe uma perturbação numa parte ou em partes da estrutura física do corpo que causa a manifestação de doenças, como dor ou aumento da temperatura. Terceira, existe uma causa identificável que pode ser uma consequência de estádios marcados por sintomas característicos. Quarta, a doença é identificada e definida como constituindo um desvio ao que é normal. Quinta e última, aos pacientes que experimentam uma doença é atribuída, pelos médi-

cos, uma classificação e uma prescrição de tratamento. Existe aqui, claramente, uma sequência de procedimentos preestabelecidos, uma unilinearidade e um modelo de pensamento que assenta em critérios de racionalidade científica. O conceito de doença acaba por reunir um consenso e uma aceitação que radica em categorias científicas objetivamente definidas. Todavia, este consenso tem sido desafiado por reflexões e análises que colocam problemas à exclusividade da definição biomédica de saúde e doença.

A perspetiva providenciada pelo modelo biomédico deu origem a uma visão dual de saúde e doença, em que uma é entendida como o oposto da outra, separadas por fronteiras identificáveis, fazendo parte de um conjunto de dualismos reducionistas que marcaram muito do pensamento ocidental, assente na racionalidade científica, não apenas da medicina, mas também de outras áreas científicas, nomeadamente das próprias ciências sociais — social/natural; corpo/mente; razão/emoção, entre outros. Mas, saúde não é apenas ausência de doença, nem unicamente uma questão de fisiologia individual. A visão mecanicista, que conceptualiza o corpo como uma máquina desligada do meio social, negligencia a importância e a influência do contexto social e cultural dos indivíduos (nomeadamente no que respeita aos efeitos das desigualdades sociais), bem como a produção de significados que estão associados às suas experiências de vida, em termos de saúde e doença. Tal visão privilegia a assistência à saúde centrada no indivíduo e na doença, voltada para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais, a responsabilização individual pela saúde e a desresponsabilização do Estado.

A visão biomédica é uma das formas de entender a saúde e a doença, não obstante ser a dominante, tanto na medicina como na sociedade. Este modelo, contudo, não explica os significados sociais associados ao comportamento do doente. Embora o médico possa fazer uso apenas da ciência biomédica para explicar os sinais e os sintomas que ele classifica como doença, o mesmo não se pode dizer

relativamente à explicação do comportamento do doente (FREIDSON, 1984). Para Freidson (1984), a doença deve ser compreendida tendo em conta o sistema leigo de referência, isto é, pelo corpo de conhecimentos, crenças e ações, por meio do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais. Tal sistema está baseado em premissas que diferem do modelo biomédico e resulta de estruturas sociais específicas de cada sociedade.

A compreensão da totalidade e da multidimensionalidade destes fenómenos exige a ultrapassagem de modelos reducionistas e a «adoção de perspetivas e unidades de análise que coloquem a ordem da saúde e da doença na ordem do mundo e da sociedade» (CARAPINHEIRO, 1986, p. 10). Os aspetos sociais e culturais da saúde e da doença assumem uma importância fulcral nos processos e condições a partir dos quais os indivíduos definem «bem-estar» e «mal-estar». As conceções sobre saúde e doença são moldadas tanto por contextos mais abrangentes, alguns deles ao nível da estrutura social, como pelas experiências de vida e as biografias particulares dos indivíduos. Como sugere Lupton, «Só podemos conhecer, pensar e experimentar realidades como a doença, a dor e a morte por meio da nossa localização específica na sociedade e na cultura» (2000, p. 50).

La Plantine (1991) chamou a atenção para o facto de a língua francesa dispor apenas de uma palavra para designar a doença (o que também é o caso da língua portuguesa), ao passo que a língua inglesa dispõe de três: *disease*, *illness* e *sickness*. *Disease* diz respeito à doença tal como ela é entendida pelo conhecimento médico, uma patologia identificada por meio de sinais e sintomas; *illness* está relacionada com a experiência da doença por parte do próprio sujeito, com o modo como ele interpreta e responde aos sintomas (LAPLANTINE, 1991; RADLEY, 1994). Já *sickness* está relacionada com o estatuto social da pessoa atingida (RADLEY, 1994) e com as significações sociais da doença. *Disease* e *illness* não são sinónimos e

nem sempre coincidem, já que é possível que alguém se sinta doente sem ter uma doença, ou que tendo uma doença, não se sinta doente. Esta distinção sublinha a ideia de que o modo como os indivíduos respondem à doença é usualmente tão importante como a própria doença. «O olhar sociológico orientou-se para a subjetividade da doença, a *illness* ou doença do doente, e as suas implicações na *disease* ou doença no olhar clínico, como entidade própria» (SILVA, 2012, p. 15). Pelo que integra progressivamente conhecimentos sobre como cada pessoa se comporta face à doença, controla o seu corpo, interpreta os sintomas e age. Assim, é clara a interação entre o corpo físico e o contexto sociocultural na experiência de se sentir saudável ou doente.

A sociologia da saúde dirige-se à dimensão social da saúde e da doença, consideradas tanto a nível individual como coletivo, rejeita a rigidez das fronteiras entre o natural e o social, a cultura e a natureza, defende a multicausalidade das doenças, enfatizando a importância das dimensões sociais e culturais, o modo como a sociedade se organiza, o lugar que os indivíduos ocupam na estrutura de oportunidades, mas também o modo como constroem significados sociais em torno dos conceitos de saúde e doença, e os impactos dos mesmos em termos de identidade. «Não há dúvida que para ser possível falar em sociologia da saúde foi indispensável, por um lado, emancipar a sociologia médica do modelo médico dos factos biológicos e, por outro lado, constituir o modelo médico como uma das várias e numerosas maneiras de falar de saúde e de doença em sociedade» (CARAPINHEIRO, 1986, p. 16).

1.1. A contribuição da sociologia do corpo

Embora a sociologia do corpo constitua um campo próprio da sociologia, e os seus quadros teóricos e conceptuais se estendam

para além da análise das questões da saúde e da doença, contribuiu de forma relevante para a sociologia da saúde, precisamente por partir da crítica ao modelo biomédico e à visão do corpo que este subscreve, rejeitando as fronteiras criadas pela racionalidade científica entre corpo e mente, razão e emoção, natureza e cultura. A este respeito, o conceito de *embodiment* (TURNER 1984; 1992) é fundamental para ilustrar a ligação entre *self* e sociedade, corpo e mente, sublinhando a ideia de que os indivíduos são seres incorporados. A relevância do corpo emerge não apenas associada à análise de questões relacionadas com os estilos de vida e a cultura de consumo (ainda que se tratem de aspetos relevantes), mas a questões mais profundamente sentidas que são colocadas aos seres humanos pela saúde e pela doença.

O corpo é essencial para o debate sobre a construção social das condições médicas, onde a visão biomédica da medicina convencional é desafiada pela noção de que as doenças têm uma história, um estatuto qualitativo subjetivo e estão profundamente marcadas pelas desigualdades e relações de poder. «O corpo humano, quer seja de formas explícitas ou latentes, é, em última instância, o objeto de toda a pesquisa dirigida à dimensão social da medicina, saúde e doença. A nossa capacidade para experimentar o corpo diretamente, ou para o teorizar indiretamente, é inexoravelmente medicalizada» (LUPTON, 199, p. 20).

A abordagem da racionalidade científica, de que o modelo biomédico é expoente máximo, deixa de fora qualquer consideração para com a experiência, o sentimento, a emoção e a interpretação fenomenológica da doença. Tal como sugere Deborah Lupton (1998), este privilégio pela razão, o negligenciar das emoções, vistas como irracionais e entraves ao verdadeiro conhecimento, não são exclusivos da medicina, tendo sido amplamente partilhados por outras áreas científicas, inclusive a própria sociologia. Daí que a sociologia do corpo tenha sido bem recebida como um modo de promover o

debate e de propor alternativas para superar os dualismos antes mencionados.

A experiência da doença pode impactar sobre a vida quotidiana de quem a padece, sobre as suas relações sociais, a sua identidade e o seu sentido de *self*. Por isso, «a resposta à doença não é apenas ditada pela natureza ou por sintomas biofisiológicos, ou mesmo por motivações individuais, é moldada e imbuída pelo contexto social, cultural e ideológico da biografia particular» (NETTLETON & WATSON, 1998, p. 5). A mesma assunção pode ser encontrada na afirmação de Cunningham-Burley e Backett-Milburin de que «a doença não é apenas um acontecimento isolado, não é uma vassourada desafortunada da natureza. É uma forma de comunicação (...) por meio da qual a natureza, sociedade e cultura falam simultaneamente: o corpo individual deve ser visto como o terreno mais imediato, mais próximo onde as verdades sociais e as condições sociais são jogadas, bem como uma base de resistência social e pessoal, criatividade e luta» (1998, p. 57).

Kelly e Field (1996) desenvolveram vários estudos que pretendem ilustrar os laços conceptuais entre corpo, *self*, identidade e mundos da vida nos quais são experimentadas a saúde e a doença. Os autores advogam uma abordagem ao estudo da doença crónica explicitamente focalizada no corpo. Para eles, o corpo (conjuntamente com o género, a etnicidade e outras divisões sociais), joga um papel significativo na formação da identidade. A construção do *self* é inevitavelmente constrangida por influências «atribuídas» às limitações corporais. A rutura causada pela doença crónica ou incapacitante faz sobressair este processo. Os seus estudos demonstram quão intimamente estão ligados um sentido de *self* e o corpo em situações de doença, circunstância que torna mais visível esta relação. Para os autores, o significado simbólico da doença surge a partir dos vários modos em que pode ou não interferir com a gestão da identidade. A sua lógica de explicação vai do corpo para o *self*,

e daí para a identidade (BURY, 1997). Também para Lupton (2000), as nossas identidades estão interligadas com processos dinâmicos de incorporação, incluindo incidentes de dor, doença ou cuidado médico. A sociologia do corpo permite-nos compreender a relação entre doença e identidade, a transformação psicológica que pode resultar da experiência da doença e a importância da imagem corporal para o bem-estar.

Os trabalhos de alguns autores, entre os quais se destaca Turner, dirigem-se com particular relevo para a inter-relação entre «descontinuidades» trazidas pelo desenvolvimento tecnológico e social e as preocupações permanentes associadas à doença. O profundo relacionamento entre corpo e identidade é reforçado pelas relações das pessoas leigas com a esfera técnica, em particular a medicina. Não só a doença, mas também o contacto com a esfera médica pode afetar significativamente o nosso corpo, identidade e *self*. O *medical gaze* — o olhar neutro, objetivo e afastado, perscrutador dos corpos e típico do modelo biomédico (FOUCAULT, 1973) — foi amplamente aprofundado com o recurso às novas tecnologias. Os recursos visuais associados às tecnologias médicas são usados para avaliar e monitorizar o corpo dos doentes, abrindo ao conhecimento médico o que antes estava oculto. «A tarefa nuclear da medicina passou a ser não a elucidação do que o paciente dizia, mas do que o médico via nas profundezas do seu corpo» (LUPTON, 2000, p. 55). Em alguns casos, este olhar clínico pode ser interiorizado pelo paciente, alterando a perceção do seu corpo. A experiência de interagir com tecnologias médicas pode influenciar o processo dinâmico de construção da imagem corporal e do próprio *self*.

A crítica à racionalidade científica e as contribuições da sociologia do corpo trouxeram uma outra área que foi negligenciada e mesmo repudiada pela visão biomédica, a das emoções. Williams & Bendelow (1998a) regozijam-se com a posição central que as emoções têm vindo a assumir, como resultado (e como parte) do

ataque aos legados dualistas ocidentais do passado, e à noção de ator desincorporado, puramente racional. Os autores consideram que o domínio da racionalidade no pensamento social e científico ocidental conduziu a um negligenciar relativo das emoções, entendidas como sensações interiores, «irracionais», privadas e que, historicamente, estiveram ligadas aos «desejos perigosos» das mulheres e aos seus «corpos histéricos» (1998b, p. xii). A busca por «objetividade», «verdade», afastou as emoções, sempre apresentadas como a antítese do pensamento e empreendimentos científicos, assentes na razão. Tal como foi explicitado anteriormente, esta noção de ciência e cientificidade, conjuntamente com as bipolarizações introduzidas pelo dualismo cartesiano, lançaram as fundações da medicina moderna. A medicina fundou-se numa abordagem desincorporada do paciente e, em parte, ela ainda permanece. «Ainda hoje, a sua posição se pauta por uma paixão irracional pela racionalidade desapaixonada» (RIEFF, 1979 *apud* WILLIAMS & BENDELOW, 1996, p. 26).

Atualmente, são vários os autores que reconhecem a pertinência que as questões relacionadas com o corpo e as emoções assumem no contexto da saúde e da doença, tendo-se tornado incontornáveis nos estudos da doença mental, do género, da sexualidade e da reprodução humana, da organização dos cuidados de saúde, dos dilemas éticos e das questões que são colocadas pela medicina de alta tecnologia e a nova genética.

2. SAÚDE E DOENÇA ENQUANTO CONSTRUÇÕES SOCIAIS

Uma das mais importantes posições teóricas na sociologia da saúde diz respeito à análise da saúde e da doença enquanto fenómenos socialmente construídos, e não como resultado de características e influências puramente biológicas. O construtivismo social enfatiza as dimensões culturais e históricas de um dado fenómeno que é

tipicamente entendido como sendo exclusivamente natural (BERGER & LUCKMAN, 1966). «(…) olha para o modo como os fenómenos sociológicos [neste caso a saúde e a doença] são "construídos", isto é, criados e compreendidos à luz dos padrões sociais prevalecentes, os quais geralmente refletem os padrões dos grupos dominantes dentro da sociedade» (MOON & GILLESPIE, 1995, p. 92). Tal posicionamento parte do reconhecimento de que as significações sociais da saúde e da doença são criadas e influenciadas pelas atitudes, ações e interpretações dos membros de uma sociedade, num dado contexto histórico e social. Para o construtivismo social, a saúde, a doença e a medicina são produtos socioculturais, pelo que é importante analisar a natureza das suas representações sociais e culturais, assim como os significados simbólicos que lhe estão associados. Esta perspetiva contrasta abertamente com a visão tradicional da medicina, na qual a doença é vista como estando localizada no corpo, enquanto estado físico, que pode ser objetivamente identificada e tratada como uma condição fisiológica pelo conhecimento médico. Sublinha o modo como a doença é moldada pelas interações sociais, por tradições culturais partilhadas, quadros de conhecimento mutáveis, mas também por relações de poder.[1]

Carapinheiro considera a construção social da doença a categoria que «é mais prometedora na desmontagem da multiplicidade de lugares comuns que habitam a nossa consciência social dos

[1] Veja-se, por exemplo, a construção social da infertilidade. A investigação sociológica da infertilidade exige que se discuta o seu caráter de naturalidade, sublinhando a sua dimensão social, que se analisem os contextos sociais a partir dos quais se produzem os significados e as representações que lhe estão associados, que se descortinem os poderes e os interesses que se operam nessa construção social. A infertilidade enquanto característica biológica medicamente diagnosticada distingue-se da infertilidade enquanto socialmente construída (AUGUSTO, 2014). À semelhança do que acontece com a saúde e a doença, a infertilidade deve ser entendida como uma categoria socialmente construída, mediada e negociada por profissionais, inférteis e outros, no âmbito de um dado contexto sociocultural (GREIL, MCQUILLAN & SLAUSON-BLEVINS, 2011).

fenómenos da saúde, da doença e da morte» (1986, p. 10). No seu entender, a potencialidade de uma tal abordagem radica na conjugação de duas possibilidades analíticas. «Por um lado, permite traçar o quadro da realidade social das doenças em contextos histórico-sociais precisos (…). Por outro lado, permite determinar os elementos de estruturação da identidade social do doente (construção social do estatuto do doente) (…)» (1986, p. 10). Ou seja, permite compreender o modo como os indivíduos experimentam e dão significado à doença, tendo em conta os contextos social, cultural e histórico no âmbito dos quais estes são produzidos, devem ser compreendidos e ganham sentido. Encontra-se subjacente ao uso desta categoria analítica a ideia da doença como «fenómeno social total» (CARAPINHEIRO, 1986, p. 11), isto é, como fenómeno social multidimensional, multifacetado e irredutível a uma só dimensão do real.

O modo como os indivíduos atribuem um dado estatuto qualitativo à doença, como interpretam e dão sentido às suas experiências de doença, assim como adotam comportamentos de saúde e doença, remete para ações individuais, contudo, a sua análise exige que estas sejam colocadas no âmbito da sociedade e da cultura. As perceções e ações dos indivíduos estão incluídas em sistemas culturais que variam de sociedade para sociedade, e mesmo entre grupos, no âmbito de uma sociedade. Embora se trate de ações e decisões individuais, estão imbuídas de significados culturais e revelam o modo como a cultura e as relações sociais constroem significados em torno da saúde e da doença. «Neste sentido, pode dizer-se que as metáforas, imagens ou interpretações das pessoas sobre os seus processos de doença espelham tanto a sua cultura como as suas características pessoais únicas» (REIS, 1998, p. 123). É por isso que o pensamento sociológico considera que não existe uma definição universal de saúde ou doença, entendendo-as como conceitos mutáveis, dinâmicos, que desafiam a linearidade do modelo biomédico

e as determinações naturais. «Neste contexto de "construção social da realidade", a saúde e a doença não são realidades estáveis. Pelo contrário, são categorias variáveis no tempo e no espaço que se têm transformado à medida que se alteram as maneiras de pensar e de agir, sob a influência da ação dos diferentes atores sociais» (TAVARES, 2015, p. 40).

Os significados socialmente produzidos relativamente a certas doenças não estão necessariamente relacionados com a sua realidade biológica, e podem ter repercussões na vida das pessoas que vão para além da sintomatologia ou do curso da doença. Enquanto fenómeno social, a doença gera modificações no comportamento, que variam com os contextos sociais e culturais e que estão ligadas a variadas fontes de significados simbólicos (FREIDSON, 1984). As doenças não são todas iguais no que respeita aos significados culturais que sobre elas são produzidos. Existem doenças que têm uma construção social negativa e às quais está associado um estigma. As razões deste estigma devem ser procuradas no social, e não exclusivamente ou primariamente no biológico. «Mais do que serem meras curiosidades sociológicas, os significados culturais da doença têm impactos no modo como a doença é experimentada, como a doença é retratada, nas respostas sociais às doenças e na definição de políticas relativas à doença» (CONRAD & BAKER, 2010, p. 69).

Segundo Conrad e Baker (2010), uma linha-chave da investigação sociológica diz respeito aos significados culturais das doenças estigmatizadas, ao seu processo de construção social, ao impacto que têm na vida dos indivíduos e aos modos como estes estigmas são individual e coletivamente geridos. É o caso de numerosos estudos sobre o cancro, a SIDA, a epilepsia, doenças sexualmente transmissíveis e doenças mentais.

Mas o construtivismo social não considera apenas o papel das interações entre indivíduos ou grupos na produção de significados associados às doenças. Tem também em conta as relações de poder

entre esses indivíduos ou grupos e os modos como a medicina e a perspetiva médico-científica participam na construção social das doenças. Subjacente ao conceito de doença está a existência de um juízo de valor. Estar doente é ser indesejável, desviado e, não raramente, socialmente desvalorizado. É com base nesta assunção que Freidson (1984) defende a utilização de uma abordagem situacional do desvio para analisar a doença. No seu entender, este posicionamento permite fazer a diferença entre doença enquanto estado puramente físico e a doença enquanto estado humano, social. Como fenómeno social, a doença gera modificações no comportamento que variam com os contextos sociais e culturais e que estão ligadas a variadas fontes de significados simbólicos. Quando um médico diagnostica uma doença a uma pessoa, acaba por modificar o seu comportamento. «É neste sentido que o médico cria a doença, exatamente como a lei cria o crime. Dado que a medicina não é independente da sociedade na qual existe, pelo facto de veicular valores dessa sociedade, ela é levada a jogar um importante papel no lançamento e na expressão de significações sociais impregnadas desses valores» (1984, p. 254).[2] As considerações sociais que são tidas em conta para definir uma doença num dado período são uma importante indicação sobre as características dessa sociedade, nessa época. A doença enquanto desvio social varia, quer pelo seu conteúdo quer pela sua organização, de um modo bastante independente da realidade biofísica que lhe poderá estar subjacente. Como sugere Turner, «o modo como uma doença é conceptualizada será um efeito do sistema cultural prevalecente e da estrutura de poder associada aos discursos dominantes. O modo como estamos doentes é culturalmente definido» (1995, p. 85).

[2] Veja-se, por exemplo, a classificação como doença mental da homossexualidade ou da transsexualidade, ambas fizeram parte do DSM (manual de transtornos mentais, da Associação Americana de Psiquiatria) e da Classificação Internacional de Doenças (CID), da OMS.

2.1. Medicalização da vida

Segundo Conrad e Baker (2010), os estudos relativos à medicalização constituem uma importante área de pesquisa da tradição do construtivismo social, particularmente no que respeita à análise da construção social do conhecimento médico. O conceito de medicalização foi formulado para teorizar sobre a expansão e o domínio da medicina na vida das pessoas (ZOLA, 1972; FREIDSON, 1984), resultando naquilo a que Illich (1976) designou por medicalização da vida. Para Foucault (1973), à medida que o olhar clínico colonizou mais e mais facetas das nossas vidas, a nossa compreensão e a nossa experiência sobre elas têm vindo a ser modificadas.

Para Conrad (1992), a medicalização consiste na definição de problemas em termos médicos, usando uma linguagem médica para os descrever, adotando um quadro de referência médico para os perceber e uma intervenção médica para os tratar. No seu entender, o processo de medicalização ocorre, pelo menos, em três níveis diferentes: ao nível conceptual, quando um processo ou condição é definido como um problema médico; ao nível institucional, quando os profissionais de saúde legitimam o problema como uma questão médica; ao nível da interação médico-paciente, quando ocorre a codificação clínica desse problema em termos de produção de um diagnóstico e da determinação de uma terapêutica. O autor define medicalização como «um processo por meio do qual problemas não médicos se tornam definidos como problemas médicos, usualmente em termos de doença ou perturbação, usando a intervenção médica para os tratar» (2005, p. 3).

Em geral, os sociólogos que estudam a medicalização estão preocupados em analisar os processos por meio dos quais um dado diagnóstico é desenvolvido, se torna aceite como medicamente válido e é usado para definir e tratar os problemas dos doentes (CONRAD & BAKER, 2010, p. 51). Muitos estudos foram dando conta de dife-

rentes problemas, comportamentos ou condições que passaram a ser definidos em termos de doença, pelo que integraram a jurisdição da medicina, que procura tratá-los. Segundo Conrad e Schneider (1992), a primeira fase da medicalização dirigiu-se para o desvio, conduzindo os problemas sociais considerados moralmente problemáticos da jurisdição da lei para a jurisdição da medicina. É o caso da toxicodependência, da homossexualidade, do alcoolismo, entre outros. Mas a medicalização alargou-se também a processos e a condições naturais da vida que incluem o nascimento, a sexualidade, a menopausa, a infertilidade, o envelhecimento.[3]

Por volta de 1980, segundo Conrad (2005, 2007), assistimos a mudanças profundas na medicina, com inegáveis impactos na saúde, entre as quais mudanças associadas a novas áreas do conhecimento médico, à genética e às possibilidades abertas pela biotecnologia. Não obstante os médicos manterem a sua influência no processo de medicalização, outros agentes (que o autor designa por motores da medicalização) ganharam importância, entre os quais se destacam a indústria farmacêutica (que já não está tão dependente como antes da ação dos médicos), a indústria da biotecnologia, as associações de consumidores e o *marketing*. Em estudos mais recentes, os sociólogos têm-se focado na análise da medicalização dos acontecimentos comuns da vida, do risco, das falhas e insuficiências percebidas por parte dos indivíduos e no seu desejo de melhoramento, de aprimoramento, como é o caso do desempenho intelectual ou sexual (CONRAD & BAKER, 2010).

Também Clarke, Shim, Mamo, Fosket e Fishman (2003) consideram que, por volta de 1985, ocorreram profundas mudanças na organização, na constituição e na prática da medicina contemporânea. As

[3] Recorrendo, de novo, ao exemplo da infertilidade, constata-se que de um problema privado dos casais (até meados do século XX), passou a ser definida como um problema médico, para o que contribuiu decisivamente o avanço no conhecimento e nas tecnologias médicos e na indústria farmacêutica (AUGUSTO, 2006, 2014).

autoras defendem que estas mudanças sociais ocorridas e em curso não são passíveis de serem capturadas e analisadas com base no conceito de medicalização, pelo que propõem um novo conceito, o de biomedicalização. Não entendem a biomedicalização como um substituto da medicalização, mas sim como uma modificação, uma radicalização desta. Consideram que o conceito permite documentar a emergência de novas condições, diagnósticos e tratamentos, o crescente foco na saúde e no risco, em adição à doença, e a construção de novas identidades individuais e coletivas por meio de novas e distintas possibilidades de ação sobre o corpo e sobre o *self*. A biomedicalização continua a expandir a jurisdição e a autoridade da medicina, dado que não tem unicamente como referencial de intervenção a doença, mas também a saúde. Ou seja, não se trata unicamente de medicalizar um problema ou uma condição, de tratar uma patologia ou uma desordem, mas de intervir de modo a aprimorar, melhorar e otimizar a saúde (AUGUSTO, 2015).

Para Coveney, Gabe e Williams (2011) os conceitos sociológicos de medicalização e de biomedicalização permitem explicar os modos como as intervenções biomédicas foram legitimadas para serem usadas em pessoas saudáveis, com o objetivo de prevenir o aparecimento e o risco de doenças, assegurando a saúde futura e otimizando novas possibilidades de vida.

«A tese da medicalização é um empreendimento sociológico radicado numa análise crítica do processo e dos efeitos sociais da aplicação do modelo biomédico a problemas sociais, resultando na sua patologização e no seu entendimento como doenças ou perturbações que exigem intervenção e controlo médicos. Colocando o seu foco no indivíduo, transforma-o num recipiente passivo de cuidados e tratamentos médicos, modificando a sua experiência de vida e, não raramente, acoplando-lhe um estigma que resulta da colocação do rótulo» (AUGUSTO, 2015, pp. 83-84). A medicalização tem sido alvo, no campo da sociologia da saúde, de múltiplas análises e reflexões,

seja relativamente à descrição e compreensão do processo social e dos agentes que a impulsionam e constroem, seja dando conta da análise particular de determinados comportamentos e condições que têm vindo a ser abrangidos por este alargamento da esfera e jurisdição médicas, ou ainda refletindo criticamente sobre as consequências da medicalização tanto para os indivíduos como para a sociedade. O conceito de medicalização provou ser indispensável para os sociólogos da saúde (AUGUSTO, 2015).

A análise crítica deste processo chama a atenção para os efeitos da medicalização nas políticas que visem intervir sobre um dado problema, já que a sua definição em termos médicos remete para soluções médicas, colocando em segundo plano ou mesmo ignorando os contextos sociais. Uma tal abordagem remete para a individualização tanto dos problemas como das soluções, desincentiva a reflexão crítica sobre as causas sociais que estão na sua origem e tem repercussões ao nível da conceção das políticas e no desenho de intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Augusto, A. (2006). Infertilidade e reprodução medicamente assistida: definição de contextos e produção de significados. In G. Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas* (47-76). Coimbra: Pé de Página Editores

Augusto, A. (2014). A construção social da infertilidade. In M. E. Leandro & B. R. Monteiro, (orgs.), *Saúde no Prisma da Sociologia. Olhares Plurais* (268-281). Viseu: Psicosoma

Augusto, A. (2015). Comentário: da medicalização à biomedicalização da vida. In G. Carapinheiro & T. Correia (orgs.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais* (83-98). Lisboa: Mundos Sociais

Berger, P. & Luckman, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge.* Nova Iorque: Anchor

Bury, M. (1997). *Health and Illness in a Changing Society*. Londres: Sage

Carapinheiro, G. (1986). A saúde no contexto da sociologia, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1, 9-22

Clarke, A., Shim, J., Mamo, L., Fosket, J. R. & Fishman, J. (2003). Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S. biomedicine, *American Sociological Review*, 68 (2), 161-194

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 3-14

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Conrad, P. & Joseph, W. S. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Filadélfia: Temple University Press

Conrad, P. & Kristin, B. (2010). Illness: key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (S), S68-S79. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://hsb.sagepub.com/content/51/1_suppl/S67.full.pdf+html

Coveney, C., Gabe, J. & Williams, S. (2011). The sociology of cognitive enhancement: medicalisation and beyond. *Health Sociology Review*, 20 (4), 381-393

Cunningham-Burley, S. & Backett-Milburn, K. (1998). The body, health and self in the middle years. In S. Nettleton & J. Watson (eds.) *The Body in Everyday Life* (143-160). Londres: Routledge

Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archeaology of Medical Perception*. Nova Iorque: Pantheon.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*, Paris: Payot

Greil, A., Mcquillan, J. & Slauson-Bevins, K. (2011). The social construction of infertility. *Sociology Compass*, 5/8, 736-746

Illich, I. (1976). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Nova Iorque: Pantheon

Laplantine, F. (1991). *Antropologia da Doença*. São Paulo: Editora Martins Fontes

Lupton, D. (1998). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Londres: Sage

Lupton, D. (2000). The social construction of the medicine and the body. In G. Albrecht, R. Fitzpatrick & S. Scrimshaw (eds.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (50-63). Londres: Sage

Moon, G. & Gillespie, R. (1995). *Society and Health. An introduction to social science for health professionals*. Londres: Routledge

Nettleton, S. & Watson, J. (1998). The body in everyday life: an introduction. In S. Nettleton & J. Watson (eds.), *The Body in Everyday Life* (1-24). Londres: Routledge

Radley, A. (1994). *Making sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease*. Londres: Sage

Reis, J. (1998). *O sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Editora Vega

Seale, C. (1994). Health and healing in an age of science. In C. Seale & S. Pattison (eds.), *Medical Knowledge: Doubt and Certainty* (7-27). Buckingham: Open University Press

Silva, L. F. (2012). O destino como projeto? Racionalidades leigas de promoção da saúde, *Fórum Sociológico*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em https://journals.openedition.org/sociologico/696

Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Coimbra: Almedina

Turner, B. S. (1984). *The Body and Society*. Oxford: Basil Blackwell

Turner, B. S. (1992). *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. Londres: Routledge

Turner, B. S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*. Londres: Sage

Williams, S. & Bendelow, G. (1996). Emotions, health and illness: the «missing link» in medical sociology? In V. James & J. Gabe (eds.). *Health and the Sociology of Emotions* (25-33). Oxford: Blackwell

Williams, S. & Bendelow, G. (1998a). In search of the missing body. Pain, suffering and the (post)modern condition. In S. Graham & P. Higgs, P. (eds.), *Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology Towards the 2000* (125-146). Londres: Routledge

Williams, S. J. & Bendelow, G. (1998b). Introduction: emotions in social life: mapping the sociological terrain. In Williams, S. J. & Bendelow, G. (eds.), Emotions in Social Life. Critical Themes and Contemporary Issues (xii-xxvii). Londres: Routledge

Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20, 487-504

20. Trajetórias migratórias e saúde mental. O contexto como diagnóstico médico, o diagnóstico médico como contexto para a integração social

Migratory trajectories and mental health. The context as a medical diagnosis, the medical diagnosis as a framework for social integration

Pedro Góis

ORCID: 0000-0002-5217-0285

RESUMO:

Pensar a integração sem ter em conta o contexto e o trauma causado pela viagem migratória não faz sentido. Analisar migrações sem ter as causas que as provocam é um ato inútil. Refletir sobre o «outro» sem ter em conta as condições sociais em que construímos a diferença é despiciente. O indivíduo que atravessa metade de um continente, desertos, mares ou oceanos, que se afasta das suas referências conhecidas, que transporta consigo as idiossincrasias de um habitus social que se mostra desadequado nas sociedades de destino é um ser humano extraordinário. Numa época em que nacionalismos e xenofobias se espalham à velocidade dos *media*,

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_20

pensar o ser humano que migra na nossa direção como um sistema biopsicossocial é também um apelo para refletirmos sobre o nacionalismo que o diagnóstico médico pode conter.

PALAVRAS-CHAVE: migrações; refugiados; trauma; doença mental

ABSTRACT:

Thinking about integration without considering the context and trauma caused by migratory travel makes no sense. Analyzing migrations without the causes that provoke them is a useless act. Reflecting on the «other» without considering the social conditions in which we construct the difference is critical. The individual who traverses half a continent, deserts, seas or oceans. The individual who moves away from his known references, which carries with it the idiosyncrasies of a social habitus that proves inadequate in the destination societies is an extraordinary human being. At a time when nationalisms and xenophobia are spreading at the speed of social media, the human being who migrates in our direction as a bio-psycho-social system, should make us reflect upon the nationalism that medical diagnosis can contain.

KEYWORDS: migrations; refugees; trauma; mental disease

As migrações internacionais contemporâneas, as suas causas e consequências, e a sua composição, são um tema cada vez mais na agenda das diversas ciências e tornam-se um exemplo raro de objeto de investigação trans e interdisciplinar. Das ciências sociais às ciências médicas, das ciências de comunicação às ciências jurídicas, o *homo migratius* tornou-se objeto de investigação. Na sua individualidade, ou enquanto entidade coletiva, os migrantes obrigam-nos a

repensar a imobilidade projetada pela história das civilizações passadas e dos nacionalismos recentes. A excecionalidade da migração transformou-se em algo regular, recorrente. Em todos os continentes, a sedentarização tradicional, a idade da imobilidade em que temos a ilusão de viver, tem sido posta em causa por grandes movimentos migratórios, tanto internos como internacionais, que se tornam cada vez mais normais. Com o fim da ideia de imobilidade, chega igualmente ao fim o olhar sobre o indivíduo enquanto ser biopsicossocial localizável num tempo e espaço específico e reconhecido. As ideias conservadoras associadas à «etnicidade», à «raça», à «cultura» são hoje postas em causa pela mobilidade, pelo transnacionalismo e pelo transposicionamento social de muitos dos atores com que convivemos nos dias de hoje. A cultura, a vivência social e até a forma de nos apresentarmos perante a sociedade é atualmente o resultado de um somatório de trajetos migratórios individuais e coletivos que se cruzam num mesmo espaço social e nos crioulizam de forma indelével. Mesmo imóveis somos genética, e culturalmente o resultado de migrações passadas.

Desequilíbrios geopolíticos e socioeconómicos como razões para a migração

Pese embora a intensidade da globalização económica, a maioria dos migrantes não deixa a sua região natal por razões económicas, impelidos pelo desejo de uma maior remuneração ou do acesso a produtos e serviços de luxo. A maioria dos migrantes move-se contra a sua vontade no que poderíamos denominar genericamente de migrações forçadas: económicas, políticas ou climáticas. Estas migrações interagem num conceito polissémico que se refere aos movimentos de refugiados e deslocados internos (migrações forçadas por conflitos), bem como aos indivíduos tornados migrantes devido a

catástrofes naturais ou ambientais, catástrofes químicas ou nucleares, fome ou projetos de desenvolvimento falhados. Em qualquer caso, para estes migrantes a liberdade de ficar ou partir não existe, forçados a abandonar os seus locais de origem e a deslocar-se, por vezes em longas distâncias, para novas regiões/países de acolhimento.

As migrações são hoje uma realidade inexorável que nos desafia a pensar numa sociedade cada vez mais global com impacto local. Na verdade, desde há várias décadas que o número de refugiados, deslocados internos e requerentes de asilo se mantém, globalmente, muito elevado. Em países vizinhos de conflitos bélicos, na sequência de golpes de Estado, de desastres naturais ou da fome e doenças endémicas, o fluxo de refugiados tende a manter-se constante e desafiante. Mas, lá longe, o problema apenas existe para os que com ele contactam. A última grande vaga de refugiados na Europa veio dos Balcãs, nos anos noventa, e, num tempo sem memória, já nos esquecemos deles há muito. A partir de 2015, no continente europeu, a existência em simultâneo de um fluxo de refugiados com a mediatização dos episódios triviais da vida quotidiana — uma outra propensão dos nossos tempos —, neste caso a das migrações e dos migrantes, fez crescer o interesse pelo tema.

Desde há algum tempo, os imigrantes, refugiados e requerentes de asilo são nossos vizinhos, entraram no nosso quotidiano, tornaram-se um tema, um problema, um desafio. A chamada «crise dos refugiados» que se prolonga desde 2015 deu sinais de abrandamento na Europa Central e no coração da política europeia, mas não desapareceu nem desaparecerá a curto prazo. Moveu-se noutras direções, permaneceu nos países vizinhos das áreas de conflito, divergiu para países como a Líbia, o Egito, o Sudão do Sul ou o Níger, encontrou novos atores políticos, perdurou no centro da atenção das principais agências humanitárias e de centenas de ONG. Novas «crises de refugiados» como a dos Roynga são apenas parte de um avassalador número de 65,6 milhões de pessoas em todo o mundo que foram

forçadas a abandonar as suas casas. O maior volume de migrações forçadas na história da Humanidade. Entre estas pessoas estão quase 22,5 milhões de refugiados, mais de metade são crianças e jovens. Devemos ainda somar a estes números cerca de dez milhões de apátridas, seres humanos a quem foi negada a nacionalidade e o acesso a direitos básicos como educação, saúde, emprego e liberdade de circulação.

Na recente «crise dos refugiados» a mediatização excedeu tudo aquilo a que nos habituámos a assistir e criou uma imagem pública hiperbolizada a partir de fenómenos particulares. Todos nos recordamos do pequeno Aylan Kurdi e do seu trágico afogamento na sua viagem migratória em direção à Europa. Uma criança tornada ícone dos refugiados e da injustiça. Todos nos lembramos das imagens de milhares de migrantes em fila nas viagens de peregrinação em direção à Europa. Todos lemos, ouvimos e vimos histórias de quem saiu das suas vidas normais, na Síria ou no Afeganistão e, fugindo à guerra ou ao Isis/Daesh, atravessou o Mediterrâneo em pequenos botes de borracha atestados de gente à procura de refúgio na margem norte do nomeado *Mare Nostrum* pelos antigos romanos, que se tornou, nos últimos anos, um *Mare Mortuum*. Muito dos que hoje acolhemos como vizinhos, ou que partilham connosco o espaço público, estiveram envolvidos em histórias sofridas de migrações e sentiram, eles próprios, as dificuldades de migrar para a Europa.

As imagens, fotografias de momentos de vidas múltiplas e complexas estão tão presentes no nosso imaginário que hoje são parte de nós, da nossa realidade vivida. A consequência desta extrema e repentina mediatização foi o aparecimento de interesses passageiros sobre uma realidade que não muda rapidamente. Em sequência, o exagero do foco comunicacional, centrado sobre o «exótico», a diferença, o estranho, tantas vezes extrapolando para além dos factos, acabou por transformar realidades em estereótipos, estes últimos tornados herdeiros de preconceitos e de erros de avaliação.

A islamofobia, a associação dos refugiados ao terrorismo, a desclassificação e desumanização do refugiado não são uma consequência das migrações em si. São, seguramente, uma consequência da forma como o nosso olhar sobre as migrações se foi refazendo através da interiorização de um objeto mediatizado que nos era apresentado pelos *media* enquanto tema do dia, da semana ou do mês.

O refugiado, o migrante, embora objeto mediatizado permaneceu no essencial um estranho, permaneceu o «outro» que (agora) vive aqui. A partir deste momento a necessidade da construção de um novo senso comum sobre o «outro», um saber partilhado prudente e decente, como a ele se referiu Boaventura de Sousa Santos (2000), baseado num conhecimento de um «outro de proximidade» estava comprometida. O nosso conhecimento sobre o refugiado ou o migrante estava (e está) hoje enviesado por estereótipos e interpretações egocêntricas (ou será etnocêntricas?) em que enquadramos o que nos é estranho por referência a nós mesmos (Santos, 2000). Esta estereotipação do «outro», aliada à inexistência de quadros de referência atualizados para uma análise do «outro», tem latente uma ideia de temor face ao desconhecido, um tipo de medo que gera rejeição. Um medo que se infere a partir do racismo, da xenofobia, do desconhecimento, mas também das dificuldades que subjazem a uma integração social que se quer rápida, universal e não conflitual.

PARTIR, VIAJAR, CHEGAR: UMA HISTÓRIA DE MIGRAÇÕES

Quando analisamos migrações, por vezes esquecemos o essencial. No centro de qualquer migração está sempre um indivíduo e a sua circunstância. Um indivíduo, pleno de idiossincrasias, formando um sistema biopsicossocial único que se transplanta para

um sistema social mais amplo e, quase sempre, mais complexo. Migrando sozinho, em família ou em grupo transporta consigo toda uma herança cultural, genética e social (talvez mesmo sociológica). Como em qualquer transplante, são muitas as condições contextuais que devem ser tidas em conta incluindo, claro, a necessidade de acompanhamento deste processo ao longo do tempo. A dinâmica da migração, individual ou coletiva, é não só um movimento de procura de equilíbrios, mas, na maior parte das vezes, de ajustamentos mais ou menos violentos.

A migração enquanto processo social tem sido analisada, em tempos e espaços diferentes, como um processo de transição entre espaços sociais e sociológicos distintos ou um tempo de negociação e de tradução de identidades, habitus, pertenças ou processos sociais (ADELKHAH & BAYART, 2007; SMALL, 2011). Confrontado com a sociedade de destino, o migrante recém-chegado torna-se, temporária ou definitivamente, um *alien*, um objeto estranho, um «homem marginal» como o definiu Robert E. Park, um «estrangeiro» como a ele se referiu Georg Simmel (PARK, 1928, 1974; SIMMEL, 1971). A chegada ao local de destino é, quase sempre, objeto e causa de tensões entre quem chega e quem se julga senhor do espaço sociológico. Ser ou não ser é sempre «a» questão transplantada de um local para outro. Ao chegar a um local qualquer, o indivíduo transforma-se em «estrangeiro». Torna-se no que não era ainda: numa nova e estranha identidade em construção e confronto.

Mantendo a discussão identitária num plano de encontros sociais, de encontros face a face, a negociação da identidade é agora o quotidiano do migrante: «Quem és?»; «De onde vens?»; «Como é na tua terra?»; «Como te sentes?». A curiosidade é receosa. É preciso recuar no tempo para compreender como se forma socialmente o nosso «olhar» sobre essa entidade que denominamos «o estrangeiro».

O estrangeiro de Simmel e a ambiguidade de olhar o «outro»

O «estrangeiro» enquanto ator social, tal como o conceptualizou Simmel, é uma figura conhecida desde a Grécia Clássica, quando as referências aos metecos (*metoikos)* como residentes de Ática surgem em vários escritos da época pós-Péricles. Metecos eram os estrangeiros residentes nas cidades (*poleis*) gregas, especialmente em Atenas (mas nunca em Esparta que não recebia estrangeiros numa declaração simultaneamente nacionalista e de fechamento social). Geralmente, estes alógenos exerciam profissões qualificadas como professor, artesão, artista ou comerciante ainda que não fossem cidadãos das *poleis* (BASLEZ, 1984). Podemos definir os metecos como «quase-cidadãos», isto é, gozavam de alguns direitos de cidadania, mas com mais encargos, incluindo taxas e impostos extraordinários. Tinham também mais restrições que os autóctones, incluindo a negação ou sonegação de direitos políticos. De certa forma, estavam integrados nas comunidades da *polis*, mas como seres inferiores. Os metecos assumiam uma posição ambígua na sociedade de acolhimento, por vezes dela fazendo parte, mas, na maior parte das situações, definidos através de uma ausência de plenitude de integração, como um «eles», uma forma social que separa as relações de proximidade das relações de afinidade. Hoje, como no passado, sabemos pouco dos estrangeiros que nos escolheram como local de destino. Sabemos pouco sobre os metecos e sobre todos os que, como eles, se tornaram parte das nossas sociedades ao longo dos séculos. Qual a sua origem? Quais as suas culturas originais? Como chegaram? O que estranharam e o que entranharam quando se instalaram aqui (ou ali)? Como eram e no que se tornaram? O que trouxeram e como influenciaram as sociedades de destino? No fundo, qual a sua trajetória (social, individual, biológica) no decorrer do processo migratório. Uma boa forma de estabelecer-

mos esta relação é partirmos da teoria de Georg Simmel (1971), que se confrontou com estas perguntas no final do século XIX, início do século XX, mas em cuja leitura encontramos a estruturalidade destas questões que julgamos atuais. Ao percebermos o modo como se tornaram metecos, estrangeiros, compreendemos a sua situação e a sua condição e, neste sentido, estamos mais próximos da possibilidade de entendermos as suas idiossincrasias e as suas relações sociais. Conhecendo estes parâmetros torna-se possível refletir, a partir do campo específico da sociologia das migrações, a relação da doença mental com a condição de ser estrangeiro. A história de vida do indivíduo pode ser, afinal, a razão da sua história clínica e esta é a causalidade adquirida para o sucesso ou insucesso da sua integração social. Voltemos, portanto, um pouco atrás.

Riscos e trajetórias migratórias

A trajetória migratória pode ser dividida em três componentes: pré-migração, migração e pós-migração (ou reinstalação). Tomemos como exemplo os refugiados ou requerentes de asilo e as três componentes definidas acima. A fase pré-migração pode incluir, por exemplo, trauma físico e emocional para o indivíduo ou a família, testemunhos de violência, guerras ou convulsões sociais. A predominância de tipos singulares de problemas de saúde mental é influenciada pela natureza da experiência da migração, no que respeita às circunstâncias e adversidades experimentadas antes, durante e após a reinstalação num território e contexto diferente do da origem (BEISER & G., 1994; WEISHAAR, 2008). Cada uma destas fases está, no que concerne à sua saúde mental, associada a riscos e manifestações específicos.

Antes de serem forçados a deixar o seu país de origem, os refugiados ou requerentes de asilo são frequentemente vítimas de violência

organizada, incluindo guerra civil e tortura (RABIN & WILLARD, 2014). Os refugiados ou requerentes de asilo podem ter participado em eventos violentos (voluntariamente ou não), alguns deles podem ter sido crianças-soldado ou militantes de causas radicais, podem ter sofrido de violência sexual, tortura ou violência física (KOHRT *et al.*, 2008). Podem ter estado expostos a todas estas formas de violência com intensidades distintas. Em muitos casos, foi mesmo uma proximidade direta ou indireta a formas radicais de violência que impulsionou a migração individual ou familiar. Sendo muito difícil uma tipificação individual das consequências da participação neste tipo de eventos, porque cada indivíduo as vai viver e recordar à sua própria maneira, não nos é nada difícil compreender as marcas indeléveis que a exposição a estes eventos tenderá a deixar em cada indivíduo e, inevitavelmente, também nas suas famílias e nos seus amigos mais próximos. A avaliação destes casos, de difícil tradução num diagnóstico — feito num contexto radicalmente diferente daquele onde antes viveram —, tem óbvias implicações num processo de integração social individual após uma migração (LEVITT, LANE & LEVITT, 2005; PUMARIEGA, ROTHE & PUMARIEGA, 2005; PUSSETTI, 2010).

Também a viagem é um momento de tensão geradora de potenciais distúrbios psicossociais (e/ou, em alguns casos, físicos). A migração em si, enquanto movimento de transplante social, envolve quase sempre uma jornada incerta do país de origem para o local de reinstalação e uma viagem, quase sempre penosa e, tantas vezes, longa, capaz de acentuar experiências traumáticas de grande impacto (GILGEN *et al.*, 2002). Episódios de enorme desgaste físico e psicológico, travessia de grandes distâncias (de desertos ou mares) culminando, por vezes, com longas estadas em campos de refugiados e/ou centros de detenção já próximos do destino ou em países de trânsito (TRIGGS, 2013). É frequente escutarmos relatos de crianças e adolescentes que foram separados das suas famílias e ficaram

à mercê de outrem no que respeita a cuidados ou proteção (com os previsíveis impactos nos próprios sujeitos e nas suas famílias) (SOURANDER, 1998; SHAW, 2003; TRIGGS, 2014). É fácil de compreender como, tantas vezes, ocorrem nestes processos violências simbólicas e físicas, uma desumanização dos migrantes/refugiados/requerentes de asilo e uma perda de sentido de vida social e individual. Como afirma Gilgen *et al.* (2002) a migração, particularmente quando associada a uma exposição a violência organizada, pode afetar seriamente a saúde mental e física, de maneiras que não são óbvias nem imediatas. Estes percursos, plenos de violência, são integrados nas personalidades e vivências de cada um e projetam-se nas suas vidas futuras. Aqueles que, de entre eles, experimentaram considerável sofrimento emocional e traumático nas etapas prévias acabarão por desenvolver algum tipo de perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT) que, na maior parte das vezes, tenderá a não ser ou a ser apenas tardiamente diagnosticado (HERMANSSON, TIMPKA & THYBERG, 2002).

O processo de chegada a um novo país ou região, a reinstalação, longe de ser o fim de um processo, é um desafio em si mesmo (e de longo prazo), inclui uma sequência de estímulos — por exemplo, a privação ou modificação de cultura, comunidade e linguagem —, bem como a necessidade de se adaptar progressivamente a um ambiente (social e físico) novo e estranho. Não é surpresa que, após a chegada aos países recetores, os migrantes, os refugiados ou os requerentes de asilo que estiveram sujeitos a uma série de experiências traumáticas tendam a apresentar um alto nível de angústia e *stress* (GILGEN *et al.*, 2002; HOGERZEIL, HEMERT, VELING & HOEK, 2017). Tomando o indivíduo ou o grupo, trata-se sempre de uma enxertia de um habitus (individual ou coletivo) num outro habitus, com as consequências de conflito (individual ou grupal) que tal implica (HILLIER & ROOKSBY, 2002; NUNES, 2007). Como evidenciado por vários autores, apesar da ainda relativa escassez

e comparabilidade da informação disponível, a investigação e os indicadores de saúde a que temos acesso parecem apontar para que os migrantes e refugiados apresentem uma maior vulnerabilidade e prevalência de algumas doenças ou outros problemas de saúde, onde se destacam problemas direta ou indiretamente relacionados com a saúde mental (MARINA, SVEN-ERIK, JAN, TAHIRE & LEENA MARIA, 2008; NIELSEN & KRASNIK, 2010).

Estudos apontam recorrentemente para uma maior prevalência de psicoses entre as populações migrantes (BOURQUE, VAN DER VEN & MALLA, 2011; COID *et al.*, 2008; KIRKBRIDE, 2017) e para o facto de um histórico pessoal ou familiar de migração ser um fator de risco importante para a esquizofrenia (ELIZABETH & JEAN-PAUL, 2005) ou para uma maior prevalência do risco de esquizofrenia e outras psicoses entre os refugiados (HOLLANDER *et al.*, 2016). A depressão e a perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT), entre outras perturbações de ansiedade, parecem ser prevalecentes em alguns grupos de refugiados e requerentes de asilo específicos, como os menores não acompanhados que têm chegado a vários países europeus (SMID, LENSVELT-MULDERS, KNIPSCHEER, GERSONS & KLEBER, 2011). Aumento dos sintomas e número de traumas, dificuldades de adaptação, perda de cultura e suporte e de apoios de confiança (redes sociais) são alguns dos resultados de estudos referentes a refugiados e requerentes de asilo no Reino Unido. Nestes estudos, o relato de problemas pós-migratórios foi significativamente associado aos sintomas da perturbação de *stress* pós-traumático e ao sofrimento emocional (CARSWELL, BLACKBURN & BARKER, 2011).

Não sendo um dado novo nem um dado estranho, importa assinalar a ineficiência no modo como construímos expetativas de integração destes indivíduos no seio de sociedades como as nossas, sem que tenhamos sido capazes de construir estratégias de amortecimento destas potenciais disfunções (HOGERZEIL *et al.*, 2017). Sabemos hoje que esta transição entre formas de socializa-

ção nas sociedades de origem e de destino variam em função de muitas características dos indivíduos (por exemplo, no que respeita à classe social, idade ou formação de cada um) (ALLEN, BALFOUR, BELL & MARMOT, 2014). Sabemos que as crianças, por exemplo, se ajustam com frequência mais rapidamente às suas antigas e novas culturas à medida que aprendem novas línguas e normas culturais. Fazem-no de forma mais célere e estruturalmente mais eficaz do que os migrantes/refugiados idosos, os quais, em muitos casos, não conseguem realizar este ajustamento. Porém, como demonstrado por Zheng e Berry (1991), existirá sempre um choque cultural instantâneo, imediato, uma forma de *stress* decorrente do processo de aculturação forçada que pode ser de curta ou de longa duração. Este choque cultural é, sobretudo, integrado em comportamentos sociais (de fechamento) ou de comportamentos individuais, geradores de *stress*, ansiedade ou depressão, marginalização ou alienação, através de um aumento de sintomas psicossomáticos e do estabelecimento de uma certa confusão identitária (ZHENG & BERRY, 1991). Na maioria dos casos, tenderá a prevalecer uma adaptação progressiva, com uma integração dos habitus coletivos e individuais existentes nos locais de acolhimento, que, por via da imposição societal maioritária, amortece a reação psicológica normal de *stress* de passar de uma cultura familiar conhecida para um mundo desconhecido (BENNETT & BENNETT, 2004; PATCHING-BUNCH, 2016). Podemos incluir nas tecnologias de amortecimento cultural a aprendizagem e o uso da língua, a adaptação à gastronomia, a integração laboral, os acessos à habitação, saúde e educação de forma rápida e ágil. Em qualquer caso, existirá sempre, como bem explicaram Neuliep e McCroskey (1997), medo ou ansiedade diante da interação real ou esperada com pessoas diferentes, especialmente se estas são de grupos culturais ou étnicos distintos (NEULIEP & MCCROSKEY, 1997, p. 147). Este confronto de etnocentrismos (individuais ou coletivos) e de modos de viver o mundo social e com ele interagir, geram

medos ou ansiedade, podendo desencorajar a interação individual ou social, provocando um fechamento social, uma atitude etnocêntrica e, portanto, gerando comportamentos menos tolerantes e mais desdenhosos com o «outro» mesmo que esse «outro» seja maioritário na sociedade de acolhimento.

Em termos específicos, no que concerne aos refugiados/requerentes de asilo recentemente acolhidos na Europa, as razões muitas vezes traumáticas para deixar o país de origem, a jornada potencialmente longa e perigosa, juntamente com complexos processos de reinstalação tendem a incrementar o risco destes indivíduos sofrerem de uma multiplicidade de problemas de saúde mental (SILOVE, VENTEVOGEL & REES, 2017). Depressão e perturbação de *stress* pós-traumático, ansiedade, ataques de pânico, transtorno de adaptação e somatização estão entre as doenças prevalecentes nos refugiados provenientes de países em conflito e entre grupos sociais específicos, como menores desacompanhados ou vítimas de tráfico de seres humanos (SILOVE *et al.*, 2017). Contextos culturais complexos e variados, línguas nativas pouco difundidas nos países de acolhimento, populações reduzidas e dispersas de refugiados com as mesmas origens (através dos programas de recolocação, por exemplo) contribuem para a carência de intervenções baseadas em evidências empíricas significativas e, por sua vez, dificultam a realização de esforços concertados e padronizados de intervenção junto destas populações (DALGARD & THAPA, 2007).

Conclusão

Há inúmeros desafios na deteção e no tratamento de problemas de saúde mental numa população de refugiados. Muitas vezes, barreiras e preconceitos linguísticos e culturais, seja do refugiado ou do seu interlocutor no sistema de saúde, podem dificultar a identificação de

problemas e o desenvolvimento de uma relação terapêutica. Além disso, existem poucas evidências para a eficácia de qualquer estratégia de tratamento particular em relação a este tipo de pacientes. Contextos e línguas culturais complexas e variadas, populações dispersas de refugiados e a relativa falta de intervenções baseadas em evidência comprovada, dificultam a realização de esforços concertados e padronizados. Muito está ainda por fazer no desenvolvimento de meios culturalmente competentes para rastrear refugiados com problemas de saúde mental e, depois, implementar intervenções baseadas em evidências, tanto a nível individual como comunitário, nos diagnósticos mais comuns e frequentemente debilitantes cuja causa é o seu transplante de uma sociedade para outra (LUSTIG & KOESTER, 2000; MURRAY, DAVIDSON & SCHWEITZER, 2010). Vários estudos sugerem que os serviços clínicos devem fornecer intervenções holísticas e uma aproximação gradual na abordagem de refugiados e requerentes de asilo (CARSWELL *et al*., 2011). Erwin Goffman havia já demonstrado que a sociologia devia ter um particular interesse na forma como o trivial se podia tornar no centro da observação (FILSTEAD & FILSTEAD, 1972). Uma boa migração interdisciplinar seria conseguirmos integrar nas histórias clínicas e de diagnóstico, as histórias de vida destes indivíduos que acolhemos.

São múltiplos e complexos os desafios específicos no acesso à saúde mental por parte dos migrantes ou dos refugiados. Incluem dificuldades de comunicação devido às diferenças linguísticas e culturais (a tradução não é direta e quase nunca é eficaz). Entre os desafios mais complexos estão ainda o efeito da formação cultural dos sintomas e do comportamento face à doença, no diagnóstico ou no tratamento (que imbrica na ideia de confiança social). Podemos ainda referir as diferenças na estrutura e no processo familiar que afetam ou retardam a adaptação à sociedade de acolhimento (a desigualdade de género, por exemplo, ou a presença de famílias numerosas de base patriarcal). As diferentes velocidades nos

processos de aculturação entre gerações que produzem conflitos intergeracionais ou identitários. Há ainda que relevar a presença de aspetos de aceitação ou rejeição pela sociedade recetora que afetam o emprego, o estatuto social e a integração (por exemplo, o racismo ou a xenofobia). O desconhecimento ou a má interpretação destas condições pode dificultar a identificação de problemas e o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz. No fundo, é a compreensão do «outro» e da sua diferença que é parte do diagnóstico eficaz. Há soluções, já ponderadas e implementadas em países específicos, que abordam estas questões através da investigação específica, do uso de intérpretes treinados e de mediadores culturais, de reuniões com famílias (ou outras formas de consultas coletivas) e/ou do estabelecimento de parcerias com associações ou organizações não governamentais (ONG) que permitam intermediar e contextualizar soluções. A dinâmica de diagnóstico é, como se percebe, dependente da compreensão do contexto individual e, de certo modo, o contexto do diagnóstico é uma variável implícita no contexto de integração social.

O suporte individual precisará de um certo grau de flexibilidade e de adaptação às necessidades específicas do migrante/refugiado, levando em consideração as suas experiências migratórias específicas, os fatores de vulnerabilidade detetados e o enquadramento contextual adquirido através dos processos de anamnese obtidos com recurso à história biográfica relatada. Uma abordagem personalizada é particularmente importante na presença de vulnerabilidades específicas decorrentes, nomeadamente, da composição da família, idade, condições médicas e sofrimento mental devido ao abuso, exploração ou violência experimentada antes e durante o processo migratório. O diagnóstico médico, partilhado com as estruturas de integração social é, por seu turno, um componente essencial do plano de integração social personalizado que deverá ser construído com o refugiado, migrante. Atualmente, percebemos que os proces-

sos de migração têm impactos sociais muito profundos e que só um melhor conhecimento das suas diferentes dimensões nos ajudará a compreender as dinâmicas de integração mútua que as nossas sociedades têm obrigatoriamente de aceitar, uma vez que as migrações e os migrantes dela fazem (e farão) parte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adelkhah, F. & Bayart, J.-F. (2007). *Voyages du développement émigration, commerce, exil*. Paris: Karthala

Allen, J., Balfour, R., Bell, R & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26 (4), 392-407

Baslez, M.-F. (1984). *L'étranger dans la Grèce Antique*. Paris: Les Belles Lettres

Beiser, M. & Edwards R. G. (1994). Mental health of immigrants and refugees, *New Directions for Mental Health Services*, 61, 73-86

Bourque, F., Van der Ven, E. & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41 (5), 897-910. doi: 10.1017/S0033291710001406

Carswell, K., Blackburn, P. & Barker, C. (2011). The Relationship Between Trauma, Post-Migration Problems and the Psychological Well-Being of Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (2), 107-119. doi: 10.1177/0020764009105699

Coid, J., Kirkbride, J., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M. & Jones, P. (2008). Raised Incidence Rates of All Psychoses Among Migrant Groups. Findings From the East London First Episode Psychosis Study. *Arch Gen Psychiatry*, 65 (11), 1250-1258. doi: 10.1001/archpsyc.65.11.1250

Dalgard, O. S. & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3 (24). doi: 10.1186/1745-0179-3-24

Elizabeth, C.-G. & Jean-Paul, S. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 12-24. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.12

Filstead, W. J. & Filstead, W. J. (1972). *An introduction to deviance; readings in the process of making deviants*. Chicago: Markham Pub. Co.

Gilgen, D., Gross, C. S., Maeusezahl, D., Frey, C., Tanner, M., Weiss, M. G. & Hatz, C. (2002). Impact of Organized Violence on Illness Experience of Turkish/Kurdish and Bosnian Migrant Patients in Primary Care. *Journal of Travel Medicine*, 9, 236-243. doi: 10.2310/7060.2002.24206

Hermansson, A., Timpka, T. & Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (6), 374-380

Hillier, J. & Rooksby, E. (2002). *Habitus: a sense of place*. Aldershot, Hants, Inglaterra; Burlington, VT: Ashgate

Hogerzeil, S. J., Hemert, A. M. V., Veling, W. & Hoek, H. W. (2017). Incidence of schizophrenia among migrants in the Netherlands: a direct comparison of first contact longitudinal register approaches. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52 (2), 147-154. doi: 10.1007/s00127-016-1310-8

Hollander, A.-C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B. & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ, 352*. doi: 10.1136/bmj.i1030

Kirkbride, J. B. (2017). Migration and psychosis: our smoking lung? *World Psychiatry*, 16 (2), 119-120. doi: 10.1002/wps.20406

Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Speckman, R. A., Maharjan, S. M., Worthman, C. M. & Komproe, I. H. (2008). Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 300 (6), 691-702. doi: 10.1001/jama.300.6.691

Levitt, M., Lane, J. & Levitt, J. (2005). Immigration Stress, Social Support, and Adjustment in the First Postmigration Year: An Intergenerational Analysis. *Research in Human Development*, 2 (4), 159-177

Lustig, M. W. & Koester, J. (2000). *AmongUs: essays on identity, belonging, and intercultural competence*. Nova Iorque: Longman

Marina, T., Sven-Erik, J., Jan, S., Tahire, O. K. & Leena Maria, J. (2008). Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36 (2), 190-196. doi: 10.1177/1403494807085077

Murray, K., Davidson, G. & Schweitzer, R. (2010). Review of refugee mental health interventions following resettlement: best practices and recommendations. *Am J Orthopsychiatry*, 80 (4), 576-585

Neuliep, J. W. & McCroskey, J. C. (1997). The development of a US and generalized ethnocentrism scale. *Communication Research Reports*, 14 (4), 385-398

Nielsen, S. S. & Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int. J. Public Health*, 55, 357-371. doi: 10.1007/s00038-010-0145-4

Nunes, J. A. (2007). O habitus e a incorporação, ou os (des)encontros da sociologia e da biologia. In J. M. Pinto & V. B. Pereira (eds.), *Pierre Bourdieu. A teoria da prática e a construção da Sociologia em Portugal* (171-178). Porto: Afrontamento

Park, R. E. (1928). Human Migration and the Marginal Man. *American Journal of Sociology*, 33 (6), 881-893

Park, R. E. (1974). *The collected papers of Robert Ezra Park*. Nova Iorque: Arno Press

Pumariega, A. J., Rothe, E. & Pumariega, J. B. (2005). Mental Health of Immigrants and Refugees. *Community Mental Health Journal*, 41 (5), 581-597

Pussetti, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 19, 94-113

Rabin, M. & Willard, C. (2014). Torture and Refugees. In A. Annamalai (ed.), *Refugee Health Care*. Nova Iorque: Springer

Santos, B. D. S. (2000). *Para um novo senso comum*. Porto: Afrontamento

Shaw, J. A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 6. doi: 10.1023/B:CCFP.0000006291.10180.bd

Silove, D., Ventevogel, P. & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16, 130-139. doi: 10.1002/wps.20438

Simmel, G. (1971). *On individuality and social forms: selected writings*. Chicago: University of Chicago Press

Small, C. (2011). *Voyages: from Tongan villages to American suburbs* (2.ª ed.). Ithaca: Cornell University Press

Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G. J. L. M., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P. R. & Kleber, R. J. (2011). Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptom. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40 (6), 742-755. doi: 10.1080/15374416.2011.597083

Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse Negl*, 22. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00053-2

Triggs, G. (2013). Mental health and immigration detention. *Medical Journal of Australia*, 199 (11), 721-722. doi: 10.5694/mja13.11369

Triggs, G. (2014). The forgotten children: National inquiry into children in immigration detention. *Medical Journal of Australia*, 202 (11), 553-555

Weishaar, H. B. (2008). Consequences of international migration: A qualitative study on stress among Polish migrant workers in Scotland. *Public Health*, 122 (11), 1250-1258

Zheng, X. & Berry, J. W. (1991). Psychological Adaptation of Chinese Sojourners in Canada. *International Journal of Psychology*, 26, 451-470

(Página deixada propositadamente em branco)

21. O TRAUMA PSICOLÓGICO DEPOIS DAS CRISES, DESASTRES E CATÁSTROFES

PSYCHOLOGICAL TRAUMA AFTER CRISIS, DISASTERS AND CATASTROPHES

Luísa Sales

ORCID ID: 0000-0002-7722-8092

RESUMO:

O trauma psicológico resultante de crises, desastres ou catástrofes transformou-se, nos últimos anos, numa entidade mediática, evocada diariamente de forma indiscriminada. Adquiriu sobretudo um não verdadeiro estatuto de fatalidade incontornável e irreversível. E, no entanto, estudos científicos demonstram que a maioria das pessoas sujeitas a acontecimentos potencialmente traumáticos sobrevive sem sequelas psicopatológicas graves ou de longo prazo.

Mantém-se, por isso, a necessidade de continuar a explicitar, de forma clara, o que é o trauma psicológico bem como alguns dos conceitos base que lhe são inerentes, tais como as suas causas e as suas consequências, os seus fatores de proteção e de vulnerabilidade, as estratégias preventivas ou de intervenção pós-crise, tendo em conta os elementos que predominantemente determinam o tipo de respostas — o agente *stressor*, a potencial vítima, a matriz cultural envolvente.

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_21

Assinala-se ainda, a atual tendência de psiquiatrizar qualquer experiência potencialmente traumática, descurando as intrínsecas potencialidades de recuperação da vítima e do seu contexto.

Refere-se, por fim, que embora pareça inevitável o acréscimo futuro de experiências traumáticas, vislumbram-se, em simultâneo, novas janelas de pesquisa e de intervenção que permitirão lidar, de modo mais eficaz, com tais ameaças.

PALAVRAS-CHAVE: trauma psicológico; crise, desastre, catástrofe; matriz cultural; intervenção pós-crise; psiquiatrização do trauma

ABSTRACT:

In recent years, the development of psychological trauma after crises, disasters or catastrophes became an entity in the media scene, daily and indiscriminately evoked. It has reached a false status of unavoidable and irreversible fatality. But scientific findings show that most persons exposed to potentially traumatic events survive without long-term or chronic psychopathological sequelae.

It remains therefore, the need to clarify what Psychological Trauma is, and to understand its causes and consequences, the vulnerability and resilient factors, and the preventive strategies or the post-crisis intervention, looking through three factors that predominantly determine the responses — the stressor, the potential victim and the cultural context.

It is also a point of discussion, the current trend to tag any potentially traumatic experience as pathologic and as requiring psychiatric intervention, neglecting the intrinsic ability for recovery of the victim, inside her own context.

Lastly, it seems important to point out the new windows of opportunity opening in the scientific research and crisis intervention. They certainly will help to meet the challenges posed by an

expected increase of crises, disasters and catastrophes in the near future, and its associated risk for psychological trauma.

KEYWORDS: psychological trauma; crisis, disaster or catastrophe; cultural context; crises intervention; psychiatrization of trauma

> Os acontecimentos de catástrofe ao longo da história não constituem apenas um perigo para a vida humana, mas são também o caminho da maior mudança na evolução humana.
>
> Gil & Wulf, 2015

O TRAUMA DAS CRISES — CONSIDERAÇÕES GERAIS

O século XX tem sido considerado por vários autores como *o século do Trauma* (BOHLER, 2007). Compreende-se a referência, entre outras ocorrências, as duas guerras mundiais, o Holocausto e a Guerra do Vietname, com o incontável número de vítimas psicológicas que desencadearam, foram alertas públicos para as consequências psicopatológicas de acontecimentos traumáticos. Essa constatação levou a que, entre outros resultados, nas últimas décadas do século XX, as classificações internacionais de doenças assumissem a inclusão nas suas tabelas de quadros clínicos diretamente resultantes da exposição a traumas psicológicos, nomeadamente a perturbação de *stress* pós-traumático (geralmente referenciada como *PTSD — Post-Traumatic Stress Disorder).* Acresce ainda que os mais recentes manuais de diagnóstico e classificação (o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais — DSM V,* da Associação Psiquiátrica Americana, publicado em 2013, e o *ICD 11 — Classificação Internacional de Doenças* da Organização

Mundial de Saúde, publicado em 2018) apresentam já capítulos específicos para *perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress*.

A mudança de século não parece ter diminuído a incidência de acontecimentos passíveis de despoletar vivências traumáticas. Do atentado às Torres Gémeas em 2001 e do *tsunami* de 2004 até às atuais questões do terrorismo, dos refugiados e das convulsões económicas, o terreno vem-se revelando propício. Por isso, o trauma psicológico decorrente de crises, desastres ou catástrofes é hoje internacionalmente considerado como tema de elevada relevância.

Comprova-se uma progressiva tomada de consciência das repercussões globais (para o indivíduo e para a sociedade) de acontecimentos traumáticos ocorridos quer em contextos de crises aparentemente restritas quer na sequência de incidentes com forte impacto mediático. Sobretudo em países com maior índice de desenvolvimento global, nas últimas décadas, foi-se destacando a evidência de que estas repercussões tocam não só as áreas da saúde mental e da saúde pública como também, de modo direto, a economia das comunidades e dos países.

No entanto, a crescente difusão do conceito e a sua descuidada banalização permitiram, igualmente, o irromper de mitos mediáticos frequentemente aceites como verdades científicas inquestionáveis.

A convicção generalizada de que todos os acontecimentos potencialmente traumáticos provocam, de forma constante, traumas irreversíveis, de que um acontecimento traumático despoleta sempre e apenas perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT), ou de que todas as pessoas sujeitas a um acontecimento psicologicamente violento devem, desde logo, manter acompanhamento especializado com um psicólogo ou um psiquiatra bem como as crenças menos expressas, mas continuadamente latentes, de que só os fracos ou os pouco inteligentes apresentam manifestações de sofrimento traumático ou, ainda, de que é a expetativa da reparação monetária,

o motor fundamental do perpetuar das queixas, do perpetuar do sofrimento, são mitos amplamente disseminados.

Impõe-se, pois, alargar o conhecimento e a reflexão sobre o trauma psicológico e as questões que lhe estão inerentes.

É consensual que determinados acontecimentos possam ser, de imediato, apelidados de traumáticos — porque rapidamente percebemos que poderão causar nos protagonistas, ou até mesmo nos observadores, experiências profundas de medo, de séria ameaça à sobrevivência, de abrupta e involuntária desagregação do anterior trajeto de vida. Exemplos evidentes são o 11 de setembro em Nova Iorque ou o Grande Terramoto no leste do Japão, em março de 2011.

Por outro lado, é também cada vez mais frequente ouvirmos rotular como traumáticas pequenas contrariedades, surpresas, modificações que são inerentes à regular vida quotidiana.

Que consideramos, então, trauma psicológico? Quais as suas causas e as suas repercussões?

A palavra *trauma* tem origem no grego *traûma,* e quer dizer «ferida com rutura, descontinuidade, provocada por ação exterior» (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2016).

Adotado inicialmente pelas áreas médico-cirúrgicas, o termo alargou-se (finais do século XIX) ao âmbito da psiquiatria e da psicologia.

É de destacar que a noção de trauma psicológico configura um marco significativo na história da psiquiatria e das psicoterapias — a construção das teorias psicanalíticas começou como uma teoria do trauma. Procurava explicitar as manifestações de sofrimento psíquico inerente à neurose histérica e a outras expressões neuróticas como experiências traumáticas não conscientes, de cariz sexual, vivenciadas nos primeiros anos de vida. São nomes de referência da pesquisa inicial sobre o tema (finais do século XIX e inícios do século XX) Briquet (1796-1881), Charcot (1825-1893), Janet (1859-1947), Freud (1856-1939) e Carl Jung (1875-1961). Ao longo do século XX, as

perspetivas iniciais foram sendo trabalhadas e ampliadas através das reflexões de Ana Freud (1895-1982), Melanie Klein (1882-1960), Ferenczi (1873-1933), Winnicott (1896-1971) e Bion (1897-1979), entre outros.

Progressivamente o conceito alargou-se a todas as ciências sociais — trauma de massas/trauma cultural (ROTH & SALAS, 2001) e saltou, nas sociedades ocidentais, para o discurso do dia a dia, durante o último quartel do século XX.

Numa perspetiva genérica, trauma significa uma experiência assustadora, limite, desencadeada por um acontecimento externo, em geral inesperado e intenso, passível de pôr em causa a sobrevivência física e/ou psicológica do próprio ou de outros e que provoca descontinuidade, rutura em relação às crenças e padrões de segurança anteriores.

No entanto, mesmo os acontecimentos mais extremos são apenas potencialmente traumáticos. Nem todos provocam trauma, nem todas as pessoas são afetadas de igual modo, nem sempre a mesma pessoa reage de forma constante perante situações de ameaça.

Experienciar acontecimentos de rutura, sentidos como traumáticos por serem ameaçadores da sobrevivência e passíveis de romper com os sistemas de crenças e valores, terá obviamente ocorrido desde sempre, em todos os contextos históricos e culturais. Também desde sempre, ao longo dos tempos, é reconhecido o poder transformador de eventos traumáticos, marcando de forma temporária ou definitiva o percurso dos indivíduos ou das sociedades — basta lembrarmos os textos clássicos existentes em todas as culturas, da antiguidade aos nossos dias, para o confirmarmos.

Quer sendo espoletados primordialmente pela natureza (desastres naturais), quer sendo causados por mão humana (violência abusiva, guerra, perseguições ou mesmo acidentes de viação), os acontecimentos traumáticos desencadeiam no indivíduo atingido um conjunto de reações fisiológicas e psicológicas específicas e exigem esforços

de readaptação face à nova realidade emergente, ao novo contexto surgido.

Sabe-se que, perante a iminência de perigo, todos os seres vivos têm as suas intrínsecas estruturas de alarme e resposta.

No ser humano, expondo de forma sintética e simplificada, o circuito noradrenérgico é o principal sistema de alarme, o eixo hipotalámico-hipofisário (HPA) coordena e mantém ativados durante o tempo necessário os mecanismos globais de resposta do organismo ao perigo e, ao nível do cérebro, redes neuronais que ligam o córtex pré-frontal, o sistema límbico, o hipocampo e a amígdala formam um circuito que, entre outras funções, medeia a adaptação ao *stress* e o condicionamento do medo. Deste modo, o organismo procura obter condições necessárias a uma capaz resposta de sobrevivência.

Mas, na sequência de uma experiência traumática, as respostas são globalmente diferentes das habituais respostas de *stress*, resultantes dos estímulos da vida diária. Assiste-se a uma desregulação neuroendócrina e autonómica que induz um conjunto de sintomas distintos, em geral de hiperativação global do organismo e de aparente disfunção integrativa das estruturas cerebrais em destaque. As alterações desencadeadas por essas experiências limite podem esvair-se num curto período, mas podem igualmente evoluir a médio e longo prazo, expressas em modificações a nível neuroendócrino (como do cortisol, das hormonas tiroideias), neuroquímico (das catecolaminas e da serotonina, entre outros) e neuroanatómico (hipocampo, amígdala, córtex). Comprovam-no, entre outras avaliações, estudos epigenéticos, moleculares e neuroendócrinos que confirmaram, nas experiências traumáticas, a existência de um conjunto distinto de alterações no eixo HPA, evidenciando o papel das suas variantes genéticas — com respostas neuroquímicas aumentadas, consistentes com hiper-reatividade noradrenérgica (YEHUDA & MCFARIANE, 2015).

É de destacar igualmente que pesquisas na área da neuroimagem, em contextos de sofrimento traumático prolongado, revelam a presença de modificações cerebrais tais como atrofia do hipocampo, hiperatividade da amígdala, inibição do córtex pré-frontal. Outros estudos apontam ainda a existência de um tipo de armazenamento específico para as memórias traumáticas (memórias fragmentadas e invasivas, frequentemente evocadas pelas vítimas de experiências de trauma) que é distinto do que ocorre na memória explícita autobiográfica (VAN DER KOLK, PELCOVITZ, ROTH, MANDEL, MCFARLANE & HERMAN, 1996).

Constata-se, pois, que as especificidades das respostas de caráter traumático expressam-se não só no imediato (logo após o acontecimento desencadeante), mas também nas diferentes resoluções dessas respostas iniciais, traduzidas em termos cognitivos, emocionais e comportamentais.

É comum, nas primeiras reações a acontecimentos excecionais potencialmente traumáticos, observarem-se sintomas de irritabilidade e ansiedade ou, pelo contrário, comportamentos de apatia, desorientação e desconexão, bem como alterações de humor, da atenção, do sono, do apetite ou ainda memórias intrusivas. Os sentimentos de culpa, de não esperança, de perda de autoestima, os estados de inibição da ação estão também regularmente presentes. São referidos como «respostas normais a acontecimentos anormais».

As respostas de mais longo prazo que se prolongam no tempo manifestam-se, em geral, sob três padrões predominantes: evitamentos (fugas, confusão, desrealização, dissociação); reexperienciações (com *flashbacks*, pensamentos intrusivos, pesadelos); hiperativação (insónias, agitação, impulsividade). Estas são apelidadas de «respostas não normais a acontecimentos anormais».

Indícios destes sintomas assomam, de forma visível, os relatos diários dos *media* sobre crises, desastres e catástrofes.

Numa perspetiva global, considera-se que dois terços da população mundial são confrontados, pelo menos uma vez ao longo da vida, com acontecimentos potencialmente traumáticos.

Como se compreende, há grupos de maior risco, desde logo os que profissionalmente se expõem de forma regular a experiências de violência acrescida (militares e forças militarizadas, bombeiros, profissionais de socorro, entre outros) e os que, sujeitos a acrescidas pressões políticas, económicas, sociais ou culturais são ou estão, por isso, mais vulneráveis (como minorias étnicas, refugiados, crianças ou idosos, pessoas isoladas, sem redes de suporte).

A maioria das pessoas supera o acontecido, integrando-o de forma maturativa sem sequelas relevantes, após um período mais ou menos longo de adaptação que pode variar entre umas horas, uns dias, umas semanas.

No entanto, a resposta a ocorrências fortemente perturbadoras pode, por vezes, atingir um cariz patológico. Manifesta-se nos primeiros dias através de quadros dissociativos ou estados confusionais e, no mês que se segue ao acontecimento, através de perturbações da adaptação, perturbação aguda de *stress* (SAD) ou psicoses agudas e transitórias. São, em geral, situações reversíveis, decorrentes de reações inicialmente não adaptativas; contudo, algumas destas pessoas poderão vir a integrar o diminuto número dos que irão manter quadros de patologia pós-trauma.

De facto, apenas 5% a 8% dos atingidos mantêm continuadas marcas de âmbito patológico, com arrastados quadros de sofrimento psíquico (destaca-se, no entanto, que esta percentagem é compreensivelmente mais elevada, nos chamados grupos de risco — entre 10% a 30%).

O mais significativo e mediático desses quadros de sofrimento é, sem dúvida, a perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT). Os seus sintomas assentam na tríade já antes referida (evitamentos, memórias invasivas com reexperienciações e hiperativação) e na repercussão do

desempenho em termos pessoais, familiares, profissionais e sociais. Estas manifestações são, geralmente, flutuantes na sua frequência e podem irromper, não apenas na sequência próxima da experiência perturbadora, como posteriormente, mesmo vários anos depois, espoletadas por pontuais gatilhos — acontecimentos, imagens, sons, cheiros que, de algum modo, evoquem o trauma inicial.

De modo não menos frequente, também as alterações depressivas de humor, os comportamentos dissociativos, o luto prolongado, os comportamentos aditivos bem como alterações psicóticas ou modificações da personalidade podem ser consequências psicopatológicas do impacto de uma experiência vivida como traumática. As vítimas perpetuam-se com continuada incapacidade de resolver as suas memórias, as suas dores, as suas desesperanças.

É de destacar que acresce com bastante frequência um terceiro tipo de resposta por parte de quem sofreu uma experiência traumática (WILSON & TANG, 2007). Estas pessoas, que apresentaram estratégias adequadas de superação da nova realidade, retomam, frequentemente, em períodos de maior instabilidade física ou emocional, recorrentes manifestações não adaptativas, sintomas de evitamento, sintomas fóbicos — na prática, sinais subclínicos que não concretizam as condições para um diagnóstico, mas que expressam uma situação de sofrimento, não totalmente resolvida.

Por que razão uns manifestam sofrimento irreversível, mantendo definitivamente a incapacidade de retomar nas suas mãos a procura do seu significado? Como conseguem outros reagir à dor, à aparente perda de referências culturais, ao abrupto romper dos seus paradigmas de confiança, de sobrevivência física e psicológica, readquirindo o possível controlo do seu presente?

A resposta dependerá da confluência de três fatores dominantes:

- O trauma — as características do agente traumático (agente agressor ou *stressor*).

- O indivíduo (vítima) — as suas características específicas de vulnerabilidade e resiliência.
- O contexto sociocultural e ambiental — as características da matriz cultural, dos fatores ambientais, do aqui e agora em que se dá a rutura, a descontinuidade.

O resultado final advém, assim, da interação entre um acontecimento (ou a soma de vários acontecimentos) potencialmente traumático e um indivíduo concreto, inserido num específico contexto cultural e social e que é detentor de intrínsecas características genéticas, cognitivas e do desenvolvimento.

Olhando de modo mais detalhado para cada um dos fatores em análise:

- O agente traumático (agente *stressor*) — é particularmente perniciosa a rutura espoletada por causa humana, abrupta e inesperada, que rompe com princípios considerados seguros, paradigmas antes inquestionáveis ou garantidos. São também especialmente gravosas as agressões continuadas, repetidas, sentidas como arbitrárias, fora de qualquer capacidade de controlo por parte da vítima.
- A pessoa atingida (a vítima) — a interação dos fatores predisponentes genéticos e epigenéticos da pessoa-vítima com as suas particularidades contextuais desencadeia respostas multissistémicas e específicas, e molda o tipo de reações neuronais, hormonais e autonómicas que irão intervir, seja como desencadeadoras de sofrimento continuado, seja como fatores de proteção das estruturas cerebrais. Estas respostas, obviamente diferentes de pessoa para pessoa, definem características de vulnerabilidade e de resiliência em cada indivíduo. Destacam-se, entre as particularidades que fragilizam ou diminuem possíveis capacidades de superação do acontecimento:

a idade de exposição — crianças e idosos terão menores aptidões de lidar com este tipo de mudanças; o género — as mulheres apresentam valores mais elevados de patologia traumática, por isso, serão elas sujeitas, em maior número de vezes, a vivências extremas, de rutura? Terão diferentes vulnerabilidades biológicas?; experiências de *stress* em fases precoces do desenvolvimento — o maltrato ou negligência na infância predispõem para o desenvolver de patologia traumática na vida adulta (DIAS, SALES, MOOREN, MOTA-CARDOSO & KLEBER, 2017); e, ainda, outras experiências traumáticas anteriores, comorbilidade psiquiátrica ou qualquer tipo de patologia de evolução prolongada. Chama-se a atenção para a possível transmissão intergeracional da vulnerabilidade ao trauma. Estudos com as segunda e terceira gerações de sobreviventes do Holocausto (DANIELI, 1998), ou com filhos de ex-combatentes (DIAS, SALES, CARDOSO & KLEBER, 2014), apontam para que esses descendentes apresentem uma acrescida vulnerabilidade psicológica em contextos de ameaça, manifestando maior predisposição para vir a desenvolver patologia. Procura-se perceber se essa fragilidade resulta de aprendizagens comportamentais impressas no contexto familiar, se pode advir de compreensíveis experiências perturbadoras, elas próprias traumáticas em fases precoces do desenvolvimento, ou se é resultante de modificações ocorridas no material genético da vítima que a transmite posteriormente aos descendentes — já que acontecimentos extremos e transformações ambientais poderão provocar alterações (ditas epigenéticas) de genes de extremidades cromossómicas passíveis de transmissão, mas igualmente passíveis de reversibilidade (SHERIN & NEMEROFF, 2011).

- O contexto — não podemos esquecer que uma situação traumática acontece sempre enquadrada numa realidade específica.

> O tipo de avaliação que a pessoa-vítima faz do acontecido, o código de leitura que utiliza, o significado que lhe atribuí, são moldados pela sua matriz cultural, pelo conjunto de crenças e valores que lhe são relevantes, pelo meio onde está inserido. Compreende-se que as reações mais imediatas a um episódio potencialmente traumático possam ser facilmente explicadas por causas biopsicológicas. Mas compreende-se, igualmente, que as respostas de pós-trauma e os mecanismos pessoais de superação utilizados tenham os evidentes contornos da matriz sociocultural.

Percebendo os fatores que contribuem para determinar a evolução de uma experiência potencialmente traumática, compreendemos também como e onde atuar para diminuir a incidência das vítimas psicológicas. Porque, tal como referido anteriormente, se a maioria das pessoas integra o acontecimento de forma adaptativa na sua vida, alguns mantêm uma história arrastada de sofrimento, o qual, mesmo longínquo no tempo, se mantém frequentemente agudo na intensidade.

> Após um trauma, a pessoa sente-se lesada no seu valor próprio — lesão narcísica — e injuriada por alguém, que está sempre (na realidade ou na fantasia) na origem do acontecimento traumático (que pecou por ação, omissão, intenção ou indiferença) — injúria narcísica (...). (COIMBRA DE MATOS, 2012)

E os custos são gravosos. Recaem não apenas na vítima direta, mas, comummente, nos que lhe são próximos e, de forma especial, nas suas famílias (YEHUDA & MCFARIANE, 2015).

Repercutem-se também, com impacto, na economia individual e na economia das comunidades e dos países. Expressam-se, seja através das limitações ao desempenho pessoal, familiar e profissional

que provocam, ou dos custos de serviços de saúde que implicam (decorrentes da sintomatologia direta, das múltiplas fragilidades somáticas potencializadas, das necessárias terapêuticas de reabilitação que frequentemente impõem), ou ainda, através dos montantes das indemnizações de reparação/mitigação que convocam.

Daí a recente prioridade atribuída aos temas relacionados com a intervenção no trauma, quer ao nível da investigação científica e das propostas terapêuticas, quer da informação às populações, quer ainda ao nível da formação de técnicos certificados. O objetivo é o de desenvolver respostas eficazes, integrativas. Respostas que apaziguem ou revertam os danos físicos e psicológicos decorrentes de uma experiência de rutura, de trauma; respostas que detetem e controlem as vulnerabilidades; respostas que estimulem as estratégias pessoais e comunitárias de prevenção, de proteção ante situações previsivelmente nefastas.

São cruciais as características da intervenção psicossocial disponibilizada ao longo do evoluir de um acontecimento potencialmente traumático.

Destaca-se o papel determinante das intervenções de suporte atempadas, competentes, nos primeiros momentos após uma experiência fortemente adversa e reconhece-se a relevância do acesso facilitado a respostas psicossociais e psicoterapêuticas nas primeiras semanas que se seguem ao evento, ou seja, naquele período que pode evitar o adoecer de modo crónico ou dificilmente reversível. A intervenção tecnicamente correta deve ser imediata, mas não pode ser intrusiva nem limitativa da desejada resposta resiliente e do posterior desenvolvimento maturativo dos indivíduos, das comunidades.

Prioritária é, igualmente, a existência de profissionais e de serviços com formações interdisciplinares, vocacionados para desenvolver eficazes atitudes terapêuticas e de reabilitação, dirigidas a quem adoeceu na sequência de uma experiência traumática.

Sublinha-se, ainda, como são especialmente valiosos os papéis da prevenção e da educação, fomentando métodos adaptativos para lidar com a adversidade e divulgando estratégias polifacetadas de cariz social, cultural e de saúde pública, que facilitem o desenvolver do bem-estar psicológico das populações.

Destaca-se a especial atenção e preparação a conferir aos grupos de risco, nomeadamente aos técnicos de socorro que intervêm no terreno.

Compreende-se, pois, que a intervenção deverá incidir ao nível dos três fatores primordiais: o acontecimento, o indivíduo com o seu património específico, o contexto ambiental, cultural.

No entanto, nos últimos anos do século XX, destacou-se na leitura ocidental a propensão para enquadrar/enclausurar no exclusivo âmbito das nosologias clínicas o trauma psicológico que decorre de crises, desastres ou catástrofes.

Embora o acontecimento seja sempre, apenas *potencialmente traumático*, de uma forma progressiva, qual agente infetocontagioso, passou a ser lido e aceite como indutor obrigatório de patologia psiquiátrica. Patologizou-se o problema, sacralizando a abordagem baseada na perspetiva individual e bioquímica de doença, e esqueceu-se, menosprezou-se, o papel do contexto ambiental, cultural, das crenças e dos valores. Marginalizou-se a leitura do trauma como a reação compreensível ao embate entre o acontecimento (potencialmente) traumático e o indivíduo que estará imbuído de mecanismos pessoais, sociais e culturais facilitadores de superação (GIL & WULF, 2015).

Esta não parece ser a aposta mais eficaz de intervenção.

É certo que o esforço das comunidades científicas, procurando explicitar o conjunto de mecanismos biológicos inerentes ao sofrimento pós-traumático e, dessa forma, desenvolver mais específicas e eficazes intervenções psicofarmacológicas, é unanimemente reconhecido e aplaudido. É igualmente de sublinhar a incessante procura e o empenho na demonstração de intervenções psicoterapêuticas que permitam prevenir ou reverter a contínua dor pós-trauma.

Porém, em simultâneo, constata-se que o padrão atual de intervenção no trauma é predominantemente restritivo, centrado de modo quase exclusivo no modelo clínico tradicional, na intervenção *sobre* as vítimas e não *com* as vítimas, e ignorando, de forma por vezes displicente, um dos suportes do necessário equilíbrio, a contextualização na matriz cultural.

E, no entanto, a matriz cultural molda a capacidade do indivíduo, da comunidade para lidar com o trauma. Fá-lo, quer através das estratégias adotadas para resolução e ressignificação da experiência traumática quer através das respostas de suporte social e reabilitação que são consequentemente implementadas. Compreende-se, por isso, que o tipo da inserção do indivíduo no seu meio, os valores e crenças que o sustentam e o modelo de redes que a sociedade estabelece marquem, de forma determinante, o evoluir de uma experiência traumática aguda no sentido do superar do acontecimento ou no sentido do seu evoluir para um trauma crónico.

Conclusão

Como referimos no início do capítulo, o século XX foi considerado *o século do Trauma*.

Atualmente, no segundo decénio do século XXI, as ameaças à integridade física e psicológica dos indivíduos e das comunidades são comparativamente mais numerosas, mais diversificadas, mais possantes, mais globais. Pré-anunciam tempos de cólera, de traumas futuros.

No entanto, concomitantemente, múltiplas janelas de intervenção se vislumbram. Nunca como hoje, tantas áreas de investigação puderam ser equacionadas em simultâneo. Nunca como hoje, a diversificação do(s) conhecimento(s) e a consciência dos seus necessários diálogos pôde, de um modo tão credível, promover o estudo e

melhorar o conhecimento acerca das realidades multifacetadas do trauma psicológico.

Por isso, são hoje amplas e numerosas as hipóteses em aberto, as questões que se colocam, as respostas que se pesquisam. Das interrogações despontarão certamente caminhos menos tortuosos e procedimentos mais eficazes (de prevenção, de intervenção) para encarar os futuros acontecimentos potencialmente traumáticos.

Olhando o horizonte dos atuais campos de estudo, procura-se, por exemplo, perceber a modelação dos determinantes genéticos e das repercussões epigenéticas que poderão interferir no desenvolvimento de patologia pós-eventos traumáticos e explora-se a possibilidade de detetar biomarcadores específicos de patologias traumáticas, quer no âmbito do diagnóstico e da intervenção clínica quer como indicadores de vulnerabilidade.

Investiga-se, igualmente, as alterações neurobiológicas detetadas em pessoas que desenvolveram patologia como o PSPT (procurando diferenciar se serão alterações já previamente existentes e responsáveis por acrescida vulnerabilidade ou, pelo contrário, se corresponderão a alterações induzidas pela exposição ao acontecimento traumático) e interroga-se a relação entre patologias pós-traumáticas e processos inflamatórios, disfunções imunológicas.

Indaga-se as melhores atitudes preventivas e de intervenção junto das profissões e das populações de risco, e questiona-se a psiquiatrização compulsiva do sofrimento pós-trauma, quantas vezes processo cerceador de caminhos de crescimento maturativo.

Por fim, procura-se compreender como os fatores psicológicos, ambientais e culturais moldam em cada indivíduo, em cada sociedade, as diferentes reações ao trauma, bem como entender, de forma precisa, o papel dos valores, das crenças e dos rituais das diferentes culturas como fatores de prevenção, agravamento ou superação de respostas desadaptativas ou psicopatológicas após experiências traumáticas.

Em síntese, procura-se a resposta à pergunta tripartida: Como lidar com um trauma? Como passar de vítima a sobrevivente? Como ser autor e protagonista do seu próprio destino?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). Washington DC: CBS Publishers

Bohleber, Werner. (2007). Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (1), 154-175

Coimbra de Matos, A. (2012). *I Curso de Psicotraumatologia do Centro de Trauma*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra

Danieli, Y. (1998). *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. Nova Iorque: Plenum Series

Dias, A., Sales, L., Cardoso, R. M. & Kleber, R. (2014). Childhood maltreatment in adult offspring of Portuguese war veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. Utreque: Faculty of Social Sciences, Utrecht University. doi: 10.3402/ejpt.v5.20198

Dias, A., Sales, L., Mooren, T., Mota-Cardoso, R. & Kleber, R. (2017). Child maltreatment, revictimization and Post-Traumatic Stress Disorder among adults in a community sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17 (2), 97-106. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.03.003

Gil, I. C. & Wulf, C. (2015). *Hazardous Future: Disaster, Representation and the Assessment of Risk*. Berlim: Walter de Gruyter

Gwynyth, O. (2012). *Post traumatic survival: A study of Cambodian Resilience*. Dissertação de doutoramento, Faculty of Humanities and Education — University of Agder, Noruega.

Roth, M. S. & Salas, C. G. (2001). *Disturbing remains: Memory, history, and crisis in the twentieth century*. Los Angeles: Getty Research Institute

Sherin, J. E. & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13 (3), 263-278

van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 83-93

Wilson, John P., Tang, C. S.-k. (eds.). (2007) *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. Nova Iorque: Springer

Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., (…) & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*. doi: 10.1038/nrdp.2015.57

22. VIOLÊNCIA

VIOLENCE

João Monteiro-Ferreira

ORCID: 0000-0002-0991-9828

RESUMO:

Este capítulo explora a natureza da violência, os fatores que a promovem e as medidas que a previnem. Analisam-se os conceitos de «conflito», «agressão» e «violência», e passa-se em revista o quadro mundial da violência, as suas consequências e os seus custos. Aborda-se o conceito de violência segundo a OMS, realçando os aspetos fundamentais da definição e a sua crítica; os estudos de J. Galtung; e os fatores de violência no mundo e em Portugal: a) mecanismos de aprendizagem da violência ou socialização; b) fatores socioeconómicos, ciclos económicos e políticas públicas; c) drogas e álcool; d) armas de fogo. A concluir, analisa-se a prevenção da violência: direta, cultural e estrutural.

PALAVRAS-CHAVE: conflito; agressão; violência; quadro mundial; conceito da OMS; Galtung: violência estrutural, cultural e direta; fatores de violência: socialização, socioeconómicos, drogas e álcool, armas de fogo; abordagem e prevenção da violência

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_22

ABSTRACT:

This chapter explores the nature of violence, factors that promote it, and measures that prevent it. It addresses concepts of «conflict», «aggression» and «violence» while assessing the worldwide dimension of violence, its consequences and costs. It also discusses the concept of violence according to WHO, highlighting the fundamental aspects of the definition and its critique; Galtung's studies; and factors of violence in the world as well as in Portugal: a) socialization and learning mechanisms of violence; b) socioeconomic factors, economic cycles and public policies; c) drugs and alcohol; d) firearms. To conclude, we analyze the prevention of violence: direct, cultural and structural.

KEYWORDS: conflict; aggression; violence; world framework; concept of WHO; Galtung: structural, cultural and direct violence; factors of violence: socialization, socioeconomic, drugs and alcohol, firearms; prevention of violence

Qual é a natureza da violência? Que fatores a desencadeiam ou a estimulam? Que medidas se afiguram preveni-la?

CONFLITO, AGRESSÃO E VIOLÊNCIA

O conflito é um fenómeno social, natural e inevitável quando as pessoas partilham espaço e tempo, atividades e objetivos: é uma situação de disputa em que há contraposição de interesses, necessidades e valores.

Entre os mais sérios motivos de conflito salienta-se a satisfação das necessidades básicas: que, não sendo alcançada, cria situações de instabilidade que podem redundar em conflito. O problema eclode

quando as necessidades de duas ou mais pessoas ou grupos são antagónicas, gerando uma crise difícil de resolver.

Necessidade → Problema → Crise

A própria organização da sociedade e da sua estrutura produtiva geram as dinâmicas gerais que motivam causas e condições para o conflito. Na sua raiz está sempre uma contradição, quer dizer, objetivos que são incompatíveis. Mas um conflito tem também componentes de atitude e comportamento. As atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como gostariam de se comportar em relação a um objeto atitudinal; estão geralmente condicionadas pelo contexto coletivo, a cultura profunda, a cosmologia da nação, género, classe, entre outros. Já o comportamento não é apenas determinado pelo que as pessoas gostariam de fazer, mas condicionado também pelo que elas pensam que devem fazer, isto é, pelas normas sociais adquiridas, pelos hábitos e pelas consequências esperadas do seu comportamento.

Os conflitos, entendidos erroneamente como algo negativo, são conaturais às relações humanas em sociedade e positivos na medida em que implicam mudanças. Bem geridos, podem ser uma excelente ferramenta pedagógica. Isto implica um trabalho tanto de ensinar como de aprender a gerir os conflitos, abordando-os criativamente por negociação, diálogo e comunicação. É quando as pessoas não conseguem negociá-los positivamente que se incorre facilmente na agressividade, agressão ou violência.

Na agressividade, que será uma tendência, há uma intenção de causar dano, atingindo física ou psicologicamente alguém, enquanto a agressão é um ato em si, muitas vezes derivado daquela tendência.

«Conflito» e «agressão» são as faces da mesma moeda. Não havendo diálogo entre as partes, nem expressão dos sentimentos, emoções ou pensamentos, depressa se atravessa a ténue linha que existe entre

ambos. Isso acontece porque indivíduos e nações não dispõem da capacidade — ou da formação —, nem da maturidade, para imporem uma trégua e retrocederem na via da agressão e da violência.

A violência pode ser entendida como o uso, ou ameaça de uso, da força ou de poder, aberta ou oculta, com a finalidade de obter de um ou de vários indivíduos algo que não consentem livremente por lhes ser infligido algum tipo de dano (físico, psíquico ou moral). Aqui falámos já de assimetria, ou seja, há uma desproporção nos métodos que o violento emprega relativamente à sua vítima.

Alarcão (2000) refere que «a violência constitui sempre uma forma de exercício de poder, mediante o uso da força (física, psicológica, económica, política), pelo que define, inevitavelmente, papéis complementares: assim, surge o vitimador e a vítima. O recurso à força constitui-se como um método possível de resolução de conflitos interpessoais, procurando o vitimador que a vítima faça o que ele pretende, que concorde com ele ou, pura e simplesmente, que se anule e lhe reforce a sua posição/identidade. No entanto (e contrariamente ao comportamento agressivo), o comportamento violento não tem a intenção de fazer mal à outra pessoa, ainda que habitualmente isso aconteça. O objetivo final do comportamento violento é submeter o outro mediante o uso da força». A intenção subjacente a todas as formas de violência direta é, então, a de humilhar, de controlar, de atemorizar, em suma: a de exercer poder («mostrar quem manda») sobre o outro.

O facto de a violência se caracterizar pela intenção de exercer controlo e poder sobre o outro distingue-a, também, do comportamento agressivo ou da agressividade, que visa a sobrevivência e a defesa, e não o domínio; distingue-a igualmente do conflito, uma vez que neste está presente uma «igualdade entre as partes», de tal forma que é possível a negociação e outras formas de resolução que não a violência. Quando esta acontece por escalada do conflito, este cessa, porque uma das partes usou da força para «calar» ou «dominar»

a outra. Não devemos, pois, confundir conflito com violência posto que há conflitos que podem resolver-se sem recurso à violência, embora não seja possível violência sem conflito prévio.

Quadro mundial da violência — consequências e custos

Nas últimas décadas, é possível encontrar constantes e coincidências entre as diversas definições de violência. Todas a descrevem como: «Um exercício de poder injusto ou abusivo, sobretudo quando repetido e sistemático, que causa ou ameaça causar algum tipo de dano — físico, psicológico, material — e é intencional». A violência é considerada por organismos internacionais, como a OMS, uma das maiores ameaças à segurança e saúde públicas, já que constitui uma das principais causas de morte na população com idades entre 15 e 44 anos (KRUG *et al.*, 2002).

REGIÕES	NÚMERO DE PAÍSES	TAXAS DE HOMICÍDIO MÉDIA ARITMÉTICA
América Latina e Caraíbas	16	17,8
África Subsaariana	14	11,9
Mundo	100	7,9
Europa Central e Oriental e Países CEI	20	6,8
Ásia (sul e leste)	12	3,5
Países desenvolvidos	23	1,7
Estados Árabes	15	1,6

Tabela 1 — Níveis de violência do mundo e de regiões segundo as taxas de homicídio 2000-2004.

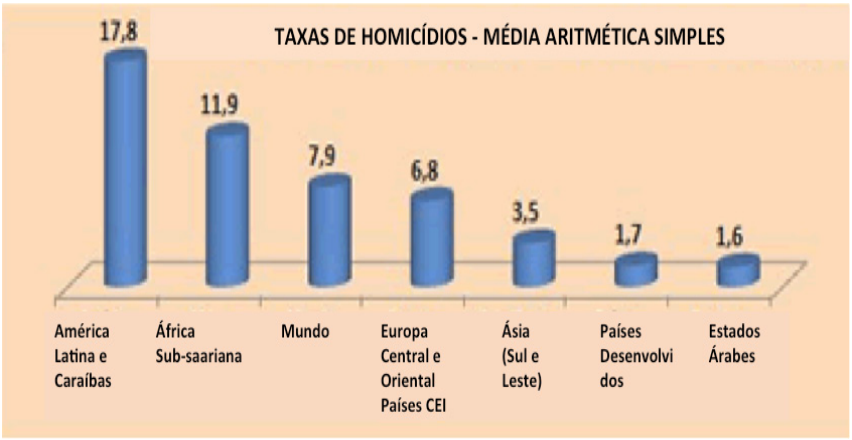


Figura 1 — Os níveis de violência no mundo e por regiões.

Fonte: Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD 2007-2008.

O custo humano da violência em dor e sofrimento não pode naturalmente ser calculado e, na verdade, é quase invisível. Embora a tecnologia tenha tornado certos tipos de violência — terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis — diariamente visíveis para as audiências televisivas, um número maior de atos violentos ocorre sem ser visto nos lares, locais de trabalho e até em instituições sociais e médicas destinadas ao cuidado das pessoas. Muitas das vítimas são demasiado jovens, fracas ou doentes para se protegerem; outras, por convenções ou pressões sociais, são forçadas a guardar silêncio sobre as suas experiências.

Numa estimativa global de mortes relacionadas com a violência, a OMS afirma que todos os dias, no mundo, morrem mais de quatro mil pessoas: aproximadamente duas mil e trezentas às suas próprias mãos, acima de mil e quinhentas na sequência de lesões traumáticas infligidas por outros e mais de quatrocentas como resultado da guerra ou outras formas de violência coletiva (OMS, 2008). Ou seja, em todas as suas formas, a violência é responsável anualmente por mais de 1,5 milhões de mortes: pouco mais de 50% (782 mil) devido ao suicídio, cerca de 35% (535 mil) por homicídio

e pouco mais de 12% (182 mil) como resultado direto de guerra ou alguma outra forma de conflito. De resto, cerca de 90% das mortes por violência ocorrem em países de baixo e médio rendimento (cf. Tabela 1 e Figura 1), a maioria em ambientes que estão em paz, e a maior parte dos autores são as próprias vítimas ou pessoas que estão próximas dela, como pais, parceiros íntimos, amigos e conhecidos.

A título de comparação, o número de 1,5 milhões de mortes anuais devidas à violência é maior que o de mortes por tuberculose (1,34 milhões), acidentes de trânsito (1,21 milhões) ou malária (830 mil), mas ligeiramente inferior ao número de pessoas que morrem de HIV/SIDA (1,77 milhões).

Calcula-se que, para cada morte violenta, acontecem inúmeras lesões não fatais, dezenas de internamentos, centenas de atendimentos de urgência e milhares de consultas médicas. Em 2008, mais de dezasseis milhões de casos de ferimentos relacionados com violência não fatal foram suficientemente graves para exigirem cuidados médicos.

Além das mortes e das lesões, certas formas altamente prevalentes de violência (como os maus-tratos às crianças e a violência doméstica) acarretam sérios problemas não lesionais de saúde ao longo da vida. As vítimas podem envolver-se em comportamentos de alto risco, como o abuso de álcool e de drogas, tabagismo e sexo não seguro, que podem contribuir para doenças cardiovasculares, cancro, depressão, diabetes e HIV/SIDA, resultando em morte prematura (CDC, s/d).

Em países com altos níveis de violência, o crescimento económico, a segurança pessoal e coletiva, e o desenvolvimento social tendem a ser irremediavelmente postos em causa. As famílias e as comunidades podem ser apanhadas em armadilhas de pobreza, nas quais a violência generalizada e as privações formam um círculo vicioso que sufoca o desenvolvimento. Para as sociedades, acorrer aos cus-

tos diretos da saúde, da justiça criminal e das respostas sociais à violência desvia enormes verbas de despesas sociais mais construtivas. Os avultados custos indiretos da violência, devidos à perda de produtividade e ao desinvestimento na educação, conjugam-se para retardar o desenvolvimento económico, aumentar a desigualdade socioeconómica e provocar a corrosão do capital humano e social.

Por tudo o que se disse, fica claro que a falta de ação contra a violência, o seu impacto ao nível da saúde, bem como ao nível familiar e comunitário, acarreta custos de vária ordem que uma ação coletiva e concertada deveria e poderia evitar.

O CONCEITO DE VIOLÊNCIA SEGUNDO A OMS

A definição de violência mais vulgarmente utilizada e difundida na cooperação internacional é a da OMS (KRUG *et al.*, 2002). No *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, a violência é definida como o «uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações do desenvolvimento ou privação». Esta definição associa intencionalidade com o cometimento do ato em si, independentemente do resultado que produza. Inclui todos os atos de violência, quer sejam privados ou públicos, reativos (em resposta a acontecimentos prévios, como a provocação) ou pró-ativos (instrumentais, com vista a um determinado fim, ou antecipando ganhos pessoais), e criminalizados ou não. Os aspetos fundamentais subjacentes a esta definição — *Intencionalidade, Poder, Tipologia e Impacto* — são essenciais para a compreensão da complexidade da violência e para a elaboração de programas de prevenção.

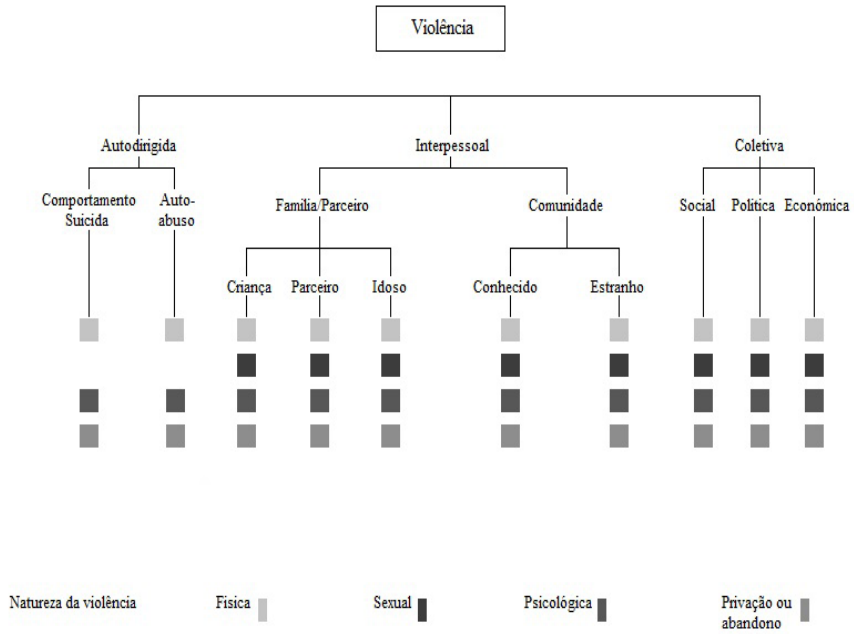


Gráfico 1 — Tipologia de violência.

Esta definição da OMS oferece-nos uma estrutura útil para compreender a complexa tipologia da violência em todo o mundo (cf. Gráfico 1). Nesta tipologia (KRUG *et al.*, 2002), a matriz horizontal mostra *quem são* os alvos afetados e a vertical descreve *como são* afetados. A violência é dividida em três grandes categorias de acordo com as características de quem comete o ato violento: violência autoinfligida; violência interpessoal; violência coletiva.

Esta categorização diferencia entre a violência que uma pessoa inflige a si própria, a infligida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos, e a infligida por grandes grupos, como Estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas. Cada uma destas categorias está subdividida ainda para refletir tipos mais específicos de violência.

A natureza dos atos violentos, na matriz vertical, pode ser:

- física;
- sexual;
- psicológica;
- envolvendo privação ou negligência.

Uma definição como esta funciona como plataforma básica para que, a partir dela, se ampliem e desenvolvam conceitos que deem conta da variedade de tipos, modalidades e formas de violência, se elaborem leis específicas que as sancionem e se conceba tanto uma linguagem comum como uma cultura que desnaturalize e desaprove qualquer tipo de violência.

Contudo, a definição da OMS não contempla o sentido histórico da violência, podendo-se afirmar que é a-histórica por ser concebida como produto de um conjunto de fatores — e não de relações sociais. Por essa razão, os atores da violência não aparecem, as realidades são concebidas como se fossem homogéneas e os processos de grande fôlego não existem; isto dá lugar a que não se percebam as mudanças que se produzem, e muito menos as bases sobre as quais assentam. A violência é entendida como resultado de certos atributos definidos como fatores de risco ou de vulnerabilidade — próprios da causalidade ou da etiologia — os quais são categorias a-históricas que levam a pensar que o que acontece aqui é o mesmo que acontece além, ou que o que é deste tempo específico é igual ao que aconteceu há vários anos ou séculos. E, assim, os chamados «casos de sucesso» são extrapolados mecanicamente de uma realidade para outra. Ora, as formas de violência não podem ser entendidas fora das condições históricas do seu nascimento e desenvolvimento; as de hoje não são iguais às de há uma década ou de há um século, assim como as da América Latina não são semelhantes às da Europa, ou as da África às da Ásia. Isto significa que as violências devem ser

entendidas no seu contexto histórico específico, porque se trata de uma definição relativa. Adicionalmente, as políticas para as reduzir também mudam significativamente com o passar dos tempos, porque são, sem dúvida, fenómenos que têm história.

Uma definição geral de violência como a apresentada pela OMS não esgota ainda as múltiplas formas daquela se manifestar em diversos âmbitos e as suas várias causas ou motivos. Este exame torna-se necessário na medida em que as sociedades «justificam» ou «naturalizam» muitas das suas expressões.

Tal como os seus efeitos, algumas causas da violência são facilmente constatadas. Outras estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e económico da vida humana. Investigações recentes sugerem que, enquanto fatores biológicos e individuais explicam a predisposição para a agressão, esses fatores interagem frequentemente com fatores familiares, comunitários, culturais e outros fatores externos, criando situações em que a violência pode eclodir.

VARIEDADES DE VIOLÊNCIA: ESTRUTURAL, CULTURAL E DIRETA

Regressando ao conceito de violência em geral, entre a vastíssima gama de estudos das últimas décadas, destacam-se os do sociólogo norueguês Johan Galtung. Para este, a violência consistiria em ameaças evitáveis contra a satisfação das necessidades humanas básicas, diminuindo o nível real de satisfação dessas necessidades abaixo do que seria potencialmente possível. Por outras palavras, «a violência está presente quando os seres humanos são influenciados de tal maneira que as suas realizações efetivas, somáticas e mentais, estão abaixo das suas realizações potenciais», de modo que «quando o potencial é maior que o efetivo, e isso é evitável, existe violência» (GALTUNG, 1995, p. 314). Estas definições não só são amplas a res-

peito do conceito de violência, mas também do próprio conceito de necessidades básicas; assim, quando Galtung fala de necessidades básicas, está a fazer referência a quatro classes de necessidades: além das básicas de subsistência, incorpora as necessidades de bem-estar, identidade e liberdade (GALTUNG, 1990, p. 292). De facto, Galtung distingue três formas de violência: violência estrutural, violência cultural e violência direta. Estas três formas de violência podem posicionar-se graficamente nos vértices de um triângulo como no Gráfico 2 (Galtung, 1998).

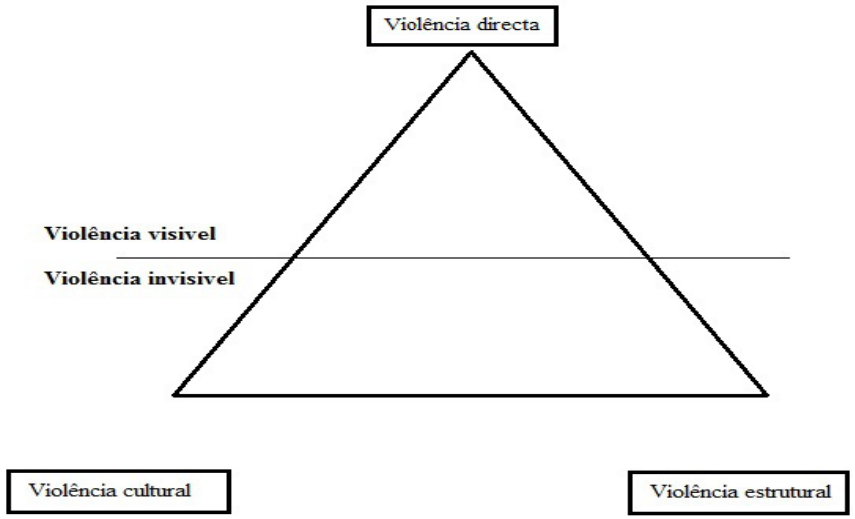


Gráfico 2 — Triângulo da violência (Johan Galtung).

Galtung define estas formas de violência do seguinte modo:

- Violência estrutural. Produz-se em situações de exploração, discriminação, marginalização, dominação e injustiça social dentro de sociedades nas quais impera um poder desigual que institucionaliza oportunidades de vida diferenciadas e distribuição desigual dos recursos. Às vezes, não é fácil identificar

quem exerce esta violência. A pobreza ou a injustiça laboral são exemplos deste tipo de violência.

- Violência cultural. Está presente sempre que se fomenta e justifica, sob a forma de atitudes e crenças, a violência direta e a estrutural em qualquer das suas formas, fazendo-as parecer naturais. Embora não seja óbvia, pode ser deduzida quando, nas práticas ou representações culturais, a exploração, a repressão e a exclusão são percebidas como normais e naturais ou simplesmente não são captadas como tais. O ataque contra traços culturais e identidades coletivas de uma comunidade ou de um grupo, ou a negação de direitos a grupos humanos pelo simples facto da pertença a uma etnia ou identidade sexual, são exemplos de violência cultural que se entrelaçam com a violência estrutural para discriminar e marginalizar.
- Violência direta. É visível e refere-se à agressão física, verbal ou ambas; manifesta-se na forma de comportamentos nos quais a pessoa causadora é facilmente identificada, já que se trata de um tipo de violência que se vive cara a cara e que fisicamente percebemos. A violência direta tem as suas raízes nas violências estrutural e cultural e, em seguida, realimenta-as e reforça-as.

É importante assinalar que a violência ganha forma em tudo aquilo que impede ou obstaculiza o desenvolvimento das pessoas e a vigência dos direitos humanos, pelo que insistiremos que não se produz exclusivamente quando se emprega a violência direta. Esta última, como se aprecia no triângulo, é, por assim dizer, a ponta do icebergue, a porção que sobressai e, por isso, se divisa, mas que é tão-somente parte de uma base enorme de razões e motivos profundos. A violência invisível, que não deixa hematomas nem feridas físicas, chama em contrapartida a atenção pelas suas consequências emocionais, nas dificuldades em aprender (no caso

das crianças), nos obstáculos para empreender e construir projetos de vida positivos, na contaminação da autoestima dos que a sofrem e, com grande probabilidade, na reprodução de relações humanas violentas. O problema desta violência é constatar-se ser amplamente aceite, tolerada e, tantas vezes, até exaltada.

As três formas de violência estão estreitamente inter-relacionadas, interagindo como uma tríade à qual estamos presos num ciclo vicioso que agora nos ameaça destruir. A violência pode começar em qualquer dos cantos do triângulo e, por isso, para a prevenir, enfrentar e eliminar, dever-se-á atuar *simultaneamente* sobre os três ângulos. Perante isto, a nossa sociedade concentra-se obsessivamente na violência direta e, não por acaso, ignora a estrutural e a cultural: os nossos líderes sabem que fazer mudanças nestes níveis iria ameaçar todo o seu sistema.

Os homens, então, não podem ser melhores que o mundo no qual se integram. Isto implica reconhecer que a violência social, em geral decorrente de uma dominação racional, se relaciona com a dimensão psicológica apenas quando é internalizada e reproduzida pelos indivíduos. Os filhos da dominação não podem deixar de a reproduzir, sobretudo na relação que mantêm com aqueles que julgam mais fracos; todavia, a efetivação deste processo depende da sedimentação das tendências sociais, predominantemente destrutivas, nas camadas profundas do psiquismo dos indivíduos.

A partir de um denominador comum — a brutalidade final do ato violento —, claramente percetível ao indivíduo massificado, os seres humanos reproduzem a violência, presente na estrutura social e na cultura, e cegamente repetida na história, como se fosse a sua própria natureza biológica. A repetição é tão constante que os comportamentos que a manifestam se assemelham a uma compulsão, tornando-se algo naturalizado.

Fatores de violência no mundo (e em Portugal)

Autores e instituições como a OMS (KRUG *et al.*, 2002), a OPS/OMS (2007), o PNUD (2008; 2005 a, b), entre outras, contribuíram para melhorar o diagnóstico da problemática e criar um quadro de políticas públicas para a prevenção da violência. Com base na literatura e estudos anteriores, podem-se agrupar em quatro os fatores que desencadeiam e mantêm elevados os níveis de violência e de criminalidade:



Figura 2 — Fatores relevantes que conduzem à violência.

- mecanismos de aprendizagem da violência (socialização);
- fatores socioeconómicos, as suas ligações com o ciclo económico e as políticas públicas (sociais e de ordem e justiça);
- tráfico e consumo de drogas e álcool;
- disponibilidade de armas de fogo.

Mecanismos de aprendizagem da violência (socialização)

A violência é aprendida no meio familiar e social. A família é o núcleo onde se adquirem inicialmente as normas e padrões de comportamento, se aprendem os conceitos de bem e de mal, de permitido ou proibido, e se reforça o autocontrolo na ação. No seu ambiente, a criança aprende a estabelecer empatia e necessita de estabilidade emocional e de expressão de afeto para assimilar as regras ou normas de comportamento (CANHA, 2000). Inúmeros estudos têm demonstrado que as crianças de famílias desarticuladas, disfuncionais, eventualmente monoparentais, ou que tenham sido criadas sem apoio emocional em casa, ou com problemas disciplinares ou falta de supervisão adequada, são mais propensas a serem violentas desde a infância e a carecerem do necessário autocontrolo. Verificou-se que o abuso é um fator altamente preditor da violência; estudos com crianças abusadas, ou que foram testemunhas do abuso crónico de outros membros da família em casa, têm maior propensão a serem agressivas e tendem a perpetuar-se como vitimadores. Os estilos educativos autocráticos, os castigos severos dos pais e educadores são fortes indicadores na reprodução da violência durante a adolescência e idades posteriores.

A violência é adquirida por imitação em casa, na escola e na vizinhança, primeiro observando os pais e parentes próximos (BANDURA, 1973), mais tarde imitando as pessoas da vizinhança e o mundo exterior. Diz-se que se aprende com os modelos e exemplos de sucesso; mas, nas subculturas marginais, os valores e padrões de referência induzem comportamentos incompatíveis com a ascensão social pela via convencional da educação e do trabalho, pois mais frequentemente procura-se obter dinheiro fácil para a sobrevivência. Nas favelas, quem desfruta do respeito e da solidariedade dos moradores são os «donos de morro», narcotraficantes que, para aumentar a aceitação pela comunidade e recrutar voluntários, desenvolvem

atividades narcopopulistas em que se apresentam como benfeitores das comunidades, distribuindo remédios, materiais de construção e comida.

Outro fator importante na socialização são os meios de comunicação, os quais contribuem para converter uma sociedade em reprodutora de violência, quer enaltecendo valores e comportamentos intolerantes quer exaltando-a como instrumento para a resolução dos conflitos. Sabe-se que a televisão insensibiliza crianças e adolescentes face à violência, estimula comportamentos agressivos e induz o fascínio de subjugar e dominar. Assim, o fenómeno da violência transforma-se num mecanismo de aprendizagem, tornado parte da vida diária.

Investigações realizadas nos Estados Unidos mostram a desumanização e as perceções distorcidas proporcionadas pelos meios de comunicação, justificando atos de violência (BANDURA & WALTERS, 1990) e proporcionando aos jovens os métodos, formas e atitudes de proceder. Por isso, Galeano (1977) escreveu: «Paradoxalmente, a televisão costuma transmitir discursos que denunciam o flagelo da violência urbana e exigem mão pesada, ao mesmo tempo que fornece educação às novas gerações, derramando em cada casa oceanos de sangue e publicidade compulsiva: neste sentido, bem poderia dizer-se que as suas próprias mensagens estão a confirmar a sua eficácia, por meio do auge da delinquência.»

É lícito argumentar que a violência testemunha o fracasso ou inexistência de uma adequada socialização.

Fatores socioeconómicos, ciclos económicos e políticas públicas

São muitos os estudos que demonstram, teórica e empiricamente, as profundas ligações entre fatores socioeconómicos e aumento da violência: nível de desenvolvimento económico, nível de pobreza e

de desigualdade de salário, graus de urbanização e superlotação, níveis de desemprego (especialmente na população jovem), inflação e formação dos salários reais, níveis de instrução, capital social das comunidades — todos fatores a ter em conta, juntamente com outros de ordem e justiça, que atuam ou como persuasivo-dissuasores ou como estimulantes da violência em determinadas circunstâncias. Mais fortes ainda são as relações entre o ciclo económico, as suas fases de expansão e de depressão ou crise, com o aumento ou a redução da violência, a eficácia das despesas sociais, o tipo de política pública (social, de ordem e justiça) relativamente à violência e ao crime, à natureza da violência inercial e ao aumento ou redução da pobreza e da desigualdade de salários (FAJNZYLBER, LEDERMAN & LOAYZA, 2001).

Em estudos sobre a natureza da violência, essas ligações foram demonstradas com argumentos abundantes (CABRAL & BREA, 1999, 2003 e 2006; BUVINIC *et al.*, 2002; BREA & CABRAL, 2007). Nos países da América Latina, ao relacionar os fatores socioeconómicos com a violência, mostrou-se, em primeiro lugar, uma clara tendência para taxas menores de homicídio quanto maior fosse o nível do salário médio (medido pelo PIB *per capita* real), desde que este nível fosse complementado por níveis relativamente baixos de pobreza e de desigualdade salarial. Tais são os casos do Uruguai, Chile, Argentina, Costa Rica e Panamá. O inverso também acontece: países com baixos níveis de rendimento e altos níveis de desigualdade e pobreza estão entre aqueles com mais altas taxas de homicídio (El Salvador, Guatemala e Honduras). No entanto, países como o Brasil e o México, com muitas desigualdades sociais, têm altas taxas de homicídios apesar dos níveis relativamente altos de salários *per capita*. Quando se relacionam os níveis de violência com os gastos sociais e os gastos com a lei e a ordem e justiça, existe também uma relação inversa: para despesa pública mais elevada, taxas menores de homicídio e vice-versa. A República Dominicana, aqui

tomada para ilustração, ocupa uma franja intermédia entre os países da região.

PERÍODOS	AUMENTO PIB/CAPITA REAL[1]	VARIAÇÃO HOMICÍDIOS[2]
1981-1984	0,2	5,9
1984-1991	-0,5	6,6
1991-1995	4,2	2,6
1995-2000	5,0	1,8
2000-2004	0,3	19,7
2004-2009	5,5	1,0

Tabela 2 — Crescimento económico e crescimento da violência (variação percentual média anual) 1981-2009, na República Dominicana.

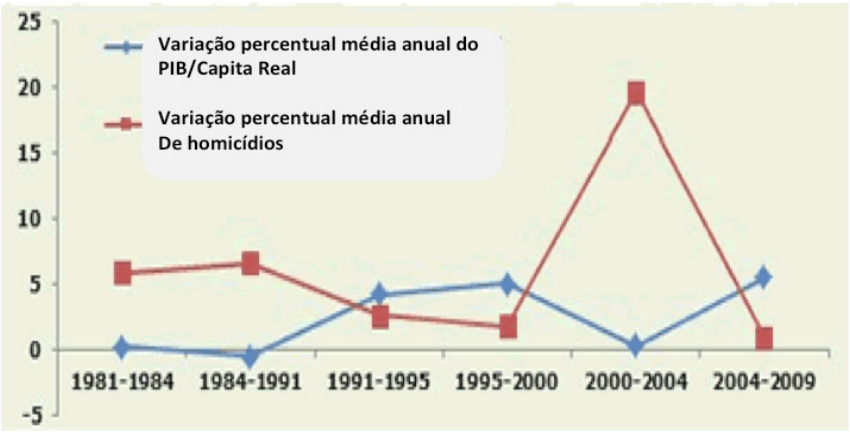


Figura 3 — Representação do crescimento económico e crescimento da violência (variação percentual média anual) de 1981-2009, na República Dominicana.

Drogas e álcool

O padrão de violência para ser compreendido em toda a sua complexidade deve considerar o tráfico e o consumo de drogas e álcool. As atividades relacionadas com a droga, em especial, estão intimamente ligadas à emissão da violência, com aumento paralelo das mortes associadas a este tipo de atividade criminal pelos frequentes confrontos armados entre gangues que disputam o controlo do tráfico. De lembrar ainda que os consumidores de drogas recorrem muitas vezes a atos criminosos violentos para obterem os recursos que lhes permitem adquiri-las.

O nosso país é não só cada vez mais utilizado como ponte para a Europa das drogas provenientes da América Latina e Marrocos, mas também um mercado interno em contínua expansão. As atividades relativas ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas são penalizadas pelo regime jurídico aplicável pelo decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, e posteriores atualizações, ações igualmente ilegais na Europa e na maior parte do mundo. No entanto, não é segredo que o tráfico e o consumo de drogas têm aumentado de forma considerável e consistente nos últimos anos. Entre nós, o número de crimes relativos a estupefacientes aumentou paulatinamente de 4449 (2006) para 6641 (2015) e o número de pessoas detidas em 2015 cresceu 27,63% em relação a 2014, chegando a 5566 (508 mulheres e 811 estrangeiros), num aumento extremamente preocupante (SSI, 2016).

O álcool, como agente desinibidor, também se relaciona com o número de atos violentos, especialmente de rixas e violência doméstica, mais frequentes nos feriados e fins de semana. Investigações efetuadas entre nós indicam um alto consumo de álcool entre os jovens e em idades muito precoces da adolescência (SICAD, 2015, pp. 27ss e 36ss). Num estudo de 2014, só 17% dos mil e quinhentos jovens entrevistados nunca tinham ingerido bebidas alcoólicas. A

maioria (63%) começou a beber antes dos 16 anos, sobretudo entre os 13 e os 15, e 70% assumiram que tinham bebido recentemente. Os consumos nocivos surgem, sobretudo, a partir dos 16 anos e, apesar de serem os que bebem mais e até ficarem «alegres», os que têm entre 19 e 24 são os que menos se embriagam de «forma severa» (SICAD, 2014, pp. 18ss).

Armas de fogo

Em muitos países, o alto índice de violência e de criminalidade encontra-se também intimamente relacionado com a disponibilidade e proliferação de armas de fogo. Alguns estudos mostram que «a utilização de armas de fogo aumenta a probabilidade de os atos de violência terminarem com a morte de alguma pessoa» (PNUD, 2003).

Em Portugal, para uma população de dez milhões de habitantes, existirão cerca de três milhões de armas, legais e ilegais. Significa que, em cada três portugueses, um tem uma arma. Segundo a PSP (*Diário de Notícias*, 2016), estão registados 1,5 milhões de armas legais em Portugal. Em dois anos (2013-2015) houve três mil e oitenta autorizações de compra para armas de defesa pessoal e tiro desportivo, trinta e três autorizações especiais de armas de defesa para diplomatas e setenta e seis licenças de colecionador. Só em 2015 registaram-se oitenta mil processos de licenciamento de armas e para 2016 espera-se resultado parecido. Dado os registos não estarem completamente informatizados, é impossível confirmar a intuição de as caçadeiras estarem em grande maioria, sendo inviável mencionar as quantidades de armas por classes.

A polícia não conhece o número de armas de fogo ilegais em território nacional, mas uma estimativa do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra aponta para 1,5 milhões de armas fora

do circuito legal (SANTOS *et al.*, 2016). A pistola 6.35 mm é a mais apreendida, pois é o calibre máximo permitido ao cidadão comum. Em 2015, a PSP apreendeu 8747 armas e 88 121 munições, numa média de vinte e quatro armas e duzentas e quarenta e uma munições por dia, segundo dados da polícia avançados ao DN.

No universo das armas ilegais, em Lisboa e nos bairros periféricos da capital, existem em circulação e à venda desde caçadeiras de canos serrados a armas de guerra que podem valer milhares de euros; encontram-se pistolas 6.35 mm, armas de alarme adaptadas, mas também armas de combate que chegam a ser vendidas por 30 mil euros, como as pistolas-metralhadoras *Uzi*, de fabrico israelita (algumas com origem num contentor das Forças Armadas desaparecido misteriosamente há oito anos), e ainda *Kalashnikov* iguais às usadas nos atentados de Paris.

O mercado ilegal de armamento no nosso país — pouco relevante comparado com outros países europeus (França ou até Espanha) ou os Estados Unidos, podendo-se dizer que não existe verdadeiro tráfico — tem antigas ligações ao país vizinho, onde há maior abundância de armas de calibres proibidos e facilidade em as ir buscar.

Há mais de dois anos, um novo circuito de aquisição de armas pela Internet preocupa as autoridades nacionais (*Diário de Notícias*, 2016): por cem euros, utilizando os métodos habituais de pagamento, é possível comprar pistolas de alarme de calibre 9 mm — ilegais em Portugal —, depois transformadas para disparar munições verdadeiras e utilizadas em crimes.

Aparentemente, a apetência pelas armas é imparável e, infelizmente, as próprias autoridades reconheceram que cerca de 66% das mortes criminosas no país foram produzidas com armas legais (34% com armas de fogo) (SSI, 2016, p. 41).

ABORDAGEM E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Embora, possivelmente, a violência sempre tenha estado presente, a Humanidade nunca a aceitou como aspeto inevitável da condição humana: sempre houve sistemas filosóficos, legais, religiosos ou comunitários em desenvolvimento com o fim de a prevenir ou limitar. Nenhum foi completamente eficaz, embora todos contribuíssem para a paz como traço definidor da civilização.

Um primeiro passo para prevenir e combater a violência consiste em identificar as formas sob que se define e entende numa sociedade ou num determinado contexto social e cultural. Isto é importante porque, reconhecendo a violência como tal, começamos a desarticular os argumentos com que ela se fomenta e justifica, tanto na vida quotidiana como em contextos amplos da sociedade e, com isso, encetamos a edificação de um mundo sem violência.

Assim, a prevenção da violência pode ser a conjugação de três tipos de prevenções: direta (valorização do conflito como oportunidade educativa e regulação não violenta da sua resolução), cultural (clima social, valores mínimos partilhados) e estrutural (organização desenhada para conseguir, no seu funcionamento, um nível mínimo de violência e máximo de justiça e cooperação). Esta prevenção supõe um consenso e acordo conceptual que procure as raízes profundas da chamada «violência social» tanto no plano mais visível (violência direta) como nos mais ocultos (violência cultural e violência estrutural).

No entanto, segundo Galtung (1998, p. 15), «se as culturas e estruturas violentas produzem violência direta, então as ditas culturas e estruturas também reproduzem a violência direta». Decorre daqui uma sensação de desesperança quando começamos a perceber o ciclo vicioso: «as estruturas violentas só podem mudar-se com violência; mas essa violência conduz a novas estruturas violentas e reforça também a cultura da violência.»

Uma saída para esta situação consistiria em negar a primeira aresta do dilema: a tese que propõe que «a estrutura (opressiva, exploradora) só pode mudar mediante a violência»; mas a contradição que essa negação encerra, por sua vez, faz parte da cultura da violência.

Neste complexo de ciclos viciosos, podemos identificar três problemas:

a. O problema da *resolução* da raiz subjacente do conflito.
b. O problema da *reconstrução* posterior à violência direta:
   - *reabilitação* posterior do dano infligido às pessoas;
   - *reconstrução* posterior do dano material;
   - *reestruturação* posterior do dano estrutural;
   - *reculturação* posterior ao dano cultural.
c. O problema da *reconciliação* das partes em conflito.

Estes problemas só se podem solucionar convertendo os ciclos viciosos em ciclos virtuosos.

O ciclo virtuoso na resolução de conflitos inclui, obrigatoriamente, três momentos:

a. a *resolução* da raiz subjacente do conflito;
b. a *reconstrução* posterior à violência direta;
c. a *reconciliação* das partes em conflito.

«Se se levar a cabo apenas uma das três, sem ter em conta as outras duas, nem essa sequer será conseguida». Assim, é possível compreender a posição de Hegel como uma tentativa de defender uma reconciliação entre amo e servo sem resolução, enquanto Marx postula a resolução sem reconciliação. A reconstrução que se tente sem eliminar as causas da violência conduzirá à sua reprodução. São necessárias com urgência uma teoria e prática que combinem as três questões.

Mas, que significa «combinar»? Supondo que a violência já teve lugar, significa sincronismo em lugar de diacronismo, linearidade, um atrás do outro. Isso abre duas possibilidades: três caminhos separados para cada tarefa; um caminho conjunto para as três tarefas. O primeiro modelo remete a *resolução* para os políticos-diplomatas-juristas, a *reconstrução* para os «promotores do desenvolvimento» e a *reconciliação* para os teólogos e psicólogos. O segundo modelo funde numa as três tarefas, baseando-se numa hipótese fundamental: *a reconciliação leva-se a cabo da maneira melhor quando as partes cooperam na resolução e na reconstrução.* E é possível que seja no mesmo caminho que se encontra a paz, se esta se definir como a capacidade de enfrentar os conflitos com empatia, não violência e criatividade. Com a violência perde-se a capacidade para enfrentar conflitos. É imperioso reconstruí-la e recuperá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora

Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis. Englewood Cliffs*. Nova Jérsia: Prentice-Hall

Bandura, A. & Walters, R. H. (1990). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza

Brea, M. & Cabral, E. (2007). Violencia y proliferación de armas de fuego. Estudio de conocimientos, creencias, actitudes y vivencias en estudiantes universitarios del sector público en República Dominicana. *Revista Electrónica Psicología Científica*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://www.psicologiacientifica.com/violencia-proliferacion-armas-de-fuego-estudiantes-

universitarios-republica-dominicana/

Buvinic, M., Morrison, A. & Orlando, M. B. (2002). Violencia, Crimen y Desarrollo Social en América Latina y el Caribe. In C. Sojo (ed). *Desarrollo Social en América Latina: Temas y Opciones para las Políticas Públicas* (317-381). San José: FLACSO-World Bank

Cabral, E. & Brea, M. (1999). Violencia y Factores Socioeconómicos de Riesgo: República Dominicana en el Contexto de América Latina. *Revista CañaBrava*, 23 (3), 9-11 e 24 (3), 4-6

Cabral, E. & Brea, M. (2003). Violencia en la República Dominicana: Tendencias Recientes. *Perspectivas Psicológicas,* IV (3-4) 145-154. Santo Domingo: Dic

Cabral, E. & Brea, M. (2006). La violencia y los factores socioeconómicos de riesgo en la República Dominicana. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://www.psicologiacientifica.com/violencia-republica-dominicana-factores-socioeconomicos/

Canha, J. (2000). *Criança maltratada. O papel de uma figura de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos*. Coimbra: Quarteto Editora

CDC — Centers for Disease Control and Prevention (s/d). *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/index.html

Diário de Notícias (2016). Compra de armas pela internet preocupa PSP. 3 de julho. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://www.dn.pt/portugal/interior/armas-da-eslovaquia-e-da-turquia-a-venda-em-sites-preocupam-policia-5263061.html

Fajnzylber, P., Lederman, D. & Loayza, N. (2001). *Crimen y Violencia en América Latina*. México: Banco Mundial y Alfaomega

Galeano, E. (1977). Los prisioneros. La Voz de San Carlos. Acedido a 17 de novembro de 2019, em loscuentos.net/cuentos/other/10/16/141

Galtung, J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27 (3), 291-305

Galtung, J. (1995). *Investigaciones teóricas. Sociedad y Cultura contemporáneas*. Madrid: Tecnos/Instituto de Cultura Juan Gil-Albert

Galtung, J. (1998). *Tras la violencia 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Bilbao: bakeaz, gernika gogoratuz.

Krug, E. G., Dohlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Genebra: OMS

OMS — Organização Mundial de Saúde (2008). *Global Burden of Disease, Disease and injury regional estimates*. Genebra: OMS

OPS/OMS — Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas, 2007*. Washington DC: OPS

PNUD (2003). *Informe Armas de Fuego y Violencia. San Salvador*. Acedido a 17 de novembro de 2019, em http://www.sv.undp.org/content/el_salvador/es/home/library/democratic_governance/armas-de-fuego-y-violencia.html

PNUD (2005a). Informe sobre Desarrollo Humano 2005. *La cooperación internacional ante una encrucijada: Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual,* 5, 171 e ss. Nova Iorque: PNUD

PNUD (2005b). R*elatório de Desenvolvimento Humano — Brasil 2005. Racismo, pobreza e violência,* 4, 84-101. Brasília DF: PNUD Brasil

PNUD (2008). *Informe de Desarrollo Humano del Salvador 2007-2008*. San Salvador: PNUD

Santos, R., Moura, T. & Pureza, J. M. (2016). *Violência e Armas de Fogo em Portugal*. Coimbra: Almedina

SICAD — Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2014). *Os Jovens, o Álcool e a Lei. Consumos, atitudes e legislação*. Lisboa: SICAD

SICAD — Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2015). *Relatório Anual 2014. A Situação do País em Matéria de Álcool*. Lisboa: SICAD

SSI — Sistema de Segurança Interna. (2016). *Relatório anual de segurança interna 2015*. Lisboa: Sistema de Segurança Interna.

(Página deixada propositadamente em branco)

23. GUERRA E SAÚDE MENTAL

War and Mental Health

João Monteiro-Ferreira

ORCID: 0000-0002-0991-9828

RESUMO:

Este capítulo aborda o conceito de saúde mental que incorpora o contexto histórico e as relações sociais em que os indivíduos elaboram e realizam a sua existência, para apresentar a guerra como um desastre provocado pelo ser humano e o mais grave dos problemas de saúde pública. O efeito mais deletério na saúde mental dos povos está no esvaziamento e deterioração coletiva das *relações sociais* (violência, polarização e mentira). A guerra precipita numerosas crises e perturbações pessoais, mas não tem um efeito uniforme na população: a análise segue as coordenadas de *classe social*, *envolvimento* no conflito (de militares, população civil, incluindo mulheres, crianças, idosos e refugiados) e *temporalidade* (efeitos imediatos e a prazo).

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; guerra; relações sociais; violência; polarização; mentira; classe social; envolvimento no conflito; temporalidade.

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_23

ABSTRACT:

This chapter addresses the concept of mental health while incorporating the historical context and social relations in which individuals elaborate and carry out their existence to demonstrate that war is a man-made disaster and the most serious of public health problems. The most deleterious effect on peoples´ mental health lies in the exhaustion and collective deterioration of *social relations* (violence, polarization, and lies). The war precipitates numerous crises and personal disturbances but does not have a uniform effect on populations: the present analysis discusses the following dimensions: *social class*, *involvement* in conflict (military, civilian population, including women, children, elderly, and refugees) and *temporality* (immediate and timely).

KEYWORDS: mental health; war; social relationships; violence; polarization; lie; social class; involvement in conflict; temporality.

> É a guerra aquele monstro que se sustenta das fazendas, do sangue, das vidas, e quanto mais come e consome, tanto menos se farta. É a guerra aquela tempestade terrestre que leva os campos, as casas, as vilas, as cidades, os castelos, e talvez em um momento sorve os reinos e monarquias inteiras. É a guerra aquela calamidade composta de todas as calamidades, em que não há mal algum que ou não se padeça ou não se tema, nem bem que seja próprio e seguro: — o pai não tem seguro o filho; o rico não tem segura a fazenda; o pobre não tem seguro o seu suor; o nobre não tem segura a sua honra; o eclesiástico não tem segura a imunidade; o religioso não tem segura a sua cela; e até Deus, nos templos e nos sacrários, não está seguro.
>
> P.e António Vieira

Introdução

A questão da saúde mental deve incorporar o contexto histórico em que cada indivíduo elabora e realiza a sua existência na teia das relações sociais. A saúde mental e as perturbações mentais perspetivam-se, assim, de «fora para dentro»: não apenas como a encarnação de um funcionamento individual interno (de «dentro para fora»), mas como a materialização, numa pessoa ou grupo, do caráter humanizador ou alienante de uma estrutura de relações históricas.

Esta perspetiva permite examinar amplamente as dimensões do impacto que os acontecimentos que afetam as relações humanas podem ter sobre a saúde mental de um povo. Entre eles, a guerra é, sem dúvida, o que provoca os efeitos mais profundos, pelo que tem de catástrofe e crise socioeconómica e pelo que arrasta de irracionalidade e desumanização.

Assim, a guerra é apresentada no que tem de alteração e conformação das *relações sociais*, qualificadas como *violentas*, *polarizadas* e *mentirosas*. Com esta base, é inegável a deterioração coletiva das relações sociais. A guerra precipita numerosas crises e perturbações pessoais nos que já não conseguem decifrar adequadamente as exigências da sua situação vital. Como se assume que a guerra não tem um efeito uniforme na população, a análise prossegue segundo as coordenadas de *classe social*, *envolvimento* no conflito e *temporalidade*.

Guerra — Generalidades

Uma das definições de *guerra* mais aceites na investigação pela paz é a de William Eckhardt, segundo a qual guerra é «todo o conflito que implica um ou mais governos e o uso de armas, e que causa mil ou mais mortos anualmente» (1991, p. 80), praticamente

sobreponível à mais adotada definição académica do Departamento de Investigação da Paz e Conflitos da Universidade de Uppsala, Suécia (WALLENSTEEN & SOLLENBERG, 2001).

Por seu lado, o estratega prussiano Carl von Clausewitz (1780-1831) considera a guerra um duelo entre dois estados-nações causado pelo choque violento de duas vontades políticas antagónicas, que usam os recursos da ciência e da tecnologia para se defrontarem.

Clausewitz sugere um modelo interpretativo da guerra que assenta na chamada «trindade maravilhosa», um processo dialético entre três elementos: «violência primordial» (ódio e inimizade) associada ao povo; criatividade estratégica na superação do «acaso», da «probabilidade» e da «fricção», às forças armadas; e racionalidade (dimensão política), à liderança política (governo e Estado). Estas dimensões podem ser interpretadas como uma combinação entre força, paixão e razão ou como um sistema que, em abstrato, procura encontrar equilíbrios entre fatores irracionais, «arracionais» e racionais.

A conjugação destes três elementos é, para o general prussiano, a marca da imprevisibilidade da guerra, cujo desenrolar é comparável ao balançar não padronizado de um pêndulo sobre os pontos de atração magnética desta trindade. O percurso nunca é determinado por uma única força, de intensidade variável, mas pela interação das três, criando o comportamento não linear da guerra.

É de Clausewitz a mais conhecida definição do conceito: «A guerra é a continuação das relações políticas por outros meios», ou seja, pela força armada. Também é sua a frase: «Guerra é, portanto, um ato de força para obrigar o inimigo a fazer a nossa vontade» (CLAUSEWITZ, 1984, p. 75). A guerra resulta de um motivo político e subordina-se à política, que a conduz e nela interfere, na perspetiva de não romper o equilíbrio entre os seus interesses e a ação bélica. Resumindo, a guerra é tanto um instrumento quanto um ato político: o choque de civilizações ou os conflitos culturais podem degenerar em guerras — mas não são conceitos que definam a guerra.

A produção de conflitos entre nações, ou entre fações em conflitos internos que descambam no uso da violência armada, decorre da incerteza e do aumento da insegurança. Para Loureiro dos Santos, «o aumento da insegurança em todo o mundo (…) resulta especialmente da associação de dois factores: a escassez de recursos e o factor demográfico» (SANTOS, 2016, p. 13). Os recursos são os essenciais para as pessoas viverem e os necessários ao funcionamento das sociedades, «mas a sua relevância é tal, tanto para as pessoas como para as sociedades, que normalmente são designados por recursos estratégicos vitais» (SANTOS, 2016, pp. 13-14). Estes relacionam-se com a vida (das pessoas e das sociedades) e pode valer a pena correr riscos por eles: recursos alimentares, água, energia e minerais raros, essenciais para garantir certas atividades críticas (saúde, comunicações, abastecimentos, entre outras).

«A dimensão demográfica representa o outro factor com o qual interage o factor recursos, constituindo uma espécie de equação da qual poderá resultar estabilidade, no caso de as pessoas e as sociedades a eles terem acesso em quantidades suficientes para as respectivas necessidades, ou instabilidade, na eventualidade de as pessoas ou as sociedades terem de competir entre si pela força para alcançarem os recursos suficientes» (SANTOS, 2016, p. 14).

Contudo, intimamente relacionada com a história da Humanidade, a guerra é um conceito amplo que abarca não só a confrontação bélica entre os contendores, no sentido tradicional e convencional, mas também um amplo espectro de agressões de toda a índole, com recurso a tecnologias avançadas que, para alcançar os propósitos dos seus promotores, atingem múltiplos aspetos da vida dos indivíduos, das comunidades e do país, representando essencialmente uma sucessão de catástrofes e situações de emergência. O conceito da «guerra total», levado à prática pelos norte-americanos nas guerras do Afeganistão e do Iraque, liquidou a distinção entre combatentes e não combatentes, entre instalações militares e civis, entre infra-

estrutura militar e sistemas de transportes civis, entre sagrado e profano (PETRA, 2005).

Em 2003, o Prémio Nobel Richard E. Smalley identificou a guerra como o sexto maior problema (de dez) a enfrentar pela sociedade humana nos cinquenta anos seguintes (SMALLEY, 2005). Considerando as dimensões de morte, destruição e caos produzidos, a guerra é um desastre e um problema de saúde pública provocado pelo ser humano.

Desastre é «uma situação de rutura do funcionamento normal de um sistema ou comunidade», cujos efeitos nas pessoas, assim como as perdas e danos materiais ou ambientais, ultrapassam a capacidade dessa sociedade para responder e recuperar da situação (NOJI, 2000, p. 14). Cohen e Ahearn definem os desastres como «acontecimentos extraordinários que originam destruição considerável de bens materiais e podem dar como resultado mortes, lesões físicas e sofrimento humano» (1989, p. 5).

A guerra é, muito provavelmente, o mais grave de todos os problemas de saúde pública tal como esta foi definida pelo Institute of Medicine (1988, p. 19): «Aquilo que nós, como sociedade, fazemos coletivamente para garantir as condições em que as pessoas podem ser saudáveis.» Segundo esta definição, a guerra é claramente antitética à saúde pública: não só causa morte e provoca incapacidade entre militares e civis, como destrói a infraestrutura social, económica e política necessária para a satisfação das necessidades básicas das populações; viola direitos humanos fundamentais; como método violento de resolver conflitos, promove outras formas de violência no interior da comunidade e na intimidade do lar; provoca danos imediatos e de longo prazo no meio ambiente; esgota recursos humanos e económicos que podiam ser usados para o bem social comum.

A saúde mental deve ser entendida em termos positivos e amplos, não se podendo restringir aos limites do «modelo médico», assente numa conceção pobre do ser humano: não o reduzindo ao organismo individual, cujo funcionamento se entende ser a base das suas características e traços, mas assumindo-o como ser histórico, cuja existência se elabora e realiza na teia das relações sociais. Se a especificidade dos seres humanos reside menos na sua dotação para a vida (quer dizer, no seu organismo) e mais no caráter da vida que se constrói historicamente, a saúde mental deixa de ser um problema último para se converter num problema fundacional. Não se trata só do funcionamento satisfatório do indivíduo, mas de um caráter básico das relações humanas que define as possibilidades de humanização abertas aos membros de cada sociedade e grupo. Em termos mais diretos, a saúde mental constitui mais uma dimensão das relações entre as pessoas e grupos que um estado individual, embora essa dimensão se enraíze de maneiras diferentes no organismo de cada um dos indivíduos envolvidos nessas relações, produzindo diversas manifestações («sintomas») e estados («síndromes»).

Talvez a mudança mais importante introduzida pelo *DSM-III* (APA, 1980) tenha sido deixar de ver as perturbações como entidades patológicas passando a considerá-las como configurações onde confluem diversos aspetos da vida humana. Descrevendo cinco eixos para estabelecer o diagnóstico, assumiam especial interesse o Eixo IV, sobre pressões e tensões psicossociais, e o Eixo V, sobre o grau de adaptação da pessoa no passado recente, embora ambos com um papel apenas complementar. Apesar de se pretender a-teórico, o *DSM* supõe um reconhecimento, incipiente embora, de que nem a perturbação, nem a saúde mental, são simplesmente diferentes estados orgânicos do indivíduo, mas antes formas peculiares de «estar no mundo» (BINSWANGER, 1972) e até de configurar o mundo.

Falta, contudo, um reconhecimento pleno do caráter interdependente de comportamento e meio ambiente e a incorporação da dimensão interpessoal como eixo articulador da existência humana.

Tem prevalecido a tendência de considerar a saúde e as perturbações mentais como manifestações «para fora», sãs ou mórbidas respetivamente, de um funcionamento próprio do indivíduo, regido essencialmente, se não exclusivamente, por leis internas. Contudo, como assinala Jervis (1979, p. 81), «em lugar de falar de perturbação mental seria mais útil e rigoroso dizer que uma pessoa se encontrou e/ou se encontra numa situação social na qual tem problemas que não é capaz de resolver» e que a levam a atuar de uma maneira que é reconhecida pelos outros como imprópria. É evidente que a perturbação ou os problemas mentais não são um assunto que incumba unicamente ao indivíduo, mas antes às relações do indivíduo com os outros; sendo assim, também a saúde mental deve ser vista como um problema de relações sociais, interpessoais e intergrupais, que desencadeará crise, segundo os casos, num indivíduo ou num grupo familiar, numa instituição ou numa sociedade inteira.

Importa sublinhar que não pretendo simplificar um problema tão complexo como o da saúde mental negando o seu enraizamento pessoal nem, para evitar o reducionismo individual, incorrer num reducionismo social. Em última análise, temos sempre de responder à questão — porquê esta pessoa e não aquela? Mas quero destacar como se torna inspirador mudar de ótica e ver a saúde ou a perturbação mental não de dentro para fora, mas de fora para dentro, não como a emanação de um funcionamento individual interno, mas como a materialização numa pessoa ou grupo do caráter humanizador ou alienante de uma trama de relações históricas. Desta perspetiva, pode muito bem acontecer, por exemplo, que uma perturbação psíquica constitua um modo anormal de reagir perante uma situação normal; mas também pode acontecer que se trate de uma reação normal frente a uma situação anormal.

Quando se contacta com grupos de pessoas deslocadas pela guerra, percebe-se que muito do seu procedimento mostra traços de delírio paranoide: estão constantemente alerta, multiplicam os momentos de vigilância, não se fiam em ninguém desconhecido, suspeitam de todos quantos se aproximam, escrutinam gestos e palavras à procura de possíveis perigos. E, no entanto, conhecidas as circunstâncias pelas quais passaram, os perigos reais que ainda os espreitam, bem como a sua indefensão e impotência para enfrentar qualquer tipo de ataque, logo se consegue compreender que o seu comportamento de hiperdesconfiança e alerta não constitui um delírio persecutório, mas a abordagem mais realista possível da sua situação vital. Trata-se, sem margem para dúvidas, da reação mais normal que se pode esperar ante as circunstâncias que lhes coube enfrentar.

Se a saúde ou a perturbação mental são parte e consequência das relações sociais, a questão da saúde mental de um povo leva a interrogarmo-nos sobre o caráter específico das suas relações mais comuns e significativas, tanto interpessoais como intergrupais. Esta perspetiva permite apreciar em todo o seu sentido o impacto que sobre a saúde mental de um povo podem ter aqueles acontecimentos que afetam substancialmente as relações humanas, como as catástrofes naturais, as crises económicas ou as guerras. Destes processos, a guerra é, sem dúvida, o de efeitos mais profundos, pelo que tem de catástrofe e crise socioeconómica, mas também pelo que arrasta de irracional e desumanizante.

A GUERRA E A TRANSFORMAÇÃO DAS RELAÇÕES SOCIAIS

A fim de examinar o impacto da guerra na saúde mental das populações, devemos tentar compreendê-la no que tem de alteração

e configuração das relações sociais. Podemos qualificar a guerra em três termos: *violência, polarização* e *mentira* (MARTÍN-BARÓ, 1990).

Primeiro, a *violência*. É o dado mais imediato, mais nocivo e, portanto, mais sujeito à ideologização racionalizadora. A guerra supõe uma confrontação de interesses sociais que recorrem às armas como forma de resolver as suas diferenças. Como se costuma dizer, o que conta já não é a força da razão de cada contendor, mas a razão da sua força, do seu poder militar, da sua possibilidade de atacar e destruir o contrário. Assim, nas relações intergrupais, a razão é deslocada pela agressão e a análise ponderada dos problemas substituída pelas operações militares. Os melhores recursos, humanos e materiais, orientam-se para a destruição do inimigo. E o mais grave é que o recurso à violência, que num dado momento pôde ser apresentado como alternativa última e provisória, com o prolongamento da guerra converte-se em hábito e em resposta privilegiada. Está comprovado que a utilização da violência não se pode atribuir tanto a paixões destrutivas ou personalidades psicopáticas quanto ao seu valor instrumental para a conquista do que se pretende numa determinada situação. Por isso, uma sociedade onde se torne habitual o uso da violência, tanto para resolver os grandes como os pequenos problemas, é uma sociedade onde as relações humanas estão desequilibradas de raiz.

Em segundo lugar, a guerra supõe, sobretudo no quadro hoje dominante das guerras civis, uma *polarização social*, quer dizer, o acantonamento dos grupos em extremos opostos. Produz-se assim uma fissura crítica no quadro da convivência, que leva a uma diferenciação radical entre «eles» e «nós», segundo a qual «eles» são sempre e de antemão «os maus», ao passo que «nós» somos «os bons». Os rivais contemplam-se num espelho ético, que inverte as mesmas características e as mesmas avaliações, ao ponto de o que a «eles» é censurado como defeito é louvado em «nós» como virtude. A polarização supõe a exacerbação dos interesses sociais discrepantes,

e acaba por arrastar todas as esferas da existência: as pessoas, os factos e as coisas já não se medem pelo que são em si mesmos, mas pelo que representam a favor ou contra a confrontação. Desaparece, assim, a base para a interação quotidiana: nenhum quadro de referência pode, de antemão, ser assumido como válido para todos, os valores deixam de ter vigência coletiva e perde-se inclusivamente a possibilidade de apelar para um «senso comum», já que são os próprios pressupostos da convivência que estão postos em causa.

Pela sua própria dinâmica, o fenómeno da polarização social tende a estender-se a todos os setores populacionais. Os núcleos já polarizados procuram, e até exigem, a definição de todos em termos partidários, de tal modo que não se comprometer com uns é registado como compromisso com os outros, e o não se definir por ninguém acarreta correr o risco de ser tomado como inimigo por ambos. No entanto, é muito provável que, chegado o processo de polarização social ao seu clímax, o prolongamento da guerra e o consequente cansaço leve cada vez mais pessoas a uma consciente desidentificação com ambos os contendores, o que não impede que sintam mais simpatias por uns que por outros. Mas tanto a polarização como a desidentificação fissuram os cimentos da convivência e determinam um esgotante clima de tensão socioemocional.

A terceira característica da guerra é a da *mentira*. A mentira vai da corrupção das instituições ao engano intencional no discurso público, passando pelo ambiente de mentira receosa com que a maioria das pessoas tende a encobrir as suas opiniões e opções. Quase sem se darem conta, as pessoas acostumam-se a que os organismos institucionais sejam precisamente o contrário do que lhes dá razão de ser: os que devem velar pela segurança são a fonte principal de insegurança, os encarregados da justiça amparam o abuso e a injustiça, os chamados a orientar e dirigir são os primeiros a enganar e manipular. A mentira chega a impregnar de tal maneira a existência das pessoas, que estas acabam por forjar um mundo imaginário,

cuja única verdade é precisamente que se trata de um mundo falso, e cujo único suporte é o medo à realidade, demasiado «subversiva» para ser suportada (POIRIER, 1970). Neste ambiente de mentira, transtornado pela polarização social e sem terreno para a sensatez e para a racionalidade, a violência apodera-se de tal forma da vida que, como diz Hacker (1973), chega-se a pensar que a violência é a única solução para o problema da própria violência.

Impacto da guerra na saúde mental

> As nações habitualmente medem os «custos de guerra» em dólares, perda de produção, ou pelo número de soldados mortos ou feridos. Raramente as instituições militares tentam medir os custos da guerra em termos de sofrimento humano individual. O colapso psiquiátrico continua a ser uma das rubricas mais caras da guerra, quando expressas em termos humanos.
>
> Richard Gabriel, 1987

Esta sumária descrição permite-nos refletir sobre o impacto da guerra na saúde mental da população. A primeira coisa a afirmar é que, se a saúde mental de um grupo humano se cifra primordialmente no caráter das suas relações sociais, a saúde mental de um povo em guerra deve encontrar-se em estado de grave deterioração, independentemente de essa deterioração aflorar (ou não) com clareza em síndromes individuais. Como assinalámos antes, ao conceber a saúde ou a perturbação mental de uma perspetiva que vai do todo para as partes, da exterioridade coletiva para a interioridade individual, a perturbação pode situar-se a diversos níveis e afetar distintas entidades: nuns casos será o indivíduo que está perturbado, noutros será uma família inteira, um determinado grupo ou até toda uma organização. Ninguém duvida hoje que o nazismo de Hitler pressupôs

um grave transtorno na sociedade alemã, uma severa deterioração da sua saúde mental, materializada em comportamentos institucionais tão aberrantes como o massacre de milhões de judeus. No mais rigoroso dos sentidos, a sociedade nazi era uma sociedade perturbada, assente em relações desumanizantes, mesmo que essa perturbação não aflorasse em síndromes pessoais diagnosticáveis com o DSM.

Não afirmo que a sociedade de países em guerra, como a Síria, esteja doente: a metáfora médica seria aqui ainda mais enganosa que a respeito das conceções tradicionais de saúde mental. O que afirmo é que as raízes da convivência se encontram gravemente deterioradas. E como não haveriam de estar, num meio onde impera o recurso à violência para resolver as diferenças interpessoais e intergrupais, onde o bom senso foi substituído pelo senso partidário, onde a irracionalidade aborta a possibilidade de contactos humanizadores entre setores distintos e impede o desenvolvimento de uma normalidade quotidiana?

É conhecida dos relatos a resposta de Freud, em certa ocasião indagado por um ouvinte sobre os traços de uma pessoa mentalmente saudável: é aquela capaz de amar e trabalhar. Uma resposta curta, que comporta duas esferas delicadas e complexas das nossas vidas: o afeto e o trabalho. O autor mostra assim que corpo e psiquismo são integrados e inseparáveis, pois a subjetividade que vive (sofre e se regozija) tem um corpo e é nele que dor e prazer se enraízam. Aquelas duas dimensões são os eixos do viver dos seres humanos adultos: o amor, traduzido nos afetos, nos amigos, na família e no erotismo; e o trabalho, traduzido na profissão, no dinheiro, na classe social, na produção, no consumo. Nada ficou de fora: amar e trabalhar explicam a vida adulta.

De forma semelhante, a Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que «A saúde mental e o bem-estar são fundamentais para a nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos, de pensar, sentir, agir, interagir uns com os outros, ganhar a vida e

aproveitá-la» (OMS, 2013, p. 7). Já em 2001, através do seu Comité de Peritos, a OMS se referira à saúde mental como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade na qual se insere (OMS, 2001).

Nos países em guerra, o problema não está na inegável capacidade dos povos para trabalharem; o problema é não haver trabalho. Ora, o trabalho constitui a fonte básica para o desenvolvimento da personalidade humana, o processo mais configurador da própria identidade, o âmbito fundamental da realização ou fracasso humanos. Que será então daqueles sírios, mais de metade da população, que por mais que procurem não encontram trabalho? E algo semelhante cabe afirmar a propósito da capacidade de amar. Se de algo deram provas os sírios é da sua imensa capacidade de abnegação, de empatia, de solidariedade. Mas o amor, que em última instância é união e entrega mútuas, encontra-se bloqueado pela mentira pessoal e social, pelos esquemas simplistas que dividem o mundo em branco e negro, pela violência que corrói as bases do respeito e da confiança entre as pessoas e os grupos.

O efeito mais deletério da guerra sobre a saúde mental dos povos deve procurar-se no esvaziamento das relações sociais, que são a armação onde nos construímos historicamente como pessoas e como comunidade humana. Aflore ou não em transtornos individuais, a deterioração da convivência social é já, em si mesma, um grave transtorno social, uma degradação na nossa capacidade coletiva de trabalhar e amar, de afirmar a nossa peculiar identidade, de dizer a nossa palavra pessoal e comunitária na história dos povos. Existem diferentes formas de guerra, mas todas acarretam estas consequências: a guerra corrói de tal maneira as raízes humanas, que não é impróprio questionar se não está em perigo a viabilidade histórica de um país, e mal se pode falar da saúde mental de um povo incapaz de assegurar a sua própria sobrevivência.

Com base nesta inegável deterioração coletiva das relações sociais, a guerra afeta ostensivamente a saúde mental das populações atingidas e precipita numerosas crises e perturbações pessoais naqueles que, por uma ou outra razão, já não podem decifrar adequadamente as exigências da sua situação vital. No entanto, é preciso estabelecer diversas coordenadas de análise, já que não se pode assumir que a guerra tenha um efeito uniforme em toda a população. Serão três as coordenadas principais: a *classe social*, o *envolvimento no conflito* e a *temporalidade* (MARTÍN-BARÓ, 1990).

Em primeiro lugar, a *classe social*. A guerra não afeta da mesma maneira os diversos setores que compõem a sociedade, nem direta nem indiretamente. Aqueles que todos os dias morrem nas frentes de batalha pertencem, na sua grande maioria, aos setores mais humildes da sociedade, onde se alimenta discriminatoriamente o recrutamento militar. São também os setores mais pobres os que sofrem o impacto direto da guerra, que destrói as suas casas e arrasa os seus campos, como são os mais afetados pelos mecanismos da repressão, a ação dos «esquadrões da morte» ou operacionais militares de toda a espécie. Mais uma vez, são os setores mais baixos e débeis os mais brutalmente açoitados pela alta do custo de vida, pelo desemprego crescente e pelo agravamento da assistência na saúde, deteriorações que se somam à situação socioeconómica cada vez mais crítica.

Isto não significa que os setores médios ou altos da sociedade não recebam o impacto da guerra. Ainda que em graus quantitativa e qualitativamente menores, também os atinge a repressão, o assassinato, o sequestro, a deterioração das condições de vida, a sabotagem da economia ou a perseguição dos controlos e buscas policiais. Contudo, diria que a consequência mais dolorosa da guerra para os setores dominantes da sociedade é o questionamento radical que sentem relativamente à sua posição social e ao seu estilo de vida, fazendo-lhes temer a perda do seu *status*, construído nas

costas e mesmo sobre as costas da miséria das maiorias. Este questionamento radical desencadeia no princípio uma grande angústia e, depois, superados os momentos de inicial desconcerto, uma agressiva negação da realidade. Em alguns casos, esta converte-se no motor de um ativismo violento, caracterizado por uma insaciável bulimia de prazer que leva as pessoas a construírem castelos artificiais para a sua diversão. Há já muitos anos, Jaspers (1955) aludia a este comportamento sintomático como «uma enorme mania de desfrute e uma desenfreada paixão por viver a vida no instante» (p. 819).

A segunda variável importante para analisar as consequências diferenciais da guerra na saúde mental da população é o *envolvimento* e participação dos grupos e pessoas na própria guerra. Sem dúvida, as consequências não são as mesmas para os habitantes de umas zonas que para os de outras. Em alguns casos, é difícil encontrar uma pessoa que não tenha sido diretamente afetada pela ação da guerra, enquanto outras populações permaneceram relativamente livres de combates. Nas últimas décadas houve um desenvolvimento acelerado das investigações respeitantes aos efeitos psicológicos e sociais da guerra, não só sobre os soldados, mas também e, especialmente, na população civil, a qual se tornou o principal alvo e fonte de vítimas na guerra contemporânea. Mas convém diferenciar os potenciais efeitos entre quem participa nos combates e quem sofre a guerra como civil.

Soldados em combate sofrem, muitas vezes, baixas físicas e psicológicas, incluindo depressão, *stress* pós-traumático, doenças, ferimentos e morte. Em todo o mundo, houve mais de quarenta e cinco milhões de mortes militares durante o século XX — uma taxa média anual de morte militar de cento e oitenta e três por cada milhão de habitantes. Esta taxa foi dezasseis vezes superior à relatada para o século XIX, apesar do enorme progresso no tratamento cirúrgico dos ferimentos de guerra e na prevenção e tratamento de

doenças infeciosas (KITCHEN, 2000). Existe um amplo conhecimento sobre os efeitos que a situação de tensão e perigo experimentada na frente de batalha pode produzir no soldado, e que primeiro foram qualificados como «neurose de guerra», depois como «fadiga de combate», mais tarde como «reação ao *stress*» e, finalmente, como «perturbação de *stress* pós-traumático». São também conhecidos os problemas que os soldados enfrentam para se readaptarem à vida normal, em especial quando a guerra os deixa estropiados ou diminuídos para o resto da vida. Tudo isso afeta a saúde mental não só dos próprios soldados, mas também da comunidade, dos seus familiares e vizinhos, já que a todos caberá a tarefa de refazer a rede da existência com essas malhas tocadas.

Os efeitos sobre a população são diferentes, mas não menos importantes. Uma vez que uma percentagem crescente de guerras são guerras civis ou são indiscriminadas no uso de armas, os civis são cada vez mais apanhados no fogo cruzado. As mortes de civis, como percentagem de todas as mortes relacionadas com a guerra, aumentaram de 14% durante a Primeira Guerra Mundial para 90% durante algumas guerras da década de noventa do século passado. Calcula-se que trezentas e setenta e oito mil pessoas morreram devido à guerra, em cada ano, entre 1985 e 1994 (OBERMEYER *et al.*, 2008). Nos mais de cem conflitos armados que se desenvolveram nos últimos decénios, mais de 80% das vítimas foram civis (IBÁÑEZ ROJO, 2003).

Os impactos físico, mental e social da guerra sobre os civis são especialmente graves para as populações vulneráveis, incluindo mulheres, crianças, idosos, doentes e pessoas com deficiência/incapacidade. A experiência de vulnerabilidade e de perigo, de indefensão e de terror, pode marcar em profundidade o psiquismo das pessoas, em particular das crianças. O espetáculo de violações ou torturas, de assassinatos ou execuções em massa, de bombardeamentos e arrasamento de povoações inteiras é quase implicitamente trauma-

tizante. Como dissemos, reagir ante factos com angústia incontível ou com alguma forma de autismo deve ser considerado como uma reação normal ante circunstâncias anormais, quiçá como o último caminho que resta às pessoas para se aferrarem à vida e suportarem um nó de relações sociais asfixiante. Com razão afirma Jervis (1979, p. 152) que «em não poucas ocasiões um certo grau de mal-estar psicológico e uma certa "dose" permanente de sintomas psiquiátricos são a expressão do máximo de saúde mental e de bem-estar alcançáveis numa determinada situação de esclerose das relações humanas, de extremas dificuldades materiais, de desventuras, de solidão e de exclusão social».

O protótipo da população civil afetada pela guerra é constituído pelos muitos milhões de refugiados e pessoas deslocadas internamente, na sua maioria idosos, mulheres e crianças. Estes tiveram que sair das suas casas, muitas vezes arrasadas, tomando uma decisão sempre difícil que os afasta das suas raízes, dos seus mortos e dos seus parentes; habitualmente, a fuga ou «salto» realiza-se em condições deploráveis, às mãos de contrabandistas implacáveis, caminhando durante a noite e escondendo-se como bichos durante o dia para evitar serem massacrados, às vezes durante semanas, sem água nem alimento, contendo o choro das crianças e deixando pelo caminho um trilho mortal dos que se perdem, afogam ou desfalecem para sempre. Consumada a fuga, o deslocado tem que enfrentar a vida fora do seu ambiente, sem recursos de qualquer tipo, às vezes amontoado em campos onde o alimento recebido acaba por gerar dependência e a falta de trabalho autónomo pode desembocar em abulia e passividade. Certamente, nem todos os desalojados e refugiados passam por circunstâncias tão trágicas; mas é difícil pensar que a experiência do deslocamento não deixará alguma marca no psiquismo das pessoas, em particular das mais vulneráveis ou imaturas. E não podemos ignorar que são já milhões os afetados por esta situação.

A terceira variável para analisar os efeitos da guerra na saúde mental da população é a *temporalidade*. Em termos simples, uns são os efeitos imediatos e outros os que se podem esperar a médio e longo prazo. Na medida em que a guerra se prolongue os efeitos serão mais profundos. O agravamento das condições materiais de vida, a persistência de um clima de insegurança e, em muitos casos, de terror, o ter de construir a existência na base da violência, as referências polarizadas ou ambíguas, a consciência da falsidade ou o temor à própria verdade, acabam por quebrar resistências ou por proporcionar adaptações que, no melhor dos casos, revelam uma anormal normalidade, amassada de vínculos alienadores e despersonalizantes.

Mesmo que a guerra encontre um termo rápido, devemos pensar naquelas consequências para a saúde mental que só se revelam a longo prazo. É sabido, por exemplo, que o chamado «síndrome do refugiado» tem um primeiro período de incubação, no qual a pessoa não manifesta maiores perturbações, para ser quando começa a refazer a sua vida e a sua normalidade que a experiência da guerra apresenta a sua fatura crítica. Contudo, o grupo que mais deve reclamar atenção é o das crianças, que se encontram a construir a sua identidade e o seu horizonte de vida no tecido das relações sociais existentes. Elas são verdadeiros «filhos da guerra» e a nós corresponde-nos a difícil tarefa de cuidar que não estruturem a sua personalidade por meio da aprendizagem da violência, da irracionalidade e da mentira.

SAÚDE MENTAL PARA OS POVOS

As nossas atitudes e comportamentos relativamente à saúde mental estão a precisar de uma boa dose de rutura com o sistema e a cultura imperantes. Esta intuição remete-nos, de novo, para o facto

de a saúde mental não estar tanto no funcionamento abstrato de um organismo individual quanto no caráter das relações sociais onde assentam, se constroem e desenvolvem as vidas das pessoas. Por isso, devemos esforçar-nos por desvendar os modelos teóricos e de intervenção que nos permitam, como comunidade e como indivíduos, romper com essa cultura das nossas viciadas relações sociais e substituí-las por outras mais humanizadoras.

Se a base da saúde mental dos povos se encontra na existência de relações humanizadas, de vínculos coletivos nos quais e através do quais se afirme a humanidade pessoal de cada qual e não se negue a realidade de ninguém, então a construção de uma sociedade nova ou, pelo menos, melhor e mais justa, não é só um problema económico e político: é também, e por princípio, um problema de saúde mental. Não se pode separar a saúde mental da ordem social, e isso pela própria natureza do objeto do nosso labor profissional. Neste sentido, creio que há uma tarefa urgentíssima de educação para a saúde mental que consiste, não tanto em ensinar técnicas de relaxamento ou novas formas de comunicação, por importantes que estas sejam, quanto em formar e socializar para que os desejos das pessoas se ajustem verdadeiramente às suas necessidades. Isto significa que as nossas aspirações subjetivas, grupais e individuais se orientem para a satisfação das nossas verdadeiras necessidades, quer dizer, daquelas exigências que conduzem pelo caminho da humanização, e não daquelas que nos atam ao consumo compulsivo em detrimento de muitos e desumanização de todos. Esta seria talvez a melhor psicoterapia para os efeitos das guerras e, certamente, a melhor psico-higiene para a construção do nosso futuro. Porque disso se trata em última análise: contribuir com o nosso saber profissional para a construção de um futuro novo. A situação de guerra que se viveu e se vive faz aflorar o melhor e o pior dos povos. A guerra continua a carcomer-lhes as raízes, materiais e sociais, e ameaça a sua própria subsistência como povos. No fim, repetir com Freud

(1970, p. 88) que «o eterno Eros redobre as suas forças para vencer na luta» o seu não menos imortal adversário, Thanatos, acaba por ser partilhar o seu pessimismo e resignarmo-nos à morte. No meio da destruição, os povos já semearam sementes de vida suficientes para confiarem na possibilidade de um amanhã: colhamos essas sementes para cultivar a planta da saúde mental. Que não se possa dizer que, enquanto os homens vivem a sua vida para a frente, nós, profissionais da saúde mental, nos conformamos em percorrê-la para trás. Por isso, o desafio não se limita em acudir às destruições e perturbações ocasionadas pela guerra: o desafio consiste em construir um homem novo numa sociedade nova.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA — American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington DC: APA

Binswanger, L. (1972). *Tres formas de la existencia frustrada. Exaltación, excentricidad, manerismo*. Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1956)

Clausewitz, C. v. (1984). *On War*. M. Howard & P. Paret (eds.), Nova Jérsia: Princeton University Press. (Originalmente publicado em 1832. Itálicos no original)

Cohen, R. E. & Ahearn, F. L. (1989). *Handbook for Mental Health Care of Disaster Victims*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press

Eckhardt, W. (1991). War-related deaths since 3000 BC. *Peace Research* (80-86). 22 (4)/23 (1), 437-443

Freud, S. (1970) *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza Editorial. (Originalmente publicado em 1930)

Gabriel, R. A. (1987). *No More Heroes: Madness and Psychiatry in War*. Nova Iorque: Hill and Wang

Hacker, F. (1973). *Agresión*. Barcelona: Grijalbo (Originalmente publicado em 1971)

Ibáñez Rojo, V. (2003). *Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la guerra*. Acedido a 18 de novembro de 2019, em El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad, 892 (http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/guerra/htm)

Institute of Medicine (1988). *The Future of Public Health*. Washington DC: National Academy Press

Jaspers, K. (1955). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Ed. Beta. (Originalmente em 1913)

Jervis, G. (1979). *Manual crítico de psiquiatría*. Barcelona: Anagrama. (Originalmente publicado em 1975)

Kitchen, M. (2000), *The Treaty of Versailles and its Consequences*. Nova Iorque: Longman

Martín-Baró, I. (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores

Noji, E. K. (2000). *Impacto de los Desastres en la Salud Pública*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, OPS-OMS

Obermeyer Z., Murray C. J. & Gakidou, E. (2008). Fifty years of violent war deaths from Vietnam to Bosnia: analysis of data from the world health survey programme. *BMJ*, 336 (7659), 1482-1486

OMS — Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 — Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS

OMS — Organização Mundial de Saúde (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Genebra: OMS

Petra, J. (2005). Los suicidas-bomba: lo sagrado y lo profano. *Rebelión*. Acedido a 18 de novembro de 2019, em www.rebelion.org/noticia.php?id=19181

Poirier, J. (1970). Formas de impugnación, de compensación y de transposición de lo real en las sociedades en vías de desarrollo (65-87). In J. Lacroix (ed.), *Los hombres ante el fracaso*. Barcelona: Herder

Santos, Gen, L. d. (2016). *A guerra no meio de nós. A realidade dos conflitos do século XXI*. Lisboa: Clube do Autor

Smalley, R. E. (2005). 87. *MRS BULLETIN*. 30, 412-417

Wallensteen, P. & Sollenberg, M. (2001). Armed Conflict 1989-2000. *Journal of Peace Research,* 38 (5), 629-644

24. SOFRIMENTO, RELIGIÃO E SENTIDO

SUFFERING, RELIGION, AND MEANING

Anselmo Borges

ORCID – 0000-0002-4854-9022

RESUMO:

O ser humano vive-se a si mesmo como realidade unitária, mas em tensão. Conceção emergentista do ser humano. Proposta de uma conceção holística de saúde. Estudos que mostram o contributo positivo da religião e da espiritualidade para a saúde. A religião como ajuda no luto.

PALAVRAS-CHAVE: Homem; realidade unitária em tensão; constituição do ser humano; religião; saúde e luto.

ABSTRACT:

Each human being lives as a unitary reality, though always in tension. Emergency theory of the human being. Holistic approach to health. Research that upholds the positive contribution for health of religion and spirituality. Religion as support in mourning.

KEYWORDS: Human being; unitary reality in tension; constitution of the human being; religion; health and mourning.

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_24

1. O Homem, uma realidade em tensão

Sempre que refletimos sobre o ser humano, é essencial tomar consciência de que ele é uma realidade unitária, mas em tensão. Essa é a sua constituição. Múltiplas facetas dessa tensão:

a) O Homem vem da natureza, por evolução. Por isso, é da natureza. Mas, por outro lado, é nele que a natureza e o processo gigantesco da evolução tomam consciência de si, de tal modo que é preciso dizer que o Homem é ao mesmo tempo *da* natureza e *na* natureza. Somos natureza, mas natureza humana.
b) O Homem é no tempo e, por isso, é simultaneamente passado, presente e futuro: vimos do passado, somos o resultado do passado, vivemo-nos no presente e somos já também as nossas expetativas de futuro. Por conseguinte, *já* somos e *ainda não* somos o que seremos. Por causa da neotenia, a nossa tarefa é fazermo-nos.
c) Tensão fundamental: o Homem é impulso, emoção e razão.
d) Definimo-nos enquanto consciência da consciência, mas há em nós um fundo inconsciente.
e) Somos limitados, mas numa abertura ilimitada. Abertos a tudo, numa intimidade única. Finitos e abertos ao Infinito.
f) Cada um é ele, ela, irrepetível e único, mas na relação ao outro, numa relação constitutiva, pois ninguém é sem o outro. Mas não se pode esquecer esta fonte de tensão: o outro é outro como eu, mas é um eu que não sou eu. Múltiplas fontes de conflito provêm deste facto: não se presta atenção à alteridade enquanto diferença ineliminável.
g) Somos sempre o resultado de uma herança genética e de uma cultura em história, no encontro e desencontro com outros de diferentes culturas.

Para sabermos o que somos e quem somos, precisaríamos de ver as nossas «costas» (todo o processo que vai da cosmogénese à embriogénese e à nossa história acontecida) e o nosso «rosto», que somos nós voltados para os outros e para o futuro. Ora, nunca ninguém viu diretamente as suas costas nem o seu rosto. Por isso, andamos sempre à procura de nós.

Em síntese, podemos dizer, como o filósofo Juan Masiá, na tentativa de nos «definirmos»: Eu sou eu a partir da natureza. Eu sou eu na minha circunstância. Eu sou eu a partir do meu corpo. Eu sou eu a partir de mim e perante a realidade. Eu sou eu, mas não de modo fixo, pois eu vou sendo eu, não fechando-me em mim, mas ao sair de mim e indo ao encontro do mundo, dos outros, da história. Eu não sei se sou eu, pois eu, por vezes, não sei se sou realmente eu (é o isso em nós sem nós). Eu ainda não sou eu, mas vou-me tornando eu e sou mais do que eu. Eu sou mais de que eu, na abertura à transcendência.

Neste enquadramento, esta é a pergunta decisiva: para fazer o que faz, para se manifestar como se manifesta, como está constituído o ser humano? Qual é a sua constituição? Ao longo dos tempos, o pensamento teve e tem no seu centro esta questão.

Uma resposta foi, e é, a do materialismo fisicalista, mas contra ela erguem-se objeções de fundo, que têm como núcleo esta pergunta: como é que de processos físicos e químicos da ordem da terceira pessoa se chega à vivência de si como eu na primeira pessoa? É o enigma do eu único autoconsciente.

A outra, a conceção dualista, foi teorizada explicitamente por Platão e Descartes: o Homem é um composto de duas substâncias, o corpo e a alma, matéria e espírito. Também contra esta conceção se erguem objeções temíveis; por exemplo, uma vez que a alma vem de fora, como é que os pais poderiam dizer que são verdadeiramente pais dos seus filhos?; por outro lado, não nos vivemos a nós mes-

mos segundo um dualismo; finalmente, esta conceção dificilmente é defensável hoje no quadro das neurociências.

Defendo uma conceção emergentista, que explico em síntese brevíssima. No longo e gigantesco processo da evolução, vão surgindo estruturas cada vez mais complexas. A estrutura mais complexa que conhecemos é precisamente o Homem. Esta estrutura tem qualidades aditivas — resultam da soma das qualidades das subestruturas pelas quais é formada — e qualidades emergentes, qualitativamente novas, com duas características: antes do seu aparecimento eram imprevisíveis e, por outro lado, não são redutíveis às qualidades das subestruturas pelas quais a nova estrutura é formada. Trata-se, portanto, de uma conceção que supera o fisicalismo materialista e o dualismo, dando conta da diferença qualitativa, e não meramente de grau, do Homem face a tudo o resto, concretamente face à animalidade (sobre esta problemática, cf. BORGES, *Corpo e Transcendência*, pp. 19-297).

2. Que se entende por saúde?

Submetida à racionalidade instrumental, a sociedade moderna criou a ilusão da omnipotência e da possibilidade da eliminação de todo o mal. Foi este projeto de domínio total que viciou a própria conceção de saúde. A OMS propôs a seguinte definição: «A saúde é um estado de bem-estar completo, físico, espiritual e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidades». Houve também quem propusesse, concretamente Freud, o ideal de saúde como o estado de bem-estar para poder trabalhar e gozar.

A esta conceção está subjacente, idealizada, uma sociedade perfeita e sem conflitos, de uma vida sem dor e sem sofrimento, e até a utopia de uma existência sem morte. Mas este culto idolátrico da saúde enquanto «estado» de bem-estar total não só implica uma

sobrecarga incomportável para a medicina como marginaliza a pessoa na sua experiência inevitável de finitude e corre o perigo de acabar por excluir socialmente os doentes, os velhos e moribundos. Não será por acaso que esta definição de saúde não menciona a morte, que, neste modelo, só pode ser sofrida como fracasso sem sentido.

Assim, frente a uma conceção exclusivamente objetiva de saúde, muitos, sem excluir, evidentemente, o ideal utópico de bem-estar completo, fazem, com razão, apelo também à atitude subjetiva e pessoal do Homem. Neste sentido, Jürgen Moltmann escreveu que a saúde designa o processo de adaptação, a capacidade de reagir às mudanças do meio, de envelhecer, de curar-se, de ir em paz ao encontro da morte. «A saúde não é a ausência de perturbações, a saúde é a força de viver com elas», «a força de viver humanamente».

Esta força de existir humanamente implica a capacidade de viver e encontrar sentido tanto na alegria como no sofrimento, de dizer um sim decidido à alegria de viver, que não exclui a aptidão para integrar o sofrimento e a própria morte.

Só uma existência com sentido, isto é, uma vida amante e amada poderá reconciliar-se e encontrar sentido para a morte.

A força da existência autenticamente humana saúda os benefícios incontáveis da medicina moderna e contemporânea, mas não esquece que o ato médico é, antes de tudo, um pacto de aliança, baseado na confiança, entre dois seres humanos: o médico e o doente. Não se trata de um mero encontro entre um técnico especialista (o médico), de um lado, e uma máquina desarranjada (o corpo do doente), do outro. De facto, o Homem não está cindido em corpo e alma, como pensou Descartes, para quem o corpo não era, em última análise, senão uma máquina, como os animais não passavam de máquinas. O Homem, como ficou dito, é essa realidade unitária em tensão, estrutura complexíssima emergente na história da evolução, com

características qualitativas novas, não redutíveis às qualidades das subestruturas pelas quais está constituída.

Neste pacto de aliança, o doente, que continua a ser um ser humano integral, na unidade tensa e viva de inconsciente, consciente, corpóreo, afetivo, psíquico, espiritual, espera certamente do médico e dos profissionais de saúde em geral competência científica e técnica, mas que também não esqueçam a sua própria humanidade integral.

Assim, a uma medicina que, dados os seus prodígios desde o século XIX, corre o risco da unidimensionalidade científico-técnica, é necessário lembrar o princípio da humanitariedade, segundo o axioma ético-médico: *Salus aegroti suprema lex* (a lei suprema é a saúde, também no sentido de «salvação», do doente).

Isso é dito, aliás, na própria palavra saúde, no seu étimo. Saúde vem do latim *salute*, que significa simultaneamente saúde e salvação.

Neste contexto de saúde em sentido holístico — lembrar que, nas línguas anglo-saxónicas, saúde (*health*, em inglês, em conexão com *holy* — santo —, e, em alemão, *heilen* — curar —, em conexão com *heilig* — santo — e *heil* — são; também em português, há ligação entre são e santo, de tal modo que se diz, por exemplo, *São* João, para dizer que o santo só pode ser um ser humano pleno e íntegro) remete para *the whole* (o todo) —, e, conhecendo-se hoje, segundo dados científicos, como veremos, a influência da religião e da espiritualidade na cura e na saúde, é de saudar a presença de ministros dos diferentes cultos na assistência religiosa dos doentes. É normal que se exija que sejam pessoas capazes e com formação adequada.

3. Cuidado e medicina

Numa obra essencial da filosofia no século XX, *Ser e Tempo*, o seu autor, M. Heidegger retoma a famosa fábula sobre o Cuidado, de Higino, um escravo culto (64 a. C.–16 d. C.). Retomo-a, traduzindo literalmente.

«Uma vez, ao atravessar um rio, o "Cuidado" viu terra argilosa. Pensativo, tomou um pedaço de barro e começou a moldá-lo. Enquanto contemplava o que tinha feito, apareceu Júpiter. O "Cuidado" pediu-lhe que insuflasse espírito nele, o que Júpiter fez de bom grado. Mas, quando quis dar o seu nome à criatura que havia formado, Júpiter proibiu-lho, exigindo que lhe fosse dado o dele. Enquanto o "Cuidado" e Júpiter discutiam, surgiu também a Terra (Tellus) e queria também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora ela a dar-lhe um pedaço do seu corpo. Os contendentes tomaram Saturno por juiz. Este tomou a seguinte decisão, que pareceu justa: *Tu, Júpiter, deste-lhe o espírito; por isso, receberás de volta o seu espírito por ocasião da sua morte. Tu, Terra, deste-lhe o corpo; por isso, receberás de volta o seu corpo. Mas, como foi o "Cuidado" a ter a ideia de moldar a criatura, ficará ela na sua posse enquanto viver. E uma vez que entre vós há discussão sobre o nome, chamar-se-á "homo" (Homem), já que foi feita a partir do húmus (Terra)*» (Heidegger, 2009, p. ?, Heidegger, 1986: 197-198).

Heidegger, um dos maiores filósofos do século XX, mostrou que o cuidado é estrutura essencial do ser humano. Este, que tem a sua origem no cuidado, pertence-lhe ao longo da vida e não será abandonado por ele. O cuidado é duplo: preocupação ansiosa — a mãe diz ao filho: tem cuidado, filho! — e entrega abnegada, pois a perfeição do ser humano na realização das suas possibilidades mais próprias é uma tarefa do cuidado.

Viemos ao mundo e cuidaram de nós. Mas o cuidado não pode abandonar-nos nunca. Sem o cuidado, ao longo da vida toda, do nascimento até à morte, o ser humano desestrutura-se, sente-se perdido, não encontra sentido e acaba por morrer.

Não sei se o cuidado é mais próprio das mulheres. De qualquer modo, como escreve a filósofa M. L. R. Ferreira, «o tema do cuidado é o lugar por excelência em que se revela o pensamento maternal».

E continua: «O cuidado é uma ternura vital, fruto do conhecimento e do afeto que temos pelos que estão a nosso cargo. Em todas as grandes religiões, em todos os mitos fundadores, em todas as culturas humanas a atitude de cuidado surge na sua dimensão compassiva de atenção ao outro. E as guardiãs do cuidado são as mais das vezes mulheres.»

Cuidado, em latim, diz-se *cura*, que, para lá de cuidado, significa incumbência, tratamento, inquietação amorosa, amor. Por esta via, chegamos também à medicina, que provém do latim *mederi* — a raiz é *med*: pensar, medir, julgar, tratar um doente —, que significa cuidar de, tratar, medicar, curar e que está também na base de moderação e meditação, sendo deste modo remetidos para um conceito holístico de saúde e de cura, que resultam e têm no horizonte sempre um equilíbrio harmónico.

Porque a sua essência reside no cuidado, o Homem ser-no-mundo e temporal, precisa de ser cuidado e de cuidar. Cuidar de quê? Cuidar de si, dos outros, da Terra, da transcendência. Por afetos, palavras — ah! a cura pela palavra! — e por obras.

Fragilizado ou doente, o Homem necessita de cuidados especiais. Aí aparece o médico ou o clínico (do grego *klinein*, inclinar-se), debruçando-se sobre ele/ela com o seu saber e técnica e também afeto e palavra, num pacto solidário. Em princípio, esse encontro dá-se no hospital ou na clínica.

Hospital vem do latim *hospite*, que significa hóspede, também em conexão com hotel. Como ser-no-mundo, o Homem é, logo na raiz, hóspede: somos hospedados no mundo. Significativamente, a palavra está ligada também a *hoste*, donde provém hostil. Não nos pedem, à chegada a um hotel, que em inglês também se diz *hostel* e em espanhol *hostal*, a identificação, pois não se sabe quem chega por bem ou por mal?

Espera-se que o hospital seja lugar de hospitalidade e não de hostilidade. Em francês, para hospital, também há o composto *Hôtel-*

Dieu. Lá no termo, quem não espera ser hospedado pelo mistério de Deus? E aí está a solidariedade.

4. Religião, sentido e saúde

Kant alinhou as tarefas fundamentais da filosofia: «O que posso saber?», «O que devo fazer?», «O que é que me é permitido esperar?» No fundo, elas reduzem-se a uma quarta pergunta, para a qual remetem: «O que é o Homem?»

Segundo Kant, precisamente à terceira pergunta responde a religião, o que significa que, para ele, o que a determina é a esperança de salvação, felicidade, consolação, sentido último. Deus «deve» moralmente existir — é um postulado da razão prática —, para que se dê a harmonia entre o dever cumprido e a felicidade.

Claro que é sempre possível perguntar se realmente a religião consola e como. Para viver a religião verdadeira, é preciso estar disposto a sacrificar-se pela dignidade, pela justiça, pela verdade: pense-se, por exemplo, na cruz de Cristo. E está sempre presente a ameaça de projeção e ilusão, como denunciaram os «mestres da suspeita». De qualquer forma, não há dúvida de que a religião tem a ver com felicidade e sentido último.

Inclusivamente, existem hoje estudos que mostram uma relação global positiva entre a religião e a saúde — note-se que, significativamente, o étimo latino de saúde e salvação é o mesmo: *salus*, *salutis*, em conexão com saudar e saudade, *salutem dare*. Ao contrário de R. Dawkins, que supõe que é largamente aceite pela comunidade científica que a religião prejudica os indivíduos, reduzindo o seu potencial de saúde e sobrevivência, Mario Beauregard, investigador de neurociências na Universidade de Montreal, escreve que se acumulam provas consideráveis de que as experiências religiosas, espirituais e/ou místicas «estão associadas a melhor saúde física e mental».

No quadro da «medicina psicossomática», é sabido hoje, por exemplo, que o *stress* ou a solidão podem contribuir para aumentar a tensão arterial. Foi assim que se começou a estudar também a fisiologia da meditação para compreender a influência do espírito sobre o corpo. Na sua obra *The Spiritual Brain*, Beauregard cita cento e cinquenta e oito estudos médicos sobre o efeito da religião na saúde, concluindo que 77% fazem menção de um efeito clínico positivo. Um estudo mostrou que os «adultos mais idosos que participam em atividades religiosas pessoais antes do aparecimento dos primeiros sinais de *handicap* nas atividades do quotidiano têm mais esperança de vida do que aqueles que não o fazem».

Há também dados que mostram o desejo dos doentes de que os médicos conheçam as suas crenças religiosas e que as tenham em conta. Falar sobre o assunto pode aumentar a compreensão médico-doente. Por outro lado, uma sondagem junto de mil e cem médicos norte-americanos mostrou que 55% estavam de acordo com a afirmação: «As minhas crenças religiosas influenciam a minha prática da medicina.»

No seu novo livro, *How God Changes your Brain*, o neurologista Andrew Newberg mostra, através da ressonância magnética nuclear funcional, que a meditação e a oração intensas alteram a massa cinzenta, reforçando as zonas que concentram a mente e alimentam a compaixão; também acalmam o medo e a ira. «A religião e a ciência são as duas forças mais poderosas em toda a história humana. São as duas coisas que nos ajudam a organizar e a entender o nosso mundo. Porque não procurar uni-las?» (Newberg, 2009).

Note-se, porém, que os efeitos não são sempre positivos. É fundamental a imagem que se tem da entidade superior, benevolente ou malévola. Beauregard (2009) refere um estudo que mostra que os idosos e doentes corriam maior risco de morre, se tivessem «uma relação conflituosa com as suas crenças religiosas».

Por outro lado, os ateus dirão que precisamente a imagiologia cerebral das pessoas mergulhadas na oração é a prova de que a fé é uma ilusão, pois apenas mostra o que se passa no cérebro. Responde Newberg (2009): «Pode ser que seja só o cérebro a fazê-lo, mas também poderia ser o cérebro recebendo o fenómeno espiritual.» Acrescentando (2009): «Eu não digo que a religião seja má ou não real. O que digo é que as pessoas são religiosas e procuramos saber como isso as afeta.»

Para se entender a relação da espiritualidade e da religião na saúde e na cura, é fundamental regressar à reflexão sobre a constituição do ser humano e aprofundar concretamente o mundo dos afetos em conexão com a confiança e o sentido.

A definição do Homem como animal racional não dá conta adequada do que somos: de facto, não começamos por pensar, mas por sentir. Somos afetados pelo meio ambiente, desde o ventre materno. Daí, não ser indiferente uma gravidez querida e serena e uma gravidez vivida no meio da inquietação e do sobressalto.

No instante da conceção, está-se no que alguns chamam a «inocência do sentimento». Depois, começamos a ser afetados, positiva ou negativamente, e assim se vai formando uma atitude positiva ou negativa face ao mundo e aos outros, com consequências na autoestima e autoconfiança ou não, com confiança no mundo e nos outros ou, pelo contrário, com desconfiança e inquietação.

Na altura, ainda se não pensa, mas sente-se. Primeiro, são os afetos. Suponhamos que, depois do nascimento, não se cuida convenientemente do bebé, ninguém lhe sorri, ninguém o acarinha. O que fica? O sentimento de frustração. Afinal, o que vale o mundo? Para que serve? Não começa aqui o sentimento de revolta, violência e destruição?

Depois, com a aquisição lenta do uso da razão, há de estudar-se a vida afetiva, para aproveitar a sua força — querer ser e viver — na condução da existência, sabendo conviver com ela nas suas dimen-

sões positivas e negativas. Porque a razão, sem os afetos, pode ficar paralisada, mas estes, sem aquela, podem tornar-se cegos. E assim se constata a importância do que hoje se chama a razão que sente, razão sensível, razão emocional.

É neste fundo anímico-vital afetivo que mergulha a própria fé religiosa. Esquece-se frequentemente que a fé não começa por ser religiosa, pois é uma atitude fundamental da existência enquanto confiança de base. Hoje, quando o que faz falta é confiança e crédito, percebe-se melhor o tema. Mas, a um dado momento, há de colocar-se também a questão da fé religiosa, na medida em que se põe a pergunta pelo fundamento último da confiança.

A realidade da fé como atitude fundamental de toda a existência e como possível abertura à fé religiosa, garante do sentido último e pleno, é sublinhada cada vez mais, também em estudos científicos referentes à doença e à cura. Aliás, não há aqui nenhuma descoberta, pois sempre se soube que a atitude do Homem face à vida, à doença e à própria morte depende do grau da sua confiança.

Também da confiança em Deus? «Uma grande maioria do corpo científico considera que a religião tem um impacto positivo na saúde» explicou na *Time Magazine* (Feb. 12, 2009), Andrew Newberg, da Universidade da Pensilvânia. *Le Monde des Religions* (2012, 54) investigou e deu conta de um artigo da Universidade de Oxford, em 2001, com a síntese de mil e duzentos estudos sobre a questão, concluindo que «crer, rezar, praticar uma religião levam a uma melhor resiliência às doenças mentais como a esquizofrenia e têm uma ação positiva sobre a pressão arterial e as funções imunitárias». Isto não significa que a oração seja um medicamento, mas que acreditar permite suportar melhor a doença, favorecendo o tratamento. Como já ficou dito, a imagem de Deus, bom ou castigador, é fundamental.

Gail Ironson (2011; p. 415), da Universidade de Miami, num estudo sobre a ligação entre HIV e crença religiosa, conclui que «mesmo

tendo em conta os medicamentos, a espiritualidade traz um melhor controlo da doença». Nel Krause (2009; p. 517), da Universidade do Michigan, mostrou que as pessoas que acreditam que «a sua vida tem um sentido» vivem mais tempo.

Foi concretamente Viktor Frankl, sobrevivente de Auschwitz e fundador da chamada terceira corrente de psicoterapia de Viena, que sublinhou esta relação entre o sentido e a cura. O que move o ser humano é o sentido, de tal modo que tudo suportará, se encontrar um sentido, e a religião tem a ver precisamente com o sentido de todos os sentidos, o sentido último. Numa obra célebre, de que se venderam no mundo mais de doze milhões de exemplares e finalmente também traduzida para português, *O Homem em Busca de um Sentido* (Alfragide, 5.ª edição, 2017), o psicoterapeuta da superação do sofrimento e da cura pela logoterapia (cura pelo sentido) escreve: «Fenómenos tão disseminados como a depressão, a agressão e as dependências não são compreensíveis a menos que reconheçamos o vazio existencial que lhes subjaz. Isto aplica-se igualmente às crises dos reformados e dos idosos» (Frankl, 2017, p. 109);

«O sentido da vida muda sempre, mas nunca deixa de existir. Segundo a logoterapia, podemos descobrir este sentido de três formas diferentes: 1) criando uma obra ou praticando uma façanha; 2) vivendo uma experiência ou encontrando alguém; e 3) por meio da atitude que assumimos ante um sofrimento inevitável» (p. 113); «Hoje em dia, os psiquiatras são cada vez mais abordados por pessoas que os confrontam com problemas humanos e não com sintomas neuróticos. Algumas das pessoas que atualmente pedem ajuda a um psiquiatra teriam noutros tempos procurado um pastor, um padre ou um rabi. Agora recusam com frequência ser enviados a um clérigo e em vez disso colocam ao médico questões como: "Que sentido tem a minha vida?"» (Frankl, 2017, p. 117).

O próprio Viktor Frankl (2017) sintetizou o núcleo do seu pensamento: «O que é, na realidade, o Homem? É o ser que decide o que é. É o ser que inventou câmaras de gás, mas ao mesmo tempo é o ser que entrou nelas com passo firme, murmurando uma oração.»

A logoterapia parte de uma conceção filosófica que tem o Homem enquanto pessoa como centro. O impulso primário da pessoa não é, como pensou Freud, a vontade de prazer, também não é a vontade de poder, como queria Adler, mas a vontade de sentido.

Este sentido não se inventa, mas descobre-se: numa obra, num amor, numa tarefa a realizar. No fundo, cada um tem de perguntar: o que é que a vida quer de mim? «Em última instância, viver significa assumir a responsabilidade de encontrar a resposta correta para os problemas que a vida coloca e cumprir as tarefas que ela continuamente aponta a cada pessoa.» (Frankl, 2017).

O que distingue então Frankl de Freud e de Adler é que enquanto estes reduziam o Homem a um ser que procura a satisfação dos impulsos em ordem ao restabelecimento de um equilíbrio homeostático intrapsíquico, para Frankl, ele não é só um sistema psicológico. É preciso compreendê-lo na sua totalidade: corpórea, psíquica e espiritual.

> «A realidade humana refere-se sempre a algo para lá de si mesma. Está dirigida para algo que não é ela mesma. Os seres humanos procuram mais para lá de si mesmos: um sentido no mundo. Procuram encontrar um significado a realizar, uma causa a servir, uma pessoa a quem amar. E só assim os seres humanos se comportam como verdadeiramente humanos.» (Frankl, 2017).

No indescritível sofrimento dos campos de concentração — ele, que perdeu lá a mulher, o pai e a mãe, era o prisioneiro número 119 104 —, aprofundou a importância que têm as ideias para a forma

de viver. Pôde constatar que, se eram as pessoas com vida interior e intelectual mais intensa que sofriam mais, também eram elas que tinham maior capacidade de resistir. Aí, percebeu que «quem tem algo por que viver é capaz de suportar qualquer como» (Frankl, 2017). Por isso, referia aos companheiros de desgraça:

> «as muitas oportunidades existentes para dar um sentido à vida. Este infinito significado da vida compreende também o sofrimento e a agonia, as privações e a morte. Assegurei-lhes que nas horas difíceis havia sempre alguém que nos observava — um amigo, uma esposa, alguém que estivesse vivo ou morto ou um Deus — e que de certeza não queria que o dececionássemos» (Frankl, 2017).

Frankl constatou que os prisioneiros que perdiam a fé e a esperança no futuro punham em risco a saúde e a própria sobrevivência. Mas também viu que há o que ninguém pode tirar ao Homem, mesmo num campo de concentração:

> «A última das liberdades humanas — a escolha da atitude pessoal perante um conjunto de circunstâncias — para decidir o seu próprio caminho.» Mesmo «essa tríade trágica na qual se incluem a dor, a culpa e a morte, pode chegar a transformar-se em algo positivo, quando se enfrenta com a postura e a atitude corretas». (Frankl, 2017)

Quando as pessoas não encontram sentido, surgem as neuroses que chamou noógenas: não provêm de conflitos instintivos ou inconscientes, mas da falta de sentido e atingem o núcleo mais íntimo da pessoa. A logoterapia é precisamente a terapia de encontro de sentido: ajuda cada um/uma a descobrir o sentido pessoal da sua vida a realizar.

Na busca de sentido último, o Homem, inconscientemente, procura Deus — *The Unconscious God* — é o título de uma das suas obras.

No nosso tempo, já não é o sexo que é reprimido, mas o que é espiritual e religioso. Daí, a falta de sentido, de orientação, e, consequentemente, o tédio e o vazio (para aprofundar a questão, ver a tese de mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sob a minha orientação, de Andrea Marin Marques, *Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental — Que relação?*, 2016, com ampla bibliografia).

Por isso, Viktor Frankl defendia a colaboração entre o psiquiatra e o cura de almas. Como ficou dito, o ato médico não pode ser de modo nenhum o de um técnico perante uma máquina estragada que é preciso reparar. É necessário aproximar-se do paciente dentro de uma compreensão global do Homem. Georges Engel, num artigo célebre — «The Need for a New Medical Model» —, falou de uma aproximação «biopsicossocial», que, segundo o teólogo Guy Jobin, teve enorme impacto. «Já não se trata de uma divisão do trabalho entre cura do corpo e cura das almas. Em vários setores do cuidado — em geriatria, nos cuidados de longa duração, nos cuidados paliativos —, o acompanhante espiritual faz agora parte integrante da equipa de cuidados. É considerado um profissional como os outros membros da equipa» — cito de novo *Le Monde des Religions* (2012, 54).

5. LUTO(S) E RELIGIÃO

O luto é dor pela perda, principalmente pela morte de alguém. Há muitos tipos de perda, mas a perda principal é a morte. Quanto mais fortes forem os laços com alguém maior a dor e o luto, que pode considerar-se o outro lado do amor.

O luto, exceto quando não houve o trabalho sadio do luto e, assim, se tornou patológico, não é, pois, uma doença, mas tão-somente a expressão da dor pela morte de alguém significativo.

Trata-se de uma dor que afeta as múltiplas dimensões do ser: física, psíquica, espiritual, social, sendo, por isso, a reação à perda igualmente variada: choque, negação, tristeza, depressão, culpabilização, raiva, ansiedade, desinteresse pela vida quotidiana, fadiga, desamparo, com expressões físicas, como perturbações do sono, problemas gástricos, sensação de vazio físico e psíquico...

Há vários tipos de luto. Pode ser antecipado: face à perda iminente de alguém. Há o luto caracterizado como ambíguo: pense-se no caso da perda por ocasião de um rapto e se ignora se a pessoa está viva ou morta, ou no caso de se viver em presença de uma pessoa com *Alzheimer* (ela ainda está viva e já está «morta»). Há lutos mais complicados, porque não são ou podem não ser reconhecidos: pense-se no caso dos homossexuais, que perdem o/a companheiro/a, ou dos que perdem o/a «amante». Há lutos retardados, não foram feitos no devido tempo, e lutos crónicos, as pessoas nunca mais «enterram» os seus mortos e as energias ficam todas presas ao passado, instalando-se a incapacidade de reintegração na sociedade e reinvestimento na vida que continua. Há lutos encobertos: o luto não foi elaborado em termos sadios e manifesta-se de modo mascarado, por exemplo, numa doença pela qual, inconscientemente, se quer chamar a atenção. Para a morte de um filho nem há nome: quem perde o pai ou a mãe fica órfão, o viúvo ou a viúva perderam a mulher ou o marido; mas que nome se dá ao pai ou à mãe que perderam um/uma filho/uma?

No luto elabora-se a dor e aprende-se a pensar sem culpa sobre a perda, a exprimir sentimentos e a partilhá-los. É uma resposta física, emocional, cognitiva, social e espiritual a uma perda significativa.

O que se pretende é o caminho da aceitação da realidade — superar a negação, aceitar a morte como morte. Mesmo que possa haver

alucinações, é preciso compreender e aceitar que a morte é morte e que o morto nunca mais regressa a este mundo. Por outro lado, dar expressão aos sentimentos e partilhá-los: nomear o que se sente. Os sentimentos não são morais, lembra o especialista José Carlos Bermejo — esta parte do texto é devedora a um simpósio sobre o tema, organizado em Ponta Delgada pelo padre Paulo Borges, no qual participei e ele também.

Outro objetivo: adaptar-se ao ambiente em que o defunto já não está, o que implica a capacidade de, com o tempo, desmontar os lugares e as coisas do morto: é preciso fazer as pazes com os espaços do outro definitivamente ausente, e compreender que é necessário investir noutras realidades — investir energia emotiva noutras tarefas e relações. Pode-se de novo viajar, sorrir, viver a vida.

O caso das crianças é especial. Não se deve mentir, dizendo, por exemplo, que a pessoa querida foi viajar, pois isso significaria que a abandonou, mas deve-se perguntar pelas suas preocupações, fomentar o diálogo e a recordação, ouvi-las, permitir a participação em rituais, explicando e dirigindo-se expressamente a elas. Dizer claramente que se não compreende. Apresentar a natureza, onde também se morre, como comparação.

O luto é um processo que pode durar seis meses e pode ir até aos dois anos. Os rituais — velório, enterro, cremação — têm papel decisivo. A religião pode ser uma ajuda fundamental, na medida em que vem em auxílio com a fé no Deus da Vida contra a morte.

E aí estão as pessoas, com a capacidade de acompanhar a pessoa enlutada, sabendo ouvi-la ou estar em silêncio, indo ao encontro das suas necessidades, deixando-a falar e chorar. Diz a tradição judaica que, quando Deus viu a tristeza de Adão e Eva, após a expulsão do paraíso, lhes deu as lágrimas como consolação. E no Talmude também se fala das lágrimas de Deus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beauregard, M. (2008). *The Spiritual Brain: A Neuroscientist's Case for the Existence of the Soul*. Nova Iorque: HarperOne

Borges, A. (2011). *Corpo e Transcendência*. Coimbra: Almedina

Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model. *Science*, 196, (4286), 129-136

Heidegger, M. (2009). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes

Le Monde des Religions (2012, 54). Acedido a 18 de novembro de 2019, em http://www.lemondedesreligions.fr/mensuel/2012/54/

Newberg, A. (2009). *How God Changes your Brain*. Nova Iorque: Ballantine Books

Frankl, V. (2012). *O Homem em Busca de um Sentido*. Alfragide, 5ª edição, 2017, Lisboa: Lua de Papel

Marin Marques, A. (2016). *Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental — Que relação?* Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras — Universidade do Porto, Portugal

Moltmann, J. (1993). *God in Creation (The Gifford Lectures, 1984-1985)*. Fortress Press, Minneapolis.

Ferreira, MLR (2006/2007). A mulher como "o outro" – *A filosofia e a identidade feminina*. Filosofia, 23/24.

Gail Ironson, G., Stuetzle, R., Ironson, D. Balbin, E., Kremer, H., George, A., Schneiderman, N. Fletcher, MA (2011). *View of God as benevolent and forgiving or punishing and judgmental predicts HIV disease progression*. J Behav Med: 34: 414-425.

Krause, Neal. 2009. "Meaning in Life and Mortality." *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64 (4): 517-527.

Heidegger, M. (1986). *Sein und Zeit, Published by Max Niemeyer*, Tubingen, 16ª edição.

(Página deixada propositadamente em branco)

25. Saúde global, sofrimento global
Global health, global suffering

Manuel João R. Quartilho

ORCID: 0000-0001-7931-0172

RESUMO:

O texto faz uma revisão crítica dos *Millennium Development Goals* e *Sustainable Development Goals*. Depois, faz considerações teóricas a propósito do sofrimento individual e social, por detrás das estatísticas epidemiológicas. Desenvolve algumas questões associadas ao sofrimento global e discorre sobre o interesse e impacto do movimento de saúde mental global, assinalando as controvérsias em redor deste movimento, nomeadamente as tensões entre uma abordagem de saúde pública, baseada na biomedicina e em práticas correntes baseadas na evidência, e uma abordagem a partir da comunidade, social e culturalmente informada, que sublinha os determinantes sociais da saúde mental e os imperativos ligados à necessidade de se ouvirem as prioridades locais, de se fortalecerem os recursos das comunidades e de se desenvolverem soluções endógenas.

PALAVRAS-CHAVE: *millennium development goals; sustainable development goals*; sofrimento social; sofrimento global; determinantes sociais da saúde mental; saúde mental global

https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6_25

ABSTRACT:

This chapter makes a critical review of the *Millennium Development Goals* and *Sustainable Development Goals*. Then it produces some theoretical considerations on individual and social suffering, behind epidemiologic statistics. In this context, the chapter develops some topics related to global suffering and refers to the interest and impact of the movement for global mental health, noting the controversies between a public health approach, sympathetic to biomedicine and current evidence-based practices, and an approach from the community, socially and culturally informed, emphasizing the social determinants of mental health and the necessity of listening to local priorities, to strengthen community resources and develop endogenous solutions.

KEYWORDS: millennium development goals; sustainable development goals; social suffering; global suffering; social determinants of mental health; global mental health

Millennium Development Goals

No ano 2000, uma cimeira das Nações Unidas (ONU) decretou os objetivos do milénio (ONU, 2000) e reclamou «uma responsabilidade coletiva para apoiar os princípios da dignidade humana, igualdade e equidade a nível global». A ONU projetou a execução destes objetivos num prazo de quinze anos, ou seja, até 2015. Nestes objetivos foram incluídas a necessidade de erradicar a fome e pobreza extremas, a promoção da igualdade de género, a redução da mortalidade infantil e a melhoria progressiva da saúde materna, bem como o combate ao HIV/SIDA, à malária e a outras doenças. Não obstante as promessas e as boas intenções do documento, este não ficou isento de críticas, ao não considerar, alegadamente, as

causas e as soluções duradouras para questões relacionadas com a pobreza, os direitos humanos ou, ainda, a importância e o impacto das doenças crónicas a nível global. As debilidades estruturais dos diferentes sistemas de saúde e a escassez de medicamentos e de recursos humanos, entre outros motivos, justificam as críticas ao modo supostamente injusto como foi tratado o continente africano e explicam a natureza não inteiramente satisfatória dos resultados obtidos (EASTERLY, 2009). As insuficiências e resultados parciais dos objetivos do milénio constam de um relatório recente, também publicado pela ONU (2015).

Em 2015, apesar dos progressos alcançados, persistia a desigualdade de género. As mulheres continuavam a ser discriminadas no acesso ao trabalho e eram mais suscetíveis a viver em condições de pobreza. Continuavam também a existir enormes desigualdades entre as condições de habitação mais pobres e mais ricas, bem como entre as zonas rurais e urbanas. Nos chamados países em desenvolvimento, as crianças que viviam em casas mais pobres apresentavam um risco duplo de alterações do desenvolvimento e eram quatro vezes mais suscetíveis de estarem fora da escola, quando comparadas com as crianças que viviam em casas mais ricas. As taxas de mortalidade para aquelas crianças, com menos de 5 anos, duplicavam as taxas relativas às crianças das habitações mais favorecidas. Em 2015, as causas evitáveis de doenças como a diarreia, a pneumonia e a malária continuavam a matar cerca de dezasseis mil crianças com menos de 5 anos (BIRN *et al.*, 2017). Nas zonas rurais, apenas 56% dos partos eram assistidos por pessoal especializado, em contraste com uma percentagem de 87% nas zonas urbanas. As taxas de mortalidade materna também não diminuíram de modo significativo nos países mais pobres do globo e alguns dos que apresentavam as taxas mais elevadas, como a Costa do Marfim, o Quénia e os Camarões, assistiram a um progresso muito tímido (BIRN *et al.*, 2017). A mortalidade neonatal não teve qualquer redução significativa. Cerca de 16% da

população rural não tinha acesso a água canalizada, em contraste com os 4% da população urbana. E cerca de 50% das pessoas que viviam em zonas rurais não possuíam as condições sanitárias adequadas, em contraste com uma percentagem de 18% para as zonas urbanas. A degradação ambiental comprometia os progressos obtidos e ameaçava, sobretudo, as pessoas mais pobres, as zonas do globo mais vulneráveis. As emissões globais de CO_2 tinham aumentado cerca de 50%, a partir de 1990. A escassez de água afetava cerca de 40% das pessoas em todo o mundo. Os conflitos armados continuavam a constituir uma séria ameaça ao desenvolvimento humano. No final de 2014, cerca de sessenta milhões de pessoas tinham sido forçadas a abandonar as suas casas. Todos os dias, cerca de quarenta mil pessoas eram deslocadas à força e obrigadas a procurar proteção. Nesse mesmo ano, as crianças constituíam metade da população de refugiados sob responsabilidade das Nações Unidas. Finalmente, milhões de pessoas continuavam a viver na pobreza e com fome, sem acesso a serviços básicos. Ainda hoje, apesar dos progressos alcançados, cerca de oitocentos milhões de pessoas vivem em condições de pobreza extrema e têm fome. Perto de cento e sessenta milhões de crianças têm uma altura inadequada para a sua idade por carências nutricionais. Cerca de cinquenta e sete milhões de crianças não frequentavam a escola. Quase metade de todos os trabalhadores, à escala global, trabalhavam em condições de vulnerabilidade, raramente gozando os benefícios associados a um trabalho decente. Cerca de dezasseis mil crianças morriam em cada dia antes de fazerem 5 anos, na maioria dos casos por causas evitáveis. As taxas de mortalidade materna nas regiões em desenvolvimento eram cerca de quatro vezes superiores às taxas verificadas nas regiões desenvolvidas. Apenas metade das mulheres grávidas, nos países em desenvolvimento, recebia o mínimo recomendado de quatro visitas pré-parto. Em 2013, apenas 36% dos 31,5 milhões de pessoas HIV+, nas regiões em desenvolvimento, recebiam terapia

adequada. Em 2015, uma em cada três pessoas (2,4 mil milhões de pessoas) não tinha as condições sanitárias adequadas. Cerca de oitocentos e oitenta milhões de pessoas vivem ainda hoje em bairros degradados. Globalmente, aqueles objetivos mais intimamente ligados a uma melhoria das condições de vida, requerendo investimentos redistributivos, foram especialmente dececionantes (BIRN *et al.*, 2017).

Sustainable Development Goals

Os MDGs deram lugar aos *Sustainable Development Goals* (SDGs). Criados no final de 2015, estes consideraram que a saúde e o bem-estar são não apenas o resultado, mas também os fundamentos da inclusão social, da redução da pobreza e da proteção ambiental. Privilegiando a importância da saúde, o desenvolvimento pode ser considerado «sustentável» quando os recursos, naturais e manufaturados, são tratados para e por todos os indivíduos de modo a garantir a saúde e o bem-estar das gerações atuais e futuras. Afinal, a saúde depende, e promove, a produtividade em setores importantes para as populações, como a agricultura, a educação, o emprego, a energia, o ambiente e a economia (OMS, 2017). Os SDGs representam a convergência de uma série de preocupações e temas globais, numa tentativa de apresentação de uma agenda unificada. Em parte, isto reflete a compreensão de que as diferentes questões estão relacionadas entre si — a sustentabilidade em termos energéticos, por exemplo, afeta as mudanças climáticas, e ambas afetam a saúde — e, em parte, é uma tentativa de criação de uma agenda prática global a partir de muitas preocupações. Os SDGs são explicitamente sobre um só mundo: todos os objetivos — ao contrário dos MDGs — são aplicáveis a todos os países, ricos ou pobres, grandes e pequenos. O desenvolvimento não é apenas para os países *low and middle*

income (CRISP, 2016). De algum modo, os SDGs representam um ponto de viragem para o futuro da Humanidade (COSTANZA *et al.*, 2016). Pela primeira vez na sua história, foram reunidos um conjunto de objetivos, consensuais entre os países, incluindo uma série ampla de fatores que contribuem para um bem-estar sustentável. Não obstante, os SDGs não consideram a saúde, ou quaisquer dos outros objetivos, como direitos humanos (BIRN *et al.*, 2017). Vejamos, com algum pormenor, os objetivos em causa a partir de duas publicações recentes: do Banco Mundial (2017) e da ONU (www.un.org/sustainabledevelopment).

O primeiro objetivo visado pelos SDGs corresponde à erradicação da pobreza em todas as suas formas e em todas as zonas do globo até 2030. É um objetivo que deveria considerar a pobreza como um défice de direitos políticos e económicos, como uma ausência de liberdade política e económica, e não como um défice de capacidade ou conhecimentos técnicos. Este défice, a existir, deve ser encarado como um sintoma de pobreza, e não como a causa da pobreza (EASTERLIN, 2013). Em 1990, 1,8 mil milhões de pessoas, ou seja, 35% da população mundial, vivia em condições de pobreza extrema. Até 2013, verificou-se uma redução significativa da pobreza global, com destaque para o sul da Ásia e, em particular, para a China. Apesar dos progressos obtidos, a pobreza é especialmente importante na África subsariana, onde mais de 40% das pessoas viviam com menos de 1,9 dólares por dia, em 2012, mais de cem milhões de pessoas em comparação com 1990. Hoje, a África subsariana inclui metade da pobreza extrema em todo o mundo. Em 2013, cerca de 766 milhões de pessoas, 10,7% da população mundial, viviam em condições de pobreza extrema, com dificuldades em satisfazerem necessidades básicas relacionadas com a saúde, a educação e as condições sanitárias (BANCO MUNDIAL, 2017). Em 2015, 10% dos trabalhadores e suas famílias, à escala global, viviam com menos de 1,90 dólares por dia. Contudo, a pobreza mais abjeta deve ser medida

não apenas através do dinheiro disponível, mas na disponibilidade dos alimentos, na escassez de acesso a qualquer tipo de carne ou proteínas, na quantidade de comida que chega a cada prato. Deve ser medida pela possibilidade de as crianças andarem na escola, de terem uma diarreia que não é tratada, de dormirem num chão sujo, de terem sapatos rotos. Pela distância que é necessário percorrer até chegar ao furo de água mais próximo. Pela possibilidade de partilhar o recurso a latrinas ou ter de recorrer a espaços abertos para defecação. Numa palavra, a pobreza deve ser medida em função das possibilidades de escolha (YAMIN, 2016). E estas possibilidades resultam muitas vezes do que acontece a montante, ou seja, dos determinantes sociais da saúde. É certo que as pessoas devem assumir a responsabilidade pela sua saúde e a dos seus familiares. Mas as pessoas não existem num vácuo social e as suas escolhas, ou estilos de vida, são influenciados pelos contextos em que nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. E, muitas vezes, os obstáculos à saúde são bem mais fortes do que a motivação e capacidade das pessoas para os ultrapassar. As crianças, que não escolhem os ambientes em que vivem, são particularmente vulneráveis aos efeitos deletérios das condições físicas e sociais negativas, das experiências de adversidade precoce que muitas vezes caracterizam as suas existências (BRAVEMAN *et al.*, 2011). Num centro de saúde localizado na região de Punjab, na Índia, Alicia Yamin viu sobretudo crianças com diarreia, trazidas pelas mães. Os jovens médicos prescreviam antibióticos ou aconselhavam hidratação oral. Algumas destas mães retiravam a água de um lago próximo do centro de saúde, onde as vacas e os búfalos se banhavam, bebiam e defecavam, descurando a aparente possibilidade de usarem água potável a partir de uma nascente, no centro da aldeia. Tal acontecia pelo facto de serem discriminadas localmente, ameaçadas de morte se recorressem à água da nascente. Mais do que a educação para a saúde ou a observação de comportamentos saudáveis, estavam em causa deter-

minantes estruturais que condenavam estas mulheres à opressão, a uma subordinação baseada num sistema de castas (YAMIN, 2016). Mais do que a causa do sintoma ou da doença, importa sublinhar as causas das causas. A saúde precária dos mais pobres, o gradiente social na saúde nos diferentes países e as fortes desigualdades na saúde, entre as várias nações, são causados pela desigual distribuição do poder, rendimentos, recursos e serviços, a níveis local e global, com injustiças resultantes nas circunstâncias imediatas em que as pessoas vivem — o acesso aos cuidados de saúde, à educação e às escolas, as suas condições de trabalho, as suas casas, comunidades, as possibilidades de terem uma vida digna (OMS, 2008). Os países *lower and middle income*, incluindo a China, a Indonésia, a Índia e a Nigéria, integram quase metade de todos os pobres à escala global. Mas nos países mais desenvolvidos encontramos também, hoje em dia, trinta milhões de crianças a crescerem em situações de pobreza infantil. Cerca de 16% de todos os empregados jovens, entre os 15 e 24 anos, viviam abaixo do limiar da pobreza em 2015. Mas este primeiro objetivo visa igualmente assegurar proteção social para as pessoas pobres e mais vulneráveis, melhorar o acesso a serviços básicos e apoiar os que são ameaçados por conflitos ou desastres climáticos. Apenas uma em cada cinco pessoas recebia algum tipo de proteção social nos países mais pobres, em comparação com cada duas a três pessoas nos países mais ricos.

O objetivo 2 promete acabar com a fome, garantir a segurança alimentar e melhorar as condições de alimentação, promover uma agricultura sustentável, numa altura em que oitocentos milhões de pessoas não têm acesso a uma alimentação adequada. Em 2014, cerca de cento e sessenta milhões de crianças com menos de 5 anos tinham alterações do crescimento por razões ligadas aos seus padrões alimentares. Na África subsariana, o número absoluto de crianças com alterações do crescimento aumentou de quarenta e cinco milhões em 1990, para cinquenta e sete milhões em 2015 (Banco Mundial,

2017). Tanto a prevalência como o número absoluto de crianças com menos de 5 anos exibem atualmente um aumento global no excesso de peso, sobretudo nos países *upper middle income* (Banco Mundial, 2017). Entre 2000 e 2014, a percentagem de crianças obesas com menos de 5 anos aumentou cerca de 20%. Cerca de metade destas crianças viviam na Ásia. As populações da África subsariana e do sul da Ásia estão a crescer a um ritmo mais rápido do que noutras zonas do globo, com maior aumento das necessidades alimentares. A melhoria das condições e rendimentos da agricultura é essencial no combate à pobreza e à insegurança alimentar, uma vez que mais de três quartos das pessoas pobres vivem em zonas rurais e quase dois terços dependem da agricultura.

O objetivo 3 pretende conseguir vidas saudáveis e a promoção do bem-estar para todos, em todas as idades. Para este efeito, é recomendado um maior investimento na melhoria dos sistemas de recolha de dados relacionados com a saúde. Os objetivos associados incluem melhorar a saúde reprodutiva, materna e infantil, acabar com as epidemias das doenças infeciosas, reduzir a prevalência das doenças crónicas e ambientais, conseguir uma cobertura universal dos serviços de saúde, e assegurar para todos o acesso a medicamentos seguros, eficazes e não dispendiosos. Em 2015, faleceram cerca de 5,9 milhões de crianças, na maioria dos casos por causas evitáveis. Faleceram 303 mil mães por complicações na gravidez ou parto — 216 por cada cem mil nados-vivos. Na África subsariana, os números mais do que duplicaram. Tanto nesta zona do globo como no sul da Ásia, apenas metade dos nascimentos foram assistidos por pessoal especializado. Nos países *low income,* mais de 50% das mulheres casadas referem não ter acesso ao planeamento familiar através dos métodos contracetivos modernos. Cerca de 2,1 milhões de pessoas foram infetadas com o HIV e cerca de 214 milhões, a maioria no continente africano, adoeceram com malária. Mas o número de pessoas a viver com o HIV, mais do que trinta e seis milhões

a nível global, continua a aumentar na medida em que o acesso à terapia antiretroviral aumenta as taxas de sobrevida. A incidência da tuberculose continua a constituir um desafio global, sobretudo na África subsariana e no sul da Ásia. Em 2015, haviam 10,4 milhões de novos casos de tuberculose e 1,4 milhões de mortes associadas à doença (Banco Mundial, 2017). Em 2012, quase dois terços das mortes por doença crónica, em pessoas com menos 70 anos, foram causadas por doenças cardiovasculares e cancro. Globalmente, a morte prematura, antes dos 70 anos, causada pelas quatro principais doenças crónicas — doença cardiovascular, cancro, diabetes e doença respiratória crónica — diminuiu 16% entre 2000 e 2015. Pelo menos 10% da população mundial tem algum tipo de perturbação mental. E a forte correlação entre perturbação mental, pobreza e saúde física significa que as intervenções devem integrar um programa alargado de luta contra a pobreza. Os refugiados, bem como as pessoas de algum modo afetadas por epidemias e desastres naturais, evidenciam prevalências mais elevadas de depressão e ansiedade (MNOOKIN, BANCO MUNDIAL & OMS, 2016). O suicídio responde por 8,2% das mortes nos jovens entre os 15 e 29 anos, sendo a segunda causa de morte neste grupo etário à escala global, a seguir aos acidentes rodoviários. As taxas de suicídio tendem a ser superiores na Europa, Ásia Central e nos países *high income* (BANCO MUNDIAL, 2017). Em 2012, cerca de 3,3 milhões de mortes, 6% de todas as mortes à escala global, foram atribuídas ao consumo de álcool. Este consumo mostrou ser mais elevado na Europa e na Ásia Central e mais baixo no Médio Oriente e no Norte de África (BANCO MUNDIAL, 2017).

O objetivo 4 destina-se a assegurar uma educação inclusiva e a promoção de oportunidades de aprendizagem para todos, ao longo da vida. Nos últimos vinte e cinco anos, o acesso à educação para todas as crianças, jovens e adultos, independentemente das suas circunstâncias, tem constituído um dos principais objetivos da agenda para o desenvolvimento global. Nos países *low and middle income*,

as crianças são menos suscetíveis de frequentar a escola à medida que vão ficando menos jovens. As raparigas exibem uma especial desvantagem. As raparigas pobres que vivem em zonas rurais, em comparação com os rapazes pobres, mostram uma menor probabilidade de completarem os nove anos de escolaridade. Na África subsariana, a percentagem de estudantes que completaram o ensino secundário aumentou de 23%, em 1990, para 42%, em 2014. Contudo, este valor continua baixo quando comparado com um valor global de 75%. Em 2013, cerca de sessenta milhões de crianças não frequentavam a escola primária, um terço das quais na Índia, Nigéria, Paquistão e Sudão, a maioria vivendo em condições de pobreza. No mesmo ano, cerca de setecentos e cinquenta milhões de adultos, a maioria dos quais mulheres, não sabiam ler nem escrever. Cerca de 85% dos adultos em todo o mundo têm níveis básicos de literacia (BANCO MUNDIAL, 2017). Entretanto, o número de crianças fora da escola primária foi reduzido para metade ao longo das últimas duas décadas, sobretudo à custa dos bons resultados observados na China e na Índia. E a África subsariana reduziu o número de crianças fora da escola, de quarenta e sete milhões em 1996 para trinta e quatro milhões em 2014.

O objetivo 5 consiste em garantir a igualdade de género, dando poder às mulheres, eliminando todas as formas de discriminação e de violência, reconhecendo o seu direito à saúde, a um trabalho digno e à participação plena na vida pública. Cento e cinquenta países têm pelo menos uma lei que trata os homens e as mulheres de forma diferente (BANCO MUNDIAL, 2017). No Médio Oriente e no Norte de África, existem países com uma média de dezasseis leis relacionadas com emprego e empreendedorismo que marcam diferenças entre homens e mulheres. Apesar da existência de violência contra as mulheres em todo o mundo, as leis específicas dirigidas a estas formas de violência estão longe de ser universais. Em quarenta e nove países não existe qualquer lei específica contra

a violência doméstica. E, em muitos países, continuam a vigorar normas sociais complacentes com várias formas de abuso físico e verbal. O casamento precoce, em diversos estados, sobretudo em zonas do sul da Ásia, África subsariana, Médio Oriente e Norte de África, e também da América Latina e Caraíbas, inviabiliza o acesso à educação e a oportunidades de emprego ou a condições de trabalho dignas. As mulheres também são mais suscetíveis de terem um trabalho não remunerado, com uma divisão de responsabilidades que se reflete, depois, por exemplo, nas diferenças em relação aos salários. Existem igualmente diferenças em muitas zonas do globo, entre homens e mulheres, no acesso a tecnologia básica. A baixa participação das mulheres em cursos e profissões associados às ciências e tecnologia constitui um outro elemento de correção futura. O aumento da participação das mulheres na vida política, económica e pública integra igualmente este objetivo (BANCO MUNDIAL, 2017).

Consideremos agora, de um modo mais sucinto, os restantes SDGs:

- o objetivo 6 associa-se à importância da água e de condições sanitárias adequadas para todos, garantindo a qualidade e sustentabilidade dos recursos hídricos. Em 2015, cerca de 663 milhões de pessoas usavam ainda fontes de água inadequadas ou água de superfície e cerca de 946 milhões continuavam a defecar em espaços abertos. A maioria destas pessoas viviam na África subsariana e no sul da Ásia;
- o objetivo 7 visa garantir o acesso a uma energia moderna e sustentável para todos, o aumento do recurso às energias renováveis. Em 2012, 1,1 mil milhões de pessoas não tinham acesso à eletricidade. Em 2014, cerca de três mil milhões de pessoas, mais de 40% da população mundial, recorriam a combustíveis poluentes para a confeção de alimentos;

- o objetivo 8 visa promover o crescimento económico, de forma inclusiva e sustentável, pleno emprego e trabalho decente para todos, bem como a erradicação do tráfico humano, do trabalho forçado e do trabalho infantil. Os jovens entre os 15 e 24 anos, cerca de 22% da população adulta global, têm muitas vezes dificuldades na obtenção de emprego. Mas quando conseguem emprego, encontram frequentemente trabalhos de baixa qualidade e escassa produtividade;
- o objetivo 9 centra-se no desenvolvimento de infraestruturas, industrialização e inovação. Em 2015, as comunicações móveis de terceira geração cobriam 89% da população urbana e apenas 29% da população rural;
- o objetivo 10 visa reduzir as desigualdades nos países e entre os países. Não apenas as desigualdades de rendimentos, mas também as relacionadas com o género, idade, incapacidade, classe social, etnicidade, religião e oportunidades. Nas décadas mais recentes, a desigualdade de rendimentos aumentou em todas as regiões do mundo, embora a diferentes velocidades. E o facto de os níveis de desigualdade serem tão diferentes entre países, mesmo quando estes apresentam níveis de desenvolvimento similares, acentua a importância das instituições e políticas nacionais na origem e combate às desigualdades (WORLD INEQUALITY REPORT, 2018);
- o objetivo 11 visa tornar as cidades e os lugares inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis. Valoriza a coesão da comunidade e a segurança pessoal, com incentivos à inovação e ao emprego. Em 2014, quase metade da população, a nível global, estava exposta a níveis de poluição atmosférica pelo menos duas vezes e meia acima dos níveis de segurança preconizados pela OMS;
- o objetivo 12 visa assegurar padrões de consumo e produção sustentáveis, mediante políticas e acordos internacionais

relacionados com o tratamento de materiais tóxicos para o ambiente. Com apenas seis exceções, todos os estados-membros das Nações Unidas estão comprometidos com uma das convenções internacionais dedicadas ao tratamento de resíduos e outros materiais perigosos;

- o objetivo 13 reclama uma ação urgente para combater as alterações climáticas e as suas consequências, bem como a promoção da resiliência necessária na resposta ao perigo das alterações climáticas e dos desastres naturais. Entre 2000 e 2013, morreram cerca de oitenta e três mil pessoas e 211 milhões foram afetadas, por ano, em resultado de desastres naturais. Em 2015, apenas oitenta e três países ofereciam medidas ou preceitos legislativos para lidarem com os riscos de desastre;
- o objetivo 14 recomenda a conservação dos oceanos, mares e recursos marinhos, para um desenvolvimento sustentável. Os recursos marinhos são especialmente importantes para as pessoas que vivem em comunidades costeiras, cerca de 37% da população em 2010. Ora, a proporção das quantidades globais de peixe, dentro de limites biologicamente sustentáveis, evidenciou uma redução, entre 1974 e 2013, de 90 para 69%;
- o objetivo 15 defende a proteção, restauração e promoção do uso sustentável de ecossistemas terrestres, o tratamento sustentável das florestas, o combate à desertificação, a interrupção e restauro de terras degradadas e a interrupção da perda da biodiversidade. Em 2015, as atividades humanas estavam a determinar uma extinção de espécies animais com ritmos três vezes superiores aos considerados normais ao longo da história do planeta. Cerca de vinte e três mil espécies estão confrontadas com uma possibilidade de extinção, em todo o globo;

- o objetivo 16 visa promover sociedades inclusivas e pacíficas, o respeito pelos direitos humanos, a boa governança, garantir o acesso à justiça para todos, melhorar a qualidade, a transparência e a eficiência das instituições. Muitas sociedades são hoje confrontadas com cenários crónicos de violência e conflito. Entre 2008 e 2014, a taxa de homicídio nos países em desenvolvimento era duas vezes superior à dos países desenvolvidos. Em 2011, 34% das vítimas de tráfico humano eram crianças, em comparação com uma percentagem de 11% para 2004. Globalmente, 30% das pessoas detidas, entre 2012 e 2014, não tinham sido julgadas. Os nascimentos de mais do que uma em cada quatro crianças com menos de 5 anos, em todo o mundo, não foram registados. Nos países em desenvolvimento, uma em cada duas crianças com 5 anos não está registada;
- o objetivo 17, finalmente, visa fortalecer as formas de implementação e revitalização de uma parceria global para o desenvolvimento sustentável. Este objetivo inclui a mobilização de todos os recursos disponíveis dos governos, sociedade civil, setor privado, as Nações Unidas e outros atores. O aumento do apoio aos países em desenvolvimento é fundamental para uma agenda de progresso global e igualitário.

SOFRIMENTO GLOBAL

Podemos adivinhar, por detrás da frieza dos números e aridez dos dados estatísticos, uma universal experiência de sofrimento, um problema global que interpela e desestabiliza a perceção de conforto e bem-estar nas sociedades mais desenvolvidas. Os números não nos dizem como é viver nas realidades que apontam. O sofrimento individual, por sua vez, é impartilhável e pode ser definido, de algum

modo, por aquilo que não somos capazes de dizer. Ou seja, muitas vezes, o sofrimento é bem mais do que aquilo que podemos dizer ou compreender (KLEINMAN & KLEINMAN, 1991). É um enigma que não é explicável com as chaves da razão. Como referiu Hans Kung, não é psicologizando, nem filosofando, nem moralizando, que se pode transformar em luz a escuridão do sofrimento e do mal (KUNG, 2014).

> Suffering involves experiencing yourself on the other side of life as it should be, and no thing, no material resource, can bridge that separation. Suffering is what lies beyond such help. Suffering is the unspeakable, as opposed to what can be spoken; it is what remains concealed, impossible to reveal; it remains in darkness, eluding illumination; and it is dread, beyond what is tangible even if hurtful. Suffering is loss, present or anticipated, and loss is another instance of nothing, an absence of what was missed and now is no longer recoverable and the absence of what we fear will never be. At the core of suffering is the sense that something is irreparably wrong with our lives, and wrong is the negation of what could not have been right. Suffering resists definition because it is the reality of what is not. Anyone who suffers knows the reality of suffering, but this reality is what you cannot «come to grips with» (FRANK, 2001 *apud* Wilkinson, 2005, p. 17).

As interpretações biomédicas ficam sempre muito aquém da experiência do sofrimento. Mas fazer uma análise cultural alternativa dos sintomas ou da doença num sentido antropológico é tão inválido como a tendência biomédica para construir metáforas puramente biológicas da dor (KLEINMAN, 1995). Neste sentido, tanto a avaliação clínica como a avaliação cultural correm o risco de criar uma realidade inumana, longe do sofrimento, muito afastada daquilo que é realmente importante para o doente. O sofrimento corresponde a

uma experiência humana universal, intersubjetiva, que pode assumir várias formas. Pode resultar de infortúnios contingentes, como no caso de uma doença aguda. Pode resultar de formas mais ou menos continuadas de desconforto e mal-estar que ocorrem no contexto de uma doença crónica, ou de uma perda significativa, ou de uma exposição contínua à exploração, à opressão ou à degradação infligidas a grupos de pessoas com estatuto social desfavorecido. Pode referir-se ao sofrimento que resulta de situações extremas, por exemplo na sequência de um desastre natural, do Holocausto ou da Revolução Cultural na China. Assim exposto, o sofrimento tem uma natureza intrinsecamente social porque as pessoas interagem entre si, porque as suas causas, muitas vezes, refletem processos políticos, económicos e sociais, e porque afeta muitas pessoas, com frequência, à custa de processos comuns. O sofrimento é também relativo na medida em que os outros também sofrem, não obstante a solidão do sofrimento individual, vivido em circunstâncias particulares. O sofrimento é, ainda, uma característica comum, uma parte integrante da vida no dia a dia, «la petite misère» de que falava Pierre Bourdieu, precipitado ou mantido pelo desemprego, por uma qualquer rutura amorosa ou outros constrangimentos mundanos que não cabem no radar da profissão médica. O sofrimento é importante, finalmente, porque sacrifica a vida das pessoas, debilitando e destruindo, comprometendo as relações sociais e quebrando a vontade de viver (THOMPSON *et al.*, 2018).

No contexto clínico estrito, o sofrimento do doente reproduz um mundo moral que também desafia a interpretação. Mas a transformação do sofrimento em categorias diagnósticas, resultantes de um reiterado processo interpretativo, arrisca uma distorção moral dos mundos morais dos doentes ou das suas comunidades (KLEINMAN, 1995). Quando o psiquiatra transforma o sofrimento ou as experiências crónicas de destituição e humilhação em categorias diagnósticas oficiais, ocorre um processo de deslegitimação das queixas e do

sofrimento que levam o doente à consulta médica. Deste modo, o psiquiatra arrisca banalizar a experiência dos seus doentes, ou seja, transforma uma experiência humana num diagnóstico espúrio, numa doença inumana (KLEINMAN & KLEINMAN, 1991). Podemos dizer, neste contexto, que a experiência do sofrimento é um território inexplorado, esquecido ou desvalorizado, nas práticas comuns da medicina e da psiquiatria. A obrigação dos médicos em aliviar o sofrimento humano data da Antiguidade. Apesar disso, é dada uma escassa atenção ao problema do sofrimento na educação, na investigação e na prática médica. Ora, o paradoxo diz-nos que, mesmo nos melhores centros, com os melhores médicos, não é raro que o sofrimento ocorra, não apenas durante a evolução da doença, mas também como resultado do seu tratamento (CASSELL, 1991). Assumir uma perspetiva médica ou científica estrita, contudo, não nos ajuda a lidar com o problema do sofrimento: na biomedicina contemporânea não existe uma perspetiva da doença que possa considerar as componentes do sofrimento relacionadas com problemas intrínsecos à condição humana. A burocracia médica moderna está orientada para tratar o sofrimento como um problema de oficina que requer um conserto técnico. Procura uma manipulação terapêutica da dimensão objetiva da doença no lugar de uma resposta moral (ou espiritual) à sua dimensão subjetiva (KLEINMAN, 1988). A relevância atribuída aos resultados dos exames complementares ou à evidência estatística perpetua a noção de que a medicina é uma ciência exata, contra a «incerteza radical» da prática clínica (MONTGOMERY, 2006, p. 37). É verdade que o sofrimento tem uma natureza «não partilhada», um atributo que confunde a representação e desafia a nossa capacidade para oferecermos uma expressão externa formal dos seus conteúdos (WILKINSON, 2005). Mas o sofrimento existe. E cuidar do doente, no contexto clínico, deve começar com o ato ético que consiste em reconhecer a situação em que ele se encontra, validar os seus esforços e os esforços da família e dos amigos para responder às

suas dores e dificuldades e demonstrar solidariedade com esses esforços. Na verdade, face ao sofrimento de uma pessoa, a primeira tarefa ética deverá consistir no reconhecimento desse sofrimento e do seu significado moral, ou seja, daquilo que é realmente importante para o doente, aquilo que o doente, no fundo, pode ganhar ou perder (KLEINMAN & BENSON, 2006). Para além de muitas outras atribuições, cuidar do doente significa, igualmente, ter tempo real para o ouvir e falar com ele, escutar as suas narrativas, induzir e responder às suas explicações, colaborar nos processos de *coping* para lidar com os seus sintomas e circunstâncias de vida. Cuidar do doente significa algo mais do que competência e aptidão científicas. Implica um diálogo que não exige, necessariamente, uma troca de palavras. Por vezes, requer apenas uma presença atenta e silenciosa, um estar-com-o-outro sensível ao reconhecimento genuíno do sofrimento alheio. É algo que nos torna mais humanos, na medida em que nos cultivamos a nós próprios na relação com o outro, através da prática de cuidar (KLEINMAN & VAN DER GEEST, 2009). Ao contar «histórias de doença», o doente tenciona conferir significado à sua experiência, visa colocar a doença no contexto da sua história de vida. A narrativa é uma forma básica de organizar a experiência, em especial traumática; de fazer sentido, de lhe dar um significado, sendo que as narrativas de sofrimento individual não são apenas pessoais, antes são criadas com a ajuda de outras pessoas, no espaço intersubjetivo dos mundos morais locais (HELMAN, 2007). Não obstante, e apesar do progresso técnico, os médicos não mostram muitas vezes a capacidade humana de reconhecer as situações difíceis em que os seus doentes se encontram, de empatizar com os que sofrem, de se aliarem honesta e corajosamente aos doentes nas suas lutas pela recuperação do seu estado de saúde, com doenças crónicas, ou terminais. Os doentes lamentam que os seus médicos não os oiçam, ou que pareçam indiferentes perante o seu sofrimento (CHARON, 2006). Ou que não validem as suas queixas, que não lhes reconhe-

çam a importância da legitimação familiar e social do mal-estar. A expressão de sintomas medicamente não explicados, por exemplo, no espaço familiar, é muitas vezes confrontada com respostas de deslegitimação. Ou seja, os familiares «não compreendem», não «dão valor» à experiência e ao sofrimento do doente cujo comportamento manifesto se deve ajustar, assim, à desconfiança suscitada pelas suas queixas. A validação familiar e social dos sintomas influencia o modo como o doente se expressa, a forma como transforma uma experiência privada numa demonstração pública. E esta demonstração tem consequências, depois, sobre a forma como o doente é aceite (ou não) pelos familiares (QUARTILHO, 2016).

Numa perspetiva relacional, o sofrimento resulta do modo como nos relacionamos com os nossos mundos, externo — sociedade, cultura, colegas, lugares, coisas — e interno — ideias, hábitos, valores, biologia (DAVIS, 2012). Para Eric Cassell (1991), no contexto clínico, o sofrimento envolve a pessoa na sua totalidade e requer, portanto, uma rejeição do dualismo mente-corpo. Tem lugar quando a pessoa é confrontada com uma perceção de destruição iminente e mantém-se até que a ameaça de desintegração se dissolve ou a integridade da pessoa é, de algum modo, reposta. Arthur Kleinman acrescentou duas características à ideia de sofrimento. Primeiro, sugerindo que ele resulta de um processo de resistência ao fluxo da experiência humana. Para sofrer, a pessoa deve não apenas perceber a ameaça, mas também resistir a essa ameaça ou perigo. Segundo, o sofrimento tem uma característica acentuadamente social, como vimos, porque é uma dimensão universal existencial da condição humana que se sujeita à diversidade das elaborações culturais, em mundos locais distintos (KLEINMAN, 1992). Mas falar de sofrimento, numa perspetiva diferente, implica falar de *direitos humanos*, na medida em que estes nos trazem uma dimensão moral às discussões sobre o sofrimento dos outros e nos impõem, ao mesmo tempo, deveres na relação com quem sofre (HORTON, 2013). Ou seja, a aplicação

de um modelo de direitos humanos à saúde deveria obrigar-nos a atuar de modo diverso, porque tratar com indiferença o muitas vezes injusto sofrimento dos outros, seja no nosso bairro ou em qualquer parte do mundo, nega a importância da vida dos outros e sacrifica a dignidade humana num mundo cada vez mais globalizado (YAMIN, 2016). Dignidade no sentido que lhe foi conferido por Immanuel Kant, ao proferir que «(...) tudo tem um preço ou uma dignidade. Tudo o que tem preço pode ser substituído por uma qualquer coisa que lhe seja equivalente; por outro lado, tudo o que estiver acima de qualquer preço e, portanto, não admitir qualquer equivalente, tem uma dignidade» (*apud* Yamin, 2016, p. 28). Neste sentido, viver com dignidade implica ter um projeto de vida. E para se alimentar um projeto de vida é necessário que haja oportunidades ou se exerçam capacidades, que dependem da saúde e dos cuidados de saúde, de uma precondição essencial para se viver a vida com dignidade. Nas formas mais extremas de sofrimento, como nos lembrou Hannah Arendt, os indivíduos deixam de «ser humanos». É verdade que nem todo o sofrimento resulta de uma violação dos direitos humanos, uma vez que a lotaria genética e o azar podem causar sofrimento. E este integra, afinal, a nossa condição humana, faz parte da textura das nossas vidas. Mas a injustiça e a arbitrariedade que começam na cor da nossa pele ou no lugar onde nascemos, ou as práticas políticas caracterizadas pelo preconceito ideológico, religioso ou cultural, são exemplos de ameaça à dignidade e bem-estar das pessoas, muitas vezes com desrespeito pelos direitos humanos básicos (YAMIN, 2016). A grande maioria das mulheres que morrem por complicações relacionadas com a gravidez viveram vidas marcadas pela pobreza, privação e discriminação. A partir do momento em que nasceram, enfrentaram com frequência uma redução das suas capacidades de escolha relativamente ao que puderam fazer das suas vidas, ao modo como puderam expressar a sua sexualidade, à educação que receberam, ao parceiro com quem viveram, às alturas

em que tiveram relações sexuais, ao uso de métodos anticoncecionais e, finalmente... aos cuidados que receberam quando ficaram grávidas ou iniciaram o trabalho de parto, mesmo quando as suas vidas estavam em perigo (YAMIN, 2016). E o abuso das pessoas com doenças mentais, em maior ou menor grau, é um dado comum em todos os países do mundo, potenciado pelo estigma associado a estas doenças, pela cultura das instituições, pela ausência frequente de cuidados de saúde mental comunitários e, ainda, pelo silêncio da comunidade de saúde global que inclui, de um modo perturbador, os próprios serviços e profissionais de saúde mental (PATEL, KLEINMAN & SARACENO, 2012).

É porque o sofrimento, de uma forma ou de outra, é uma experiência comum, que as religiões lhe conferem um lugar de central importância ou consideração — na verdade, diz-se muitas vezes que o sofrimento é uma importante causa da religião, uma vez que as promessas feitas pela religião representam uma forma através da qual os homens se podem sentir tranquilos perante a catástrofe ou a morte. Max Weber definiu o problema do sofrimento como sendo «a força impulsionadora de toda a evolução religiosa». Falar de sofrimento é falar não de um problema académico, mas das dores da própria existência, de que todos os homens têm consciência e muitos a experiência direta. Todas as religiões se interessam por isto; algumas fazem mesmo disto a base de tudo quanto têm para dizer (BOWKER, 1970). As religiões monoteístas têm especiais problemas com a explicação do sofrimento. Se Deus dá amor e é poderoso, por que razão sofrem as pessoas retas e inocentes, como as crianças? As religiões que ensinam o renascimento têm uma explicação óbvia, nomeadamente a de que uma pessoa sofre como consequência dos pecados cometidos numa vida anterior. Mas, nestes casos, por que motivo deve ser procurada a ajuda médica, se é uma consequência que tem de ser suportada? Se o sofrimento é uma forma de punição divina, é correto, do ponto de vista religioso, procurar uma cura para

esse sofrimento? Muitas religiões acreditam em milagres, mas estas também apresentam problemas teológicos. Por que razão Deus, ou os deuses, atendem às orações de alguns e não de outros? E como compreender a impotência de Deus perante o Holocausto? A verdade é que a crença num Deus justo e poderoso é difícil de manter face às experiências da vida (HINNELS & PORTER, 1999, p. xii). As respostas da teologia cristã, de Santo Agostinho a São Tomás de Aquino, não serão totalmente satisfatórias. Perante questões extremamente difíceis, talvez seja adequada uma «teologia do silêncio» (KUNG, 2014). Ou, talvez, cada um de nós tenha de carregar com a nossa «cruz de vida», a cruz que nos cabe, ilustrada numa história contada pelo teólogo Hans Kung:

> A minha mãe contou-me a história de uma pessoa que estava descontente com isso (a cruz que lhe coube): como se se tivesse queixado da cruz que lhe fora imposta, um anjo conduziu-a a um grande armazém de cruzes, onde a convidou a escolher uma nova. Umas pareciam-lhe demasiado pesadas, outras demasiado leves; depois de uma prolongada indecisão, encontrou uma intermédia, que parecia corresponder às suas forças. «Escolheste a que era a tua cruz», disse-lhe o anjo. E, daí em diante, carregou-a com paciência (KUNG, 2014, p. 248).

Quando o médico Kent Brantly regressou da Libéria com ébola, em 2014, e foi depois curado no Emory University Medical Center, realizou uma conferência e agradeceu a Deus por ter sobrevivido. Sem dúvida de forma inadvertida, a implicação foi a de que Deus não pôde cuidar tão bem dos milhares de africanos que ficaram para trás e não sobreviveram. Mas Deus não curou o médico Kent Brantly; o que o curou foram os excelentes cuidados médicos, juntamente com um sistema imune talvez mais robusto, comparado com o de muitas outras pessoas malnutridas na África Ocidental (YAMIN, 2016). Neste

mesmo sentido, as associações iniciais entre «sofrimento» e «social» assinalaram uma mudança nas conceções comuns sobre a relação entre Deus e a sociedade e, em particular, um claro enfraquecimento da crença na chamada providência especial, ou seja, na convicção de que Deus intervém regularmente, de modos extraordinários, nas vidas das pessoas (WILKINSON & KLEINMAN, 2016). Por outras palavras, o significado do sofrimento humano passou a ser interpretado como uma condição explicitamente social. As pessoas não mais precisavam de aprender a «arte do sofrimento», a crença de que todos os seus males, que tinham de ser suportados, eram enviados por Deus. A dor e a adversidade, nesta perspetiva inicial, estavam imbuídas de significado moral e religioso, eram necessárias e até mesmo desejáveis. Qualquer calamidade ou infortúnio que afetasse uma pessoa era um sinal revelador da sua natureza pecaminosa, o preço a pagar por pecados cometidos por alguém da sua família ou comunidade. Mas esta perspetiva terá sido fragilizada, pelo menos na Grã-Bretanha, nos anos 1650. Com efeito, na segunda metade do século XVII, o providencialismo terá sofrido um processo de «marginalização cultural», com degradação associada do seu estatuto intelectual e político. E na segunda metade do século XIX, tornou-se cada vez mais difícil responsabilizar a mão de Deus pelo sofrimento humano. Isto não significou, no entanto, uma renúncia absoluta às formas explicativas comuns para o sofrimento, à evocação de significados morais e religiosos. Mas para muitos daqueles que viviam em graves condições de pobreza material, deixara de fazer sentido propor a «arte do sofrimento». Para Keith Thomas (*apud* Wilkinson & Kleinman, 2016, p. 34), a arte do sofrimento era:

> Uma filosofia pobre, que ensinava os homens a sofrer, acentuando a impenetrabilidade da vontade de Deus. No seu lado mais otimista, prometia àqueles que sofreram pacientemente os males deste mundo que teriam uma oportunidade de serem ressarcidos

> no mundo seguinte. Mas, (...) «o pobre vive numa forte tentação para duvidar da providência e dos cuidados de Deus». Não surpreende que muitos se tivessem virado para modos de pensamento não religiosos que ofereciam uma expectativa de alívio mais direto e uma explicação mais imediata dos motivos pelos quais alguns homens prosperavam enquanto outros, literalmente, ficavam pelas bermas da estrada.

Quando falamos de sofrimento social, não é obrigatório pensarmos (apenas) nas consequências desastrosas da Revolução Cultural na China ou nos horrores de Auschwitz. Basta lermos os jornais, ouvirmos as notícias na televisão, estarmos atentos aos documentários sobre a violência quotidiana que invade as nossas casas. Basta pensarmos no drama dos refugiados ou na pungente questão da pobreza e da desigualdade que caracteriza as sociedades contemporâneas. O interesse pelo sofrimento, neste sentido, reside não tanto na prática do cuidar enquanto princípio ético ou ideal moral, mas antes nas formas através das quais os verdadeiros atos de cuidar, enquanto servem para ajudar o outro a lidar, a resistir e a recuperar de situações adversas, também servem de guia à compreensão social. Com esta ênfase, a investigação social deveria alimentar-se não tanto à custa do reconhecimento académico, mas mais através de uma preocupação moral com o envolvimento ativo na criação de formas mais humanas de sociedade. Os imperativos de mercado que hoje governam as universidades e os padrões utilitários que definem o sucesso da investigação académica, o interesse prioritário pelo estatuto individual ou institucional, deixam pouco espaço para a compreensão social, para a promoção de cuidados e a construção de uma sociedade mais saudável. Com efeito, uma «paixão pela sociedade» exige algo mais do que expor as condições sociais precárias em que as pessoas vivem e trabalham. E uma boa parte do conhecimento da sociedade produzido pela academia, afinal, peca

por aparente deficiência moral e ausência de substância humana, ou seja, por uma escassez de envolvimento ativo na criação de formas mais humanas de sociedade (WILKINSON & KLEINMAN, 2016). As precárias condições de vida e de trabalho de muitas pessoas podem ser incorporadas em sintomas de cansaço crónico, em sentimentos de humilhação e vergonha social. A elevada incidência de sintomas depressivos e doença orgânica em muitos trabalhadores, à escala global, serve como evidência documentária das condições sociais que fazem perigar a sua saúde. As situações na indústria têxtil do Bangladesh, nas minas de Mianmar e do Congo, nas casas dos bairros degradados de Mumbai onde o trabalho à peça é feito de dia e de noite, na recolha do lixo nas favelas do nordeste brasileiro, nos prostíbulos de Camboja e Lagos, têm uma característica comum: vidas viradas do avesso, corpos fraturados, mentes infelizes. Juntem a violência a esta mistura destrutiva e o resultado é brutal, cruel e inumano (WILKINSON & KLEINMAN, 2016).

Ver e ler sobre o sofrimento, no nosso tempo, especialmente o sofrimento que mora longe, transformou-se numa forma de entretenimento. As imagens de trauma fazem parte da nossa economia política. Compram-se jornais, os programas de televisão ganham audiências, as carreiras profissionais avançam, criam-se postos de trabalho e são atribuídos prémios através da apropriação das imagens de sofrimento. Kevin Carter ganhou o prémio Pulitzer em 1994, mas o seu triunfo, por muito importante que tenha sido, foi ganho à custa da miséria (e morte provável) de uma criança indefesa sem nome (KLEINMAN & KLEINMAN, 1996). Muitos analistas sociais notaram que as sociedades modernas são caracterizadas por formas de organização institucional que colocam as pessoas a uma distância moral das situações difíceis em que o outro se encontra. Uma grande parte das nossas vidas é levada a cabo de acordo com convenções sociais e sistemas de intercâmbio que nos obrigam a lidar com as pessoas em termos puramente abstratos e instrumentais, e, neste sentido,

sugere-se que a nossa situação ética é muito diferente, atualmente, à de qualquer outro período da história (WILKINSON & KLEINMAN, 2016). Devíamos opor-nos à tentativa de tornar acessíveis formas extremas de sofrimento humano a uma representação através da linguagem, dado que as palavras correm sempre o risco de banalizar essas experiências a um ponto que é moralmente censurável (WILKINSON & KLEINMAN, 2016). Luc Boltanski (1999) sugere que a experiência amplamente partilhada de «observador distanciado» do sofrimento humano, favorecida por relações interpessoais cada vez mais abstratas e instrumentais, através das comunicações eletrónicas, intensifica um sentimento partilhado de impotência política e inadequação moral. Quando repetida ao longo do tempo, essa experiência de «espetador» serve para reduzir a nossa propensão para os sentimentos morais e, portanto, facilita a possibilidade de abdicarmos do dever de responsabilidade para com os outros. Yamin (2016) diz-nos que a CNN, a Al Jazeera e a BBC reproduzem continuamente imagens de atrocidade e crise humanitária, enquanto a nossa capacidade de empatizar com o outro e de olhar para as pessoas como iguais fica cada vez mais esbatida. Na verdade, alguns autores sugerem mesmo que a disseminação maciça das imagens de sofrimento mediante formas comerciais de troca e reprodução cultural é responsável por uma transformação significativa da experiência de subjetividade social, em particular na medida em que o processo «normaliza» uma perceção forte do sofrimento alheio, em contextos que impedem a possibilidade de participação no debate público e suspendem a justa opção por um envolvimento e compaixão para com as necessidades humanas (WILKINSON & KLEINMAN, 2016). A apropriação das imagens de sofrimento transforma-se num jogo de entretenimento, num «voyeurismo promíscuo» que elimina a possibilidade de resposta ao sofrimento dos outros, com compaixão e protesto moral (WILKINSON, 2005). Para Michael Ignatieff, as novas tecnologias transformaram-nos em «*voyeurs* do sofrimento alheio,

turistas em cenários de angústia» (*apud* WILKINSON & KLEINMAN, 2016, p. 12). O incêndio de Pedrógão Grande deu origem a uma «nauseabunda estetização da catástrofe», com música escolhida e *drones* predadores, a uma abusiva colonização jornalística que anestesiou os espetadores e praticou mais violência sobre as vítimas (GUERREIRO, 2017). Ainda de acordo com Boltanski, chegámos a um ponto em que as organizações humanitárias correm o risco de ser identificadas como cínicas manipuladoras do sentimento púbico, enquanto que aqueles que são afetados por imagens de sofrimento extremo se confrontam com uma sensação de impotência política e moral. Neste contexto, defende-se que, em vez de fomentar uma educação para a compaixão, a proliferação de imagens de sofrimento na comunicação social e o trabalho das campanhas humanitárias, que visam chocar as pessoas, servem ambas para fortalecer culturas de negação (WILKINSON & KLEINMAN, 2016). Esta globalização do sofrimento é um dos sinais mais perturbadores das transformações culturais que pontuam a atualidade: perturbador porque a experiência está a ser usada como se fosse uma mercadoria e porque, através desta representação cultural do sofrimento, a experiência está a ser refeita, diminuída e distorcida (KLEINMAN & KLEINMAN, 1996).

SAÚDE GLOBAL E SAÚDE MENTAL GLOBAL

A saúde global é uma expressão sucedânea da antiga «saúde internacional», que implicava relações e comparações entre países. Representou uma mudança importante relativamente às perspetivas anteriores, não apenas da saúde internacional, mas também da medicina tropical. As abordagens mais antigas tinham as suas raízes na medicina colonial. Não valorizavam as capacidades locais ou a iniquidade básica que fazia parte da ordem colonial. A sua estratégia geral consistia na importação de modelos ocidentais de prevenção

primária e secundária, assim como na introdução de novos fármacos (KIRMAYER & PEDERSEN, 2014). Mas a saúde global é também uma atitude, um modo de olharmos para o mundo, uma forma de refletirmos sobre a natureza universal do sofrimento humano, de nos comprometermos com a saúde enquanto atributo fundamental da liberdade e da equidade. Já foi descrita como «um dos grandes movimentos morais do nosso tempo» (SURI *et al.*, 2014). Não é uma disciplina, é um conjunto de problemas que exige uma abordagem biossocial, um investimento interdisciplinar que congrega os contributos da antropologia, da sociologia, da história e da economia política (FARMER, KIM, KEINMAN & BASILICO, 2013). Sabendo que todas as disciplinas individuais sofrem de potencial miopia, o olhar restrito de cada uma delas pode resolver alguns problemas de saúde global. Mas a sua convergência, numa perspetiva biossocial, pode contribuir para uma análise mais rigorosa e também para a resolução dos problemas, para uma «vitalidade da praxis» e uma transformação da saúde global numa disciplina coerente com esta sua vocação interdisciplinar. As motivações da saúde global não se esgotam na importância conferida aos direitos humanos. A crença segundo a qual a saúde é um direito humano básico legitima as aspirações de uma equidade global na saúde, ou seja, todas as pessoas devem ter acesso a serviços de saúde dignos pelo facto de serem seres humanos. Mas outras motivações inspiram-se no utilitarismo, na tradição de Jeremy Bentham e John Stuart Mill, uma tradição histórica e cultural que operou uma reconfiguração da filosofia moral em termos de felicidade humana, ou num modelo de capacidades, inspirado nos contributos de Amartya Sen e Martha Nussbaum. Para o primeiro destes autores, o desenvolvimento das sociedades não deve ser aferido à custa do produto nacional bruto ou do crescimento dos salários, considerados como *meios* úteis de expansão das liberdades, mas sim através dos *fins* desse desenvolvimento, nomeadamente aquilo que Sen designou por «liberdades

substantivas», ou Nussbaum por «capacidades combinadas», para se escolher uma vida digna. O desenvolvimento, por outras palavras, deve aqui servir o objetivo de remover os obstáculos às liberdades substantivas: a pobreza, a discriminação, a violência estrutural e a repressão, a ausência de acesso à educação e aos cuidados de saúde, entre outras. Uma motivação inspirada nos direitos humanos requer que sejam salvaguardadas certas liberdades — que todos tenham acesso aos cuidados de saúde e o direito de votar — enquanto uma orientação baseada nas capacidades, por seu lado, valoriza a concretização das experiências que esses direitos conferem — que todos gozem de boa saúde, que todos tenham controlo sobre as suas vidas (NUSSBAUM, 2011; SURI *et al.*, 2014).

A saúde mental global (SMG), por sua vez, consagrou-se como domínio relevante da saúde global, um domínio comprometido não apenas com a melhoria dos tratamentos e do acesso aos serviços de saúde mental, mas também com o combate aos abusos perpetrados contra os direitos humanos no âmbito da saúde mental. São vários os argumentos, hoje, a favor da saúde mental global (KIRMAYER & PEDERSEN, 2014). Primeiro, existem enormes disparidades na saúde mental nos países *low and middle income*. Segundo, deve ser dada prioridade aos problemas de saúde mental dada a sua elevada prevalência global, e devem ser atribuídos os recursos necessários aos governos e instituições económicas. Terceiro, a disparidade é vista em termos de *gap* terapêutico, ou seja, deve ser valorizada a falta relativa de serviços de saúde mental adequados. Finalmente, deve responder-se a este *gap* terapêutico com um programa de investigação e ação focado na identificação, definição e aplicação de intervenções baseadas na evidência. O ímpeto chave para a emergência da saúde mental global foi a publicação do *World Development Report,* de 1993, um relatório que reproduzia então os dados iniciais do estudo *Global Burden of Disease*, resultante de uma colaboração entre o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde. Este

estudo desenvolveu os *Disability-Adjusted Life Years (DALYs)*, uma métrica que combinava «os anos de vida perdidos por morte prematura (…) com os anos de vida saudável perdidos por incapacidade». Para surpresa de muitas pessoas, a computação dos DALYs mostrou que mesmo nas economias em desenvolvimento, cerca de 8% da *global burden of disease* era devido a problemas de saúde mental. Em 1995, foi publicado o livro *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*, que usou a evidência retirada do estudo anterior para sublinhar o peso das perturbações mentais e a crise crescente da saúde mental nos países em desenvolvimento. O livro examinou as principais questões de saúde mental nestes países e terminou com uma série de recomendações. Foi distribuído por políticos, investigadores e académicos de todo o mundo e teve uma forte influência e importantes consequências (COHEN, PATEL & MINAS, 2014). As atividades decorrentes do lançamento do livro alimentaram uma série de projetos na OMS. Talvez o mais importante e influente tenha sido a publicação do *World Health Report,* em 2001, o primeiro relatório da OMS inteiramente dedicado à saúde mental — *Mental Health: New Understandings, New Hope*. Este relatório terminou também com uma série de recomendações, que repetiram em parte as do livro *World Mental Health*, mas acrescentando a necessidade de investimento no âmbito dos cuidados primários, a educação junto do público e o trabalho no domínio da política.

Em 2006, a Assembleia-Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade. Esta convenção mudou o foco de um modelo de incapacidade individual, que considerava que as pessoas precisavam de uma intervenção que lhes permitisse funcionar melhor na sociedade, para um modelo social de incapacidade que valorizou os seus determinantes sociais, ou seja, as barreiras sociais que transformam o défice em incapacidade (COHEN, PATEL & MINAS, 2014). Foi por esta altura que duas importantes instituições inglesas começaram a financiar projetos

no âmbito da saúde mental global — o Department of International Development e a Welcome Trust. A publicação, pela revista *Lancet,* de mais uma série de artigos sobre saúde mental global, em 2007, foi um importante marco no desenvolvimento do campo. Menos de um ano depois, a OMS lançou o *Mental Health Gap Action Program (mhGAP)* com o objetivo de aumentar a capacidade dos países para reduzir a carga e as desigualdades no tratamento de perturbações mentais, neurológicas e por abuso de substâncias. A evidência foi recolhida e organizada no *mhGAP Intervention Guide*. O marco seguinte, em 2010, seria a criação da iniciativa *Grand Challenges in Global Mental Health (GCGMH)*. Quatro dos cinco principais desafios identificados incluíram a melhoria dos tratamentos e do acesso aos cuidados de saúde. Os resultados dos GCGMH repetiram, em larga medida, os conteúdos do último artigo da série da *Lancet*, de 2007, sobre saúde mental global (COHEN, PATEL & MINAS, 2014).

O futuro da saúde mental global está repleto de oportunidades e de desafios. Mas juntamente com as oportunidades, existem muitas barreiras ao progresso. Destas, destacamos a falta de recursos, o défice de conhecimento sobre a natureza e tratamento das perturbações mentais, e os abusos dos direitos humanos. A falta de recursos — humanos, financeiros e técnicos — tem consequências para quase todos os aspetos da saúde mental global. Do lado positivo, estão a ser feitos esforços para lidar com a falta de recursos através da *task--sharing*, mediante a qual profissionais de saúde não especialistas são treinados nos aspetos mais rotineiros das intervenções, enquanto os especialistas em saúde mental dedicam o seu tempo ao treino, supervisão e tratamento dos casos mais difíceis. Existe uma acumulação de evidência crescente sobre o modo como esta estratégia pode ser bem-sucedida. Esta evidência foi sintetizada no *Packages of Care series da Plos Medicine* e no *WHO mhGAP Intervention Guide* (COHEN, PATEL & MINAS, 2014).

Existem também controvérsias e críticas em redor da SMG. Desde logo, tensões entre uma abordagem de saúde pública, baseada sobretudo na biomedicina e em práticas correntes fundamentadas na evidência, e uma abordagem a partir da comunidade, social e culturalmente informada, que sublinha os determinantes sociais da saúde mental e os imperativos ligados à necessidade de se ouvirem as prioridades locais, de se fortalecerem os recursos das comunidades e de se desenvolverem soluções endógenas (KIRMAYER & PEDERSEN, 2014). A nível local, quando os direitos das pessoas são respeitados, podem surgir soluções espontâneas: as pessoas podem organizar-se em torno de causas comuns, podem aparecer inovações políticas e serviços públicos que competem, de algum modo, com as propaladas ações dos «autocratas benevolentes» (EASTERLIN, 2013). Logo, deve ser devidamente ponderada a aplicação de teorias psiquiátricas ocidentais, das suas formas de classificação e intervenção terapêutica, em contextos não ocidentais, com diferentes histórias, tradições culturais e modos de procura de ajuda (BRACKEN, GILLER & SUMMERFIELD, 2016).

Alegadamente, o designado Movimento de Saúde Mental Global é caracterizado por uma crença quase evangélica nos méritos e benefícios da psiquiatria ocidental. Os seus mentores, numa perspetiva crítica, seriam «os novos missionários» empenhados em «ensinar» e em contrariar a «escassa literacia em saúde mental» das populações (SUMMERFIELD, 2012). Mas a realidade dura e crua da grande maioria das pessoas que vivem nos chamados países *low and middle income*, acima de tudo o resto, é a pobreza. E a ordem política e económica pode ser de algum modo beneficiada quando o mal-estar ou a disfunção, que podem ser associados às práticas políticas vigentes, são desviados do espaço sociopolítico enquanto problema público, para um espaço mental, privado, como se fossem apenas um problema individual. Afinal, nestes contextos sociais tão fragmentados e destituídos, o que é a saúde mental (SUMMERFIELD, 2012)? A SMG

tende a recorrer à linguagem conceptual da psiquiatria, mas existem formas locais de compreender a saúde mental e os problemas sociais que são importantes ter em conta, não apenas porque orientam a procura de ajuda e as formas de lidar, mas também porque podem promover novas estratégias de intervenção. No presente, as abordagens à promoção da saúde mental têm conferido importância à literacia, procurando dar às pessoas uma melhor compreensão da natureza dos problemas mentais comuns e melhorar o acesso aos serviços de saúde mental. Contudo, as abordagens correntes à literacia não tiram vantagem da compreensão local sobre os problemas mentais. Por outro lado, as prioridades da SMG têm sido largamente desenhadas por profissionais de saúde mental e parceiros institucionais a partir dos países ricos, refletindo os interesses dominantes da psiquiatria e dando assim atenção insuficiente a prioridades definidas localmente. A SMG baseia-se em estimativas grosseiras sobre a prevalência global das perturbações «neuropsiquiátricas», assumidas como entidades biologicamente determinadas, com características e evolução estáveis. Ao focar a atenção nos tratamentos baseados na evidência, a SMG assume que os tratamentos-padrão podem facilmente ser aplicados a diferentes culturas, com adaptações mínimas. Finalmente, a SMG tende a valorizar as intervenções profissionais em saúde mental e a marginalizar formas indígenas de auxílio, cura e integração social que podem contribuir para uma evolução positiva e para a recuperação.

Em síntese, o paradigma da psiquiatria ocidental, supostamente coincidente com o paradigma da SMG, baseia-se numa série de assunções ontológicas, epistemológicas e terapêuticas que são histórica e culturalmente contingentes (BRACKEN, GILLER & SUMMERFIELD, 2016). As primeiras defendem que os problemas de saúde mental resultam de uma disfunção no cérebro ou mente individuais. Mas esta ontologia reducionista não escapa à crítica filosófica e científica. A porfiada procura de essências levada a cabo por muitos cientistas é

um projeto historicamente apetecido e sempre inacabado, um projeto ilustrado por um antigo provérbio, bem ilustrativo: «É muito difícil encontrar um gato preto num quarto escuro, em especial quando o gato não existe» (*apud* Barrett, 2017, p. 286). No mesmo sentido crítico, podemos dizer que o projeto neurobiológico em psiquiatria é um projeto reducionista tripartido: metodológico, ontológico e epistemológico (KIRMAYER & GOLD, 2012). Reducionista metodológico por assumir que é necessária, e suficiente, uma estratégia de redução de fenómenos complexos a componentes mais simples, com recurso a modelos animais e a projeções causais lineares, unidirecionais, ignorando mecanismos de causalidade recíproca. Reducionista ontológico por defender que os fenómenos de nível superior são constituídos por fenómenos de nível inferior, ou seja, que a mente não é mais do que o cérebro, sem outros mecanismos, de natureza psicológica ou social, a justificar os fenómenos mentais. Por fim, reducionista epistemológico por sustentar que é desnecessário o estudo dos fenómenos de ordem superior para a compreensão da experiência e comportamento humanos. Neste sentido, mais importante que a queixa do doente, seria o implacável recurso ao «cerebroscópio» para nos certificarmos de que o doente, em boa verdade, *sente mesmo* o sintoma que o traz à consulta médica. As assunções epistemológicas tendem a desvalorizar a importância do contexto, a conferir prioridade aos conhecimentos ocidentais e a desvalorizar, deste modo, o valor das epistemologias locais. As assunções terapêuticas, finalmente, desvalorizam as dimensões «não tecnológicas» do encontro terapêutico, a utilidade potencial dos recursos terapêuticos religiosos, locais ou tradicionais locais.

Os conceitos de violência estrutural e de sofrimento social são caros à saúde (mental) global. *Violência estrutural* é uma expressão lata que inclui um conjunto de ataques à dignidade humana, uma forma de sofrimento social incluindo pobreza extrema e relativa, desigualdades sociais que vão do racismo à desigualdade de

género, e ainda formas mais espetaculares de violência que representam, obviamente, abusos dos direitos humanos (FARMER, 2005). As vítimas, neste contexto, não partilham atributos pessoais ou psicológicos, não partilham a cultura, a linguagem ou a etnicidade, antes repetem a experiência de viverem nos degraus mais baixos da escada social, em sociedades marcadas pela desigualdade (FARMER, 2005). No Haiti, a distribuição do HIV não foi explicada à custa das atitudes ou crenças dos haitianos. Pelo contrário, foram valorizadas as mudanças sociais ocorridas no país, a natureza da desigualdade e a estrutura local da pobreza, os mecanismos através dos quais foram alteradas a sexualidade e as práticas sexuais e, ainda, a ausência de acesso à prevenção e tratamento da SIDA (FARMER, 1999). Muitas vezes, a violência estrutural confunde-se com «as violências da vida de todos os dias» (KLEINMAN, 2000). Mas nada se pode comparar àqueles grupos de famílias que foram torturados em conjunto, por vezes separados, mas à vista uns dos outros, ou em diferentes celas, uns a escutarem a tortura infligida aos outros. Todo o mundo afetivo, construído ao longo dos anos com tremenda dificuldade, colapsa com um pontapé nos genitais do pai, uma bofetada na cara da mãe, um insulto obsceno dirigido à irmã, ou a violação sexual de uma filha. Subitamente, uma cultura inteira baseada no amor familiar, na devoção e na capacidade de sacrifício mútuo, colapsa (YAMIN, 2016, p. 27).

O *sofrimento social*, tal como foi concebido na década de noventa do século XX, resulta daquilo que o poder político, económico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, dos modos como estas formas de poder influenciam as respostas aos problemas sociais. Incluídas na categoria do sofrimento social estão condições geralmente divididas em campos separados, condições que envolvem simultaneamente questões relacionadas com a saúde e o bem-estar, questões legais, morais e religiosas (KLEINMAN, DAS & LOCK, 1997). De algum modo, o sofrimento social pode confundir-se com as expe-

riências de humilhação que resultam de mecanismos associados às dinâmicas de poder entre diferentes grupos sociais, influenciando os modos como pensam, sentem e se comportam os grupos mais destituídos de poder. As experiências de humilhação sistémica, neste sentido, referem-se a processos estruturais, subjetivos e normativos controlados pelas classes sociais mais favorecidas, através de mecanismos de controlo e de manipulação que inculcam nos grupos marginalizados um sentimento persistente de inadequação e inferioridade (ROTHBART & PODER, 2016). A dor social, ou o sofrimento social, coincide aqui com a violência estrutural, antes referida, na medida em que esta represente uma forma de violência direta sobre as pessoas com menos poder e determine, por exemplo, um estado de pobreza extrema, uma elevada taxa de mortalidade, a supressão das liberdades, o trauma psicológico ou quaisquer outras formas de abuso dos direitos humanos. Neste sentido, aquilo a que chamamos trauma integra muitas vezes experiências de sofrimento com uma ecologia social e economia política próprias. Os traumas não moram exclusivamente na interioridade individual, antes podem ocorrer em contextos de violência estrutural que tornam as pessoas e as populações mais vulneráveis. Ou seja, uma atenção exclusiva ao trauma e às suas consequências individuais pode desviar-nos a atenção destas formas de desvantagem social persistente (KIRMAYER *et al.*, 2010). E as catástrofes, por outro lado, constituem também oportunidades para revelar estoicismo, heroísmo, abnegação, a enorme capacidade que as pessoas têm para lidar com a adversidade, toda a sua humanidade e propensão solidária (WESSELY, 2005). Isto significa que devemos ter cuidado quando sacrificamos a linguagem da coragem e da resiliência e conferimos prioridade à linguagem do trauma e da vitimização. Os profissionais de saúde não devem contribuir, de modo inadvertido, para fazer mais vítimas. Devem resistir à colonização do sofrimento alheio e não reduzir a experiência de cada um à categorização diagnóstica, esquecendo os que se mantêm

anónimos e resilientes apesar da catástrofe, obliterando o contexto e os determinantes estruturais da saúde mental. É também por este motivo que a designada perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT) não esconde alguma controvérsia histórica e conceptual. Aquilo que a distingue de outras perturbações psiquiátricas é a atribuição de causalidade e o papel que a memória desempenha na sua sintomatologia — a memória é o elemento essencial que une o trauma e a perturbação. A dinâmica da memória e dos processos atributivos são cruciais para o diagnóstico de PSPT porque os critérios requerem que a pessoa lembre e atribua os seus sintomas ao acontecimento traumático. Infelizmente, a falibilidade da memória leva, por vezes, a uma ambiguidade sobre o que é lembrança verídica e o que é reconstrução, exagero, confabulação ou fabricação pura e simples (KIRMAYER *et al.*, 2007). Neste inevitável processo de reconstrução do passado, «o tempo anda para trás», dos sintomas atuais para o acontecimento causal. A questão não é que as pessoas fabriquem ou distorçam a sua história passada de uma qualquer forma consciente (embora, claro, existam muitas circunstâncias em que o fazem), mas antes o facto de os elementos complexos, polissémicos e ambíguos da história serem constantemente reorganizados de modo a escolher aspetos específicos que têm um significado pessoal e coletivo, e que satisfazem os contextos em que a história é contada (LEMELSON *et al.*, 2007). Em síntese, a categorização diagnóstica não deve esquecer o contexto histórico, social e cultural, do mesmo modo que o psiquiatra e os seus «fracos tratamentos» devem poder olhar mais longe, de um modo reflexivo e crítico, em palcos de catástrofe. Sobre as ocorrências recentes relacionadas com os deslocados sírios, por exemplo, citemos Rami Bou Khalil (2013):

> Olhando para esta lista interminável de histórias horríveis, na perspetiva de um psiquiatra, vejo apenas doentes a sofrer daquilo a que a minha profissão chama perturbação de *stress*

pós-traumático. É uma perturbação com sintomas bem descritos e opções terapêuticas conhecidas. Olhando para esta mesma lista com a perspetiva de um ser humano, vejo apenas nas expressões e atitudes desses doentes — quando lhes explico de modo empático a sua perturbação, lhes prescrevo fármacos e os oriento para a psicoterapia — algo que está para além daquilo que a medicina contemporânea baseada na evidência pode descrever cientificamente. Em todos estes doentes, vejo uma desconfiança intensa, irreversível, uma falta de confiança em qualquer princípio ou regra que é suposto controlar as nossas relações uns com os outros. Vejo pontos de interrogação relacionados com o significado das suas existências, bem como com os significados de importantes conceitos que lhes pareciam inquestionáveis no passado, tais como a religião, a política, o trabalho, a família, e finalmente, não menos importante, a saúde. Estes doentes têm sintomas que justificam o vasto conjunto de modalidades terapêuticas que tenho para lhes oferecer, mas fico com a sensação terrível de que este tratamento é de algum modo escasso. Tudo o que foi destruído nas vidas destes doentes não pode ser corrigido pelos fracos tratamentos que temos para lhes oferecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banco Mundial, 2017. *Atlas of Sustainable Development Goals 2017: World Development Indicators*. Washington DC: Banco Mundial. doi: 10.1596/ /978-1-4648-1080-0.

Birne, A-E., Pillay, Y. & Holtz, T. (eds.) (2017). *Textbook of Global Health*. Oxford: Oxford University Press

Boltanski, L. (1999). *Distant Suffering. Morality, Media and Politics*. Cambridge: Cambridge University Press

Braveman, P., Egerter, S. & Mockenhaupt, R. (2011). Broadening the focus: the need to address the social determinants of health. *Am J Prev Med*, 40 (1S1), S4-S18

Bowker, J. (1970). *Problems of Suffering in Religions of the World*. Cambridge: Cambridge University Press

Bracken, P, Giller, J., Summerfield, D. (2016). Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-5

Cassell, E. (1991). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Nova Iorque: Oxford University Press

Cohen, A., Patel, V., Minas, H. (2014). A Brief History of Global Mental Health. In V. Patel, H. Minas, A. Cohen & M. Prince (eds.), *Global Mental Health. Principles and Practice* (3-26). Nova Iorque: Oxford University Press

Costanza, R. (2016). The UN Sustainable Development Goals and the dynamics of well-being. *Frontiers in Ecology and the Environment*, 14 (2), 59

Crisp, N. (2016). *One world health. An overview of global Health*. Boca Raton: CRC Press

Easterly, W. (2009). How the Millennium Development Goals are Unfair to Africa. *World Development*, 37 (1), 26-35

Easterly, W. (2013). *The tyranny of experts. Economics, Dictators, and the forgotten rights of the poor*. Nova Iorque: Basic Books

Farmer, P. (1999). *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press

Farmer, P. (2005). *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor.* Berkeley: Univesity of California Press

Farmer, P., Kim, J., Kleinman, A. & Basilico, M. (eds.). *Reimaging global health*. Berkeley: University of California Press

Guerreiro, A. (2017). As vítimas dos incêndios e da televisão. *Público*, 19 de junho

Hinnels, J. & Porter, R. (eds.) (1999). *Religion, Health and Suffering*. Londres: Kegan Paul International

Khalil, R. B. (2013). Where all and nothing is about mental health: Beyond post-traumatic stress disorder for displaced Syrians. *Am J Psychiatry,* 170, 12

Kirmayer, L. & Gold, I. (2012). Re-Socializing Psychiatry: Critical Neuroscience and the Limits of Reductionism. In S. Choudhury & J. Slaby (eds.). *Critical Neuroscience. A Handbook of the Social and Cultural Contexts of Neuroscience* (307-344). Nova Jérsia: Wiley-Blackwell

Kirmayer, L. & Pedersen, D. (2014). Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 51 (6), 759-776

Kirmayer, L., Kienzler, H., Afana, A. & Pedersen, D. (2010). Trauma and Disasters in Social and Cultural Context. In G. Morgan & D. Bhugra (eds.), *Principles of Social Psychiatry* (155-177). Nova Jérsia: Wiley-Blackwell.

Kirmayer, L., Lemelson, R. & Barad, M. (2007). Introduction: Inscribing Trauma in Culture, Brain and Body. In L. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (eds.), *Understanding Trauma — Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press

Kleinman, A. (1992). Pain and resistance: The delegitimation and relegitimation of local worlds. In D. Good, P. Brodwin, B. Good & A. Kleinman (eds.), *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press

Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley e Los Angeles, University of California Press

Kleinman, A. (2000). The violences of everyday life: The multiple forms and dynamics of social violence. In V. Das, A. Kleinman, M. Ramphele & P. Reynolds (eds.), *Violence and subjectivity*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (eds.) (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press

Kleinman, A. & Kleinman, J. (1996). The Appeal of experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times. *Daedalus*, 125 (1), 1-23

Kung, H. (2014). *Aquilo Em Que Creio*. Lisboa: Círculo de Leitores

Lemelson *et al*. (2007). Trauma in Context: Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives. In L. Kirmayer, R. Lemelson & M. Barad (eds.), *Understanding Trauma — Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives* (451-474). Cambridge: Cambridge University Press

Mnookin, S., World Bank Group & WHO (2016). *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Developmental Priority.*Washington DC: OMS

Montgomery, H. (2006). *How Doctors Think. Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Nova Iorque: Oxford University Press

Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Cambridge: Harvard University Press

ONU (2000). *United Nations Millennium Declaration*. Nova Iorque: ONU

ONU (2015). *The Millennium Development Goals Report*. Nova Iorque: ONU

Patel, V., Kleinman, A. & Saraceno, B. (2012). Protecting the Human Rights of People with Mental Illnesses: A Call to Action for Global Mental Health. In M. Dudley, D. Silove & F. Gale (eds.), *Mental Health and Human Rights: Vision, Praxis, and Courage* (362-375). Oxford: Oxford University Press

Rothbart, D. & Poder, P. (2017). Systemic humiliation as daily social suffering. In R. E. Anderson (ed.), *Alleviating world suffering. The challenge of negative quality of life* (35-48). Cham: Springer

Summerfield, D. (2012). Afterword: against «global mental health». *Transcultural Psychiatry*, 49 (3-4), 519-530

Suri, A., Weigel, J., Messac, L., Basilico, M. T., Basilico, M., Hanna, B., Keshavjee, S., Kleinman, A. (2014). Values and global health. In P. Farmer, J. Kim, A. Kleinman, M. Basilico (eds.), *Reimaging global health* (245-286). Berkeley: University of California Press

Thompson, J., Avramopoulou, E. & Pasquetti, S. (2018). Suffering: The Human and Social Costs of Economic Crisis. In M. Castels *et al*. (eds.), *Europe's Crisis* (148-177). Cambridge: Polity

Yamin, A. (2016). *Power, Suffering, and the Struggle for Dignity. Human Rights Frameworks and Why They Matter*. Filadélfia: University of Pennsylvania Press

Wessely, S. (2005). *Victimhood and Resilience. N Engl J Med,* 353, 6

Wilkinson, I. (2005). *Suffering. A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity

Wilkinson, I. & Kleinman, A. (2016). *A Passion for Society. How we Think about Human Suffering*. Oakland: University of California Press

World inequality lab (2018). *World Inequality Report, 2018*. Acedido a 18 de novembro de 2019, em http://wir2018.wid.world

COORDENADOR

MANUEL QUARTILHO

COLABORADORES

Amélia Augusto — Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, Covilhã (CIES-IUL).

Ana Roque Dantas — Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Lisboa.

António Ferreira de Macedo — Professor Catedrático. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Anselmo Borges — Professor Auxiliar Jubilado. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Carlos Braz Saraiva — Professor Auxiliar com Agregação Aposentado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Elsa Lechner — Investigadora Principal. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.

Francisco Alte da Veiga — Professor Auxiliar Aposentado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Helena Nogueira — Professora Auxiliar. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Isabel Freire — Investigadora auxiliar do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

José Morgado Pereira — Investigador. Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra.

Luís Quintais — Professor Auxiliar. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Luísa Sales — Investigadora Principal. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.

Manuel Quartilho — Professor Auxiliar. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Marco Pereira — Investigador Auxiliar do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-comportamental (CINEIC). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Monteiro-Ferreira — Assistente Hospitalar. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Neuza Silva — Investigadora de Pós-Doutoramento do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEIC). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Paula Gil — Professora Auxiliar Convidada. Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Pedro Góis — Professor Auxiliar. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Renato Miguel do Carmo — Professor Auxiliar. Departamento de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa.

Rita Alcaire — Investigadora (Bolseira). Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.

Tiago Pires Marques — Investigador. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.

Vítor Santos — Assistente Hospitalar. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL

Este livro exprime uma vontade de diálogo e de serviço à comunidade a partir do contributo interdisciplinar do corpo docente do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da FMUC. Os diferentes textos guardam uma relação com a psiquiatria, a partir de espaços teóricos intrínsecos ou extrínsecos à disciplina, demonstrando que não existe saúde sem saúde mental, e que não existe saúde mental sem os contextos sociais e culturais que a determinam.
A partir de uma área do conhecimento tão híbrida como a psiquiatria social e cultural, são abordados temas variados, com contributos não apenas da psiquiatria, mas também da psicologia, sociologia, sexologia, antropologia e teologia. Estes temas relacionam-se direta ou indiretamente com a saúde individual e coletiva, valorizando as dimensões psicológicas, sociais e culturais do mal-estar e do sofrimento.

OBRA PUBLICADA
COM A COORDENAÇÃO
CIENTÍFICA

•

CECH Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos da Universidade de Coimbra

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS