

# CADERNOS DE PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL

# 0

MANUEL JOÃO QUARTILHO (COORD.)

HELDER ALMEIDA

ISABEL FAZENDA

ISABEL GIL

LINDA FERNANDES

MARIA DE FÁTIMA SOUSA

NUNO CARRILHO

RITA ALCAIRE

IMPrensa DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

(Página deixada propositadamente em branco)

# CADERNOS DE PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL

## # 0

MANUEL JOÃO QUARTILHO (COORD.)

HELDER ALMEIDA

ISABEL FAZENDA

ISABEL GIL

LINDA FERNANDES

MARIA DE FÁTIMA SOUSA

NUNO CARRILHO

RITA ALCAIRE

IMPrensa DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

COORDENAÇÃO EDITORIAL  
Imprensa da Universidade de Coimbra

CONCEÇÃO GRÁFICA  
António Barros

INFOGRAFIA  
Mickael Silva

EXECUÇÃO GRÁFICA  
Realbase

ISBN  
978-989-26-0967-6

ISBN DIGITAL  
978-989-26-0968-3

DOI  
<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0968-3>

DEPÓSITO LEGAL  
390925/15

© 2015, IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## PREFÁCIO

Como o nome indica, o número 0 dos “Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural” não pretende ser um texto de referência, mas sim uma apresentação dos resultados dos trabalhos de investigação levados a cabo aquando do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Pretende, ao mesmo tempo e não com somenos importância, chamar a atenção para esta área do pensamento psiquiátrico deveras negligenciado nos tempos atuais, vilipendiado por uns e mal glosado por outros.

A atenção acrítica dada às vertentes biomédicas, farmacológicas e psicológicas, numa perspetiva de isolamento do indivíduo da sua experiência social e cultural, tem contribuído para a progressiva ausência de reflexão sobre a prática psiquiátrica e os seus fundamentos ontológico e epistemológico.

Acresce que este tipo de intervenção e de reflexão é raro em Portugal e as publicações especializadas escassas ou mesmo inexistentes, pelo que só por si estes “Cadernos” merecem ser publicados.

Para além de uma Introdução, este número 0 dos “Cadernos” coleta 8 artigos, de importância um pouco desigual, mas quase todos inovadores e de interesse indiscutível; realço desde já a sua correção metodológica.

O primeiro artigo, da autoria do Coordenador dos “Cadernos” e Diretor do Mestrado, é exemplar pelo que tem de apresentação da especificidade do tema, da problemática inerente à sua presença / ausência no pensamento e na prática da Psiquiatria atual, e da denúncia alerta para as consequências da sua negligência não só na saúde e na doença mental, mas também na reflexão crítica que permita repensar a posição científico-humanista da Psiquiatria, sua praxeologia e investigação. Ou seja, define com pormenor e rigor o conteúdo dos “Cadernos”, seus objetivos, perspetiva e importância.

Aborda em primeiro lugar a noção de *biological embedding*, ultrapassando logo o reducionismo “metodológico, ontológico e epistemológico” atual que a biologia molecular tanto tem ajudado a desenvolver, e apresenta o exemplo da epigenética como uma possibilidade de compreensão da natureza da dialética *nature-nurture* que rege o desenvolvimento e a constituição da pessoa e do seu organismo.

Aproveita ainda para chamar a atenção para a não neutralidade e não despersonalização dos paradigmas da ciência, expondo-os como emergentes “de comunidades de cientistas que trabalham coletivamente, com um *estilo de pensamento* particular, num tempo e período histórico determinados”.

Refere-se em seguida às determinantes sociais e culturais da saúde, para questionar a epidemiologia contemporânea biomédica que reduz a doença ao indivíduo, suas disfunções ou estilos de vida, assim o responsabilizando pela sua saúde e desresponsabilizando o meio social, cultural e político.

Termina dedicando um capítulo à adversidade, tema atual e “facto sólido” da Epidemiologia social, apresentando os estudos existentes, conhecidos mas porventura silenciados.

Um segundo artigo, da autoria de Nuno Carrilho, descreve a “observação participante” da complexidade da prática científica. Acompanhando a investigação realizada por um colega seu, interno de

Psiquiatria, conclui pela existência de vários “atuantes sociais”, uns visíveis e outros escamoteados, que teriam o intuito de responder às necessidades não só do investigador, mas também dos ditos “atuantes sociais”.

Os atuantes sociais pertencem a um sistema cultural que tem “regras, crenças, práticas e significados” que lhe são próprias. A ciência é no artigo revelada como um sistema cultural específico que tem por falsa crença a “despersonalização da ciência” ou seja a sua não historicidade e sua não pertença a uma comunidade cultural que lhe define métodos, perspectivas e limites.

A aplicação deste estudo à Psiquiatria é pois um contributo que tem tanto de importante como de raro na literatura existente.

Um outro artigo, da autoria de Isabel Fazenda aborda a temática do papel das Representações Sociais no agir preventivo e interventivo dos profissionais de saúde, no caso dos médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, perante a problemática do abuso sexual de crianças.

Os profissionais de saúde, na sua prática quotidiana não de esquivam a ser portadores de representações sociais, que elaboram não só enquanto profissionais mas também como indivíduos de uma comunidade onde “realidade e discurso se constroem recursivamente”, num tempo histórico e num espaço contextual determinados social e culturalmente.

Estas representações sociais (que fazem parte do próprio fenómeno que representam) terão necessariamente influência no ato clínico, na maior ou menor legitimação do abuso sexual e na avaliação dos fatores facilitadores, de manutenção e de resolução do mesmo.

Compreender o papel das Representações Sociais pode “fazer a diferença” e contrariar os “discursos deturpados e estereotipados, disfarçados de linguagem científica, que potenciam a invisibilidade e a impunidade do fenómeno”.

No mesmo sentido, o artigo de Isabel Gil debruça-se sobre a problemática do estigma social e cultural (e logo, do autoestigma) das perturbações mentais, estudando as razões para a sua existência e elencando estratégias para a mudança da atitude prática e mental e das crenças que no estigma se traduzem.

Recorre a uma população de alunos de Enfermagem e avalia o papel modificador da perceção do estigma do ensino clínico de Enfermagem em Saúde Mental.

Um outro artigo, da autoria da antropóloga Rita Alcaire oferece uma outra abordagem digna de referência. Rita Alcaire, assumindo que “os valores próprios de uma sociedade são reformulados e transmitidos pelos *media*”, isto é, que “os *media* são “meios que espelham a sociedade mas (que) também a moldam”, recorre a uma metodologia de estudo dos *mass media*, enquanto “poderosos mediadores da experiência e da realidade cultural” que incrustam o biológico, participam na construção da identidade e são causa distante de vulnerabilidade ou resiliência ao sofrimento mental.

O exemplo escolhido, o do estudo da forma como cinema e televisão fazem referência à masturbação, é elucidativo da pertinência heurística do método; espera-se que o mesmo possa ser usado em temas mais diretamente relacionados com a Psiquiatria e a clínica psiquiátrica.

Este conjunto de textos, pela pertinência e raridade do seu conteúdo, pela qualidade dos trabalhos em que se baseiam e pela importância do seu potencial contributo para a recentração crítica da

prática e da investigação psiquiátrica, merecem leitura atenta e reflexão crítica por todos os que se interessem pela dimensão social e cultural da ciência e da arte médica e sobretudo pelos profissionais que estudam e trabalham na Saúde Mental.

O coordenador deste “Cadernos”, senhor de uma inteligência e de uma formação cultural sólidas, mantém nele a honestidade e a fidelidade ao seu pensamento que lhe reconheço e que bem traduz a sua postura singular, académica e profissional.

Porto, 17 de Dezembro de 2014

Rui Mota Cardoso

(Página deixada propositadamente em branco)

## CADERNOS DE PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL • NÚMERO 0

<b>Prefácio</b>	3
<b>1 Introdução</b> – Manuel João Quartilho	9
<b>2 Do biológico ao social, em tempos de adversidade</b> – Manuel João Quartilho	17
<b>3 Despersonalização da ciência – técnicas de encantamento da ciência</b> – Nuno Carrilho	39
<b>4 Estigma e doença mental</b> – Isabel Gil	59
<b>5 Comunicação, stress e estratégias de adaptação nos enfermeiros/as do Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, epe</b> – Helder Almeida	77
<b>6 Representações sociais do abuso sexual de crianças numa amostra de médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários</b> – Isabel Fazenda	95
<b>7 Dor no corpo e na alma: vivências de dor em utentes com artrite reumatoide</b> – Linda Fernandes	115
<b>8 O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação</b> – Maria Sousa	135
<b>9 Representações da masturbação na televisão e no cinema <i>mainstream</i></b> – Rita Alcaire	153



# Introdução

Manuel João Quartilho

## **Manuel João Quartilho**

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra

### **Resumo**

O presente texto discute a diversidade de pontos de vista e “estilos de pensamento”, perante a necessidade do estudo e compreensão da saúde e das doenças. Faz referências críticas ao reducionismo biológico e valoriza uma orientação baseada nas dimensões sociais e culturais da saúde, respeitadora dos aspetos éticos e morais da teoria e prática clínicas.

**Palavras chave:** “estilos de pensamento”, medicina social, história da medicina, cultura, determinantes sociais, psiquiatria cultural

### **Abstract**

This introductory chapter discusses the diversity of standpoints and “thought styles” facing the necessity of research and understanding in health and disease. Critical references are made to biological reductionism. A perspective based on the social and cultural dimensions of health, respectful of the ethical and moral aspects of medicine theory and practice is valued.

**Keywords:** “thought styles”, social medicine, history of medicine, culture, social determinants, cultural psychiatry.

Como podemos nós compreender o olhar diverso, por vezes quase antagónico, dos profissionais de saúde em relação às perturbações psiquiátricas? Na ausência de resposta conclusiva, são relevantes os modos como os psiquiatras olham com diferentes perspetivas para o sofrimento humano e para as doenças mentais, os seus “estilos de pensamento”<sup>1</sup>, bem como as consequências dos seus diferentes modos de olhar. No processo, cada olhar constrói uma pessoa diferente, a partir da miséria, da dor, ou da destituição que caracterizam cada história particular. Tendemos a selecionar a informação e a privilegiar as nossas próprias perspetivas, com crenças e teorias que não resultam apenas da evidência empírica. Todos fazemos escolhas, fundadas em valores culturais, em interesses pessoais ou orientação ideológica. E os cientistas também, mesmo que não tenham consciência disso. Este conjunto de textos celebra o I Curso de Mestrado em Psiquiatria Cultural (2006-2008) e escolhe, naturalmente, uma perspetiva social e cultural para a análise de fenómenos que podem ser melhor compreendidos com os inúmeros e valiosos contributos desta perspetiva. Não propondo um vácuo biológico, é uma opção *situada* em função das preferências autorais, crítica e reflexiva, ao privilegiar uma perspetiva de saúde mental pública que procura fazer justiça aos seus determinantes sociais e culturais.

Ao longo do tempo histórico, a dimensão social da saúde e das doenças conquistou relevância na teoria e na prática da medicina. Não obstante a controvérsia suscitada, a chamada “tese de McKeown”, da autoria do médico e historiador britânico Thomas McKeown (1912-1988), veio defender que o crescimento da população no mundo industrializado a partir de finais do século XVIII não foi devido a avanços no campo da medicina ou da saúde pública, mas sim a uma mudança global dos padrões de vida e a um declínio da mortalidade por doenças infecciosas, promovido pela melhoria das condições económicas da Revolução Industrial (Colgrove, 2002). Rudolph Virchow (1821-1902), uma das figuras cimeiras da medicina e da reforma social do século XIX, sugeriu que os problemas sociais caíam, em larga medida, na jurisdição profissional do médico, “o defensor natural dos pobres” (Holtz *et al.*, 2006). Cada vez mais reconhecida a importância das relações entre saúde e fatores sociais, a doença passou a ser concebida, depois de 1900, não apenas como fenómeno biológico mas também como fenómeno social. O foco da medicina, segundo Roy Porter (1997), teve de incorporar questões mais vastas relacionadas com os rendimentos, estilos de vida, dietas, hábitos, emprego, educação e estrutura familiar - em suma, com toda a economia psicossocial. Só então pôde a medicina, ainda de acordo com Porter, responder aos desafios da sociedade, suplantando uma medicina laboratorial preocupada com a investigação detalhada das lesões, mas indiferente ao seu modo de aparecimento. Para Leon Eisenberg (1999), afinal, toda a medicina é “inseparavelmente social”.

---

<sup>1</sup> “Estilo de pensamento” é uma expressão devida a Ludwik Fleck (1896-1961), médico, microbiologista e filósofo da medicina. Por forma a “vermos”, a termos uma ideia, defendeu Fleck, temos primeiro que ter conhecimento. E este conhecimento resulta da absorção de certos padrões, modos, de interpretarmos a realidade. Logo, tendemos a ver através dos olhos do “coletivo”, ou seja, com os “óculos” da comunidade (médica, científica, religiosa, etc.) a que pertencemos. Esta adesão ao coletivo, por sua vez, pode conferir às nossas crenças um caráter fechado e inerte, não compatível com o diálogo construtivo e a evolução do conhecimento (Sak, 2012).

No período histórico compreendido entre as duas Grandes Guerras, tanto na Europa como no continente americano, a medicina foi encarada como uma ciência social. Na América Latina, depois da Segunda Grande Guerra, a medicina social acompanhou uma agenda de transformação política e social. No contexto anglo-americano, pelo contrário, privilegiou um maior interesse pela mudança de comportamentos individuais, em prejuízo dos determinantes sociais (Porter, 2006). Mas a partir dos anos 1990, sobretudo nos Estados Unidos, este modelo comportamental e individualista foi novamente confrontado com a influência de variáveis estruturais, mais amplas. Os comportamentos relacionados com a saúde passaram então a ser interpretados não apenas em função de uma responsabilidade individual, mas também perante as condições em que as pessoas nasciam, viviam e trabalhavam (Braveman *et al.*, 2011).

A celebração entusiasmada dos avanços científicos, na era do genoma, esquece invariavelmente os efeitos da determinação social na distribuição das doenças (Holtz *et al.*, 2006). A verdade é que todos temos que viver com uma espécie de ironia, com o paradoxo implícito no facto de os avanços mais sofisticados no conhecimento, biológico ou outro, servirem apenas, muitas vezes, para se criarem novas opções. O problema do sofrimento humano não ficaria resolvido se todas as doenças se esgotassem nas explicações da biologia molecular. E o desenvolvimento científico não acabará nunca com a necessidade de fazermos escolhas (Rosenberg, 2007). Por outro lado, abundam os exemplos da literatura científica a favor da determinação social das doenças. Um conhecido estudo seguiu pares de gémeos monozigóticos e dizigóticos ao longo dos anos. Verificou que o estado de saúde dos pares de gémeas adultas que viveram juntas durante a infância variou de acordo com a profissão e estatuto socioeconómico na idade adulta. Os parâmetros cardiovasculares revelaram-se mais diferentes entre pares de gémeas monozigóticas que se tornaram discordantes em relação à profissão (Krieger *et al.*, 2004). Se considerarmos, a partir de um outro estudo, que os homens japoneses nascidos nos Estados Unidos da América (EUA) têm uma prevalência de cancro do cólon duas vezes superior à dos japoneses nascidos no seu país de origem, e que as mulheres japonesas nascidas nos EUA têm uma taxa de cancro do cólon superior em 40% à taxa das mulheres japonesas nascidas no Japão, podemos imaginar a importância decisiva dos efeitos relativos do ambiente, tal como no estudo anterior (Gruber, 2013). Também não existe uma explicação biológica ou “natural” para as grosseiras desigualdades na saúde. Por causa do furacão *Katrina*, que assolou Nova Orleães em 2005, mais de 75% das 500.000 pessoas que viviam na cidade tiveram que ser deslocadas. A maioria dos que não puderam escapar eram pobres e negros (Holtz *et al.*, 2006). E o estatuto socioeconómico, mais do que outras variáveis epidemiológicas, parece determinar as taxas de sobrevivência em doentes americanos após cirurgia cardíaca (Koch *et al.*, 2010). Não há uma explicação biológica, finalmente, para uma taxa de mortalidade materna de 2.100 mortes por 100.000 nascimentos na Serra Leoa, comparadas com apenas uma morte, por cada 100.000 nascimentos, na Irlanda (Venkatapuram, Bell e Marmot, 2010).

Vários artigos recentes insistem na necessidade de prestarmos mais atenção, especificamente, à dimensão social e cultural das perturbações mentais. Outros contestam a reiterada propensão

reducionista da investigação biomédica. Nikolas Rose, por exemplo, sustenta que a exuberância do “imperativo translacional”, prometendo benefícios clínicos a partir da investigação básica com animais de laboratório, geralmente num almejado prazo de “três a cinco anos”, oscila teimosamente entre a esperança e a fantasia (Rose, 2013). Arthur Kleinman salienta que a investigação em psiquiatria biológica é necessária mas insuficiente, e recomenda estudos clínicos, psicossociais e culturais que legitimem a dimensão social, moral e económica dos problemas mentais (Kleinman, 2012). Stephen Priebe assinala um progresso considerável nas áreas adjacentes à psiquiatria, como a genética e as neurociências. Mas defende que estes avanços, não obstante as renovadas promessas, simplesmente não determinaram progressos significativos nos procedimentos terapêuticos. A pressão para publicar em revistas científicas de elevado impacto perpetua o impasse, pelo que o autor sugere uma alternativa ao paradigma neurobiológico reinante, dando prioridade ao estudo do que acontece entre as pessoas, em contextos sociais relacionais, e proclamando, afinal, que “o futuro da psiquiatria académica pode ser social” (Priebe, 2013). Bracken *et al.* (2012), no mesmo sentido, defendem uma psiquiatria pós-tecnológica, na presunção de que os aspetos hermenêuticos do trabalho clínico são primários, com prioridade para os valores, as relações, a política e a ética na prestação de cuidados. Peter Tyrer (2012), finalmente, pergunta se o núcleo caudado é importante na esquizofrenia ou, antes, um epifenómeno distante, um detalhe biológico que nos afasta dos aspetos éticos e hermenêuticos da prática clínica. Até que ponto, por outras palavras, a atenção ao pormenor neurobiológico não nos afasta da humanidade necessária à reflexão teórica e ao encontro com os doentes, à partilha de experiências nos seus mundos morais locais (Kleinman, 1992)? Até que ponto somos capazes de insistir na competência técnica e científica e descurar, ao mesmo tempo, a arte humanista de cuidar, a devoção ao outro, o tempo necessário para ouvirmos as suas histórias, a importância da compaixão e da ética na prática clínica?

As pessoas vivem no fluxo das interações interpessoais em mundos locais: redes sociais, famílias, instituições, comunidades – a experiência é esse fluxo de palavras, movimentos e emoções que existe entre nós. A experiência, vista deste modo, é intrinsecamente moral. Viver a vida significa alimentar e partilhar valores. Estamos constantemente a sentir, a negociar, a defender, a viver valores. Os valores que são vividos são as coisas que são pessoal e coletivamente importantes para todos nós: por exemplo o estatuto, a reputação, os recursos, as relações, as práticas religiosas e culturais, etc. Prestar e receber cuidados são os valores que melhor estruturam as nossas vidas enquanto seres morais, tanto na vida familiar como no contexto clínico (Kleinman e van der Geest, 2009)<sup>2</sup>

O conceito amplo de cultura alimentou o nosso Curso de Mestrado. E a Psiquiatria Cultural viu reconhecidos os seus múltiplos interesses e áreas de investigação. Foi discutida a comparação transcultural

---

<sup>2</sup> As traduções presentes neste capítulo são da responsabilidade do autor.

das formas e prevalência das patologias psiquiátricas, foi analisada a natureza do processo migratório na era da globalização, e foi sublinhada, ainda, a utilidade de uma análise crítica da teoria e prática médicas. Os textos que ora se propõem à consideração do leitor, e que se baseiam nos trabalhos de investigação levados a efeito para a realização das dissertações de Mestrado, privilegiam esta última orientação crítica, bem como a necessidade de uma perspetiva integradora no estudo da saúde e das doenças.

Os Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural resultam do empenho e da imaginação dos Alunos e Alunas, que em boa hora decidiram compor as suas teses de Mestrado, para publicação. A Rita Alcaire, antropóloga, orientou o processo com desvelo e um entusiasmo que contagiou a participação e o esforço de todos. Muito grato pelo seu valioso contributo, é com enorme satisfação e orgulho que coordeno esta primeira edição dos “Cadernos”. Sinto-me devedor face à dedicação com que os autores e autoras dos diferentes capítulos construíram a experiência dos dois anos de Mestrado, acrescentando valor e vivacidade às aulas, defendendo com brilho os seus trabalhos de dissertação. Ao longo do Curso, contribuíram com os seus conhecimentos e experiência para um espaço de estudo e reflexão crítica sobre cultura, medicina e psiquiatria, na convergência de diferentes saberes e orientações disciplinares. O conjunto de textos aqui reunidos reflete, aliás, a natureza pluridisciplinar das matérias lecionadas e as mais valias de uma experiência gratificante para todos.

No texto que assino, procuro fazer uma ponte crítica entre os determinantes biológicos e sociais da saúde e das doenças, em tempos de recessão e adversidade. Nuno Carrilho debruça-se sobre a construção social e cultural do conhecimento científico, com recurso ao método etnográfico. Isabel Gil aborda o importante tema do estigma e a necessidade de o combater, no âmbito do trabalho pedagógico, em nome da dignidade e liberdade dos doentes. Helder Almeida reflete sobre padrões de comunicação e interação interpessoais, estratégias adaptativas e vulnerabilidade ao *stress* nas Equipas de Enfermagem. Isabel Fazenda escreve sobre as representações sociais e a prevenção do abuso sexual de menores junto dos profissionais de saúde, no âmbito dos Cuidados Primários. Linda Fernandes investiga a experiência da dor em doentes com artrite reumatóide e reflete sobre as dimensões psicológicas, sociais e culturais do sintoma. Maria de Fátima Sousa desenvolve argumentos relacionados com o cuidar e o controlo não farmacológico da dor, no âmbito do trabalho clínico das Equipas de Enfermagem. Rita Alcaire, finalmente, faz uma reflexão crítica sobre as representações sociais da masturbação e respetivos antecedentes médicos, históricos e religiosos.

Gostaria de agradecer a todos os que frequentaram e colaboraram no I Curso de Mestrado em Psiquiatria Cultural, Alunos e Docentes. Cumprimento todos aqueles que fizeram apenas a parte curricular e presto sentida homenagem à memória de uma Colega que partiu. Foram todos responsáveis pela criação de uma atmosfera convivial de reflexão e debate, partilhando afetos e iluminando as margens difusas do conhecimento médico convencional, na fronteira com as ciências sociais. Possa esta primeira experiência frutificar, em nome da sabedoria e do bem comum. *Last but not the least*, quero agradecer à Dr.<sup>a</sup> Maria João Padez, da Imprensa da Universidade de Coimbra, o incedível zelo e competência com que abraçou o nosso projeto. Fica provado, mais uma vez, que sozinhos nunca vamos longe.

## BIBLIOGRAFIA

- BRACKEN, P., THOMAS, P., TIMIMI, S., ASEN, E., BEHR, G., BEUSTER, C., ET AL. (2012). PSYCHIATRY BEYOND THE CURRENT PARADIGM. *THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*: 201(6), 430–434
- BRAVEMAN, P. A., KUMANYIKA, S., FIELDING, J., LAVEIST, T., BORRELL, L. N., MANDERSCHIED, R., & TROUTMAN, A. (2011). HEALTH DISPARITIES AND HEALTH EQUITY: THE ISSUE IS JUSTICE. *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 101, SUPPL. 1, S149–55.
- COLGROVE, J. (2002). THE McKEOWN THESIS: A HISTORICAL CONTROVERSY AND ITS ENDURING INFLUENCE. *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 92(5), 725–729.
- EISENBERG, L. (1999). DOES SOCIAL MEDICINE STILL MATTER IN AN ERA OF MOLECULAR MEDICINE? *JOURNAL OF URBAN HEALTH: BULLETIN OF THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE*, 76(2), 164–175.
- GRUBER, J. (2013). CONCLUSION: THE UNFULFILLED PROMISE OF GENOMICS. IN KRIMSKY, S, GRUBER, J. (EDS.). GENETIC EXPLANATIONS: SENSE AND NONSENSE (PP. 270-282). CAMBRIDGE, HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- HOLTZ, T. H., HOLMES, S. M., HOLMES, S., STONINGTON, S., & EISENBERG, L. (2006). HEALTH IS STILL SOCIAL: CONTEMPORARY EXAMPLES IN THE AGE OF THE GENOME. *PLOS MEDICINE*, 3(10), e419.
- KLEINMAN, A. (1992). PAIN AND RESISTANCE: THE DELEGITIMATION AND RELIGITIMATION OF LOCAL WORLDS. IN GOOD, M-J, BRODWIN, P. E., GOOD, B., KLEINMAN, A. (EDS), PAIN AS HUMAN EXPERIENCE: AN ANTHROPOLOGICAL PERSPETIVE: 169-197. BERKELEY. UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS.
- KLEINMAN, A., VAN DER GEEST, S. (2009). "CARE" IN HEALTH CARE. REMAKING THE MORAL WORLD OF MEDICINE. *MEDISCHE ANTROPOLOGIE*, 21 (1): 159-168
- KLEINMAN, A. (2012). REBALANCING ACADEMIC PSYCHIATRY: WHY IT NEEDS TO HAPPEN - AND SOON. *THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 201(6), 421–422
- KOCH, C. G., LI, L., KAPLAN, G. A., & WACHTERMAN, J. (2010). SOCIOECONOMIC POSITION, NOT RACE, IS LINKED TO DEATH AFTER CARDIAC SURGERY. *CIRC CARDIOVASC QUAL OUTCOMES*: 3:267-276
- KRIEGER, N., CHEN, J. T., COULL, B. A., & SELBY, J. V. (2004). LIFETIME SOCIOECONOMIC POSITION AND TWINS' HEALTH: AN ANALYSIS OF 308 PAIRS OF UNITED STATES WOMEN TWINS. *PLOS MEDICINE*, 2 (7), e162.
- PORTER, R. (1997). THE GREATEST BENEFIT TO MANKIND. A MEDICAL HISTORY OF HUMANITY FROM ANTIQUITY TO THE PRESENT. LONDON. FONTANA PRESS.
- PORTER, D. (2006). HOW DID SOCIAL MEDICINE EVOLVE, AND WHERE IS IT HEADING? *PLOS MEDICINE*, 3 (10), e399
- PRIEBE, S., BURNS, T., & CRAIG, T. K. J. (2013). THE FUTURE OF ACADEMIC PSYCHIATRY MAY BE SOCIAL. *THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*: 202 (5), 319–320.
- ROSE, N. (2013). THE HUMAN SCIENCES IN A BIOLOGICAL AGE. *THEORY, CULTURE & SOCIETY*, 30 (1), 3-34
- ROSENBERG, C. E. (2007). OUR PRESENT COMPLAINT. AMERICAN MEDICINE, THEN AND NOW. BALTIMORE. THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY PRESS.
- SAK, J., & PAWLIKOWSKI, J. (2012). *MEDICINE AND THOUGHT-STYLES: ON THE 50TH ANNIVERSARY OF THE DEATH OF LUDWIK FLECK (1896-1961)*. *THE ISRAEL MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL: IMAJ* (VOL. 14, PP. 214–218).
- TYRER, P. (2012). FROM THE EDITOR'S DESK. *THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 201, 502. DOI: 10.1192/bjp.201.6.502
- VENKATAPURAM, S., BELL, R., & MARMOT, M. (2010). THE RIGHT TO SUTURES: SOCIAL EPIDEMIOLOGY, HUMAN RIGHTS, AND SOCIAL JUSTICE. *HEALTH AND HUMAN RIGHTS*, 12(2), 3–16.



# **Do biológico ao social, em tempos de adversidade**

**Manuel João Quartilho**

**Manuel João Rodrigues Quartilho<sup>3</sup>**

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra

**Resumo**

Este capítulo considera a epigenética como elo potencial de ligação entre os genes e o ambiente, entre as ciências naturais e sociais. Interpreta o desenvolvimento à custa de uma perspetiva dialética. Critica as orientações epidemiológicas baseadas na biomedicina e nos estilos de vida. Valoriza o conceito de determinantes sociais e a sua relação com as causas fundamentais, justiça social e direitos humanos. Desenvolve ainda aspetos relacionados com as desigualdades e a pobreza em ambientes de austeridade, provocados pela recessão económica, em Portugal. São ainda feitas considerações sobre as medidas de progresso social nos diferentes países.

**Palavras chave:** Epigenética, interações gene/ambiente, desenvolvimento, perspetiva dialética, biomedicina e estilos de vida, direitos humanos, causas fundamentais, determinantes sociais, desigualdades, desemprego, pobreza, recessão.

**Abstract**

This chapter looks at epigenetics as a potential theoretical bridge between genes and environment, between the natural sciences and the social sciences. It looks at development through the lens of a dialectic perspective, criticizing epidemiologic orientations based on biomedical and lifestyle principles. The text takes preference for the concept of social determinants of health and its relationship with fundamental causes, human rights and social justice. Looking at the health effects of economic recessions, the chapter concludes with some considerations related to health inequalities, poverty and wellbeing politics in Portugal and abroad.

**Keywords:** Epigenetics, gene/environment interactions, development, dialectic perspective, biomedicine and lifestyles, human rights, fundamental causes, social determinants, health inequalities, unemployment, poverty, recession.

---

<sup>3</sup> Professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra. Assistente hospitalar graduado de psiquiatria do CHUC. Coordenador do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural.

## I. Biológico

As interpretações plausíveis não serão melhores que as explicações causais, em particular quando a descoberta de uma explicação causal nos obriga a artificializar o objeto do nosso estudo até um ponto dificilmente reconhecível como sendo representativo da vida humana? O estudo do espírito humano é tão difícil, tão constrangido pelo dilema de ser ao mesmo tempo o objeto e o agente do seu próprio estudo, que não pode limitar as suas investigações a formas de pensar oriundas da Física. Pelo contrário, a tarefa é tão atrativa e importante que merece toda a rica variedade de contributos que podem ser oferecidos para a compreensão do sentido que o homem confere ao seu mundo, aos seus semelhantes e a si próprio (Jerome Bruner, *Acts of Meaning*)<sup>4</sup>

A possibilidade de um diálogo construtivo entre diferentes conhecimentos disciplinares, mesmo que a propósito de um único tema científico, pode revestir-se de dificuldades quase irresolúveis. Um livro recente confirma estas dificuldades, em função dos diferentes focos e interesses com que olhamos para a realidade.

Mesmo quando estudam o mesmo assunto, tal como a memória, os psicólogos cognitivistas, os biólogos moleculares e os imagiologistas cerebrais têm poucos pontos de contacto e trabalham com diferentes entendimentos dos fenómenos... Dois livros de texto sobre a memória, por exemplo, cada um deles escrito por um especialista de topo na matéria, um biólogo molecular e um psicólogo cognitivista, não partilham praticamente nenhuma referências (Rose e Rose, 2012).

A memória é apenas um tema divergente, entre muitos. Steven Rose, biólogo, conta-nos a história de cinco colegas com diferentes versões para o comportamento de uma rã que saltou para dentro de água, junto a um lago, quando sentiu a presença próxima de uma serpente (Rose, 2005). A verdade é que todos os biólogos tinham razão. Não havia uma resposta verdadeira. As respostas mais úteis dependem do motivo pelo qual a pergunta é feita. E a história da rã faz justiça, afinal, à necessidade de um pluralismo epistemológico que dignifique as nossas capacidades de pensar e compreender (Rose, 2005).

Todo o argumento, portanto, deve ser situado. Dentro das ciências naturais, tal como nas ciências sociais, existem sempre múltiplas perspetivas e possibilidades de análise. A esquizofrenia, ou a depressão, podem suscitar tanto uma interpretação bioquímica como um olhar antropológico. As possibilidades de diálogo entre as ciências naturais e as ciências sociais apresentam, neste contexto, enormes dificuldades. A recolha de informações tende a ser um processo de filtragem, seletivo, muitas vezes confirmatório. Mas não obstante o cenário pessimista, as ciências naturais e as ciências sociais vislumbram hoje uma hipótese de “amizade crítica” baseada em conceitos que procuram explicar a “entrada da experiência para debaixo da pele” (McEwen, 2012). A noção de incrustação biológica (*biological embedding*), por

---

4 As traduções presentes neste capítulo são da responsabilidade do autor.

exemplo, refere-se à possibilidade de as experiências biográficas poderem determinar alterações biológicas que causam, em última análise, a eclosão subsequente de patologias variadas. Na verdade, se dissermos que as experiências de adversidade precoce, na infância, se transformam em patologia na idade adulta porque a criança ficou psicologicamente traumatizada, esta não é uma explicação, é uma descrição linear, mecanicista, um disparate conceptual. Mas se quisermos estudar um substrato físico que explique melhor os processos de mediação entre adversidade precoce e patologia do adulto, então podemos aceitar que a reinterpretção da biologia humana no seu contexto social requer uma ponte conceptual entre as ciências naturais e sociais, à custa de um processo de incrustação biológica que ocorre, portanto, quando a experiência das pessoas *gets under the skin* e altera os processos biológicos humanos (Hertzman e Boyce, 2010).

Este processo depende, eventualmente, de complexos mecanismos de regulação epigenética que permitem a referida ponte entre a biologia e o ambiente. Em 2010, a *Time Magazine* anunciou que “o novo campo da epigenética mostra como o seu ambiente e escolhas podem influenciar o seu código genético – o seu e o dos seus filhos” (*Time Magazine*, 8 de janeiro de 2010). A epigenética, explicava o artigo, “é o estudo de alterações na atividade dos genes que não envolvem alterações no código genético mas que, ainda assim, são transmitidas a pelo menos uma geração”. Estas formas de expressão genética seriam centralizadas no epigenoma<sup>5</sup>, que por sua vez seria responsável pela ativação ou desativação dos genes, sob a influência de fatores ambientais diversos, externos ou internos ao organismo, desde uma modificação na concentração da glicose a um impulso elétrico, ou a uma interação social (Meaney, 2010:50). Compreender as consequências epigenéticas das exposições sociais, neste sentido, pode contribuir para revolucionar a medicina, as ciências sociais e as humanidades. Ou seja, a epigenética surge como uma ponte entre as ciências sociais e biológicas, prometendo uma compreensão realmente integrada da saúde e comportamento humanos (McGowan e Szyf, 2010)<sup>6</sup>.

A epigenética tem antecedentes ligados a um período histórico sombrio, um período de fome conhecido por *Dutch Hunger Winter*, entre finais de 1944 e princípios de 1945, no culminar da Segunda Grande Guerra (Carey, 2012). A parte ocidental da Holanda, ainda sob o jugo alemão, foi então vítima de uma dramática redução na distribuição de alimentos. Morreram mais de 25.000 pessoas até Maio de 1945, altura em que foi interrompido o bloqueio. Esta situação permitiu uma investigação

---

5 Os 23.000 genes que as crianças herdam dos pais podem ser considerados como o “genoma estrutural”, uma espécie de *hardware* que precisa de um sistema operativo que o informe sobre o que deve fazer. O epigenoma é este sistema operativo, um sistema que determina quais as funções que o *hardware* (genoma) deve, ou não, realizar (National Scientific Council on the Developing Child, 2010).

6 No passado, os cientistas sociais tendiam a ignorar as explicações genéticas, porque a sua aceitação implicava uma espécie de rendição à supremacia explicativa do gene, perante a irrelevância ou superficialidade do “social”. Mas a epigenética pode ajudar os sociólogos a especificar e medir alguns dos múltiplos mecanismos associados às “causas fundamentais” (ver adiante), sem terem que privilegiar o biológico ou o social e, em particular, sem terem que reconhecer a supremacia explicativa do gene. A epigenética relaciona-se com mecanismos de expressão genética, não com a sequência genética. Não tem a ver com o modo através do qual a variação genética produz variação no organismo. Pelo contrário, diz respeito aos modos de aparecimento da variação, apesar de uma genética basicamente similar (Landecker e Panofsky, 2013).

epidemiológica sobre os efeitos da fome no peso das crianças, ao nascimento. Se uma mãe tivesse tido uma alimentação normal na altura da concepção e uma alimentação deficiente nos últimos meses da gravidez, as crianças apresentavam um baixo peso ao nascimento. Se, pelo contrário, a mãe tivesse tido uma alimentação deficiente apenas nos primeiros três meses de gravidez, com normalização subsequente, então a criança era mais suscetível de nascer com um peso normal.

E o que aconteceu, entretanto, às crianças? As crianças de baixo peso continuaram com baixo peso durante as suas vidas, com taxas de obesidade inferiores às da população geral. E as crianças cujas mães tinham tido uma alimentação deficiente apenas no início da gravidez, por seu lado, evidenciaram taxas de obesidade superiores ao normal. Mais interessante, os netos das mulheres que tiveram uma alimentação deficiente nos primeiros meses de gravidez apresentaram alguns dos mesmos efeitos. Ou seja, aquilo que aconteceu numa população de mulheres grávidas ter-se-á transmitido aos filhos dos filhos<sup>7</sup>. Ora, porque é que algo que acontece cedo, no processo de desenvolvimento, eventualmente ainda no decurso da vida intrauterina, tem consequências bastante mais tarde, na saúde física e mental do adulto? Talvez a epigenética seja a resposta biológica à questão formulada. E talvez responda, igualmente, a uma assinalada prevalência de 50% para a esquizofrenia em pares de gémeos monozigóticos. Diferenças ao nível da experiência e/ou do ambiente podem determinar discordância na natureza das marcas epigenéticas em zonas específicas do genoma, causando diferenças fenotípicas apesar de um genótipo comum (Zhang e Meaney, 2010). Afinal, quando dois indivíduos geneticamente idênticos são diferentes nalguma das suas características mensuráveis, ou quando uma ocorrência ambiental tem consequências biológicas muito para além do acontecimento inicial, quando o código genético não explica tudo, “isto é a epigenética em ação”, através de mecanismos moleculares que não alteram os genes, mas sim os seus modos de expressão (Carey, 2012). Numa perspetiva otimista, a epigenética pode ser considerada como o elo que faltava nas relações entre *nature* e *nurture*, um instrumento que nos ajuda a compreender os efeitos do ambiente, frequentemente irreversíveis, sobre a vida das pessoas. Numa leitura mais sombria, compulsando muito da vasta literatura sobre o tema, a epigenética ameaça assumir-se como um novo determinismo somático, com capacidade potencial para alimentar novas formas de reducionismo (Lock, 2013).

De qualquer modo, a compreensão da natureza das respostas epigenéticas às exposições ambientais está ainda a dar os seus primeiros passos. Existem dúvidas, e até mesmo alguma frustração, quanto à legitimidade da extrapolação de resultados obtidos em estudos animais (Miller, 2010). Talvez

---

7 Esta possibilidade de uma transmissão não genética transporta-nos até um cientista do século XVIII, chamado Lamarck, cujas teorias propuseram uma forma de transmissão de características adquiridas, ou “soft inheritance”. O seu exemplo mais citado, o exemplo das girafas, defendeu que estas alongaram o pescoço, ao longo do processo evolutivo, devido à necessidade de se alimentarem a partir de árvores altas. O alongamento progressivo do pescoço das girafas, segundo Lamarck, libertava fluidos que permitiam, às gerações seguintes, ter pescoços cada vez mais compridos. Criticado e ridicularizado, as suas teses foram ofuscadas pelos contributos de Darwin (Spector, 2013). Mas hoje olhamos para Lamarck como um dos precursores da epigenética. Se pensarmos no âmbito da prática clínica psiquiátrica, a transmissão de características adquiridas significa, por exemplo, que os filhos de pais deprimidos herdaram não apenas os genes que lhes aumentam o risco de depressão, mas também o pai deprimido (Meaney, 2001).

seja possível compreender melhor, no futuro, as complexas relações entre genética, epigenética e contextos sociais, ou seja, as bases biológicas do risco e da resiliência (Champagne, 2010). Mas na investigação epigenética para a próxima década, como referiu Nessa Carey,

Haverá esperança e extravagância, promessas exageradas, caminhos sem saída, movimentos errados e ocasionalmente mesmo alguma investigação desacreditada. A ciência é um esforço humano e por vezes corre mal. Mas no final dos próximos 10 anos compreenderemos melhor as respostas para algumas das mais importantes questões da biologia. Neste momento não podemos prever quais poderão ser essas respostas e nalguns casos não temos sequer uma certeza em relação às perguntas. Mas uma coisa é certa. A revolução epigenética está em marcha (Carey, 2012:312).

Os genes, entretanto, perderam o seu estatuto privilegiado. A genómica não cumpriu as suas promessas, não anulou o enorme fosso entre a investigação básica e as aplicações clínicas, não confirmou as previsões segundo as quais “o nosso destino está nos nossos genes” (Gruber, 2013). A “astrologia genética está em dificuldades” (Jablonka, 2013: 80). O Projeto do Genoma Humano custou 3 biliões de dólares e, décadas depois, defraudou as expectativas (Ho, 2013). É verdade que os cientistas e o público em geral não podem desvalorizar, embora também não devam exagerar, os méritos da investigação genética (Cranor, 2013). Mas o gene deixou de ser o maestro, o condutor da orquestra. A música não está predeterminada. E do mesmo modo que se pode mudar a música, também podemos alterar os nossos genes, mudar os destinos dos nossos filhos e dos nossos netos (Spector, 2013: 293). Já não existem “genes para...”, porque o conceito preformacionista da ação genética é inadequado (Kendler, 2005). O genoma não é um modelo Lego e os genes não fazem parte de uma qualquer estrutura estática a aguardar auto-ativação. O genoma deve ser considerado como um ecossistema, mais fluido, mais dinâmico e mais interativo (Krimsky, 2013). Deste modo, compreende-se que os mecanismos epigenéticos apareçam como interface entre o genoma e os seus ambientes, regulando a expressão genética. De acordo com Richard Lewontin, um maior progresso na nossa compreensão da natureza requer que reconsideremos a iniludível relação entre o exterior e o interior, entre o organismo e o ambiente (Lewontin, 2001:47). Uma visão alternativa dos organismos vivos, uma visão que reconhece a importância dos genes sem aceitar o determinismo genético, é uma perspetiva que procura compreender as pessoas e as suas trajetórias, no espaço e no tempo. Neste esquema teórico, portanto, a nossa atenção deve deslocar-se dos genes para o organismo em desenvolvimento (Rose e Rose, 2012).

Esta é uma posição congruente com as teses de Stephen Jay Gould (1941-2002), a propósito da polémica sociobiológica, visando compreender as propriedades emergentes e irreduzíveis que resultam da interpenetração entre genes e ambiente (Gould, 1988: 225). Diálogo, portanto, entre biologia e ambiente, sem concessões à rigidez determinista. Richard Levins e Richard Lewontin (1985) desenvolveram as premissas teóricas de um programa dialético em biologia, assumindo o seu comprometimento ideológico com a tradição marxista. Proclamaram a mudança como característica central

dos sistemas, resultante de relações internas e externas. Este fenómeno de mudança resultaria da heterogeneidade interna dos sistemas, eventualmente produtora de uma instabilidade dinâmica que originaria desenvolvimento interno à custa de partes oponentes, e de uma relação com o mundo externo que influenciaria e seria influenciado pelo citado desenvolvimento. A afirmação de que todos os sistemas são internamente heterogêneos levou os autores a concluir pela não existência de “unidades básicas” na origem dos processos causais, assim legitimando a investigação de cada nível organizativo e dispensando a necessidade de localização e identificação das referidas unidades. O método dialético enfatiza pois a interconexão universal, a heterogeneidade interna de todos os sistemas, a interpenetração de opostos e a existência de níveis integrativos simultaneamente autónomos e em interação recíproca (Quartilho, 1988).

Mais recentemente, Steven Rose (2005) defendeu a necessidade de uma biologia integradora, holista, aberta à complexidade e à diversidade epistemológica nos nossos esforços de compreensão da natureza e significado da vida. Coerente com uma perspetiva dialética, o autor defende que é falaciosa “a implicação de que o mundo está dividido em domínios de causalidade incomensuráveis, em que as explicações são sociais *ou* biológicas, com as suas sedutoras dicotomias *nature or nurture*, genes *ou* ambiente”. Os fenómenos da vida, acrescenta Rose, “são sempre simultaneamente sobre *nature* e *nurture*, e os fenómenos da existência e experiência humanas são sempre simultaneamente biológicos e sociais” (Rose, 2005: 279). Numa palavra, somos o produto de uma dialética constante entre o “biológico” e o “social” (Rose, 2005: 6).

Esta perspetiva dialética sobre a *nature* e a *nurture* é uma perspetiva segundo a qual, afinal, ambas se constituem a si próprias; é uma orientação que defende, mais uma vez, “uma unidade de opostos mediante a qual o desenvolvimento não ocorre sem ambos, e ainda uma interpenetração de opostos na medida em que a *nature* modifica a *nurture* e inversamente a *nurture* modifica a *nature*... Mais importante, sem uma, a outra não existiria” (Sameroff, 2010). O debate *nature-nurture* é aliás “uma coisa que já foi resolvida vezes sem conta e que, afinal, continua por resolver”<sup>8</sup>. De acordo com Dale Goldhaber (2012), a questão é como a daquelas velas que usávamos nos bolos de aniversário quando éramos crianças, aquelas que acendiam, que se apagavam quando soprávamos e que voltavam a acender-se de seguida, até voltarmos a soprar, para se acenderem de novo. O velho debate clássico é um exercício reducionista que questiona as contribuições relativas e independentes da genética e do

---

<sup>8</sup> Do ponto de vista histórico, pelo menos no âmbito da psicologia do desenvolvimento, o pêndulo tem oscilado sucessivamente entre *nature* e *nurture*, entre as características intrínsecas da criança e as propriedades extrínsecas do ambiente. Francis Galton, no século XIX, favoreceu o papel central da *nature*. Os anos 20 assistiram a uma influência crescente da *nurture*, à custa da teoria da aprendizagem, um paradigma que alimentou inúmeros trabalhos de investigação até aos anos 1950. Nos anos 1960, a *nature* voltou a ganhar proeminência, à custa dos desenvolvimentos conceptuais em etologia, genética comportamental e teoria cognitiva. Nos anos 80, as questões relacionadas com a pobreza e os conceitos de ecologia social e desconstrução cultural, por sua vez, empurraram novamente o pêndulo para o lado da *nurture*. Entretanto, com a viragem do século, a biologia molecular e as neurociências devolveram à *nature*, mais uma vez, uma renovada importância conceptual na investigação do comportamento humano. Talvez um novo ciclo da *nurture*, finalmente, possa ser hoje anunciado pela chamada revolução epigenética (Sameroff, 2010).

ambiente para o desenvolvimento individual. De algum modo, é um debate ultrapassado, obsoleto, sem resolução possível. O novo debate, holista e sistémico, admite partes contendoras que reconhecem o carácter essencial e inseparável da *nature* e da *nurture*. A psicologia evolutiva e a perspetiva sistémica participam neste novo debate e aceitam, ambas as orientações, uma interdependência sinérgica entre *nature* e *nurture*. A psicologia evolutiva centra a sua atenção nos antecedentes mais distais do nosso desenvolvimento, privilegiando mecanismos de seleção natural e adaptação modular<sup>9</sup>. A perspetiva sistémica, por sua vez, encerra uma orientação holista, argumentando não poder haver uma distinção entre *nature* e *nurture* porque o processo de desenvolvimento requer uma relação de interdependência entre ambas. Inspirada nos trabalhos de Gilbert Gottlieb (1929-2006), esta orientação defende que não existe uma correspondência linear entre genótipo e fenótipo. Qualquer genótipo pode dar origem a uma ampla variedade de fenótipos. O desenvolvimento é interpretado com uma lente probabilística, como um processo bidirecional, dinâmico, implicando interdependências e níveis múltiplos. Para Michael Meaney, um dos principais mentores desta perspetiva, os esforços para diferenciar a *nature* da *nurture* traduzem mesmo uma “falácia biológica”. Não há distinção possível porque não existe uma sem a outra, do mesmo modo que não existe largura sem comprimento, ou comprimento sem largura, quando queremos calcular a área do retângulo. Existe, ao invés, um “consenso interacionista” (Landecker e Panofsky, 2013), na medida em que os elementos de um sistema existem apenas na relação com outros elementos desse sistema. E qualquer tentativa de estudar um elemento independentemente dos outros é impossível porque esse elemento existe apenas na relação com todos os outros.

A perspetiva dialética é uma perspetiva dinâmica. Nesta medida, legitima um olhar crítico sobre o projeto neurobiológico em psiquiatria, um projeto reducionista tripartido, metodológico, ontológico e epistemológico (Kirmayer e 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 pelos 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. Reducionista epistemológico, finalmente, por sustentar que é desnecessário o estudo dos fenómenos de ordem superior para a compreensão da experiência e comportamento humanos. Mais importante do que a queixa do doente, neste sentido, seria o implacável recurso ao “cerebroscópio” para nos certificarmos de que o doente, em boa verdade, está a sentir a dor que o traz à consulta médica.

O projeto neurobiológico em psiquiatria “encontra os seus limites num facto simples e muitas vezes repetido: as perturbações mentais são problemas das pessoas, não dos cérebros. As perturbações

---

<sup>9</sup> Para a psicologia evolutiva, a mente é uma máquina cognitiva, um instrumento de processamento da informação composto por uma série de módulos específicos, por exemplo para a linguagem ou para o reconhecimento das faces, entre muitos outros, como se fosse um “canivete suíço”. Jerry Fodor e Steven Pinker são dois importantes mentores da modularidade da mente (Rose, 2005: 101).

mentais não são problemas de cérebros em laboratórios, mas sim de seres humanos no tempo, espaço, cultura e história” (Rose e Abi-Rached, 2013: 140). Do mesmo modo, as neurociências não consideram, e muito menos respondem, à questão fundamental das relações entre matéria e mente, corpo e mente, ou cérebro e mente. Quando parecem consegui-lo, tal resulta apenas de uma confusão, ou mesmo de uma convergência, de três relações muito diferentes entre si: correlação, causalidade e identidade. Com efeito, podem existir correlações entre a experiência de vermos a cara da pessoa que amamos e alguma atividade nalguma parte do sistema nervoso. Significa isto que o que vemos no exame imagiológico é a causa da experiência ou algo idêntico à experiência? Não, porque correlação não é causa e, muito menos, identidade (Tallis, 2011:85). A tecnologia imagiológica produz imagens visuais apelativas sobre processos invisíveis, legitimando a realidade das perturbações mentais ao abrigo do “ver para crer” (Kirmayer, 2012). Mas os “factos cerebrais” não são dados objetivos, inquestionáveis, antes emergem de comunidades de cientistas que trabalham coletivamente, com um “estilo de pensamento” particular, num tempo e período históricos determinados (Choudury et al., 2009). As explicações biológicas tendem a isentar as pessoas das complexidades sociais e culturais que infiltram os seus mundos. A redução da psiquiatria à neurobiologia, neste sentido, esconde drasticamente a importância da fenomenologia, das trajetórias biográficas e dos significados múltiplos, pessoais e morais, que integram o sofrimento das pessoas e povoam a prática clínica. Existem várias razões que parecem legitimar, hoje em dia, o reducionismo biológico em psiquiatria. De acordo com Laurence Kirmayer,

... as explicações biológicas trazem o anel da ciência dura; situam os problemas na interioridade do indivíduo e alinham, assim, com a ideologia cultural do individualismo; diferem a atenção das circunstâncias sociais e desigualdades para as quais algumas instituições deveriam assumir responsabilidade; prometem um arranjo tecnológico para o sofrimento causado pela incapacidade e pela doença. As explicações neurais evitam o pessoal e o particular em favor de uma abordagem associal, atemporal, impessoal, das ações e dos acontecimentos... (Kirmayer, 2012: 380)

## II. Social

A saúde e as doenças têm uma inescapável dimensão social. Mas a teoria epidemiológica contemporânea vive ainda muito à custa dos conceitos da biomedicina e de estilo de vida (Krieger, 2011). Para a biomedicina, teorizar sobre a ocorrência de doenças é o mesmo que teorizar sobre as causas das doenças no interior dos organismos biológicos. Para o conceito de estilo de vida, a exposição a fatores de risco é, em larga medida, uma consequência que resulta de características e comportamentos individuais. Mas os modelos biomédicos do século XX são tipicamente reducionistas, dado que privilegiam os mecanismos de doença e olham para os fatores sociais como se estes fossem secundários, ou mesmo irrelevantes. A doença nas populações é reduzida a uma questão de doença nos indivíduos, que por sua vez é reduzida a uma questão de disfunção biológica. Este substrato biológico, divorciado do seu contexto social, torna-se assim num local privilegiado para intervenções que têm, sobretudo,

uma natureza médica. E ainda se deixam infiltrar, os modelos biomédicos, por uma ideologia de individualismo, cristalizada no estilo de vida, segundo a qual os indivíduos seriam livres de escolher os comportamentos relacionados com a saúde, como se fossem meros consumidores (Krieger, 2011).

Foi necessário encontrar uma alternativa a esta tradição biomédica, ou centrada no estilo de vida individual. Se é verdade que os estudos epidemiológicos tiveram (continuam a ter) um enorme sucesso na identificação dos fatores de risco proximais, também é verdade que foram (são) desvalorizadas, de algum modo, as condições sociais básicas na origem das doenças. A chamada transição epidemiológica, ocorrida nos anos 1960, primeiro no mundo industrializado e depois por toda a parte, contribuiu para mudanças significativas na teoria epidemiológica, dado que significou um regresso à *whole person*, à consideração conjunta das alterações biológicas e contextos sociais que geram e mantêm o sofrimento causado pelas doenças. Chamou assim a atenção para as “causas das causas”, para os fenómenos distais que justificam, a jusante, o aparecimento dos chamados fatores de risco proximais (Braveman, 2014). É verdade que os cuidados de saúde e os comportamentos individuais guardam uma estreita relação com a saúde e as doenças. Que as condições de vida e trabalho determinam o acesso aos cuidados de saúde e influenciam os comportamentos individuais. Mas as oportunidades e recursos sociais e económicos, finalmente, têm uma influência decisiva sobre as variáveis acima enunciadas. Estes últimos não são, necessariamente, os determinantes mais importantes ou decisivos, em todas as situações clínicas. Mas o seu estudo oferece possibilidades de compreensão e intervenção para além da orientação redutora, por vezes muito incompleta, oferecida pelo estudo descontextualizado dos fatores de risco proximal. Claro que as políticas económicas não são os agentes patogénicos *per se*. Mas são as “causas das causas” para o aparecimento de problemas de saúde - os fatores que determinam poderosamente quem vai ficar exposto aos maiores riscos, quem é 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 e Basu, 2013: 140). Esta causalidade social reveste-se de algumas características importantes, incluindo uma dimensão cognitiva e afetiva relacionada com significados e interpretações que afetam o autoconceito e a dignidade das pessoas, em contextos de perda, opressão, exclusão, discriminação, subordinação (Hertzman e Boyce, 2011). Os significados são essenciais para a compreensão do sofrimento alheio. Compreendemos melhor, e somos melhores na nossa humanidade, na medida em que formos capazes de pensar com o ponto de vista do outro, a partir do outro, na medida em que respeitarmos a dimensão ética e moral na relação com o outro. Face ao sofrimento de uma pessoa, de acordo com Kleinman e Benson (2006), “a primeira tarefa ética consiste no reconhecimento desse sofrimento. As questões morais precedem as questões epistemológicas e culturais. Existe algo mais básico e mais crucial do que a competência cultural para a compreensão da vida do doente, ou seja, o significado moral do sofrimento - o que é realmente importante para o doente, aquilo que o doente, no fundo, pode ganhar ou perder”. Em suma, as pessoas não são números, nem são “descartáveis”<sup>10</sup>.

---

10 Contra uma economia de exclusão, o Papa Francisco defendeu recentemente que “... Devemos dizer não a uma economia de exclusão e desigualdade social. Esta economia mata. Não é possível que a morte por enregelamento de um

A epidemiologia social ofereceu várias alternativas teóricas à teoria epidemiológica convencional. Com diferentes designações, estas alternativas passaram a valorizar aspetos relacionados com saúde e direitos humanos, com as chamadas causas fundamentais ou, numa palavra, com os determinantes sociais da saúde. Nas relações entre saúde e direitos humanos, o tema da injustiça refere-se aos 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 tivessem querido ser ou fazer se as suas condições sociais tivessem sido diferentes, se a capacidade de cada pessoa para ser saudável fosse reconhecida como um direito moral básico (Venkatapuram, 2011: 5). As causas fundamentais, por sua vez, têm efeitos sobre a saúde que não podem ser eliminados se considerarmos apenas os mecanismos que parecem associá-las às doenças. A característica essencial das causas fundamentais é que envolvem um acesso a recursos que podem ser usados para evitar riscos ou minimizar as consequências da doença, quando esta ocorre. Estes recursos incluem dinheiro, conhecimentos, poder, prestígio, e o tipo de vantagens interpessoais incorporadas nos conceitos de apoio social e redes sociais. Em suma, uma causa social fundamental envolve recursos que determinam o grau em que as pessoas são capazes de evitar riscos de morbidade e mortalidade (Link e Phelan, 1995).

O que são os determinantes sociais da saúde? São as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo que essas condições ou circunstâncias são influenciadas pela distribuição do dinheiro, poder e recursos a níveis global, nacional e local, e ainda responsáveis, muitas vezes, pelas iniquidades na saúde, pelas diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde observado nos (e entre os) diferentes países (WHO, 2013). São estes os determinantes principais quanto à possibilidade de as pessoas adoecerem ou se manterem saudáveis, influenciando a medida em que a pessoa possui os recursos físicos, sociais e pessoais para conseguir concretizar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com as suas circunstâncias de vida (Raphael, 2009: 2).

Os chamados “Factos Sólidos”, enunciados por Wilkinson e Marmot (2003), assinalam alguns dos dados mais robustos em Epidemiologia Social. Por muito importante que seja a suscetibilidade individual, referem os autores, as causas comuns das doenças que afetam as populações são ambientais: vêm e vão mais depressa do que os lentos ritmos da mudança genética, dado que refletem as mudanças no modo como vivemos. É por isto que a esperança de vida aumentou de forma tão nítida nas últimas gerações; que alguns países europeus melhoraram o seu estado de saúde, em contraste com outros; e que as diferenças na saúde entre diferentes grupos sociais aumentaram ou diminuíram, na medida em que se

---

idoso sem-abrigo não seja notícia, enquanto o é a descida de dois pontos na bolsa. Isto é exclusão. Não se pode tolerar mais o facto de lançar comida no lixo, quando há pessoas que passam fome. Isto é desigualdade social. Hoje, tudo entra no jogo da competitividade e da lei do mais forte, onde o poderoso engole o mais fraco. Em consequência desta situação, grandes massas da população veem-se excluídas e marginalizadas: sem trabalho, sem perspectivas, num beco sem saída. O ser humano é considerado, em si mesmo, como um bem de consumo que se pode usar e depois deitar fora. Assim teve início a cultura do “descartável”... Já não se trata simplesmente do fenómeno de exploração e opressão, mas de uma realidade nova: com a exclusão, fere-se, na própria raiz, a pertença à sociedade onde se vive, pois quem vive nas favelas, na periferia ou sem poder já não está nela, mas fora. Os excluídos não são “explorados”, mas resíduos, “sobras” (Evangelii Gaudium, 2013: 45).

alteraram as respetivas condições sociais e económicas. Os factos sólidos incluem, nesta perspetiva, o gradiente social, o *stress*, os primeiros anos de vida, a pobreza e a desigualdade social, as condições de trabalho, o desemprego, o apoio social, o consumo e abuso de substâncias, a distribuição dos alimentos e o acesso a transportes. Consideremos, de forma resumida, apenas alguns destes “factos”.

A pobreza, por exemplo, é geralmente responsável por uma prevalência aumentada de perturbações mentais que por sua vez perpetuam, através das consequências económicas na vida das pessoas, as situações de pobreza (World Health Report, 2001). Esta é também uma questão moral por estar associada não apenas ao desenvolvimento dos países mas também a questões mais amplas de saúde pública e direitos humanos, dado que todas as pessoas têm um direito inalienável à capacidade para serem saudáveis, compatível com uma dignidade humana igual para todos. A reivindicação moral é a de uma capacidade social para ser saudável e não diretamente a de certos “resultados na saúde”, de um particular funcionamento biológico ou mental (Venkatapuram, 2011: 19). Em Portugal, a linha de pobreza corresponde a 421 Euros mensais (Farinha Rodrigues, 2013). A incidência de pobreza é de 18%<sup>11</sup>. A pobreza infantil assume uma dimensão particularmente preocupante, com uma taxa de pobreza de 22,4%. A taxa de pobreza dos idosos, por sua vez, diminuiu de cerca de 40% em 1993 para 20% em 2010. Infelizmente, não se verificou o mesmo com a pobreza infantil. Por tipo de família, verifica-se uma situação precária para muitas crianças. Com efeito, as famílias monoparentais e as famílias alargadas com crianças conjugam altas taxas de pobreza e de intensidade de pobreza, confirmando-se deste modo a preocupação que a pobreza infantil deve suscitar na sociedade portuguesa, dado que as crianças que crescem em agregados familiares de baixo estatuto socioeconómico são mais suscetíveis de viver em condições de habitação desfavoráveis e ser expostas a “dinâmicas familiares de risco”, caracterizadas por relações interpessoais conflituais, por padrões de educação austera e agressiva e por outras formas de *stress* precoce que podem alterar as trajetórias de risco de doença na vida adulta (McEwen e Gianaros, 2010).

Os indicadores de pobreza face à condição perante o trabalho, por sua vez, mostram uma elevada incidência de pobreza entre as pessoas desempregadas (Farinha Rodrigues, 2013). E a inserção no mercado de trabalho não é suficiente para evitar as situações de pobreza, uma vez que cerca de 10,3% dos portugueses empregados são pobres. Mas a estreita relação entre pobreza e desemprego não deixa de ser óbvia. A taxa de pobreza, neste grupo de portugueses desempregados, é e 36%, com uma intensidade que é também a maior, em todos os grupos considerados (empregados, reformados e outros inativos). E a proporção de pessoas desempregadas à procura de emprego conheceu uma subida entre 2012 e 2013 (INE, 2013).

---

11 Segundo os dados recolhidos pelo INE, a taxa de risco de pobreza aumentou para 18,7% em 2012. Esta é a taxa mais elevada desde 2005, abrangendo cerca de 2 milhões de portugueses. Já em 2013, 25,5% dos portugueses viviam em condições de privação material, e 10,9% viviam mesmo em privação material severa. E a taxa de risco de pobreza para as famílias com crianças dependentes subiu para 22,2%, contra os 20,5% de 2011. A maior incidência revelou-se nas famílias mono-parentais com um filho a cargo (33,6%) e nas famílias constituídas por dois adultos e três ou mais crianças (40,4%) e por três ou mais adultos com menores (23,7%). Para Carlos Farinha Rodrigues, os dados publicados são “a fotografia mais completa e consistente do impacto da austeridade na pobreza e na desigualdade” (Jornal Público, 25 de março de 2014).

Ora, segundo um estudo recente, que examinou a relação entre a quantidade total de desemprego acumulado durante a Recessão Sueca de 1992-1996<sup>12</sup> e a mortalidade nos seis anos seguintes, os resultados apoiam uma interpretação causal para a associação entre desemprego e mortalidade. Os efeitos do desemprego na mortalidade por todas as causas, especialmente o desemprego de longo prazo, foram mais pronunciados nos homens, em comparação com as mulheres. Talvez este achado se explique pelo facto de os homens terem obtido um melhor estatuto social e mais prestígio à custa do emprego. O papel masculino do ganha-pão, real ou percebido, pode conferir ao desemprego um efeito potencialmente mais negativo, no caso dos homens (Garcy e Vagero, 2012). As medidas de prevenção do suicídio, neste contexto, devem incluir todas aquelas pessoas que passaram por uma situação de desemprego prolongado, durante a crise, especialmente no período em que as condições económicas começam a melhorar (Garcy e Vagero, 2013).

Um bom estado de saúde depende, em larga medida, de fatores que estão localizados fora dos cuidados de saúde. E uma sociedade que queira reduzir as desigualdades na saúde necessita de investir em várias frentes – investir na infância, na educação, na redução da desigualdade de rendimentos, na garantia de um trabalho saudável para todos, etc. (Shonkoff, Boyce & McEwen, 2010). A saúde é demasiado importante para depender apenas dos cuidados da medicina (Daniels, Kennedy & Kawachi, 2000: 94). O nosso país, por exemplo, apresenta um padrão de fortes variações em saúde, observáveis em função do sexo, da idade, do nível de escolaridade, da ocupação e da área de residência. Grupos mais envelhecidos, mais desfavorecidos, de menores rendimentos, com profissões de maior risco para a saúde, apresentam piores resultados em saúde (Santana, 2002). Na Europa Ocidental (EOc), a esperança de vida aumentou quase de forma contínua; na Europa de Leste o progresso tem sido errático. Como resultado, as disparidades na esperança média de vida para os homens são hoje maiores do que há quatro décadas. A redução da mortalidade na EOC associa-se a muitas causas de morte diferentes e revela os efeitos combinados do crescimento económico, da melhoria nos cuidados de saúde e do sucesso nas políticas de saúde (Mackenback *et al.*, 2013). Mas a esperança média de vida parece ser maior nos países desenvolvidos mais iguais (Wilkinson e Pickett, 2010).

Os índices de saúde e os problemas sociais tendem a ser piores nos países mais desiguais. A esperança de vida, a taxa de homicídios e de encarceramento, as gravidezes na adolescência, o grau de confiança entre as pessoas, a obesidade, as doenças mentais, entre outros indicadores, exibem uma relação robusta com os índices de desigualdade social entre países. E Portugal é dos países mais desiguais

---

12 O desemprego não tem que ter consequências inevitáveis ou irreversíveis sobre o estado de saúde das populações. Tal como demonstram as experiências sueca e finlandesa, o desemprego pode pôr em causa a saúde mental, mas os suicídios não têm que ser consequência inevitável. Nem devemos esperar que o sistema de saúde “junte os cacos” quando as pessoas ficam deprimidas ou suicidas. Os antidepressivos podem ajudar algumas pessoas a lidar com os efeitos do desemprego. Mas não seria melhor tratar a causa do problema e não os seus sintomas? Os suecos investiram produtivamente em programas que chegaram às pessoas que perderam empregos, ajudando-as a desenvolver um plano de regresso ao trabalho (Stuckler e Basu, 2013: 121). Os países dotados de robustos sistemas de proteção social foram capazes de manter uma tendência decrescente nas taxas de suicídio, não obstante os aumentos súbitos das taxas de desemprego (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts & Mckee, 2009)

em todo o mundo, com um fosso crescente entre os mais ricos e os mais pobres (Wilkinson e Pickett, 2010)<sup>13</sup>. A propósito do grau de confiança entre as pessoas, perguntou-se em cada país, a amostras aleatórias da população, se concordavam ou não com a afirmação “A maior parte das pessoas são de confiança”. As diferenças entre os países revelaram-se impressionantes. As pessoas confiam mais umas nas outras nos países escandinavos e na Holanda; a Suécia apresenta os mais altos níveis de confiança, com 66% dos inquiridos afirmando que podem confiar nos outros. Portugal apresentou o nível mais baixo de confiança, pois apenas 10% da população mostrou acreditar que se pode confiar nos outros (Wilkinson Pickett, 2010: 80). Estes dados relacionam-se de perto com os conceitos de capital social, nomeadamente com as relações de cooperação entre os membros de bairros e comunidades, que se refletem depois nos níveis de confiança interpessoal e em normas de reciprocidade e auxílio mútuo. A qualidade das relações sociais, aferida por índices de confiança, violência e envolvimento na vida da comunidade é melhor em sociedades com menores diferenças de rendimento entre ricos e pobres (Wilkinson e Pickett, 2010). A extensa lista de factores de risco proximais, como o tabaco, os erros dietéticos e o sedentarismo, deveria também incluir a qualidade das relações sociais, na medida em que estas influenciam, de igual modo, os riscos de mortalidade (Holt-Lunstad, Smith e Layton, 2010).

### III. Adversidade

O clima de recessão que tem vindo a afetar Portugal, ao longo dos últimos anos, motivou algumas declarações de aviso, quanto ao respetivo impacto na saúde e no bem-estar dos portugueses. Michael Marmot defendeu que as medidas de austeridade iriam causar um aumento nas taxas de desemprego e no número de suicídios (Limb, 2012). Em entrevista ao *Jornal Expresso*, a 22 de fevereiro de 2012, declarou que “esta crise pode custar milhares de vidas”. E acrescentou que era “a pior altura possível para cortar apoios às famílias e às crianças”. Do mesmo modo, a SEDES – Associação para o Desenvolvimento Económico e Social, no seu relatório de Outubro de 2013, afirmou que “a incerteza está a minar a confiança dos portugueses, com consequências para a economia e para o bem-estar da sociedade e dos cidadãos”. Estas características negativas nas medidas de bem-estar não devem ser procuradas nalgum tipo de “caráter nacional”, mas antes em fatores sociais, nas desigualdades e nas perceções dominantes sobre o funcionamento social (Vala, 2013). Os índices de mal-estar na comunidade, por outras palavras, devem ser compreendidos menos em termos de patologia individual e mais

---

13 Os dados mais recentes do *European Social Survey*, um inquérito presencial coordenado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, mostram que a promoção da igualdade e o combate à pobreza são as dimensões mais valorizadas pelos portugueses, na sua avaliação sobre o estado da democracia; mas estas dimensões são também as que recebem pior nota. Tal como refere o documento, “quanto maior a desigualdade, maior tende a ser a importância atribuída à justiça social” (*Jornal Público*, 18 de março de 2014). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, os dados mais recentes mostram um alargamento do fosso entre os 10% mais ricos e os 10% mais pobres. Com a austeridade, os rendimentos tornaram-se cada vez mais iguais nos escalões intermédios, mas ficaram mais distantes uns dos outros nas extremidades, ou seja, entre os muito ricos e os muito pobres – os 10% mais ricos ganham mais 10,7 vezes que os 10% mais pobres (*Jornal Público*, 25 de março de 2014).

como uma resposta coletiva à pobreza e à injustiça social que comprometem os recursos emocionais, espirituais e intelectuais essenciais ao bem-estar psicológico (Friedli, 2009).

A evidência disponível mostra que a austeridade em tempos de crise económica tem efeitos predominantemente negativos, patogénicos e iatrogénicos, sobre a saúde das pessoas e das populações (Matias Dias e Col., 2014; Bernardo, Silva e Correia, 2014). Espanha e Portugal procederam a cortes significativos nos orçamentos familiares durante os seus períodos de recessão, causando aumentos importantes no número de pessoas sem abrigo. O número dos “sem abrigo” em Barcelona aumentou 31% entre 2008 e 2011. Portugal, igualmente, teve um aumento de 25% no número dos “sem abrigo”, entre 2007 e 2011 (Stuckler e Basu, 2013: 135). Ainda em Espanha, foi referido um aumento de perturbações mentais e de problemas relacionados com o álcool, no âmbito dos Cuidados Primários de Saúde, entre 2006 e 2010, sobretudo em famílias com dívidas ou afetadas pelo desemprego (Gili *et al.*, 2012). Os efeitos da recessão constituem, portanto, uma questão de saúde pública<sup>14</sup>. Por detrás das notícias da comunicação social, sobre os detalhes da dívida e os frios números da economia, há muitas histórias por contar. Pessoas com doenças crónicas sem acesso à medicação, pessoas com doenças raras entregues aos seus cuidados, pessoas para quem a esperança numa vida melhor colapsou na vertigem suicidária (McKee *et al.*, 2012). Talvez um dos aspetos mais sensíveis da recessão, no nosso país, se relacione com o agravamento das condições de acesso aos cuidados de saúde, motivado pela degradação das condições económicas e pela restrição do rendimento disponível (Fernandes, 2014). Neste caso, como noutros, estão em causa as consequências da austeridade e o papel dos governos, na medida em que a interação entre políticas de austeridade fiscal e choque económico, na ausência de proteção social adequada, pode estar por detrás da atual crise social, e de alguns problemas relacionados com a saúde, em vários países europeus. Mas apesar de as decisões políticas sobre o modo de responder às crises económicas terem efeitos significativos na saúde das populações, parece que os representantes institucionais, nos diferentes países, permaneceram silenciosos sobre o respetivo impacto e consequências (Karanikolos *et al.*, 2013)<sup>15</sup>.

Os efeitos de uma recessão sobre o bem-estar e a saúde das populações não serão lineares. Nos países mais ricos, parece improvável que tenha efeitos negativos importantes sobre os indicadores globais de saúde. Contudo, a saúde dos grupos populacionais mais afetados é suscetível de sofrer

---

14 Stuckler e Basu (2013) proclamaram uma preocupação especial com “os argumentos ilógicos dos defensores da austeridade e com os dados objetivos sobre os seus custos humanos e económicos. Verificámos que o impacto da grande recessão foi muito para além das pessoas que perderam as suas casas e empregos. Foi um assalto em grande escala à sua saúde. No centro do argumento existe a questão sobre o que significa ser uma sociedade e qual o papel mais adequado dos governos na proteção das pessoas”.

15 E os efeitos perniciosos da crise na saúde, alegadamente, não são inevitáveis. A Islândia rejeitou a ortodoxia associada às políticas de austeridade. Através de um referendo, cerca de 93% da população recusou um pacote de resgate proposto pelo fundo monetário internacional. Não obstante as dificuldades, a crise terá tido um efeito desprezível sobre o bem estar dos islandeses. O país investiu na proteção social e em medidas ativas de regresso ao trabalho. Os hábitos dietéticos melhoraram, na medida em que as pessoas passaram a cozinhar mais nos respetivos lares, sobretudo peixe. Foram mantidas políticas restritivas em relação ao consumo de álcool. E, finalmente, os islandeses reforçaram sentimentos de união e solidariedade num contexto económico exigente, difícil, alimentando laços de coesão e capital sociais (Karanikolos *et al.*, 2013).

em termos absolutos e/ou relativos, levando a um potencial alargamento das iniquidades na saúde. É também provável que aumentem doenças específicas e taxas de mortalidade por causas específicas, tais como as taxas de suicídio (Suhrcke e Stuckler, 2012). Na verdade, parece ter havido um claro aumento de suicídio depois da crise económica global de 2008. Num estudo que incluiu dados de 54 países, foi verificada a existência de um excesso de cerca de 4.900 suicídios, quando se fez a comparação com o número esperado a partir de tendências anteriores (2000-2007). Os aumentos nas taxas de suicídio nacionais em 2009, por sua vez, pareceram associar-se à magnitude dos aumentos nas taxas de desemprego, em particular para os homens e em países com baixos níveis de desemprego antes da crise (Chang *et al.*, 2013).

Noutros períodos históricos, as crises sociais e políticas associaram-se igualmente a aumentos drásticos da morbidade e mortalidade. Existe uma evidência consistente segundo a qual as recessões, e o desemprego em particular, podem ter consequências muito negativas na saúde mental, ao aumentarem o risco de abuso de substâncias e de suicídio, em particular nos homens mais jovens. A ausência ou debilidade dos programas de proteção social, o acesso fácil a álcool ou drogas, ou ainda a inexistência pura e simples de apoio social, real ou percebido, agravam naturalmente os efeitos deletérios das recessões no estado de saúde das sociedades (Modrek *et al.*, 2013). Na crise económica asiática, os Malaios ignoraram o conselho da comunidade financeira internacional para reduzirem gastos na proteção social. Ao contrário do que aconteceu com os seus vizinhos, não assistiram a qualquer deterioração significativa nos padrões de saúde e bem-estar nacionais. Na antiga União Soviética, os efeitos adversos na saúde provocados pelas mudanças económicas eram substancialmente tamponados nas zonas em que as pessoas mais integravam organizações sociais, como os sindicatos ou os clubes desportivos (Stuckler, Basu, Suhrcke & McKee, 2009). Mas na crise russa pós-comunista,

O que as estatísticas mostraram foi que muitos destes jovens morriam por intoxicação alcoólica, suicídios, homicídios e acidentes. Estas mortes pareceram fáceis de compreender: os homens cujas fábricas tinham fechado e que ficaram desempregados sofreram elevados índices de instabilidade emocional e as suas respostas passaram pelo abuso de álcool, por fazerem mal a si próprios e aos outros (Stuckler e Basu, 2013: 25)

No caso da Grande Recessão em Itália, num ambiente marcado pela subida brutal nas taxas de desemprego, tal como na Rússia no início dos anos 1990, as pessoas sentiam desesperança e viam-se também mais propensas ao comportamento suicida:

Verificámos um aumento significativo nas certidões de morte por suicídio referidas como sendo “devidas a razões económicas” durante a recessão, muito acima das tendências anteriores. Nomeadamente, as taxas de suicídio atribuíveis a todas as outras causas mantiveram-se inalteradas. Globalmente, calculámos que a Itália teve pelo menos 500 novos casos de suicídio e de tentativas de suicídio para além do que era esperado caso se mantivesse a tendência anterior à recessão (Stuckler e Basu, 2013: 110)

A crise teve igualmente consequências na prescrição de psicofármacos. De acordo com dados recentes, Portugal apresenta uma elevada prevalência de perturbações psiquiátricas, com cerca de 23% dos portugueses a evidenciarem presença de psicopatologia nos 12 meses anteriores a uma entrevista diagnóstica (FCM, 2013). Sabendo-se que as crises económicas têm, comprovadamente, um efeito adverso na saúde mental dos grupos mais vulneráveis (WHO, 2011), é bem provável, neste contexto, que também no nosso país tenha havido um acréscimo na prescrição e consumo de psicofármacos. Mas enquanto milhões de novas prescrições eram feitas nos EUA, Inglaterra e Espanha, nem todos os países confrontados com o aumento abrupto do desemprego assistiram a aumentos tão significativos no consumo de antidepressivos. Na Suécia, as prescrições aumentaram apenas 6% entre 2007 e 2010, muito menos do que em Espanha ou Inglaterra. Em vez de tratarem os sintomas apenas com fármacos, a resposta dos suecos durante a Grande Recessão, tal como antes, consistiu em tratar “a causa básica da depressão” – o próprio desemprego. O aumento nas taxas de suicídio não tem que ser, portanto, uma consequência inevitável do desemprego. Mais do que aumentar a prescrição de antidepressivos, os suecos investiram produtivamente em programas que ajudaram a desenvolver planos de regresso ao trabalho (Stuckler e Basu, 2013).

Robert Kennedy terá dito que o Produto Interno Bruto (PIB) dos países “mede tudo exceto aquilo que faz com que a vida valha a pena”<sup>16</sup>. Mas desde o fim da Segunda Grande Guerra, o crescimento do PIB transformou-se no objetivo central da política económica para muitos países (Costanza *et al.*, 2014). Ora, esta orientação tem criado instabilidade social. Há mais de 200 anos, John Stuart Mill defendeu que os esforços das sociedades deveriam alimentar o lazer e o progresso social e moral, e não a competição pelos bens materiais, uma vez assegurados padrões de vida decentes. É neste contexto que é hoje valorizada uma atenção particular ao bem-estar das pessoas, nas diferentes sociedades, incluindo elementos de avaliação objetivos e subjetivos. O sucessor do PIB deveria ser uma métrica que integrasse conhecimentos sobre o modo como a ecologia, a economia, a psicologia e a sociologia podem contribuir, em conjunto, para medir e construir um bem-estar sustentável para as populações (Costanza *et al.*, 2014). Deveria haver uma mudança que privilegiasse o bem estar das pessoas e não apenas os estritos critérios de desenvolvimento económico, atenta às condições objetivas e às capacidades das pessoas para terem uma qualidade de vida digna, num clima de justiça social (Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009). O progresso da humanidade não deve ser sinónimo de progresso na economia. Se acreditarmos, como Robert Kennedy, que o progresso resulta de um desenvolvimento saudável para as nossas crianças, da beleza da nossa poesia, da estabilidade e segurança nas nossas famílias, ou do exercício da inteligência no debate público, então devemos encontrar medidas de progresso mais adequadas ao justo respeito pela saúde, pela liberdade e dignidade dos nossos concidadãos (Dietz e O’Neill, 2013). Afinal,

---

16 O produto nacional bruto não garante a saúde das nossas crianças, a qualidade da sua educação ou a alegria das suas brincadeiras. Não inclui a beleza da nossa poesia ou a solidez dos nossos casamentos, a inteligência do nosso debate público ou a integridade dos nossos funcionários públicos. Não mede a nossa perspicácia nem a nossa coragem, a nossa sabedoria ou a nossa aprendizagem, a nossa compaixão ou a devoção ao nosso país. Mede tudo, afinal, excepto aquilo que faz com que a vida valha a pena (Robert F. Kennedy, 1968, in Dietz e O’Neill, 2013)

Quando falarmos aos nossos filhos sobre a Grande Recessão, eles julgar-nos-ão não pelas taxas de crescimento ou pela redução do défice. Julgar-nos-ão pela forma como cuidámos dos mais vulneráveis e se optámos por dar atenção às necessidades de saúde mais básicas das nossas comunidades: cuidados de saúde, alojamento, emprego... A riqueza fundamental de qualquer sociedade está no seu povo. Investir na sua saúde é uma escolha sensata quando as coisas correm bem e uma necessidade urgente quando as coisas correm mal (Stuckler e Basu, 2013: 145).

## Bibliografia

- BERNARDO, L., SILVA, M., CORREIA, T. (2014). A SAÚDE PÚBLICA COMO INVESTIMENTO SOCIAL. IN CARMO, R. M. E BARATA, A. (ORG.), ESTADO SOCIAL. DE TODOS PARA TODOS (PP. 91-134). LISBOA. TINTA DA CHINA.
- BRAVEMAN, P., & GOTTLIEB, L. (2014). THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: IT'S TIME TO CONSIDER THE CAUSES OF THE CAUSES. *PUBLIC HEALTH REPORTS*.
- BRUNER, J. S. (1990). ACTS OF MEANING. CAMBRIDGE. HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- CAREY, N.. (2012). THE EPIGENETICS REVOLUTION: HOW MODERN BIOLOGY IS REWRITING OUR UNDERSTANDING OF GENETICS, DISEASE, AND INHERITANCE. LONDON. ICON.
- CHAMPAGNE, F. A. (2010). EARLY ADVERSITY AND DEVELOPMENTAL OUTCOMES INTERACTION BETWEEN GENETICS, EPIGENETICS, AND SOCIAL EXPERIENCES ACROSS THE LIFE SPAN. *PERSPECTIVES ON PSYCHOLOGICAL SCIENCE* (5(5)) 564-574
- CHANG, S.-S., STUCKLER, D., YIP, P., & GUNNELL, D. (2013). IMPACT OF 2008 GLOBAL ECONOMIC CRISIS ON SUICIDE: TIME TREND STUDY IN 54 COUNTRIES. *BMJ (CLINICAL RESEARCH ED.)*, 347, f5239.
- CHOUDHURY, S., NAGEL, S. K., & SLABY, J. (2009). CRITICAL NEUROSCIENCE: LINKING NEUROSCIENCE AND SOCIETY THROUGH CRITICAL PRACTICE. *BIOsocieties*, 4, 61-77
- COSTANZA, R., KUBISZEWSKI, I., GIOVANNINI, E., LOVINS, H., MCGLADE, J., PICKETT, K. E., ET AL. (2014). DEVELOPMENT: TIME TO LEAVE GDP BEHIND. *NATURE*, 505(7483), 283–285.
- CRANOR, C. F. (2013). ASSESSING GENES AS CAUSES OF HUMAN DISEASE IN A MULTICULTURAL WORLD. IN KRIMSKY, S, GRUBER, J. (EDS.), GENETIC EXPLANATIONS: SENSE AND NONSENSE (PP. 107-121). CAMBRIDGE, HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- DANIELS, N., KENNEDY, B. & KAWACHI, I. (2000). IS INEQUALITY BAD FOR OUR HEALTH? BEACON PRESS.
- DIETZ, R. & O'NEILL, D. (2013). ENOUGH IS ENOUGH. BUILDING A SUSTAINABLE ECONOMY IN A WORLD OF FINITE RESOURCES. LONDON. ROUTLEDGE.
- EVANGELLI GAUDIUM (2013). LISBOA. PAULUS EDITORA.
- FARINHA RODRIGUES (2013). POBREZA. IN CARDOSO, J. L., MAGALHÃES, P., MACHADO PAIS, J. (ORG). PORTUGAL DE A A Z (PP 191-203). PAÇO DE ARCOS. IMPRESA PUBLISHING/EXPRESSO
- FCM (2013). ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – 1º RELATÓRIO. LISBOA. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA.
- FERNANDES, A., C. (2014). CRISE, AUSTERIDADE E SAÚDE. IN PAZ FERREIRA, E. (COORD), A AUSTERIDADE CURA? A AUSTERIDADE MATA? (927-953). LISBOA. LISBON LAW SCHOOL EDITION.
- FRIEDLI, L. (2009). MENTAL HEALTH, RESILIENCE AND INEQUALITIES. WHO, EUROPE.
- GARCY, A. M., & VÅGERÖ, D. (2012). THE LENGTH OF UNEMPLOYMENT PREDICTS MORTALITY, DIFFERENTLY IN MEN AND WOMEN, AND BY CAUSE OF DEATH: A SIX YEAR MORTALITY FOLLOW-UP OF THE SWEDISH 1992–1996 RECESSION. *SOCIAL SCIENCE & MEDICINE*, 74(12), 1911–1920.
- GARCY, A. M., & VÅGERÖ, D. (2013). UNEMPLOYMENT AND SUICIDE DURING AND AFTER A DEEP RECESSION: A LONGITUDINAL STUDY OF 3.4 MILLION SWEDISH MEN AND WOMEN. *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 103(6), 1031–1038.
- GILI, M., ROCA, M., BASU, S., MCKEE, M., & STUCKLER, D. (2013). THE MENTAL HEALTH RISKS OF ECONOMIC CRISIS IN SPAIN: EVIDENCE FROM PRIMARY CARE CENTRES, 2006 AND 2010. *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 23(1), 103–108.

- GOLDBERGER, D. (2012). NATURE-NURTURE DEBATES. BRIDGING THE GAP. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- GOULD, S. J. (1988). O MUNDO DEPOIS DE DARWIN. EDITORIAL PRESENÇA. LISBOA.
- GRUBER, J. (2013). CONCLUSION: THE UNFULFILLED PROMISE OF GENOMICS. IN KRIMSKY, S, GRUBER, J. (EDS.), GENETIC EXPLANATIONS: SENSE AND NONSENSE (PP. 270-282). CAMBRIDGE, HARVARD 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, 329–47.
- HO, MAE-WAN (2013). NUTURING NATURE: HOW PARENTAL CARE CHANGES GENES. IN KRIMSKY, S, GRUBER, J. (EDS.), GENETIC EXPLANATIONS: SENSE AND NONSENSE (PP. 256-269). CAMBRIDGE, HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- HOLT-LUNSTAD, J., SMITH, T. B., & LAYTON, J. B. (2010). SOCIAL RELATIONSHIPS AND MORTALITY RISK: A META-ANALYTIC REVIEW. *PLOS MEDICINE*, 7(7)
- INE, PORTUGAL (2013). INCOME AND LIVING CONDITIONS.
- JABLONKA, E. (2013). SOME PROBLEMS WITH GENETIC HOROSCOPES. IN KRIMSKY, S, GRUBER, J. (EDS.), GENETIC EXPLANATIONS: SENSE AND NONSENSE (PP. 71-80). CAMBRIDGE, HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- KARANIKOLOS, M., MLADOVSKY, P., CYLUS, J., THOMSON, S., BASU, S., STUCKLER, D., ET AL. (2013). FINANCIAL CRISIS, AUSTERITY, AND HEALTH IN EUROPE. *LANCET*, 381(9874), 1323–1331.
- KENDLER, K. S. (2005). "A GENE FOR...": THE NATURE OF GENE ACTION IN PSYCHIATRIC DISORDERS. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 162(7)
- KIRMAYER, L. J., & GOLD, I. (2012). RE-SOCIALIZING PSYCHIATRY. IN *CRITICAL NEUROSCIENCE: A HANDBOOK OF THE SOCIAL AND CULTURAL CONTEXT OF NEUROSCIENCE* (PP. 307-330)
- KIRMAYER, L. J. (2012). THE FUTURE OF CRITICAL NEUROSCIENCE. IN *CRITICAL NEUROSCIENCE: A HANDBOOK OF THE SOCIAL AND CULTURAL CONTEXT OF NEUROSCIENCE* (PP. 367-383)
- KLEINMAN, A., & BENSON, P. (2006). ANTHROPOLOGY IN THE CLINIC: THE PROBLEM OF CULTURAL COMPETENCY AND HOW TO FIX IT. *PLOS MEDICINE*, 3(10), e294.
- KRIEGER, N. (2011). EPIDEMIOLOGY AND THE PEOPLE'S HEALTH: THEORY AND CONTEXT. OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- KRIMSKY, S. (2013). INTRODUCTION: EVOLVING NARRATIVES OF GENETIC EXPLANATIONS ACROSS DISCIPLINES. IN KRIMSKY, S, GRUBER, J. (EDS.), GENETIC EXPLANATIONS: SENSE AND NONSENSE (PP. 1-13). CAMBRIDGE, HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- LANDECKER, H., & PANOFSKY, A. (2013). FROM SOCIAL STRUCTURE TO GENE REGULATION, AND BACK: A CRITICAL INTRODUCTION TO ENVIRONMENTAL EPIGENETICS FOR SOCIOLOGY. *ANNUAL REVIEW OF SOCIOLOGY*, VOL. 39: 333-357
- LEVINS, R., LEWONTIN, R. (1985). THE DIALECTICAL BIOLOGIST. CAMBRIDGE. HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- LEWONTIN, R. C. (2001). THE TRIPLE HELIX: GENE, ORGANISM, AND ENVIRONMENT. HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- LIMB, M. (2012). AUSTERITY MEASURES WILL LEAD TO RISE IN UNEMPLOYMENT AND SUICIDES, SAYS MARMOT. (BMJ;344:e2887)
- LINK, B. G., & PHELAN, J. (1995). SOCIAL CONDITIONS AS FUNDAMENTAL CAUSES OF DISEASE. *JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR*, SPEC NO, 80–94.
- LOCK, M. (2013). THE EPIGENOME AND NATURE/NURTURE REUNIFICATION: A CHALLENGE FOR ANTHROPOLOGY. *MEDICAL ANTHROPOLOGY*, 32(4), 291–308.
- MACKENBACH, J. P., KARANIKOLOS, M., & MCKEE, M. (2013). THE UNEQUAL HEALTH OF EUROPEANS: SUCCESSES AND FAILURES OF POLICIES. *LANCET*, 381(9872), 1125–1134.
- MATIAS DIAS, C., FONSECA, R., CONTREIRAS, T., & PEREIRA MIGUEL, J. (2014). OS EFEITOS DA AUSTERIDADE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO: EVIDÊNCIA INTERNACIONAL E EXPERIÊNCIA PORTUGUESA. IN PAZ FERREIRA, E. (COORD), A AUSTERIDADE CURA? A AUSTERIDADE MATA? (927-953). LISBOA. LISBON LAW SCHOOL EDITIONS.
- MC EWEN, B. S. (2012). BRAIN ON STRESS: HOW THE SOCIAL ENVIRONMENT GETS UNDER THE SKIN. *PROCEEDINGS OF THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES OF THE UNITED STATES OF AMERICA*, 109 SUPPL 2, 17180–17185.
- MC EWEN, B. S., & GIANAROS, P. J. (2010). CENTRAL ROLE OF THE BRAIN IN STRESS AND ADAPTATION: LINKS TO SOCIOECONOMIC STATUS, HEALTH, AND DISEASE. *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES*, 1186, 190–222.

- McGOWAN, P. O., & SZYF, M. (2010). THE EPIGENETICS OF SOCIAL ADVERSITY IN EARLY LIFE: IMPLICATIONS FOR MENTAL HEALTH OUTCOMES. *NEUROBIOLOGY OF DISEASE*, 39(1), 66–72.
- McKEE, M., KARANIKOLOS, M., BELCHER, P., & STUCKLER, D. (2012). AUSTERITY: A FAILED EXPERIMENT ON THE PEOPLE OF EUROPE. *CLINICAL MEDICINE (LONDON, ENGLAND)*, 12(4), 346–350.
- MEANEY, M. J. (2001). NATURE, NURTURE, AND THE DISUNITY OF KNOWLEDGE. *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES*, 935, 50–61.
- MEANEY, M. J. (2010). EPIGENETICS AND THE BIOLOGICAL DEFINITION OF GENE X ENVIRONMENT INTERACTIONS. *CHILD DEVELOPMENT*, 81(1), 41–79.
- MILLER, G. (2010, JULY 2). EPIGENETICS. THE SEDUCTIVE ALLURE OF BEHAVIORAL EPIGENETICS. *SCIENCE*, pp. 24–27.
- MODREK, S., STUCKLER, D., & McKEE, M. (2013). A REVIEW OF HEALTH CONSEQUENCES OF RECESSIONS INTERNATIONALLY AND A SYNTHESIS OF THE US RESPONSE DURING THE GREAT RECESSION. *PUBLIC HEALTH REVIEWS*.
- NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD (2010). *EARLY EXPERIENCES CAN ALTER GENE EXPRESSION AND AFFECT LONG-TERM DEVELOPMENT: WORKING PAPER NO. 10*. RETRIEVED FROM [WWW.DEVELOPINGCHILD.HARVARD.EDU](http://WWW.DEVELOPINGCHILD.HARVARD.EDU)
- QUARTILHO, M. J. (1988). A PROPÓSITO DA SOCIOBIOLOGIA. *PSIQUIATRIA CLÍNICA*, 9 (3)
- RAPHAEL, D. (2009). SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: CANADIAN PERSPECTIVES. CANADIAN SCHOLARS PRESS.
- ROSE, H., & ROSE, S. (2012). GENES, CELLS AND BRAINS: THE PROMETHEAN PROMISES OF THE NEW BIOLOGY. LONDON. VERSO.
- ROSE, N. S., & ABI-RACHED, J. M. (2013). NEURO: THE NEW BRAIN SCIENCES AND THE MANAGEMENT OF THE MIND. PRINCETON UNIVERSITY PRESS.
- ROSE, S. (2005). LIFELINES: LIFE BEYOND THE GENE. LONDON. VINTAGE.
- SAMEROFF, A. (2010, JANUARY). *A UNIFIED THEORY OF DEVELOPMENT: A DIALECTIC INTEGRATION OF NATURE AND NURTURE*. CHILD DEVELOPMENT, 81, 1,6-22
- SANTANA, P. (2002). POVERTY, SOCIAL EXCLUSION AND HEALTH IN PORTUGAL. *SOCIAL SCIENCE & MEDICINE (1982)*, 55(1), 33–45.
- SHONKOFF, J. P., BOYCE, W. T., & McEWEN, B. S. (2009). NEUROSCIENCE, MOLECULAR BIOLOGY, AND THE CHILDHOOD ROOTS OF HEALTH DISPARITIES: BUILDING A NEW FRAMEWORK FOR HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION. *JAMA : THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*, 301(21), 2252–2259.
- SPECTOR, T. (2012). IDENTICALLY DIFFERENT: WHY YOU CAN CHANGE YOUR GENES. LONDON. PHOENIX.
- STIGLITZ, J., SEN, A., & FITOUSSI, J. P. (2009). REPORT BY THE COMMISSION ON THE MEASUREMENT OF ECONOMIC PERFORMANCE AND SOCIAL PROGRESS, [WWW.STIGLITZ-SEN-FITOUSSI.FR/DOCUMENTS/RAPPORT\\_ANGLAIS.PDF](http://WWW.STIGLITZ-SEN-FITOUSSI.FR/DOCUMENTS/RAPPORT_ANGLAIS.PDF)
- STUCKLER, D., & BASU, S. (2013). THE BODY ECONOMIC: WHY AUSTERITY KILLS. LONDON. ALLEN LANE.
- STUCKLER, D., BASU, S., SUHRCKE, M., & McKEE, M. (2009A). THE HEALTH IMPLICATIONS OF FINANCIAL CRISIS: A REVIEW OF THE EVIDENCE. *THE ULSTER MEDICAL JOURNAL*, 78(3), 142–145.
- STUCKLER, D., BASU, S., SUHRCKE, M., COUTTS, A., & McKEE, M. (2009). THE PUBLIC HEALTH EFFECT OF ECONOMIC CRISES AND ALTERNATIVE POLICY RESPONSES IN EUROPE: AN EMPIRICAL ANALYSIS. *THE LANCET*, 374:315-23
- SUHRCKE, M., & STUCKLER, D. (2012). WILL THE RECESSION BE BAD FOR OUR HEALTH? IT DEPENDS. *SOCIAL SCIENCE & MEDICINE (1982)*, 74(5), 647–653.
- TALLIS, R. (2011). APING MANKIND: NEUROMANIA, DARWINITIS AND THE MISREPRESENTATION OF HUMANITY. ACUMEN PUB.
- VALA, J. (2013). BEM-ESTAR. IN CARDOSO, J. L., MAGALHÃES, P., MACHADO PAIS, J. (ORG). PORTUGAL DE A A Z (PP 21-31). PAÇO DE ARCOS. IMPRESA PUBLISHING/EXPRESSO
- VENKATAPURAM, S. (2011). HEALTH JUSTICE: AN ARGUMENT FROM THE CAPABILITIES APPROACH. CAMBRIDGE. POLITY.
- WHO (2001). THE WORLD HEALTH REPORT. MENTAL HEALTH: NEW UNDERSTANDING, NEW HOPE. GENEVA.
- WHO (2011). IMPACT OF ECONOMIC CRISIS ON MENTAL HEALTH. COPENHAGEN. WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE.

WHO (2013). KEY CONCEPTS IN SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.WHO.INT/SOCIAL\\_DETERMINANTS/THECOMMISSION/FINALREPORT/KEY\\_CONCEPTS/EN/INDEX.HTML](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html))

WILKINSON, R. G., & MARMOT, M. G., Eds. (2003). SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: THE SOLID FACTS. 2<sup>ND</sup> EDITION.

WILKINSON, R, PICKETT, K. (2010). THE SPIRIT LEVEL. WHY MORE EQUAL SOCIETIES ALMOST ALWAYS DO BETTER. LONDON. ALLEN LANE.

ZHANG, T.-Y., & MEANEY, M. J. (2010). EPIGENETICS AND THE ENVIRONMENTAL REGULATION OF THE GENOME AND ITS FUNCTION. *ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY*, 61, 439–66



# **Despersonalização da Ciência – Técnicas de Encantamento da Ciência**

**Nuno Carrilho**

**Nuno Carrilho**

Psiquiatra Assistente no CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Psicoterapeuta Interpessoal

**Resumo**

A observação participante é um método privilegiado para o estudo da complexidade das práticas científicas que apenas podem ser compreendidas no seu contexto cultural, pois permite o acompanhamento dos vários atuantes sociais em acção, tal como a observação das práticas específicas. Este estudo acompanhou uma investigação realizada por um interno da especialidade de psiquiatria, permitindo o desvendar de múltiplos atuantes sociais, para além daqueles revelados pelo investigador no final do processo de investigação. Esses atuantes, como será demonstrado ao longo do trabalho, não devem ser negligenciados nos estudos sobre a ciência, visto terem a sua própria agencialidade sobre os processos de investigação.

Inferindo a partir de um contexto tão específico como o internato da especialidade de Psiquiatria, que decorre no seio de um departamento psiquiátrico de um hospital distrital, podemos concluir que múltiplos atuantes sociais, uns visíveis e outros escamoteados, se associam e são associados ao longo do processo de investigação com o intuito de responder às diversas necessidades, tanto do investigador, como desses mesmos atuantes sociais.

**Palavras chave:** Psiquiatria Social e Cultural; Agencialidade e Atuantes Sociais; Estudo da Ciência; Epistemologia; Antropologia Médica;

**Abstract**

The participant observation is a privileged method to study the complexities of science in action, since they are culturally embedded, giving us the possibility to observe the various social agents, as to observe their specific practices.

This study follows the investigation made by a psychiatry intern, that aimed at unveiling several social agents, beside the ones revealed at the end of the scientific process. These social agents, as we shall reveal, should not be neglected in the science studies since they make their own agency upon the scientific process.

We can say, judging from what happens in a very specific context as is the psychiatric internship in a small psychiatric department, that several social agents, some visible and others hidden, are connected during the scientific process with the goal of answering several necessities, both from the investigators as from the social agents themselves.

**Keywords:** Social and Cultural Psychiatry; Agency and Social Agents; Science Studies; Epistemology; Medical Anthropology;

## I. Introdução <sup>17</sup>

Durante muito tempo a ciência e as suas práticas foram analisadas somente segundo os seus resultados e objetos produzidos, ignorando que os seus atores e objetos são *atuantes sociais* (Latour, 1987) pertencentes a um sistema cultural. Pretende-se neste texto mostrar e estudar o funcionamento da ciência como sistema cultural que tem as suas próprias regras, crenças, práticas e significados. Uma destas práticas está associada à capacidade de produzir conhecimento de forma *neutra*, que denominamos neste texto como *Despersonalização da Ciência* – derivado de um conceito psicopatológico -, e que como irá ser demonstrado, é fulcral para a diferenciação da *ciência* de outras *práticas culturais*. Assim sendo, citando Sarah Franklin (1995:165), a “Antropologia é uma ciência e tem as ferramentas necessárias para estudar a ciência como uma forma de cultura” e assim desvendar as práticas, regras, crenças e significados escamoteados no discurso da ciência oficial. Este estudo demonstra que o discurso oficial da ciência transforma processos complexos em processos simples (Law & Mol, 2002) e que visam a persuasão (Latour, 1987, 1993, 1996) e o encantamento (Gell, 1988,1992) de determinadas comunidades. Para estudar estes processos complexos optou-se pelo método etnográfico, a exemplo de Bruno Latour (1987) e Annemarie Mol (2002a, 2002b), acompanhando o percurso de um médico, enquanto interno da especialidade de psiquiatria. Esta observação participante permitiu criar descrições densas das práticas necessárias para a execução de um *processo de investigação*, por parte de um interno da especialidade de psiquiatria, e assim desvendar os múltiplos *atuantes sociais* (visíveis ou escamoteados) que realizaram agencialidade sobre esse *processo* e sobre o *interno da especialidade*.

## II. Escolha(s) do estudo

A intenção inicial deste estudo não era o estudo das *práticas científicas*, mas sim o estudo da *comunidade médica hospitalar*. Esta mudança no tema de estudo deveu-se muito à influência do orientador da Tese de Mestrado intitulada “Despersonalização Voluntária do Ser: Ontologias das Práticas Científicas”, em que se baseia este texto, o Prof. Dr. Luís Quintais, com trabalho de campo e bibliográfico desenvolvido na área da psiquiatria (Quintais, 2000a, 2000b, 2001, 2002). Foi portanto o Prof. Dr. Luís Quintais o principal incentivador para a realização de um trabalho de campo num departamento de psiquiatria de um hospital distrital, com o objetivo de estudar as práticas, costumes, linguagens e significados dentro dessa comunidade.

A realização deste estudo de campo permitiu acompanhar, entre outros atores sociais, um *interno de psiquiatria* e observar a transformação deste em *investigador*, após ter sido *convidado* a apresentar uma comunicação oral num congresso de *Psiquiatria Consiliar*. Foi esta observação, aleatória, da multiplicação de práticas realizadas por um *interno de psiquiatria*, que permitiu registar e desvendar

---

<sup>17</sup> Texto realizado com base na Tese de Mestrado “Despersonalização Voluntária do Ser” no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, orientada pelo Prof. Dr. Luís Quintais e coorientada pelo Prof. Dr. Manuel Quartilho.

na comunidade estudada - departamento de psiquiatria de um hospital distrital - algumas das práticas associadas a uma outra comunidade, a *comunidade científica*.

Esta escolha de objeto de estudo teve várias consequências. Uma delas foi olhar para a ciência como uma forma de *produção de conhecimento ocidental* inserido num *sistema cultural* com algumas peculiaridades. Uma dessas peculiaridades é a sua descrição como sendo um objeto extracultural, ou pelo menos tentativa ilusória de o ser, visível nos artigos, livros e apresentações científicas. Uma explicação parcial, para a existência deste discurso dentro da ciência, é encontrada no pensamento de Karl Popper (Popper, 1999; Echeverría, 2003) que descreveu a ciência como a mais correta prática de produzir conhecimento, pois tinha como base uma metodologia que a tornava superior às outras formas de produção de conhecimento, a *dúvida sistemática*. Segundo este autor, a função do cientista não é descobrir a verdade, de forma direta, mas sim provar que uma teoria ou resultados são falsos e, desta forma, aproximar-se dessa mesma 'verdade'. Para isso acontecer o cientista deve manter-se neutro em todo o processo científico, prática que denominamos como *Despersonalização da Ciência*, pois *despersonalização*, segundo a terminologia psiquiátrica, descreve o que alguns indivíduos relatam como uma percepção ou sensação de desconhecimento/não reconhecimento de si mesmo, como se estivessem a sair do seu corpo (Trzepacz & Baker, 2001). O cientista transmite essa ideia, de que é possível separar-se do seu ser cultural, homem inserido numa cultura, e produzir conhecimento e dados, isento de distorções culturais. Mas será que é isso que encontramos ao observar as suas práticas?

Apoiado pelas observações realizadas neste estudo e por outros semelhantes (Latour, 1987; Mol, 2002a e 2002b), consideramos que o *cientista* é parte integrante de uma comunidade, a *comunidade científica*, e que por isso será sempre condicionado por fatores sociais e culturais que nunca permitirão que o ator social *cientista* seja capaz de uma total neutralidade. Esta incapacidade, por parte do *cientista*, de não conseguir escapar às regras, preconceitos (modos predeterminados de observar o mundo, as relações e os objetos) e significados da sua própria comunidade, deve-se, entre outros, ao fato de ele também constituir um *agente*, com interesses pessoais, de preservação e reprodução das práticas e crenças da *comunidade científica*.

Ao considerar os cientistas como integrantes de uma comunidade, a(s) *comunidade(s) científica(s)*, sugerimos um novo campo de estudo, a ciência como um produto social referente a *comunidade(s)*, e devendo ser estudado como tal, pois os seus atores interagem entre si, interferem uns com os outros, moldam-se, unem-se ou afastam-se consoante diferentes situações, localizações, organizações e interações com outros sistemas culturais e outras *comunidade(s) científica(s)*. Se assim é, estes fatores irão *interferir* na escolha dos *objetos de estudo*, isto é, irão influenciar e determinar o que pode ser estudado, o que é um objeto de estudo, quais os métodos que podem ser usados ou disponíveis, quais os mais credíveis, quais os fundos, meios humanos e técnicos disponíveis, etc. Por tudo isto, Larry Laudan (Echeverría, 2003) considerou que a *comunidade científica* nunca teve como finalidade diferenciar o 'verdadeiro' do 'falso', mas sim saber qual o *número de problemas* a que cada *programa científico* consegue responder. Segundo este critério, o cientista escolheria o seu *programa científico*

e assim atribuiria sentido às suas práticas. Por outro lado, se é através de *pareceres* dados por estes *programas científicos* que muitas decisões políticas são atualmente realizadas, visto pretenderem responder a determinadas demandas sociais, a *comunidade científica* estará a reforçar a própria 'racionalidade teleológica'. Esta 'racionalidade' é a que privilegia as maiores forças de produção por detrás da sociedade moderna, a ciência e a tecnologia, pois considera que são estas as melhores ferramentas para solucionar os problemas (Habermas, 1968). Contudo, estes autores referem apenas teorias que enformam e determinam as práticas científicas, mas será que as práticas científicas não têm a sua própria agencialidade?

É a esta questão que o trabalho de Mol (2002a, 2002b) respondeu ao realizar uma *praxiografia* sobre a arteriosclerose. O seu trabalho de campo observou que a arteriosclerose multiplica-se segundo diferentes *enactments*, isto é, diferentes representações sociais transmitidas e mantidas através da ação de práticas e instrumentos sobre os objetos. Fornece como exemplo de diferentes *enactments* o caso do cirurgião vascular e do terapeuta da marcha perante um mesmo objeto, a arteriosclerose. Ambos lidam com a mesma doença, mas através de práticas diferentes, nem sempre concordantes, colocando a descoberto a complexidade da realidade médica em comparação com o que está descrito na literatura médica sobre o mesmo assunto.

Este estudo, mostra não só a agencialidade das práticas sobre os objetos – *enactment* -, como também exemplifica que a realidade não é capaz de ser englobada em formas simples de categorização, ordem ou análise (Mol, 2002a e 2002b; Law e Mol, 2002). Com esta afirmação não se pretende considerar a análise simplificada da realidade como o oposto da análise complexa da mesma, pretende-se sim uma análise da realidade mais honesta com a sua natureza, não totalmente passível de ser limitada, catalogada ou ordenada. Estes mesmos autores consideram que existem outras formas de analisar a realidade, ora através do desvendar da multiplicação do mesmo objeto quando sujeito a práticas diferentes - como mostrou Mol na sua etnografia sobre a arteriosclerose -, ora através de uma análise temporal não linear dos diferentes processos, ora através do recurso a listas, casos ou caminhos não determinados e não previstos. Realizar uma análise mais complexa da realidade implica acrescentar características aos objetos estudados, sem negar as simplificações anteriores, talvez acrescentando significado e permitindo o acrescentar de mais objetos, por não os excluir para as margens ou lugares de não existência.

### III. Visão parcial da realidade

Para analisar comunidades, com a intenção de incorporar as suas perspetivas sobre a sua realidade social (incluindo as suas práticas), o método de estudo mais indicado é a observação participante, e as etnografias *Science in Action* de Bruno Latour (1987) e *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice* de Annemarie Mol (2002a e 2002b) são exemplos deste tipo de estudos aplicados à ciência e práticas médicas. Ambos optaram por realizar trabalho de campo em locais poucos usuais: um laboratório de biofisiologia e um hospital, respectivamente.

O presente estudo, a exemplo das etnografias citadas, constitui um trabalho de campo realizado num departamento de psiquiatria de um hospital distrital. A escolha desta comunidade hospitalar deveu-se ao fato de o etnógrafo já pertencer ao departamento que se propôs estudar, e por a psiquiatria ser uma área tanto do seu interesse como do interesse do seu orientador de tese de mestrado. Desta forma, o etnógrafo já estava integrado na comunidade estudada, o que levanta algumas questões relativamente ao método de estudo, nomeadamente as que dizem respeito à *neutralidade* das notas de campo obtidas através deste método. Citando Javier Echeverría:

Literalmente, a etnografia é um estilo de investigação em que o observador adota a atitude de um antropólogo que se encontra pela primeira vez perante certo fenómeno. Assumimos a perspectiva de um estrangeiro como meio de pôr em relevo as práticas comuns dos nativos que são objeto de estudo. Literalmente, etnografia significa ‘descrição’ do ponto de vista dos indígenas: em vez de impormos o quadro de referência próprio da situação, o etnógrafo tenta desenvolver uma apreciação da forma como os nativos veem as coisas. No caso da ciência, os nossos nativos são a comunidade de cientistas. Adotaremos as perspectiva segundo a qual as crenças, pressupostos e discurso da comunidade científica devem ser percebidos como algo de estranho. (Echeverría, 2003:279)

Este trecho explana bem o que é realizar uma etnografia, referindo que não é o objeto que tem de ser estranho ao etnógrafo, é a relação que este tem com o objeto que deve ser modificada de forma a que este seja percebido como algo estranho. Denominamos esta prática como *despersonalização da ciência*, (sendo despersonalização a percepção ou sensação de desconhecimento/não reconhecimento de si mesmo, como se estivesse a sair para fora do seu corpo). Foi esta técnica que permitiu estudar o objeto de estudo deste texto como algo estranho ao observador. Esta técnica, entre outras, é desvendada ao longo do texto como essencial para os *processos de investigação* na ciência. Caso não haja esta *despersonalização* ou *neutralidade* dos dados, estes podem ser rejeitados e anular qualquer interpretação que surja a partir deles.

Assim sendo, o recurso à observação participante, pelas suas características previamente descritas, permitiu uma observação dentro da própria comunidade mas exterior a ela, pois o etnógrafo modificou a forma como percebeu essa comunidade, que se tornou ‘estranha’ a ele. Foi este método que possibilitou a recolha de dados que sustentam este estudo. Não negamos que seja uma perspectiva parcial da realidade, mas como iremos mostrar, a ciência também o é, parcial, sem que esse fato tenha alguma vez impedido a sua produção conhecimento. Assumimos por isso as críticas de que a nossa opção metodológica produziu *interferência* (ou *agencialidade*) sobre todo o processo de elaboração, execução, recolha de dados e até no próprio processo de escrita deste mesmo texto. Não negamos estas interferências e, pelo contrário, aceitamos que estas *interferências* fazem parte deste estudo, bem como da própria ciência, pois são inerentes a qualquer outro processo de investigação, ainda que venham a ser escamoteadas por práticas e técnicas específicas da *comunidade científica* e as quais iremos desvendar.

#### IV. O desvendar das práticas culturais por detrás de um discurso científico

Como anteriormente descrito, este estudo tem como base as notas de campo criadas durante a observação participante, realizada entre janeiro e junho de 2008, num departamento de psiquiatria de um hospital distrital. Foi através destas notas que nos foi possível acompanhar e observar as práticas de um interno da especialidade de psiquiatria, incluindo a realização de um trabalho de investigação intitulado 'Perceções Externas à Psiquiatria'. Segundo Clifford Geertz (1978), as notas de campo são descrições densas da realidade que permitem, posteriormente, ao etnógrafo realizar uma interpretação contextualizada das suas práticas e significados.

Por questões de melhor exposição, optou-se por inicialmente transcrever, parcialmente, o discurso apresentado pelo interno da especialidade aquando da sua comunicação oral do trabalho de investigação 'Perceções Externas à Psiquiatria', para depois seguirmos um caminho não linear das suas práticas que nos possibilite desvendar os seus significados:

Em fevereiro de 2008, o diretor do meu serviço convidou-me a apresentar um trabalho para o Congresso de Psiquiatria Consiliar, a realizar-se na região do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM). Aceitei esse desafio e propus falar sobre as perceções exteriores à psiquiatria. (apresentação oral do trabalho "Perceções Externas à Psiquiatria").

Percebe-se que o interno, no papel de *investigador*, agradece ao seu diretor de serviço e ao mesmo tempo transforma-o num agente espoletador do processo de investigação em causa. Adianta mais:

A escolha deste tema deveu-se à leitura de um artigo publicado em 1999, "*Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance*", de um autor americano, Bruce Link. (idem)

O interno refere o artigo de Bruce Link (1999) como um agente que forneceu a hipótese de estudo, 'conceções sobre a doença mental', e que iria a estudar:

No meu caso, não me debrucei sobre a população portuguesa em geral, nem mesmo da área de influência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental mas sim, sobre as perceções que os médicos de família<sup>18</sup> têm sobre a perturbação mental. (idem)

Declarando que escolheu estudar as crenças sobre a perturbação mental numa população especial, os médicos de família, porque:

---

<sup>18</sup> Na apresentação original é referido "clínicos gerais", mas o mais correto é dizer médicos de família, razão pela qual foi mudado o termo neste texto.

Creio que este é um assunto interessante e mais que indicado para um encontro de psiquiatria consiliar e de ligação. (idem)

Ao reler o discurso da comunicação oral 'Percepções Externas à Psiquiatria', encontramos uma narração linear, limpa, clara e com nexos causais muito bem definidos: o *convite* pelo diretor de serviço é considerado o mote para o *processo de investigação*, ao passo que *artigo de Bruce Link (1999)* foi o elemento que forneceu a *hipótese de estudo* e os médicos de família são a população que interessou ser estudada. Mas, como será desvendado, este discurso não é mais do que a ponta do *iceberg*, ou seja, o *visível*, de um complexo *processo de investigação*, que ficou submerso e escamoteado pelo próprio discurso.

#### IV.I Convite – Princípio

Analisemos, uma vez mais, o discurso realizado pelo interno da especialidade aquando da sua comunicação oral, de forma a averiguar a informação fornecida como a causa espoletadora de todo o processo de investigação – o *convite*.

O *convite*, realizado de forma informal pelo diretor de serviço e dirigido ao interno da especialidade, durante a reunião semanal do departamento psiquiatria, modificou o comportamento deste, transformando-o em *investigador*, um papel adicionado pelo interno da especialidade (Goffman, 1959 e 1963). Podemos dizer que o *convite* é um 'atuante social' (Latour, 1987), visto incorporar agencialidade que irá modificar os comportamentos de outros atuantes sociais, um deles o *interno da especialidade*. Uma dessas modificações foi transformá-lo em *investigador*. Mas quais são as práticas ou informações culturais que este *atuante social – convite* - transporta?

Uma delas foi encontrada nos 'Princípios e Normas Orientadoras dos Critérios de Avaliação dos Exames de Internato Médico', princípios estes que orientam quais os parâmetros que devem ser avaliados no final do internato de médico de psiquiatria:

(...)

V – Trabalhos publicados/comunicados com interesse clínico para a área de psiquiatria (1,5 valores)

VI – Atividades de Investigação relacionados com a área profissional (1 valor)

VII – Outros fatores de valorização profissional (Títulos, Sociedades Científicas) (0,5 valores)"

(www.ordemdosmedicos.pt)

Estes princípios sustentam que a realização de trabalhos com carácter científico (comunicações, publicações e atividades de investigação) podem conferir 2,5 valores em 20 valores no exame curricular do exame final de especialidade. Este fato desvendado, mas não presente no discurso, está contido no *convite*, visto ir ao encontro do interesse do interno da especialidade, ao permitir a adição de uma *comunicação e atividade de investigação* ao seu *curriculum vitae*.

Mas as agencialidades incorporadas pelo *convite* não se esgotam aqui, pois ao percebermos que o interno está inserido num *Departamento de Psiquiatria*, coordenado por um *Diretor de Serviço*, este

último não ficará indiferente às *performances* exteriores ao Departamento realizadas pelos seus internos e colaboradores. Assim sendo, o próprio *convite*, ao ser realizado pelo *diretor de serviço*, vai incorporar as intenções deste e do próprio *departamento de psiquiatria*. Uma delas é o desejo de reconhecimento pela comunidade psiquiátrica, obtido, segundo os costumes e crenças desta comunidade, através da produção de artigos e comunicações orais sobre investigações e abordagens clínicas desenvolvidas pelo próprio *departamento*. Segundo este encadeamento de intenções, o *interno da especialidade* posicionou-se como um instrumento ideal para realizar estes artigos e comunicações, uma vez que também ele tinha interesse em realizá-los. Esta foi uma relação simbiótica em que ambos saíram beneficiados. Por um lado o *departamento de psiquiatria* empenhou-se em mostrar uma imagem de excelência, que poderia atrair novos internos da especialidade e até psiquiatras, e por outro o *interno da especialidade* poderia enriquecer o seu *currículo*, promover-se junto dos técnicos de saúde mental, e assim aumentar o seu círculo de contactos profissionais que lhe possibilitassem receber mais convites, realizar novas comunicações e melhorar, ainda mais, o seu *currículo*. Esta foi a agencialidade trazida pelo atuante social *convite* sobre o *interno da especialidade*, explicando as modificações que causou sobre este último.

Mas revendo o discurso do interno, não encontramos praticamente nenhum destes *atuantes sociais* desvendados, existindo uma razão para isso, como irá ser demonstrado.

#### IV. II Hipótese de estudo – Conflitos entre pares

Como revelado anteriormente, o discurso do interno, durante a sua comunicação oral, descreve o artigo “*Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance*” de Bruce Link (1999) como a causa para a escolha da *hipótese de estudo*: ‘concepções sobre a doença mental’. Esta noção de linearidade e causalidade do processo de investigação, não foi totalmente confirmada quando analisado o *convite*, pois, como foi mostrado, inúmeros *atuantes sociais* ficaram submersos (invisíveis) e que tiveram a sua agencialidade através do *convite*. Será que o mesmo se passou no caso da escolha da *hipótese de estudo*?

Uma das razões porque me interessei por este tema, é o fascínio que me tem provocado a interação entre colegas de especialidades diferentes, pois nem sempre ocorrem da forma mais cordial. Isto tem-me levado a questionar se falamos a mesma linguagem? Ou se temos as mesmas crenças sobre as perturbações mentais? (apresentação oral do trabalho “Percepções Externas à Psiquiatria”)

Esta questão levantada pelo interno de psiquiatria na sua comunicação oral foi observada durante o trabalho de campo, sendo exemplo disso a seguinte transcrição:

Um médico de outra especialidade médica veio pedir ao interno de psiquiatria para observar, no serviço de urgência, um rapaz de 17 anos por este andar a fumar haxixe. Na verdade, após breve exploração por parte do interno de psiquiatria, ao falar com o outro médico, este revela que “o rapaz sentiu-se mal disposto e veio à urgência. Refere ter fumado um charro de haxixe antes.”

Após essa informação, o interno de psiquiatria indagou: “Mas qual é mesmo o problema do rapaz? Ele tem outros antecedentes, tal como consumir outras drogas?” Ao que o outro médico nada respondeu e por isso o interno propôs: “É uma situação urgente ou posso vê-lo com mais calma na consulta externa para a semana?”.

A reação do outro médico não foi de agrado, proferindo a seguinte frase para o interno de psiquiatria: “Vejo que não quer trabalhar.”

Por se ter apercebido dessa reação, o interno questionou o colega médico “Mas o que é que esperaria de um psiquiatria, de urgência, num caso de consumo agudo de haxixe?”

A que o outro médico lhe responde: “Se eu fosse psiquiatra saberia o que dizer num caso destes, para que ele deixe de fumar” (in Diário de Campo, 29 de fevereiro de 2008)

Para além destes problemas de comunicação entre o interno de psiquiatria (como acontece com outros psiquiatras) e médicos de outras especialidades, quando partilham os mesmos objetos clínicos – pacientes -, ao indagar o interno de psiquiatria, este informou que já tinha lido o *artigo* de Bruce Link antes do *convite* realizado pelo seu *diretor de serviço*. Acrescentou que o tinha lido aquando da realização de três trabalhos para o mestrado em Psiquiatria Cultural e que os tinha terminado há muito pouco tempo. Referiu que os trabalhos tinham sido sobre “Comunicação: O seu contributo para o processo terapêutico”, “História da Psiquiatria: Movimento antipsiquiatria da década de 60-70 e suas repercussões” e “Estigma: Perspetivas históricas da doença mental e ligação com processos de estigmatização”. Destes 3 trabalhos, após leitura, apenas o último referia o *artigo* de Bruce Link, apesar de tanto o trabalho sobre Estigma e sobre a História da Psiquiatria abordarem o tema das conceções sobre a doença mental. O desvendar deste *interesse pessoal* do interno, bem como da informação que estava a realizar um *mestrado em psiquiatria cultural*, tornou mais inteligível o surgimento de um *artigo* realizado por um médico de saúde pública – Bruce Link - sobre as conceções da população americana sobre as doenças mentais. Mais uma vez, a observação e questionamento das práticas do interno de psiquiatria desvendaram novos *atuantes sociais*, neste caso o *mestrado em psiquiatria cultural* e o *trabalho sobre estigma e história da psiquiatria*, ausentes da comunicação oral realizada pelo interno da especialidade.

#### IV.III Metodologia – Caixas negras

Numa primeira fase da comunicação oral do trabalho ‘Perceções Externas à Psiquiatria’ não se encontrou qualquer referência à metodologia que tinha sido usada, mas esta é uma prática comum no discurso científico. Há uma razão relativamente simples para este fato, a *metodologia* está, quase sempre, diretamente relacionada com a *hipótese de estudo* escolhida. Esta relação entre *hipótese de estudo* e *metodologia*, demonstra a agencialidade que alguns dos *atuantes sociais* recrutados pelo *interno da especialidade*, para a realização do trabalho ‘Perceções Externas à Psiquiatria’, exerceram sobre as práticas do interno da especialidade enquanto *investigador*. Encontramos esta agencialidade nesta transcrição:

Usei o mesmo método de recolha de dados que no artigo de Bruce Link, um questionário que depois passei na população alvo. O questionário era fechado, com apenas 4 possibilidades de respostas: muito provável, provável, pouco provável e muito pouco provável. Para além disso, este questionário tinha como base 5 vinhetas clínicas, cada uma a representar um diagnóstico do DSM-IV: dependência de álcool; depressão major; esquizofrenia; dependência de drogas; e pessoa com problemas. (apresentação oral do trabalho “Perceções Externas à Psiquiatria”)

Esta transcrição mostra que o interno optou por utilizar a mesma *metodologia* do autor do *artigo* que refere como fonte para a escolha da sua *hipótese de estudo*. O mesmo *atuante social* influenciou dois aspetos importantes do *processo de investigação* realizado pelo *interno da especialidade*. Esta escolha aparentemente linear e simples, que prevalece no discurso do *interno da especialidade*, não descreve realmente o processo pelo qual estas práticas foram escolhidas, nem as opções prévias que foram rejeitadas, como irá ser mostrado.

Antes do interno ter optado pelo *questionário* de Bruce Link, este tentou criar um novo questionário, com base no de Link, informação que não é encontrada em nenhuma parte da comunicação oral do interno. Esta informação só foi deslindável através da etnografia que acompanhou o *processo de investigação* do trabalho ‘Perceções Externas à Psiquiatria’, entretanto apagada ao longo do processo, e que permitiu presenciar os diálogos entre o *orientador* do interno e o *interno da especialidade*. Num desses diálogos, o *orientador* persuadiu o *interno da especialidade* a utilizar um *questionário já validado* para avaliar a *hipótese de estudo* escolhida. A observação deste diálogo, entre *interno/investigador* e o seu *orientador*, forneceu diversas informações que foram importantes para o desenvolvimento do *processo de investigação*. Uma primeira observação é que o *orientador* pode ser um *atuante social* importante para a escolha das práticas científicas, como foi o caso. A segunda é que o *interno da especialidade* estará limitado aos *programas científicos* já montados no seu *departamento de psiquiatria* (Echeverria, 2003), pois estes *programas científicos* irão influenciar a escolha das *hipóteses de estudo* e a *metodologia* a usar. Isto demonstrou que o *contexto* onde o *interno da especialidade* realiza o internato da especialidade é um *atuante social*, e que não é visível na comunicação oral por ele apresentada. A terceira e última constatação, é que os *processos científicos* recorrem a *teorias, hipóteses estudo e metodologias* (paradigmas) já aprovados ou utilizados por outros investigadores, como foi o recurso a um *questionário*. Uma das razões para o recurso a estes paradigmas é fato de eles funcionarem como *caixas negras* (Flusser, 1983; Latour, 1987). Este conceito de *caixa negra* não se aplica apenas ao questionário, mas também a todos os *atuantes sociais* que exercem a sua agencialidade por serem *caixas negras*, isto é, objetos, instrumentos, experiências ou teorias já estabelecidamente aceites pela *comunidade científica*, ou na sua generalidade. Mais do que aceites, são questões fechadas que não necessitam de ser questionadas ou explicadas dentro da *comunidade científica*, podendo ser prontamente recrutados para o interior dos *processos de investigação* e assim acelerar a sua execução.

Desta forma, percebe-se que a escolha do questionário, por parte do *interno da especialidade*, não foi simples, nem linear, tendo sofrido agencialidade por diversos *atuantes sociais*, como o *artigo*

de Bruce Link, *orientador* e recurso a *caixas negras*, que permitiram não só trazer credibilidade ao *processo de investigação* como acelerar a sua execução.

Muitas destas práticas vão ao encontro à ideia da ‘ciência normal’ de Thomas Kuhn (1962), em que a maioria dos cientistas procuram comprovar e reforçar um determinado paradigma reinante, fazendo-o através de instrumentos construídos com base nesse mesmo paradigma.

#### IV.IV População a estudar – Persuasão

No meu caso, não me debrucei sobre a população portuguesa em geral, nem mesmo da área de influência do hospital de Aveiro mas sim, sobre as perceções que os médicos de família têm sobre a perturbação mental. (apresentação oral do trabalho “Perceções Externas à Psiquiatria”)

Na comunicação oral do trabalho ‘Perceções Externas à Psiquiatria’, o *interno da especialidade* define, mais uma vez, de forma clara a população que foi estudada - médicos de família, justificando a escolha desta população com recurso ao mesmo argumento que utilizou para a escolha da *hipótese de estudo*:

Uma das razões porque me interessei por este tema, é o fascínio que me tem provocado a interação entre colegas, mas de especialidades diferentes, nem sempre das formas mais cordiais. Isto tem-me levado a questionar se falamos a mesma linguagem? Ou se temos as mesmas crenças sobre as perturbações mentais? (apresentação oral do trabalho “Perceções Externas à Psiquiatria”)

Surgem dúvidas relativamente ao motivo que levou o *interno da especialidade* a escolher especificamente os médicos de família entre tantas outras especialidades médicas. Uma dessas justificações foi encontrada na seguinte nota do diário de campo:

O interno que tenho seguido refere que quer aproveitar este trabalho (‘perceções externas à psiquiatria’) para aprofundar o relacionamento com os colegas de clínica geral, que são na sua opinião a primeira linha de combate das doenças (ou deveriam ser) e, posteriormente, realizar outro tipo de trabalho para melhorar os cuidados na saúde mental. Ele pretende começar com uma pesquisa dos seus modelos de atuação para depois saber o que se poderá fazer. (In Diário de Campo, 10/03/2008)

Assim, o interno pretendeu compreender os modelos explicativos das doenças mentais por parte dos clínicos gerais, porque considerou que eles são *atuante sociais* que têm agencialidade sobre o ato de referenciar pacientes para a psiquiatria, da mesma maneira que as *crenças sobre a doença mental* exercem agencialidade sobre a aceitação do diagnóstico psiquiátrico por parte do paciente.

Todos estes *atuante sociais* são revelados na comunicação oral do trabalho, ao contrário dos exemplos até agora analisados, o que nos fez interrogar sobre quais foram os critérios que levaram a que alguns *atuante sociais* fossem tornados visíveis e outros não.

Ao realizar estas questões e recuando até à data do *convite*, encontramos um *atuante social* que esteve sempre visível – *congresso de psiquiatria consiliar/ligação e psicossomática*. Este *atuante social* trouxe sentido a tudo o que foi descrito até agora, pois, como veremos, teve uma agencialidade peculiar a partir do momento em que o interno aceitou o papel de *investigador* para o referido *convite*.

A *psiquiatria consiliar/ligação* (simplificamos o termo para tornar mais clara a nossa exposição) é uma subespecialidade psiquiátrica, que deriva da palavra em Latim *Consilium*, que significa conselho, consulta ou consultadoria, e que funciona como ‘consultora’ para outras especialidades médicas, aquando da suspeita de coexistência de patologia psiquiatria. Simplificando, o objeto clínico da *psiquiatria consiliar* são os pacientes orientados por outras especialidades clínicas. Na prática clínica, no hospital onde foi realizado o estudo de campo, há diferenciação entre pedidos de consulta e pedidos internos de colaboração. Os primeiros podem ser realizados por qualquer médico (hospitalar ou pertencente aos cuidados primários da área de referência desse hospital), ao passo que os pedidos internos de colaboração são exclusivos para pacientes que se encontrem internados no hospital. Apesar dessa diferenciação, mais espacial e temporal que clínica, a justificação para o pedido de colaboração tem sempre como base as *concepções sobre as perturbações mentais* que cada médico possuiu. Se assim é, qual terá sido a razão para a escolha dos médicos de família em detrimento das outras especialidades médicas?

Houve vários *atuantes sociais* para essa escolha, o primeiro observado foi a *opinião* dada por alguns médicos especialistas do departamento de psiquiatria, em conversas informais de ‘corredor’, em que alertaram o *interno da especialidade* para a possível sensação de ameaça que especialistas de outras áreas médicas poderiam ter ao ser-lhes proposto o preenchimento de um questionário sobre a sua conceção sobre a doença mental. Segundo aqueles psiquiatras, os outros médicos poderiam considerar que estavam a ser postos em causa os seus conhecimentos psiquiátricos ou a pertinência dos seus pedidos de colaboração. O segundo *atuante social*, recrutado pelo interno, foi o *plano de reestruturação nacional dos serviços de saúde mental*, que reduzia a área de intervenção do departamento de psiquiatria do interno e por último, dados *epidemiológicos sobre a doença mental*, que o informaram que a grande maioria das patologias psiquiátricas eram apenas acompanhadas pelos cuidados de saúde primários e só uma pequena parte, as doenças mentais mais graves, estariam ao cuidado de especialistas de saúde mental. Estes três *atuantes sociais* (*opinião de colegas, plano de reestruturação e dados da saúde mental*) recrutados em consonância com outros *atuantes sociais* como o *congresso de psiquiatria consiliar/ligação*, o *artigo de Bruce Link*, as *concepções sobre a doença mental* e o *questionário*, tornaram possível a construção de um argumento que se adaptasse à temática do *congresso de psiquiatria consiliar*:

... modelos explicativos das perturbações mentais (ou seja, identificar os modelos explicativos na população em geral, médicos de família e nos próprios psiquiatras e conhecer as suas diferenças) que possam contribuir para uma melhor compreensão do encaminhamento de doentes para as consultas e urgências de psiquiatria. (apresentação oral do trabalho “Percepções Externas à Psiquiatria”)

Este encadeamento de *atuantes sociais* permitiu integrar os *interesse pessoais do interno da especialidade* (psiquiatria cultural, *curriculum*, convite, etc), com os *interesses do congresso* (temática abordada) e com os *interesses do departamento de psiquiatria do interno* (representação e promoção). Para além disso, a aceitação da *opinião* dos colegas e a delimitação do estudo aos médicos de família da nova área de intervenção do departamento de psiquiatria, segundo o *plano de reestruturação nacional dos serviços de saúde mental*, possibilitou limitar a população a estudar apenas 159 médicos.

Estas práticas de construção de *argumentos de persuasão* são comuns na ciência (Latour, 1987), porque todos os *investigadores* necessitam de ser aceites por determinadas *comunidades científicas*, como o interno quis ser aceite pelos *organizadores do congresso de psiquiatria consiliar/ligação*, para manterem o financiamento ou apoio aos seus *processos de investigação*. Isto demonstrou que as *comunidades científicas/congressos/sociedades* são *atuantes sociais* sobre os *processos de investigação* desenvolvidos pelos *investigadores*, pois não só limitam as *hipóteses de estudo*, como quais critérios necessários para persuadir essa mesma *comunidade científica/congresso/sociedade*.

#### IV.V Resultados – Encantamento

A comunicação oral do interno, como é apanágio das ciências naturais, após expor a introdução, a *hipótese de estudo*, a *metodologia* e a *população/objeto* a estudar, apresentou os resultados da sua investigação:

**Reconhecimento da doença.** O que os resultados demonstram, é que os médicos de família consideram como perturbações mentais a depressão e a esquizofrenia. Nas outras vinhetas manifestaram mais dúvidas. Percebe-se isto quando pelo menos um terço destes médicos não consideram que seja uma perturbação mental. As pessoas com problemas não são consideradas como portadoras de qualquer patologia. (apresentação oral do trabalho “Perceções Externas à Psiquiatria”)

Esta é uma transcrição sumária dos resultados, pois este não constitui o objetivo principal deste estudo, que se foca nas práticas utilizadas e a sua agencialidade sobre todo o *processo de investigação*. Neste ponto da comunicação o interno a especialidade finalizou a sua apresentação, com base nos resultados em cima referidos, com as seguintes conclusões:

(os médicos de família)

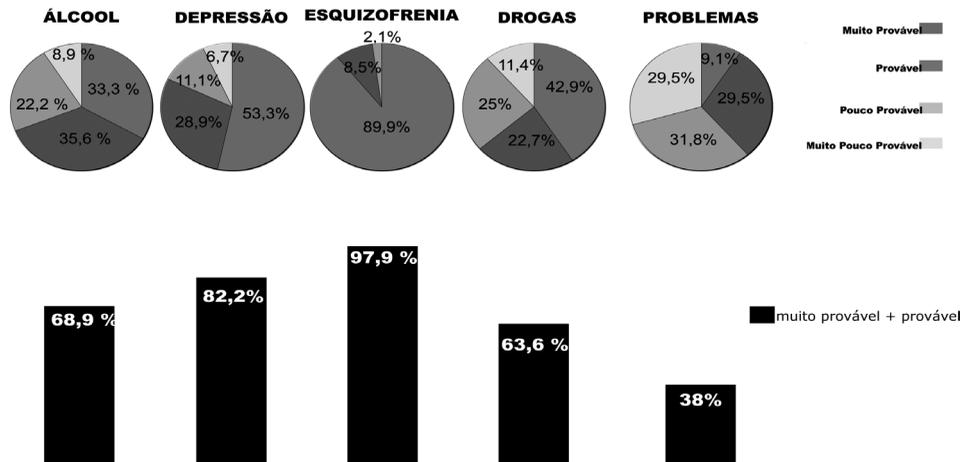
– Reconhecem como perturbações mentais: esquizofrenia e depressão major. (apresentação oral do trabalho “Perceções Externas à Psiquiatria”)

Esta forma de narrar os resultados, simples e clara, esteve presente ao longo de todo o discurso do *interno da especialidade* e talvez com maior importância na conclusão da sua comunicação. Contudo, como tem sido observado, não coincidiu totalmente com as práticas que permitiram realizar o *processo de investigação*.

Recuando para alguns *slides* prévios às conclusões finais apresentados pelo *interno da* especialidade, deparamo-nos com os seguintes gráficos:

## RESULTADOS

### 1) Reconhecer como Perturbação Mental



(Apresentação oral do trabalho “Percepções Externas à Psiquiatria”)

Este *slide* mostra, para o caso da vinheta que representava Depressão, que apenas 53,3% dos médicos de família responderam como sendo ‘muito provável’ constituir uma perturbação mental, 28,9% como ‘provável’, 11,1% como ‘pouco provável’ e 6,7% como ‘muito pouco provável’, visto o questionário ser:

O questionário era fechado, com apenas 4 possibilidades de respostas, muito provável, provável, pouco provável e muito pouco provável. (apresentação oral do trabalho “Percepções Externas à Psiquiatria”)

Mas há ainda a informação de que a soma das categorias ‘muito provável’ e ‘provável’, no caso da vinheta que representava a Depressão era de 82,2%, o que o interno justificou:

Para facilitar a análise, como o próprio Bruce Link realizou no seu artigo, aceitei como resposta favorável a soma das respostas muito prováveis e prováveis (que corresponde à barra preta). (apresentação oral do trabalho “Percepções Externas à Psiquiatria”)

E encontramos no artigo de Link (1999) essa confirmação:

For ease of presentation, we dichotomized response categories, combining “very likely” and “somewhat likely” in one category and “somewhat unlikely” and “very unlikely” in another. In no instance did this dichotomization affect the direction or significance of an effect interpreted here. (in Link *et al*, 1999:1329)

Esta simplificação dos dados pretendeu facilitar a sua apresentação e baseou-se numa prática científica descrita por Latour (1993a) como a dicotomização, que, segundo este autor, comprova que a sociedade ocidental nunca foi moderna porque nunca conseguiu lidar com a realidade sem ser dessa forma.

Independentemente desta questão levantada por Latour, a *simplificação* é comprovadamente uma prática da ciência, a que o interno recorreu para conseguir com que a sua audiência, aquando da sua comunicação, fizesse uma *leitura mais fácil* dos seus resultados. Isto demonstrou duas coisas: o interno teve dificuldade em lidar com a complexidade inerente à realidade e intencionou orientar a audiência para uma determinada forma de interpretar os dados, tal como o fez Link no seu artigo (1999). Assim sendo, a *simplificação* dos dados obtidos pelo questionário para avaliar as ‘conceções sobre a doença mental’ teve como agencialidade a *dicotomização* da realidade e permitir *persuadir* a audiência para uma determinada interpretação dos dados. Mas será que referir que 82% de respostas são favoráveis, como o afirmou o interno, é o mesmo que dizer “Reconhecem como perturbações mentais: esquizofrenia e depressão *major*.”? Semanticamente não é, mas o interno teve a necessidade de traduzir os resultados em afirmações, pois de outra forma não iria *encantar* a sua audiência, como o disse o *orientador* do interno uns dias antes da sua comunicação oral:

À noite acompanhei o interno, visto este ter ido mostrar a sua comunicação (‘percepções externas à psiquiatria’) ao seu orientador. A razão, segundo ele, para o fazer deveu-se ao fato do orientador ser muito metódico, ter mais experiência em comunicações e mostrar gosto em ensinar e ajudar. Esta reunião, realizada num café, mostrou uma pessoa, o orientador, já com muitos anos de experiência clínica e na execução de comunicações, tendo fornecido muitas informações de como se devem apresentar os trabalhos e principalmente como devem ser dirigidas as discussões e conclusões finais. Uma das informações mais relevantes desse encontro foi de que na opinião do orientador, uma comunicação para ser interessante e eficaz, para além da metodologia de apresentação, que segue a regra: introdução, metodologia e população estudada, resultados, discussão e conclusões, deve conter, para além dos dados, alguma ‘ousadia’ e ‘afirmações fortes’, tal como uma possível interpretação dos resultados e não se ficar apenas pela simples exposição dos dados. (In Diário de Campo, 21/05/2008)

Esta *agencialidade* fornecida pelo *orientador*, mas que pode ser isolada e descrita como *ousadia*, *encantamento* segundo Gell, (1988, 1992), é a prática científica que torna dados subjetivos em afirmações, com base em crenças pessoais do *investigador*, não podendo ser dissociado dos *programas científicos* em que esteja inserido, pois este recorre a determinados *paradigmas* que irão enformar e dirigir a forma de olhar para determinados objetos e retirar conclusões (Kuhn, 1962; Echeverría, 2003).

Este último *atuante social*, a *ousadia*, forneceu a última agencialidade que interferiu no *processo de investigação* desenvolvido pelo interno da especialidade e permitiu a construção de um argumento, com base nas próprias regras discursivas da ciência, mas em seu proveito, e fomentar o *encanto* da audiência, convencendo-a da sua validade, imparcialidade e afirmações finais sobre os resultados obtidos. Para isso, o interno recorreu aos *atuantes sociais* recrutados ao longo de todo o *processo de investigação*, escolheu os mais fortes e adequados ao seu público - os que foram tornados visíveis na comunicação oral: convite, diretor de serviço, congresso de psiquiatria consiliar, artigo, questionário, dicotomização, *etc.*-, e encadeou-os de forma a construir um argumento adequado. O *interno da especialidade* culminou a sua argumentação com a exposição de resultados *simplificados* e de conclusões que não deixassem dúvidas à audiência. Se as deixou, essas dúvidas não foram consideradas como fracassos, mas sim transformadas em futuros estudos a realizar, pois como Kuhn (1962) postulou, trata-se de uma das práticas mais comuns da ‘ciência normal’:

Este é um estudo exploratório para futuros trabalhos relacionados com a descobertas dos modelos explicativos das perturbações mentais (conhecer os modelos explicativos na população em geral, médicos de família e nos próprios psiquiatras e perceber quais são as diferenças) que podem contribuir para perceber melhor o encaminhamento de doentes para as consultas e urgências de psiquiatria. Saber o que essas populações realmente pretendem da prática psiquiátrica. (apresentação oral do trabalho “Perceções Externas à Psiquiatria”)

## V. Conclusão

Este estudo desvendou os *atuantes sociais* visíveis, bem como os *atuantes sociais* escamoteados pelo discurso científico, associados a um *processo de investigação* intitulado “Perceções Externas à Psiquiatria”, realizado por um *interno da especialidade de psiquiatria*.

Um desses *atuantes sociais* escamoteados ao longo de todo o processo foi a aceitação do papel de *investigador* por parte do *interno da especialidade*. Esta decisão, como mostrado, deveu-se à agencialidade de outros tantos *atuantes sociais*, uns visíveis, como o *convite* e o *diretor de serviço*, e outros invisíveis, como o *currículo* e o *exame de especialidade*, que explicam a evolução das práticas utilizadas para a realização do *processo de investigação* e a sua agencialidade na escolha da *hipótese de estudo*, *metodologia*, *população*, *resultados obtidos* e *conclusões*.

O desvendar destes *atuantes sociais*, visíveis e escamoteados, demonstra que o *processo de investigação* estudado é, na verdade, um processo social inserido num sistema cultural, e que estes processos são transversais a toda a ciência (Latour, 1987; Echeverria, 2003; Hacking, 1992, 1995). Contudo, se fosse apresentado à *comunidade científica* e à *comunidade leiga* dessa forma, como uma sistema cultural repleto de interferências, perderia seguramente o seu poder de *persuasão* e de *encantamento* (Latour, 1987, 1993a; Gell, 1988, 1992). Uma das técnicas para ultrapassar esta limitação é construir narrativas científicas claras, lineares, com nexo de causalidade e imparciais.

Este último ponto, a imparcialidade dos estudos, é essencial para a permanente diferenciação entre a ciência e outras formas de produção de conhecimento, e é conseguida através da *despersonalização da ciência*. Como demonstrado, esta é uma prática cultural específica da *comunidade científica* que lhe possibilita analisar a realidade de forma distanciada e neutra, permitindo posteriormente a construção de argumentos *encantados*. Conclui-se, portanto, que os *atuantes sociais* e as suas práticas devem ser desvendados e estudados como parte integrante dos *processos de investigação* e não devem ser escamoteados pelo discurso científico, pois esta é uma forma de *simplificação* da realidade, e o que se pretende são análises mais *complexas*, como foi intuito deste estudo, que se debruçou sobre as práticas científicas.

## Bibliografia

- BURNS, T (2006). *PSYCHIATRY, A VERY SHORT INTRODUCTION*. OXFORD: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- COLÉGIO DE PSIQUIATRIA. *PRINCÍPIOS E NORMAS ORIENTADORAS DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS EXAMES DE INTERNATO MÉDICO*. RETRIVED FROM [HTTP://WWW.ORDEMDOSMEDICOS.PT](http://www.ordemdosmedicos.pt).
- COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. *REESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL*. RETRIVED FROM [HTTP://WWW.PORTALDASAUDE.PT](http://www.portaldasaude.pt).
- CSORDAS, T. (MAR., 1990). EMBODIMENT AS A PARADIGM FOR ANTHROPOLOGY. *ETHOS*, VOL. 18 (1), 5-47
- ECHEVERRÍA, J. (2003). *INTRODUÇÃO À METODOLOGIA DA CIÊNCIA*. COIMBRA: ALMEDINA.
- FLUSSER, V. (1983), *ENSAIO SOBRE A FOTOGRAFIA: PARA UMA FILOSOFIA DA TÉCNICA*. (NOVA VERSÃO 1985). LISBOA: RELÓGIO D'ÁGUA.
- FOUCAULT, MI. (1976). *THE BIRTH OF THE CLINIC AN ARCHAEOLOGY OF MEDICAL PERCEPTION*. (NEW VERSION 2003) LONDON: TAVISTOCK PUBLICATIONS LIMITED.
- FRANKLIN, S. (1995). SCIENCE AS CULTURE, CULTURES OF SCIENCE. *REV. ANTHROPOLO DEPARTMENT OF SOCIOLOGY*, VOL 24, 163-184
- GELL, A. (1988). TECHNOLOGY AND MAGIC. *ANTHROPOLOGY TODAY*, VOL. 4 (2), 6-9.
- GELL, A. (1992). THE TECHNOLOGY OF ENCHANTMENT AND THE ENCHANTMENT OF TECHNOLOGY. IN COOTE, J & SHELTON, A. (EDS), *ANTHROPOLOGY, ART AND AESTHETICS*. (PP. 40-66). OXFORD: CLARENDON.
- GEERTZ, C. (1973). *A INTERPRETAÇÃO DAS CULTURAS*. (NOVA VERSÃO: 1978). RIO DE JANEIRO; ZAHAR EDITORAS.
- GOFFMAN, E. (1959). *A APRESENTAÇÃO DO EU NA VIDA DE TODOS OS DIAS*. (NOVA VERSÃO 1993). LISBOA: RELÓGIO D'ÁGUA.
- GOFFMAN, E. (1963) *ESTIGMA : NOTAS SOBRE A MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE DETERIORADA*. (NOVA VERSÃO: 1988). RIO DE JANEIRO: ZAHAR.
- HACKING, I. (1995). THE LOOPING EFFECT OF HUMAN KINDS, IN SPERBER, D. & PREMARK, A. (ED), *CAUSAL COGNITION: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH* (PP 351-383). OXFORD: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- HACKING, I. (1998). *MAD TRAVELERS: REFLECTIONS ON THE REALITY OF TRANSIENT MENTAL ILLNESSES*. BOSTON: HARVARD UNIVERSITY PRESS
- HABERMAS, J. (1968). *TÉCNICA E CIÊNCIA COMO "IDEOLOGIA"*. LISBOA: EDIÇÕES 70.
- KLEINMAN, A. (1980). *PATIENTS AND HEALERS IN THE CONTEXT OF CULTURE (AN EXPLORATION OF THE BORDERLAND BETWEEN ANTHROPOLOGY, MEDICINE AND PSYCHIATRY*. BERKELEY: UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS.
- KUHN, T. (1962). *THE STRUCTURE OF SCIENTIFIC REVOLUTIONS*. (3º EDITION: 1996). CHICAGO: THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS.
- LATOUR, B. (1987). *SCIENCE IN ACTION: HOW TO FOLLOW SCIENTISTS AND ENGINEERS THROUGH SOCIETY*. MILTON EYNES: OPEN UNIVERSITY PRESS.
- LATOUR, B. (1993). *WE HAVE NEVER BEEN MODERN*. BRIGHTON: HARVESTER WHEATSHEAF.
- LATOUR, B. (1996), JOLIOT: A HISTÓRIA E A FÍSICA MISTURADAS, IN SERRES M. (ED). *ELEMENTOS PARA UMA HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS*, VOL. II, (PP. 131-155) .LISBOA: TERRAMAR.

- LINK E TAL. (1999). PUBLIC CONCEPTIONS OF MENTAL ILLNESS: LABELS, CAUSES, DANGEROUSNESS AND SOCIAL DISTANCE. *A M J PUBLIC HEALTH*, VOL. 89, Nº 9, 1328-1333.
- LINK, B. & PHELAN, J.(2001) CONCEPTUALIZING STIGMA. *ANNUAL REVIEW OF SOCIOLOGY*, VOL. 27. (2001), pp. 363-385
- LAW, J., MOL, A. (2002). COMPLEXITIES: SOCIAL STUDIES OF KNOWLEDGE PRACTICES. IN J. LAW & A. MOL (EDS.), *COMPLEXITIES: AN INTRODUCTION* (PP. 1-22). DURHAM, DUKE UNIVERSITY PRESS.
- LINK, B. (1999). PUBLIC CONCEPTIONS OF MENTAL ILLNESS: LABELS, CAUSES, DANGEROUSNESS AND SOCIAL DISTANCE. *A M J PUBLIC HEALTH*, VOL. 89, Nº 9, 1328-1333
- LINK, B., ANGLIN, D. & PHELAN, J. (2006). RACIAL DIFFERENCES IN STIGMATIZING ATTITUDES TOWARD PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS. *PSYCHIATRIC SERVICES*, VOL. 57. 857–862.
- LINK, B., PESCOLIDIO, B., MONAHAN, J., STUEVE, A., & KIKUZAWA, S. (1999). THE PUBLIC'S VIEW OF THE COMPETENCE, DANGEROUSNESS, AND NEED FOR LEGAL COERCION OF PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS. *AM J PUBLIC HEALTH*, VOL.89, 1339-345.
- STUEVE, A. & LINK, B (1997). VIOLENCE AND PSYCHIATRIC DISORDERS: RESULTS FROM AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF YOUNG ADULTS IN ISRAEL. *PSYCHIATRIC QUARTELY*, VOL. 68 (No 4), 327-342.
- MILLER, D. (2001). PRIMITIVE ART AND THE NECESSITY OF PRIMITIVISM TO ART .IN SUSAN HILLER (ED), *THE MYTH OF PRIMITIVISM: PERSPETIVES ON ART*. (PP. 35-52). ROUTLEDGE
- MISHIMA, Y. (1956). *THE TEMPLE OF THE GOLDEN PAVILION*. LONDON: VINTAGE INTERNATIONAL.
- MOL, A. (2002A). *THE BODY MULTIPLE: ONTOLOGY IN MEDICAL PRACTICE*. DURHAM: DUKE UNIVERSITY.
- MOL, A. (2002B). COMPLEXITIES: SOCIAL STUDIES OF KNOWLEDGE PRACTICES. IN J. LAW & A. MOL (EDS.), *CUTTING SURGEONS, WALKING PATIENTS: SOME COMPLEXITIES INVOLVED IN COMPARING* (PP. 218-257). DURHAM, DUKE UNIVERSITY PRESS.
- MURPHY, D. (2001). PUTTING THE BIOLOGICAL AND SOCIOLOGICAL TOGETHER IN EXPLANATION OF MENTAL ILLNESS. *PHILOSOPHY OF THE SOCIAL SCIENCES*, VOL. 31 (Nº2), 139-162.
- OKASHA, S. (2002), *A VERY SHORT INTRODUCTION PHILISOPHY OF SCIENCE*. OXFORD: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- POPPER, K (1999). *A VIDA É APRENDIZAGEM: EPISTEMOLOGIA EVOLUTIVA E SOCIEDADE ABERTA*. COIMBRA: EDIÇÕES 70.
- PORTER, R (2002). *MADNESS, A BRIEF HISTORY*. OXFORD: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- QUARTILHO, M. (2001). *CULTURA, MEDICINA E PSIQUIATRIA*. COIMBRA: QUARTETO EDITORA.
- QUINTAIS, L. (2000A). LIMINARIDADE E METAMORFOSE: UMA REFLEXÃO ANTROPOLÓGICA SOBRE UMA DESORDEM PSIQUIÁTRICA. *ANÁLISE SOCIAL*, VOL. XXXIV (153), 985-1005.
- QUINTAIS, L. (2000B). MEMÓRIA E TRAUMA NUMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA. *ANÁLISE SOCIAL*, VOL. XXXIV (151-152), 673-684.
- QUINTAIS, L. (2001). MEDICALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA E INTENCIONALIDADE: A ACEITAÇÃO DE UMA NOSOLOGIA COMO MOTIVO E JUSTIFICAÇÃO DA HISTÓRIA. *ETNOGRÁFICA*, VOL 82, 325-334.
- QUINTAIS, L. (2002), O TEATRO DA DESTRUIÇÃO E DA VERDADE E A PSIQUIATRIA PORTUGUESA NA TRANSIÇÃO DO SÉCULO XIX. *SEPARATA DA REVISTA DE HISTÓRIA DAS IDEIAS*, VOL.23, 365-387.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. (2005). *MANUAL DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS*. GRADIVA
- ROSE, N. (2001). THE NEUROCHEMICAL SELF AND ITS ANOMALIES. IN ERICSON (ED). *RISK AND MORALITY* (PP. 407-437). TORONTO: UNIVERSITY OF TORONTO PRESS, 2003.
- SHORTER, E (2000). *UMA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA, DA ERA DO MANICÓMIO À IDADE DO PROZAC*. (NOVA VERSÃO 2001). LISBOA: CLIMEPSI EDITORES.
- SANJEK, R. (ED) (1990), *FIELDNOTES: THE MAKINGS OF ANTHROPOLOGY*. NEW YORK: CORNELL UNIVERSITY PRESS.
- STOEP, V. & LINK, B (1998). SOCIAL CLASS, ETHNICITY, AND MENTAL ILLNESS: THE IMPORTANCE OF BEING MORE THAN EARNEST. *AM J PUBLIC HEALTH*, VOL. 88, Nº9, 1396-1402.



# Estigma e doença mental

Isabel Gil

**Isabel Gil<sup>19</sup>**

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Resumo**

Reconhecendo que os estigmas imputados às perturbações mentais se foram mantendo ao longo dos tempos e admitindo que os estudantes de Enfermagem partilham dessas atitudes estigmatizantes, este estudo tem como objetivos avaliar as crenças e atitudes dos estudantes acerca dos doentes e doenças mentais e o efeito do contacto (ensino clínico) nessas crenças e atitudes.

É um estudo de cariz pré-experimental.

Como instrumentos de colheita de dados foram utilizado o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) e a Versão portuguesa traduzida e adaptada da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMIS).

A comparação dos resultados nas crenças e atitudes, antes e após o ensino clínico, revela um efeito estatisticamente significativo mais patente na crença na incurabilidade e atitude de restrição social. Conclui-se, então, perante estes resultados, que o ensino clínico contribui para uma perspetiva mais positiva em relação às crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem.

**Palavras-chave:** Atitudes; Crenças; Estudantes de Enfermagem; Ensino clínico.

**Abstract**

Recognizing that stigma attributed to mental disorders has held up over time and assuming that the nursing students share these stigmatizing attitudes, this study aims to assess the students' attitudes and beliefs about patients and mental illness and the effect of clinical teaching in these beliefs and attitudes.

It is a pre-experimental type of study.

The Inventory of Beliefs about Mental Illness and the translated and adapted Portuguese version of the Scale of Opinions about Mental Illness were used as data collection instruments.

The comparison of the results in beliefs and attitudes, before and after the clinical teaching, reveals a significant statistical effect present in the belief of incurability and attitude towards social restriction. Therefore, given these results, the clinical practice contributes to a more positive outlook concerning to beliefs and attitudes of nursing students.

**Keywords:** Attitudes; Beliefs; Nursing students; Clinical teaching

---

<sup>19</sup> Professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; mestre em psiquiatria cultural. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

## Introdução<sup>20</sup>

Os indivíduos desenvolvem, desde a infância, crenças sobre si próprios, sobre os outros e sobre o mundo, isto é, verdades absolutas que os conduzem no seu quotidiano.

As crenças vão modelar as atitudes. Por sua vez, a atitude, como refere Luísa Lima (1997), funciona como mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. Neste seguimento, à forma de agir corresponderia a atitude motora e à forma de pensar corresponderia a atitude mental.

O mesmo autor considera, ainda, que as crenças fornecem o suporte para defender a posição atitudinal proporcionando, desta forma, a informação que o indivíduo teria disponível acerca do objeto e face à qual se poderia associar uma probabilidade de veracidade. Neste contexto, as atitudes seriam suportadas pelas crenças e estas constituiriam a sua componente cognitiva.

Vala e Monteiro (1996) salientam que as atitudes têm uma forte ligação com os comportamentos, referem-se ao campo da ação e não são diretamente observáveis, têm origem nas experiências subjetivas, são quase sempre referidas a um objeto social, incluem sempre uma dimensão afetivo-avaliativa e são aprendidas.

Os dados provenientes da investigação sugerem exatamente o que foi referido, isto é, as atitudes resultam da aprendizagem e são amplamente influenciadas pelas experiências individuais e pelo contexto social em que ocorrem (Cardoso, 2003).

As origens das atitudes são, pois, fortemente culturais na medida em que tendemos a assumir atitudes que prevalecem na cultura em que crescemos, nomeadamente, dentro da estrutura familiar.

Um dos motivos de interesse na abordagem das atitudes está, como menciona Elisabete Oliveira (2007), na possibilidade de prever o comportamento, em determinadas situações.

As doenças mentais que desafiaram ao longo dos tempos a filosofia, a religião e a ciência continuam, na atualidade, a constituir um desafio para as ciências sociais e humanas. Nesta perspetiva, Michel Foucault (2007) considerou como facto inquestionável que a doença mental esteve sujeita, mais do que qualquer outra doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses económicos, à história. Deste modo, cada período histórico acentua a complexidade de atitudes e de concepções que coexistem e que dão sentido ao fenómeno da loucura e da doença mental.

Corroborando esta ideia, Pichot e Fernandes (1984: 318) afirmam que a história da psiquiatria ilustra bem este processo de reações pessoais, sociais e culturais à loucura:

( ) a história das «doenças mentais» enlaça-se intimamente com a história das civilizações e das culturas. Daí a constante contaminação com toda a sorte de concepções (e de práticas), mágicas, míticas, místicas, supersticiosas, doutrinárias, ideológicas e mitofílica.

---

20 Texto realizado com base na tese de Mestrado "Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria", apresentada no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, orientada pelo Professor Doutor José Carlos Santos e coordenada pelo Professor Doutor Manuel João Quartilho.

Com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (2008) considerou-se o nível de saúde mental e bem-estar da população como componente chave para o sucesso da União Europeia como sistema económico e social baseado no conhecimento. Neste contexto, o Pacto fomenta a recolha sistemática de dados na população e o incentivo à investigação epidemiológica sobre as causas, determinantes, implicações da saúde e da doença mental, intervenções e boas práticas, tanto dentro como fora dos sector sanitário e social. Alerta, ainda, entre outros aspetos, para a necessidade de desenvolver serviços de saúde mental que estejam bem integrados na sociedade, que considerem a pessoa como prioridade e trabalhem de forma a evitar o estigma e a exclusão facilitando a monitorização das tendências e atividades dos estados-membros e dos diferentes parceiros sociais e outros intervenientes e, de igual modo, ajudar na divulgação das recomendações sobre as ações mais eficazes na resposta aos temas prioritários.

O estigma, que provém do medo do desconhecido e de falsas crenças, leva a uma falta de compreensão do problema. Por este motivo, o Relatório sobre a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007), assim como outros documentos de referência neste domínio, apontam para a necessidade de realizar estudos que avaliem as crenças, atitudes e representações relativamente aos doentes e doenças mentais dada a reprodução de imagens distorcidas acerca das doenças do foro mental e psiquiátrico que ainda permanecem. Os doentes mentais continuam a ser vistos como imprevisíveis, violentos e perigosos sendo diversos os estudos que o confirmam, Scull (1981); Pichot (1983); Link & Cullen (1983); Ayesteran & Paez (1986); Skinner *et al.* (1992); Johnson & Orrel (1995); Whaley (1997); Phelan *et al.* (2000); Hirai & Clum (2000); Angermeyer *et al.* (2004); Loureiro (2008).

Scheffer Rena (2003) refere-se às pesquisas que analisam as atitudes e crenças do público acerca dos doentes mentais e que revelam opiniões negativas sobre a previsibilidade e a perigosidade bem como uma visão negativa relativamente à capacidade de tomada de decisão. Os mitos sobre a relação entre a violência e a doença mental contribuem para os medos exagerados de perigosidade, relutância em procurar ajuda, exclusão à habitação, emprego e apoio social.

É notório que as doenças mentais ainda são percebidas como um sinal de fraqueza sendo que a resposta adaptativa passa pela vergonha e o segredo. Prova disso, são os resultados de um estudo realizado em 156 países em que metade dos cônjuges de pessoas sujeitas a um primeiro internamento numa instituição psiquiátrica relataram envidar esforços no sentido de esconder a doença e o internamento dos seus parceiros (Phelan *et al.*, 1999). O sigilo, todavia, atua como um obstáculo para o tratamento das doenças mentais em todas as fases.

Patrick Corrigan (2004) salienta que a subutilização dos serviços de saúde mental e a cessação antecipada dos tratamentos são, em grande parte, atribuídos ao estigma que, como destaca Erving Goffman (1980), é entendido como uma diferenciação pejorativa que é indesejada e implica uma intolerância grupal. O estigma prejudica não apenas a situação social presente do indivíduo mas, igualmente, as relações previamente estabelecidas bem como a imagem futura constituindo-se, deste modo, como um atributo negativo poderoso em todas as relações sociais.

A estigmatização resulta não só das atitudes da população em geral, mas também dos familiares e mesmo dos profissionais de saúde (Corrigan *et al.*, 2001, 2004; Loureiro, 2008).

Sobre este assunto, Sandra Oliveira (2009) reforça que existem variadíssimas referências que apontam a associação entre atitudes de cariz estigmatizante entre os profissionais de saúde e sentimentos por eles vivenciados que incluem impotência e superficialidade, frequentemente relacionadas com alguma resistência ao estabelecimento de um tratamento clínico adequado. Outras correlações têm sido averiguadas, como as atitudes negativas e uma formação profissional inadequada ou insuficiente, ou ausência de formação e atualizações especializadas em doença mental.

O estigma é constituído por três problemas relacionados entre si (Thornicroft *et al.*, 2008):

- O problema do conhecimento: ignorância (literacia);
- O problema das atitudes: preconceito;
- O problema do comportamento: discriminação.

As pessoas com doença mental antecipam a rejeição e a discriminação impondo-se uma forma de auto-estigma.

As estratégias para diminuir o impacto do estigma têm sido agrupadas, como mencionam Watson e Corrigan (2005), mediante a sua relevância quer para o estigma público quer para o auto-estigma. Neste contexto, serão abordadas as estratégias que se podem evidenciar importantes no sentido de modificar os estereótipos e preconceitos e que levem à adoção de crenças de saúde que visem a adesão permanente aos cuidados de saúde/serviços psiquiátricos.

As diferentes abordagens para mudar o estigma público, tal como referem Corrigan e Penn (1999), foram agrupadas em três processos de mudança: protesto/denúncia, educação/sensibilização e contacto.

As estratégias de protesto/denúncia surgem contra a injustiça dos estigmas específicos conduzindo ao apelo moral de modo a mudar a forma de pensar do público, que se refere com vergonha e ideias desrespeitosas em relação às pessoas com doenças mentais. Muitas organizações de defesa cívica recorrem a esta estratégia com ações de grande impacto junto dos meios de comunicação social. Contudo, se por um lado o protesto/denúncia pode ser eficaz, por outro, pode reforçar o estigma público pelo que deve ser usado criteriosamente. Os debates televisivos e alguns programas sensacionalistas mostram, frequentemente, uma versão unilateral e negativa dos possíveis efeitos secundários causados por algumas formas de tratamento, não revelando os tratamentos bem-sucedidos, que permitem que milhões de pessoas com doenças mentais retomem as suas vidas normais.

As abordagens educativas, sustentadas na evidência, contribuem para promover a literacia em saúde mental e, concludentemente, potenciam a reflexão e a mudança de atitudes. Mostram-se, ainda, essenciais à desconstrução de crenças negativas associadas às doenças mentais e conduzem ao desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco relacionados com determinados transtornos mentais. É de salientar, porém, que a sua ação parece ser restrita no tempo (Oliveira, Carolino e Paiva, 2012).

Numa pesquisa efetivada por Corrigan *et al.* (2001) é evidenciado que existe uma forte correlação entre os sentimentos de medo revelados e o nível de distância social do público em relação à doença

mental devido à raridade dos contactos. Consequentemente os autores defendem que a abordagem perante esta realidade implica a intensificação da familiaridade do público com as pessoas com experiência de doença mental como forma de combater o estigma e a discriminação.

Corrigan e Penn (1999) destacam, neste sentido, que o contacto com pessoas com doenças mentais produz melhorias significativas nas atitudes, baseando-se nos dados de pesquisas que revelam que os membros do público em geral que estão mais familiarizados com estes doentes são menos propensos a apoiar atitudes preconceituosas. De facto, vários são os estudos que têm demonstrado uma relação inversa entre o contacto com a doença mental e o estigma (Link & Cullen, 1986; Penn *et al.*, 1999; Holmes *et al.*, 1999; Penn *et al.*, 2004).

Peter Huxley (1993) relembra que o estigma da doença mental já existia muito antes da psiquiatria e, que em muitos casos, a psiquiatria não ajudou a reduzir os estereótipos e as práticas discriminatórias. Identifica, igualmente, o contacto direto com as pessoas com doença mental como fator chave para reduzir as crenças irracionais.

Outros estudos reforçam a existência de uma forte redução do preconceito e a promoção de atitudes positivas em relação às pessoas com doença mental mas, principalmente, quando o contacto envolvia uma relação face-a-face (*in vivo*) e em contextos de trabalho ou institucionais (Corrigan *et al.*, 2001; Read & Harre, 2001; Pinfold *et al.*, 2003).

Atualmente, os governos de todo o mundo reconhecem a necessidade de atender às questões de saúde mental, particularmente a importância da deteção precoce bem como o impacto dos problemas de saúde mental no trabalho e na produtividade. Deste modo, compete aos organismos comunitários agir de molde a promover a inclusão das pessoas com doença mental o que obriga a uma série de mudanças que abrange sectores governamentais e não-governamentais onde se incluem intervenções para as populações locais com campanhas de sensibilização direcionadas a grupos específicos.

Neste enquadramento, novas abordagens para divulgar informações das pesquisas contra o estigma precisam de ser desenvolvidas e avaliadas.

Os efeitos das três estratégias para mudar as atitudes estigmatizantes – educação/sensibilização, o contacto e o protesto/denúncia foram examinados num estudo realizado por Corrigan *et al.* (2001), com uma amostra de 152 estudantes de um colégio de Chicago, aleatoriamente designados para uma das três estratégias ou de um grupo de controlo. Os resultados mostraram que a educação melhorou as atribuições ao nível dos grupos específicos: psicose, depressão, dependência de cocaína e debilidade mental. O contacto produziu mudanças positivas que excederam os efeitos da educação nas atribuições específicas: depressão e psicose. O protesto/denúncia não resultou em mudanças significativas nas atribuições em nenhum dos grupos.

Read e Harre (2001) também reforçam que os programas anti-estigma devem focar-se no aumento do contacto porque o “fator contacto direto com as pessoas com doença mental” revelou melhores resultados na mudança de atitudes do público.

Num outro estudo levado a cabo por Pinfold *et al.* (2003) com uma população de 472 estudantes do ensino secundário verificou-se que os indivíduos que tiveram contacto com pessoas com doença mental apresentaram atitudes mais favoráveis.

Um estudo recente sobre doenças mentais realizado pela União Europeia reconhece na luta contra este estigma uma área importante de trabalho nos países europeus esclarecendo a necessidade de combater este estigma e promover medidas apropriadas nas políticas nacionais sobre doenças mentais (Santorius, 2007).

Contudo, entre os aspetos que não podem ser desvalorizados perante a mudança de rumo dos serviços de saúde mental para a comunidade estão as questões relacionadas com as qualificações e formação dos profissionais de saúde.

Sobre este assunto diz-nos Jaime Milheiro (1987: 27):

Vários pontos fundamentais têm de ser ponderados quando se tenta passar duma psiquiatria de tipo hospitalar para outra do tipo comunitário. Além da necessidade de criar novas estruturas e novas formas de funcionar, há, paralelamente, modificações profundas a estabelecer nas já existentes e na atitude interna dos técnicos perante a patologia psiquiátrica.

Para que o enfermeiro desenvolva as suas atividades profissionais com competência torna-se, pois, essencial que detenha uma formação adequada que o capacite a exercer funções complexas nos sistemas de saúde.

Sendo a construção da identidade um processo de carácter eminentemente relacional, importa considerar como os fenómenos estruturais de ordem macrossociológica afetam as atitudes e os comportamentos dos estudantes e o papel que é atribuído a estes mesmos estudantes de enfermagem.

A integração da enfermagem no Ensino Superior foi entendida como uma forma de reconhecimento científico, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e abriu as portas para a investigação e a produção de conhecimento específico. De facto, o aumento das qualificações académicas e profissionais dos enfermeiros e dos processos de conhecimento sobre a enfermagem contribuiu para o maior reconhecimento social da profissão.

Atualmente, a formação inicial em enfermagem desenvolve-se no contexto teórico/teórico-prático e de prática laboratorial na escola e em ensino clínico nos contextos de prestação de cuidados. O contexto teórico, mais académico, possibilita as aprendizagens que se podem fazer exteriormente à situação do exercício profissional. Por seu lado, os ensinamentos clínicos, realizados em serviços hospitalares ou Centros de Saúde, apresentam-se como os locais privilegiados de contacto com a prática profissional que ocorre de forma acompanhada.

Numa convergência com Lina Antunes (2004) pode-se afirmar que o percurso académico e integrado nas experiências de ensino clínico parecem constituir um dos eixos mais estruturantes da identidade profissional, na medida em que os estudantes se apropriam das normas, valores e funções que regem o funcionamento da vida do grupo profissional e das relações com a sociedade em geral. Para esta autora é, ao longo do ensino clínico, que a socialização profissional assume duas funções essenciais: favorecer a adaptação de cada estudante à vida profissional e contribuir para a manutenção de um certo grau de coesão entre os membros do grupo.

Mas, o processo de socialização não se opera no vazio, implica uma transmissão cultural. No caso específico da enfermagem, as estruturas de saúde constituem contextos de aprendizagem carregados de simbolismos, significações, saberes e poderes onde se movimentam diversos atores: o conjunto de profissionais de saúde, os docentes orientadores do ensino clínico, os estudantes em formação e os utentes, cada um deles com posições e objetivos diferenciados (Carapinheiro, 1998).

De um modo geral, os ensinamentos clínicos constituem contextos curriculares bastante valorizados pelos estudantes, que os consideram como muito gratificantes, por constituírem momentos do percurso formativo onde se passa da teorização à visualização e operacionalização de procedimentos, ainda que se efetuem mediante a supervisão quer dos profissionais da instituição quer dos docentes da escola.

A evolução dos conceitos de saúde e doença, a representação da saúde mental e as estratégias de cura estão relacionados, como já foi referido anteriormente, com os correspondentes paradigmas de cada época e têm as suas origens nos primórdios da civilização. Desta forma, a caracterização histórica e sociológica da prestação de cuidados de saúde mental assume uma especificidade e uma evolução próprias que, em saúde mental e psiquiatria permitem garantir, nos dias de hoje, a oferta de respostas diferenciadas e de qualidade, distantes das existentes no passado.

Acompanhando a evolução na assistência às pessoas com transtornos mentais ocorreu também uma transformação ao nível das práticas de enfermagem psiquiátrica. Terra *et al.* (2006) remetem-nos para a necessidade de os enfermeiros repensarem os seus saberes e as suas práticas, reavaliando as suas atitudes e proporcionando cuidados centrados no ser humano.

Durante a sua formação o enfermeiro aprende novos conhecimentos e treina habilidades, competências e atitudes que, com o recurso aos instrumentos de enfermagem, lhe permite atuar perante as necessidades do utente no sentido de prevenir, atenuar ou corrigir os transtornos mentais (Mendes *et al.*, 2002) reforçam que os cuidados a prestar às pessoas com problemas mentais exigem, não só uma preparação generalista mas, também, uma preparação especializada na medida em que só a formação diferenciada facilita a aquisição de competências capazes de permitir uma resposta eficaz às exigências de saúde de todos os cidadãos.

Presentemente, o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria assume um papel terapêutico cujas ações assentam no relacionamento estabelecido com o doente a partir da compreensão dos seus comportamentos e da sua aceitação como ser humano. Isto implica que o enfermeiro de psiquiatria possua conhecimentos científicos e competências pessoais e profissionais para o desempenho desse papel.

Ao enfermeiro que desenvolve a sua atividade profissional no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria é exigido um papel de relevo no seio da equipa multidisciplinar.

### **Impacto da formação sobre as crenças e atitudes acerca das doenças e doentes mentais**

Colocando o foco nas crenças e atitudes dos estudantes do ensino superior e, como é mencionado por Sandra Oliveira (2005), foi a partir dos finais da década de 1950 que foram construídos e testados importantes instrumentos de medição e avaliação de atitudes, dos quais são destacados

pela referida autora: Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI) de Gilbert e Levinson's (1957); The Stars Abstract de Nunnally (1961); Opinion about Mental Illness Scale (OMIS) de Cohen e Struening's (1962); Attitude Toward Mental Illness (ATMI) de Froemel e Zolik's (1967); Community Attitudes to the Mental Illness Inventory (CAMI) de Taylor e Dean (1981).

Será dada primazia aos trabalhos que estudam o impacto que a frequência de Cursos Superiores e, em especial, o Curso de Licenciatura em Enfermagem exerce sobre os estudantes no que respeita às suas atitudes e crenças sobre a doença mental.

Assim, é de fazer referência a um estudo clássico realizado por Costin e Kerr (1962) em que a OMIS foi utilizada em dois tempos distintos, antes e depois de um Curso em "Abnormal Psychology" e cujos resultados revelaram que os estudantes dos níveis mais avançados expressavam menores níveis de autoritarismo, isto é, opiniões acerca do doente mental como pertencente a uma classe de pessoas inferiores às pessoas ditas "normais"; menores níveis de restrição social, em que o doente mental surge como uma pessoa perigosa para a sociedade implicando que a sua liberdade seja condicionada durante e após a sua hospitalização e mais crentes na etiologia interpessoal como fator causal da doença mental, ou seja, de que a doença mental resulta de más experiências interpessoais, como a falta de atenção e amor parental.

Wes Shera e Delva-Tauiiili (1996), Gerhart (1985), Atwood (1982), Werrbach e Depoy (1993) referenciados por Wes Shera e Delva-Tauiiili (1996) propuseram-se a avaliar o efeito das ações especiais de formação em psicopatologia nas atitudes dos estudantes de Serviço Social. Deste modo, constituíram uma amostra com dois grupos de estudantes do segundo ano do referido curso, ambos participantes num programa de intervenção especializado e, um outro grupo de controlo, constituído por estudantes do segundo ano do mesmo curso, mas não integrados em qualquer programa de formação especial. Com base nos resultados obtidos, os autores salientaram a eficácia dos programas de formação no sentido de promover atitudes mais favoráveis, sendo notórias as mudanças em atitudes específicas, tais como: a expectativa dos profissionais quanto ao sucesso das medidas de intervenção e tratamento que se revelou mais positiva. Também as crenças relativas à imprevisibilidade e perigosidade se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes.

Penn *et al.* (1999), num estudo em que pretenderam identificar os métodos de redução do estigma diretamente associado aos indivíduos portadores de esquizofrenia, recorreram a uma amostra de 182 estudantes do Instituto de Tecnologia de Illinois e, dos resultados deste estudo, destaca-se o facto de fatores contextuais, como o contacto com a doença mental e o tipo de informação sobre as doenças, poder afetar a perceção de perigosidade ou dos comportamentos violentos destes doentes.

Para estudar as atitudes de procura de ajuda e atitudes perante a doença mental, Leong e Zachar (1999) utilizaram a escala "Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help" (ATSPPH) de Fischer e Turner (1970) e a OMIS, numa amostra de 290 estudantes que frequentavam a disciplina de Introdução à Psicologia. Dos resultados do estudo tornou-se evidente que uma atitude mais positiva perante a ajuda profissional está associada a uma opinião mais benevolente.

Num outro estudo realizado por Holmes *et al.* (1999), foi utilizada a OMIS, com a intenção de medir as atitudes perante a doença mental, sendo utilizados os itens das dimensões: autoritarismo, benevolência e restrição social. Os resultados sugerem que os efeitos da educação, grau de conhecimento com a doença mental, têm influência nas atitudes de benevolência e de restrição social, mantendo-se inalterada a dimensão autoritarismo.

Corrigan *et al.* (2001) procuraram estudar a familiaridade a distância social perante as pessoas que sofrem de doença mental severa, partindo de uma amostra de 208 estudantes. Foram utilizados três instrumentos de medida: o “Level of Contact Report” (LCR); o “Perception of Dangerousness and Fear Questionnaire” e a “Social Distance Scale”. Os resultados evidenciam que quanto mais familiarizadas as pessoas estão com a doença mental, menor é a perigosidade. A familiaridade encontra-se inversamente associada com a distância social, isto é, os indivíduos mais familiarizados apresentam menor distância social. Também não se encontrou uma associação significativa entre a familiaridade e o medo. A percepção de perigosidade é alta e positivamente relacionada como preditor do medo que, por sua vez, está positivamente associado à distância social, o que significa que quanto maior o medo, maior a distância social e evitamento dos doentes mentais.

As conclusões deste estudo apontam para a necessidade de uma intervenção ao nível de campanhas de redução do estigma associado às doenças mentais, aumentando a familiaridade através da interação entre os doentes mentais e o público em geral.

No Brasil, foi realizado um estudo por Pedrão *et al.* (2003), numa amostra de estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, em que a OMIS foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa. A amostra incluiu 68 estudantes recém-chegados à Universidade e 73 que frequentavam o último semestre do referido curso e o objetivo do estudo consistia em avaliar a influência da instrução académica nas atitudes perante a doença mental.

De referir que, no Brasil, a versão da OMIS se designa «Opiniões sobre a Doença Mental» (OMD), foi traduzida e validada para a população brasileira por Rodrigues, em 1983. Do estudo de validação resultaram sete dimensões, mais duas do que as da escala original de Cohen e Struening (1962), que continha cinco dimensões, que o autor designou por *etiologia de esforço mental*, que reflete a ideia de que a doença mental tem origem no excessivo “esforço cerebral”, resultante do trabalho intelectual exagerado e, *visão minoritária*, que traduz o conceito de que o doente mental, por ser muito diferente das pessoas tidas como normais, pode ser facilmente reconhecido num grupo, atendendo à sua aparência externa.

Os resultados deste estudo realçam que as atitudes mais positivas face à doença mental são constatadas nos finalistas do referido curso, o que sugere a influência que a formação académica pode ter na “mudança” de atitudes.

Num estudo concretizado por Emrich *et al.* (2003), com uma amostra constituída por 38 estudantes de Enfermagem, com o objetivo de verificar se havia diferenças nas atitudes dos sujeitos inquiridos, antes e após a formação, concluiu-se que a exposição dos estudantes a informação factual

sobre psicopatologia em que é, igualmente, promovida a oportunidade de interação direta com indivíduos portadores de doença mental, afetou positivamente e de forma significativa as atitudes destes estudantes relativamente às pessoas com doenças mentais.

Reinke *et al.* (2004), num estudo em que se procurava alterar algumas das variáveis clássicas dos estudos anteriores, os investigadores examinaram a forma como o contacto com a doença mental é experimentado e o nível de desconfirmação dos estereótipos perante a doença mental. A amostra era constituída por um total de 164 estudantes, com uma média de idades de 27.7 anos e foi utilizada uma escala de distância social, antes e depois da frequência de um programa que inclui cinco condições experimentais: grupo de controlo; contacto *in vivo* com moderada desconfirmação; contacto por vídeo com moderada desconfirmação; contacto por vídeo com nenhum nível de desconfirmação; contacto por vídeo com elevada desconfirmação. Os resultados indicam que o nível de contacto com a doença mental tem um efeito potencial na mudança de atitudes, revelando que o contacto frequente com os indivíduos com doença mental ajuda a desconfirmar o estigma.

Também no estudo levado a cabo por Surgenor *et al.* (2005), com uma amostra constituída por 164 estudantes de Enfermagem do 1.º e do 3.º ano de uma escola da Nova Zelândia se concluiu que os sujeitos que estavam a iniciar a sua formação exibiam atitudes mais negativas do que os do 3.º ano que já eram detentores da formação teórica e prática (ensino clínico).

Num outro estudo realizado por Madianos *et al.* (2005), com o objetivo de demonstrar a importância da formação académica na mudança de atitudes dos estudantes de Enfermagem face a pessoas com doenças mentais, antes e após a conclusão da unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (que incluía 40 horas de formação teórica e 90 horas de ensino clínico), os autores concluíram que a referida formação influenciou positivamente as opiniões dos estudantes, tendo-se verificado, por um lado, uma redução relativamente ao autoritarismo e às crenças discriminatórias e, por outro, uma visão mais positiva acerca da integração social, revelando uma visão mais humanitária na integração destes sujeitos na comunidade. Deste modo, é sugerido pelos autores do estudo que a formação efetiva dos estudantes em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e, em concreto, a experiência enriquecedora proporcionada pelo ensino clínico, no contacto direto com pessoas portadoras de doença mental, parece traçar um caminho na direção de mudanças positivas nas atitudes.

Ainda com o objetivo de estudar a influência da formação teórica e prática na mudança das atitudes dos estudantes, Markstrom *et al.* (2009) realizaram um estudo longitudinal com 1001 estudantes dos Cursos de Enfermagem, Terapia Ocupacional e de Medicina de seis Universidades da Suécia com a finalidade de avaliar o nível de familiaridade e com a doença mental e as atitudes face à doença mental. Os dados foram colhidos em dois momentos diferentes, isto é, antes da unidade teórica e após o ensino clínico e, os resultados mostraram que, no final do ensino clínico, se verificou uma mudança nas atitudes face aos doentes mentais, no sentido de se tornarem menos estigmatizantes. Perante estes resultados, os autores concluíram que o ensino clínico, incluído nos programas universitários, promove uma mudança nas atitudes provavelmente devido à interação com pessoas com doenças mentais e à experiência dos supervisores/orientadores.

Num estudo recente efetivado por Inês Francisco (2010), com o intuito de avaliar a percepção dos estudantes de Enfermagem face à doença mental, conclui-se que a educação em saúde mental e a experiência em ensino clínico mudaram significativamente, de forma positiva, as percepções dos estudantes de Enfermagem face a pessoas com doença mental, todavia, conhecer alguém com doença mental não produziu alterações significativas nas atitudes destes estudantes.

Embora não estude o impacto que a frequência dos estudos superiores exerce sobre os estudantes relativamente às crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais, parece importante fazer referência ao estudo realizado por Luis Loureiro (2008), numa amostra de 834 indivíduos, em que os instrumentos de colheita de dados foram: Questionário sócio-demográfico; nove vinhetas adaptadas da metodologia de Star (1955); a OMIS (Cohen e Struening, 1962); uma versão adaptada do Level of Contact Questionnaire – LCQ (Corrigan *et al.*, 2001); Inventário de Crenças acerca da Doença Mental – ICDM (Loureiro *et al.*, 2006); Social Distance Scale – SDS (Kirmayer *et al.*, 1997); Questionário de causas da doença mental – QCDM; questões acerca das consequências das doenças mentais e mecanismos de intervenção social. Desta investigação destaca-se que, relativamente às crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais, se indicia um grau de aceitação e tolerância elevado, ainda que ancoradas por mitos como a incurabilidade e perigosidade. A distância social é elevada nos itens que implicam maior proximidade de relacionamentos, especificamente ao nível das relações familiares, aparecendo associada a visões estereotipadas dos doentes mentais como incuráveis e perigosos. Fatores como a exposição e nível de contacto/familiaridade com a doença mental não se constituem como condição capaz de influenciar substancialmente crenças e atitudes nem distância social.

É de realçar, igualmente, que as análises estatísticas mostram, por um lado, que as atitudes mais autoritárias estão sobretudo associadas às crenças na incurabilidade e perigosidade e, por outro, que as atitudes mais benevolentes e tolerantes estão associadas a um maior reconhecimento da doença.

## Metodologia

Dada a escassez de trabalhos empíricos na área de investigação com estudantes de Enfermagem em Portugal, optou-se pela realização de um estudo pré-experimental que compreende as seguintes questões de investigação:

- a) Quais as crenças acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3.º ano antes de iniciar e depois de terminar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria?
- b) Quais as atitudes acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3.º ano antes de iniciar e depois de terminar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria?
- c) Qual a relação entre crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças e doentes mentais?

A amostragem foi realizada a partir da população acessível dos estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem a frequentar uma Escola de Enfermagem da Região Centro de Portugal Continental no ano de 2010.

Entregaram-se inicialmente 140 questionários a todos os estudantes que iriam frequentar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria, aquando do 1.º dia de integração. Após o ensino clínico, entregaram-se novamente os 140 questionários dos quais foram validados 89, sendo a taxa de recusa de participação no 2.º momento de 36,44%.

De salientar que do total de 89 estudantes, 54 (60,70%) já tinham tido contacto ou conheciam alguma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença mental sendo que 28 (51,90%) se reportam a familiares e 26 (48,19%) a amigos.

O trabalho de recolha de informação foi realizado através de questionário constituído por uma parte de caracterização sociodemográfica, pela Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMIS) traduzida e validada para a população portuguesa e pelo Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM).

A OMIS é constituída por cinco fatores correspondentes a cinco atitudes, nomeadamente *autoritarismo* (opinião sobre a pessoa com doença mental como pertencendo a uma classe de pessoas inferiores e que, como tal, necessitam de intervenções de natureza coerciva); *benevolência* (visão tida como “simpática”, porém moralista, paternalista e protetora face ao doente mental, cujas bases atitudinais assentam mais numa perspetiva humanista e religioso-moral do que numa ideologia científica e profissional); *ideologia da higiene mental* (visão positiva da doença mental que demonstra confiança nas intervenções dos profissionais de saúde mental); *restrição social* (perspetiva o doente mental como um perigo para a sociedade defendendo, deste modo, a restrição da liberdade destes doentes); *etiologia interpessoal* (opinião de que a saúde mental é objeto das escolhas individuais feitas ao longo da vida).

O formato de resposta é de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos.

O ICDM é constituído por 45 itens em formato de resposta tipo *Likert* de 1 a 6 pontos, englobando seis crenças: *incurabilidade* (crença na doença mental como tendo um carácter crónico e incurável); *reconhecimento da doença* (crença numa visão não estigmatizante da doença mental, dado que estão associados à aceitação da doença); *perigosidade* (crença nos doentes mentais como pessoas perigosas, dada a imprevisibilidade do seu comportamento, levando mesmo à propensão para a criminalidade); *doença como causa de estigma e discriminação* (crença pessoal do estigma e preconceito produzido pela doença nos circuitos sociais próximos do indivíduo portador de doença mental); *responsabilidade pessoal* (O indivíduo é considerado responsável pela sua saúde/doença); *doença como condição médica* (crença da doença mental como condição clínica, como outras doenças apelando para o uso de medicamentos no seu tratamento).

O formato de resposta é 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos.

Relativamente aos procedimentos éticos é de salientar que esta investigação foi devidamente autorizada pela Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para a realização do tratamento estatístico recorreu-se aos programas SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17 para Windows e ao programa G POWER para cálculo do *effect size* e poder dos testes.

## Resultados/discussão

No estudo das crenças constata-se pela análise das médias ponderadas que as crenças com maior expressão numérica no sentido da concordância se situam no *Reconhecimento da Doença* e na *Crença da Doença como Condição Médica* que apontam para um sentido homogéneo de respostas. Estes resultados remetem-nos para o facto de os estudantes de enfermagem exprimirem uma visão não estigmatizante da doença mental, associada à aceitação da doença e à crença no tratamento e na reabilitação se o diagnóstico for atempado.

É importante reforçar que os resultados obtidos neste estudo podem, de alguma forma, ser explicados pelo facto de os estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem já terem adquirido conhecimentos teóricos sobre esta temática na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e que esses conhecimentos poderão ter contribuído para uma visão menos estigmatizante em relação às doenças e doentes mentais, ainda assim, os estereótipos da perigosidade, incurabilidade e responsabilidade individual são acentuados.

Estes resultados são confirmados por alguns estudos (Goerg *et al.*, 2004; Loureiro, 2008) que também apontam para a manutenção de mitos vinculados por crenças na perigosidade e incurabilidade das pessoas com doenças mentais.

Relativamente às atitudes dos estudantes acerca das doenças e doentes mentais manifestadas antes de iniciar o ensino clínico observa-se que é na dimensão *Benevolência* que se obtém uma média superior, seguida imediatamente pela dimensão *Ideologia da Higiene Mental*, o que indicia níveis de tolerância e sensibilidade sociais em relação a estes problemas.

Da análise da influência da frequência do ensino clínico nas crenças relativamente aos doentes mentais verificou-se um decréscimo das crenças negativas o que converge com os resultados de outros estudos em que ficou evidenciado que a formação influenciou positivamente os estudantes relativamente às crenças discriminatórias (Corrigan *et al.*, 2001; Madianos *et al.*, 2005), concluindo que as crenças relativas à imprevisibilidade e perigosidade associadas ao doente mental se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes. O modelo proposto por Corrigan *et al.* (2001) aponta, efetivamente, no sentido de a crença na *Perigosidade* das pessoas com doenças mentais diminuir substancialmente com o nível de contacto. Neste âmbito Corrigan e Penn (1999) salientam que as estratégias educacionais têm resultados mais positivos quando associadas ao contacto direto com os indivíduos portadores de doença mental. No caso da doença mental, o contacto constitui-se como particularmente importante para que o sujeito (sem doença mental) perceba o indivíduo portador da doença mental como uma pessoa real (Corrigan *et al.*, 2005; Markström *et al.*, 2009), afigurando-se como a estratégia que tem mostrado mais eficácia na diminuição das

crenças estigmatizantes. Corrigan *et al.* (2005) reforçam mesmo que associação da educação com o contacto com as pessoas com doença mental provou ser a estratégia mais eficiente, que produz efeitos a mais longo prazo.

Relativamente ao efeito do ensino clínico nas atitudes dos estudantes, pela observação das médias obtidas antes e depois do ensino clínico constata-se, pois, uma redução ao nível das atitudes negativas, no *Autoritarismo* e na *Restrição Social* (em que o doente mental surge como uma pessoa perigosa para a sociedade implicando que a sua liberdade seja condicionada) e, um incremento nas atitudes positivas, *Benevolência* e *Ideologia da Higiene Mental* (que é entendida como uma perspetiva que oferece resistência ao estigma).

Os resultados deste estudo pronunciam, pois, que a formação prática – ensino clínico, contribui para uma perspetiva mais positiva em relação às atitudes dos estudantes acerca das doenças e dos doentes mentais.

Resultados semelhantes foram obtidos por Emrich *et al.* (2003) em que ficou demonstrado que a interação direta com pessoas portadoras de doenças mentais afetou positivamente e de forma significativa as atitudes dos estudantes de enfermagem relativamente às pessoas com doenças mentais.

Quanto aos resultados das análises de regressão elas permitem observar que as crenças estereotipadas e estigmatizantes correspondem a atitudes autoritárias e dogmáticas enquanto que as atitudes mais paternalistas correspondem a crenças mais positivas indo ao encontro do estudo realizado por Loureiro (2008) em que as atitudes de maior autoritarismo e restrição social são, de igual modo, preditas por maior crença na perigosidade dos doentes, tendência para não reconhecer a doença como condição médica e a responsabilizar os indivíduos pela sua condição de saúde/doença.

## Conclusões

Partindo dos objetivos traçados para esta investigação serão apresentados de forma sintética as conclusões consideradas mais relevantes. Deste modo:

- Constata-se um reconhecimento e consciencialização para a natureza das doenças mentais e do seu cunho médico que são visíveis pelas crenças e atitudes que denunciam uma maior aceitação e tolerância ainda que não sejam de desvalorizar os mitos na incurabilidade, na perigosidade e na imprevisibilidade dos doentes mentais;
- O ensino Clínico promove uma mudança nas crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem, ainda assim esse efeito é modesto, o que indicia a necessidade de privilegiar nos currículos conteúdos que aumentem a literacia no domínio da saúde mental;
- É na necessidade de reintegrar socialmente os doentes, visível na diminuição da atitude de restrição social que essa mudança é mais vincada, um efeito positivo do ensino clínico que indicia que a exposição e experiência com a prática da Enfermagem Psiquiátrica aumenta a consciência da necessidade de garantir direitos e liberdades dos doentes;

- As atitudes mais autoritárias e dogmáticas aparecem sobretudo como resultado de estereótipos centrados em crenças negativas acerca das doenças e dos doentes mentais em contraste com as atitudes de maior benevolência que estão associadas a uma perspetiva mais «otimista» de perceber as doenças e os doentes mentais.

## Bibliografia

- ANGERMEYER, M. (2004). IMPORTANT TO INVESTIGATE THE DYNAMICS OF THE STIGMA PROCESS. *HEALTHCARE PAPERS*, 5 (2), 112-113.
- ANTUNES, L. (2004). AS ASPIRAÇÕES E TRAJETÓRIAS SOCIAIS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E O CONFRONTO COM A (FUTURA) REALIDADE PROFISSIONAL. *ATAS DO Vº CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA*. ACEDIDO A 20 DE OUTUBRO DE 2010 EM [HTTP://WWW.APS.PT/CMS/DOCS\\_DPR4628f816Ca\\_1.PDF](http://www.aps.pt/cms/docs_DPR4628f816Ca_1.pdf) .
- AYESTERAN, S. & PAEZ, D. (1986). REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL. *REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA*, 16: 95-124.
- CARAPINHEIRO, G (1998). *SABERES E PODERES NO HOSPITAL: UMA SOCIOLOGIA DOS SERVIÇOS HOSPITALARES*. AFRONTAMENTO. PORTO.
- CARDOSO, A. (2003). A RECEPTIVIDADE À MUDANÇA E À INOVAÇÃO PEDAGÓGICA: O PROFESSOR E O CONTEXTO ESCOLAR. *EDIÇÕES ASA, PERSPECTIVAS ACTUAIS/EDUCAÇÃO*: 22-33.
- COHEN, J. E STRUENING, E. (1962). OPINIONS ABOUT MENTAL ILLNESS IN THE PERSONNEL OF TWO LARGE MENTAL HOSPITALS. *JOURNAL OF ABNORMAL AND SOCIAL PSYCHOLOGY*, 64(5) 349-360.
- CORRIGAN, P ET AL. (2001). THREE STRATEGIES FOR CHANGING ATTRIBUTIONS ABOUT SEVERE MENTAL ILLNESS. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*, 27(2):187-195.
- CORRIGAN, P. & PENN, D. (1999). LESSONS FROM SOCIAL PSYCHOLOGY ON DISCREDITING PSYCHIATRIC STIGMA. *AMERICAN PSYCHOLOGIST*. 54:756-776.
- CORRIGAN, P. (2004). HOW STIGMA INTERFERES WITH MENTAL HEALTH CARE. *AMERICAN PSYCHOLOGIST*, 59 (7): 614-625.
- CORRIGAN, P. ET AL. (2005). HOW ADOLESCENTS PERCEIVE THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS AND ALCOHOL ABUSE. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 56 (5), 544-550.
- COSTIN, F. & KERR, W. (1962). THE EFFECTS OF ABNORMAL PSYCHOLOGY COURSE ON STUDENT'S ATTITUDES TOWARD MENTAL ILLNESS. *JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY*, 53: 214-218.
- EMRICH , K. ET AL. (2003). POSITIVE ATTITUDE: AN ESSENTIAL ELEMENT FOR EFFECTIVE CARE OF PEOPLE WITH MENTAL HEALTH SETTINGS. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING*, 11:128 – 134.
- FOUCAULT, M (2007). *HISTÓRIA DA LOUCURA NA IDADE CLÁSSICA*. 8ª EDIÇÃO, 1ª REIMPRESSÃO, COLEÇÃO ESTUDOS. EDITORA PERSPECTIVA. SÃO PAULO. BRASIL.
- FRANCISCO, I. (2010). ESTUDO DA PERCEÇÃO DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM FACE À DOENÇA MENTAL. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO NÃO PUBLICADA, FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. PORTO.
- GOERG, D., ET AL. (2004). REPRESENTATIONS OF PSYCHIATRIC TREATMENTS. *ADVANCES IN RELATIONAL MENTAL HEALTH*, 3 (3). ACEDIDO EM 10 DE JULHO DE 2010 EM WWW:<URL:HTTP://WWW.BIBLIOPSIQUIS.COM/ASMR/0303/2.PDF>.
- GOFFMAN, E. (1980). *ESTIGMA: NOTAS SOBRE A MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE DETERIORADA*. ED GUANABARA KOOGAN, RJ BRASIL.
- HIRAI, M., & CLUM, G. (2000). DEVELOPMENT, RELIABILITY AND VALIDITY OF THE BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE. *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY AND BEHAVIORAL ASSESSMENT*, 22, 221-236.
- HOLMES, E. ET AL. (1999). CHANGING ATTITUDES ABOUT SCHIZOPHRENIA. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*, 25: 447-456.
- HUXLEY, P. (1993). LOCATION AND STIGMA: A SURVEY OF COMMUNITY ATTITUDES TO MENTAL ILLNESS: ENLIGHTENMENT AND STIGMA. *JOURNAL OF MENTAL HEALTH UK*, 2: 73-80.
- JOHNSON, S. & ORRELL, M. (1995). INSIGHT AND PSYCHOSIS: A SOCIAL PERSPECTIVE. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE*, 25: 515-520.

- LEONG, F., & ZACHAR, P. (1999). GENDER AND OPINIONS ABOUT MENTAL ILLNESS AS PREDICTORS OF ATTITUDES TOWARD SEEKING PROFESSIONAL PSYCHOLOGICAL HELP. *BRITISH JOURNAL OF GUIDANCE AND COUNSELLING*, 27, 123-132.
- LIMA, M. (1997). ATITUDES. *PSICOLOGIA SOCIAL*. LISBOA, FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2ª EDIÇÃO, 167-199.
- LINK, B., & CULLEN, F. (1983). RECONSIDERING THE SOCIAL REJECTION OF EX-MENTAL PATIENTS: LEVELS OF ATTITUDINAL RESPONSE. *AMERICAN JOURNAL OF COMMUNITY OF PSYCHOLOGY*, 11, 261-273.
- LINK, B. AND CULLEN, F.(1986). CONTACT WITH THE MENTALLY ILL AND PERCEPTIONS OF HOW DANGEROUS THEY ARE. *JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR*, 27:289-303.
- LOUREIRO, L. (2008). REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: IMPORTÂNCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL. ESTUDO REALIZADO NUMA AMOSTRA DE RESIDENTES NO CONCELHO DE PENACOVA. DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE MENTAL DO INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR. UNIVERSIDADE DO PORTO. PORTO.
- MARKSTROM *ET AL.* (2009). ATTITUDES TOWARDS MENTAL ILLNESS AMONG HEALTH CARE STUDENTS AT SWEDISH UNIVERSITIES – A FOLLOW-UP STUDY AFTER COMPLETED CLINICAL PLACEMENT. *NURSE EDUCATION TODAY*. 29:660-665.
- MADIANOS, M. *ET AL.* (2005). NURSING STUDENTS' ATTITUDE CHANGE TOWARD MENTAL ILLNESS AND PSYCHIATRIC CASE RECOGNITION AFTER A CLERKSHIP IN PSYCHIATRY. *ISSUES IN MENTAL HEALTH NURSING*, 26:169 – 385.
- MENDES, A. *ET AL.* (2002). NECESSIDADES EDUCACIONAIS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM ENFERMEIROS A TRABALHAR EM SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA. *REFERÊNCIA*, 8: 17-25.
- MILHEIRO, J. (1987). *PSIQUIATRIA NA COMUNIDADE*. SAÚDE MENTAL HOJE, 1: 27-30.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (2007). REESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: RELATÓRIO DA COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.
- OLIVEIRA, E. (2007). ATITUDES DOS ALUNOS BRANCOS EM RELAÇÃO A ALUNOS NEGROS. TESE DE Mestrado em Relações Interculturais da Universidade Aberta. PORTO.
- OLIVEIRA, S. (2005). A LOUCURA NO OUTRO: UM CONTRIBUTO PARA O IMPACTO DA LOUCURA NO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL. TESE DE DOUTORAMENTO DA FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. COIMBRA.
- OLIVEIRA, S. (2009). A LOUCURA QUE SÓ O OUTRO TEM. *INTERAÇÕES*, 9(16).
- OLIVEIRA, S., CAROLINO, L., & PAIVA, A. (2012). PROGRAMA SAÚDE MENTAL SEM ESTIGMA: EFEITOS DE ESTRATÉGIAS DIRETAS E INDIRETAS NAS ATITUDES ESTIGMATIZANTES. *REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL*, (8), 30-37.
- PEDRÃO, L. *ET AL.* (2003). ATITUDES FRENTE À DOENÇA MENTAL: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE INGRESSANTES E FORMANDOS EM ENFERMAGEM. *MEDICINA, RIBEIRÃO PRETO*,36:37-44.
- PENN, D. *ET AL.* (1999). DISPELLING THE STIGMA OF SCHIZOPHRENIA II. THE IMPACT OF INFORMATION ON DANGEROUSNESS. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*, 25(3):437-446.
- PENN, D. *ET AL.* (2004). EMOTION RECOGNITION IN SCHIZOPHRENIA: FURTHER INVESTIGATION OF GENERALIZED VERSUS SPECIFIC DEFICIT MODELS. *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*, 109, 512-516.
- PINFOLD, V. *ET AL.* (2003). REDUCING PSYCHIATRIC STIGMA AND DISCRIMINATION. EVALUATION OF EDUCATIONAL INTERVENTIONS IN UK SECONDARY SCHOOLS. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 182: 342-346.
- PHELAN, J. *ET AL* (2000). PSYCHIATRIC ILLNESS AND FAMILY STIGMA. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*. 24:115-126.
- PICHOT, P. (1983). *A CENTURY OF PSYCHIATRY*. LONDON.
- PICHOT, P. E FERNANDES, B. (1984). *UM SÉCULO DE PSIQUIATRIA E A PSIQUIATRIA EM PORTUGAL*. ROCHE FARMACÊUTICA. LISBOA.
- READ, J.; HARRE, N.(2001). THE ROLE OF BIOLOGICAL AND GENETIC CAUSAL BELIEFS IN THE STIGMATISATION OF "MENTAL PATIENTS", *JOURNAL OF MENTAL HEALTH*, 10 (2): 223-235.
- REINKE, R. *ET AL.* (2004). EXAMINING TWO ASPECTS OF CONTACT ON THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS. *JOURNAL OF SOCIAL AND CLINICAL PSYCHOLOGY*, 23: 377-389.
- RENA, S. (2003). ADDRESSING STIGMA: INCREASING PUBLIC UNDERSTANDING OF MENTAL ILLNESS. PRESENTED TO THE STANDING SENATE

COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS SCIENCE AND TECHNOLOGY.

SANTORIUS, N. (2007). STIGMA AND MENTAL HEALTH. THE LANCET. Nº 9590, **370**: 810-812. ACEDIDO EM 20 DE DEZEMBRO DE 2010 EM [HTTP://PROQUEST.UMI.COM/PQDWEB?DID=133466682&SID=9&FMT=4&CLIENTLD=83018&RQT=309&VNAME=PQD](http://proquest.umi.com/pqdweb?did=133466682&sid=9&fmt=4&clientld=83018&RQT=309&VNAME=PQD) .

SCULL, A. (1981). *MADHOUSE, MAD DOCTERS AND MADMAN: THE SOCIAL HISTORY OF PSYCHIATRY IN THE VICTORIAN ERA*. LONDON: ATHALONE PRESS.

SILVA, L. (2008). EDUCAÇÃO DO CAMPO E PEDAGOGIA DE ALTERNÂNCIA. A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA. TEXTO DA CONFERÊNCIA PROFERIDA NA FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE LISBOA A 17 DE MAIO DE 2007. *SÍSIFO*. REVISTA DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO, 5 105-112. ACEDIDO EM 20 DE SETEMBRO DE 2008 EM: [HTTP://SISIFO.FPCE.UL.PT](http://sisifo.fpce.ul.pt)

SKINNER ET AL. (1992). GENERALIZABILITY AND SPECIFICITY OF THE STIGMA ASSOCIATED WITH THE MENTAL ILLNESS LABEL: A RECONSIDERATION TWENTY FIVE YEARS LATER. *JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY*, 23: 3-17.

SURGENOR, L. ET AL. (2005). NURSING STUDENT ATTITUDES TO PSYCHIATRIC NURSING AND PSYCHIATRIC DISORDERS IN NEW ZEALAND. *JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING*, 14 (2): 103-108.

TERRA ET AL. (2006). SAÚDE MENTAL: DO VELHO AO NOVO PARADIGMA – UMA REFLEXÃO. *REVISTA ESC ANNA NERY ENFERM.*; 10 (4): 711 - 717.

THORNICROFT, G. ET AL. (2008). REDUCING STIGMA AND DISCRIMINATION: CANDIDATE INTERVENTIONS. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH SYSTEMS*, 2 (39):1-7.

VALA, J. E MONTEIRO, M. (1996). *PSICOLOGIA SOCIAL*. FUNDAÇÃO CALOUSTE DE GULBENKIAN. LISBOA.

WATSON, A. E CORRIGAN, P.( 2005). CHALLENGING PUBLIC STIGMA: A TARGETED APPROACH. IN CORRIGAN, P. (ED). ON THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS: PRACTICAL STRATEGIES FOR RESEARCH AND SOCIAL CHANGE. *AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION: WASHINGTON*: 281-295.

WES SHERA & DELVA-TAUILILI, J. (1996). CHANGING MSW STUDENTS ATTITUDES TOWARDS THE SEVERELY MENTALLY ILL. *COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL*. 32,2.

WHALEY, A. (1997). ETHNIC AND RACIAL DIFFERENCES IN PERCEPTIONS OF DANGEROUSNESS OF PERSONS WITH MENTAL ILLNESS. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 48: 1328-1330.

WHO EUROPE (2008). EUROPEAN PACT FOR MENTAL HEALTH AND WELL-BEING. ACEDIDO EM 31 MARÇO, 2010, DISPONÍVEL EM [HTTP://SAUEMENTAL.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2011/02/PACTOEUROPEU-SAUDEMENTAL.PDF](http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf).

**Comunicação, *stress* e estratégias de adaptação  
em enfermeiros/as do Instituto Português de  
Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, epe**

**Helder Almeida<sup>21</sup>**

Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE

**Resumo**

A influência do comportamento comunicacional assertivo no cuidar serviu de mote para a realização deste trabalho. Pretendeu-se ainda estudar a influência da vulnerabilidade ao *stress*, as estratégias de adaptação e o apoio social percebido na adopção do comportamento comunicacional assertivo com os doentes e equipa multidisciplinar. O estudo do *burnout* também foi tido em conta devido ao papel que este pode ter no comportamento adoptado pelo/a enfermeiro/a. O estudo é descritivo-correlacional e tem como objectivo caracterizar o comportamento comunicacional assertivo dos/as enfermeiros/as nas relações interpessoais/equipa, identificar situações de *burnout*; analisar as estratégias de adaptação ao *stress* e relacionar as variáveis sociodemográficas e profissionais com as características estudadas. A população em estudo é composta pela totalidade de enfermeiros/as do IPOC-FG, EPE que trabalham nos internamentos e ambulatório, perfazendo um total de 237 indivíduos. A amostra é composta por 129 enfermeiros/as que responderam ao questionário correctamente.

O estudo do comportamento comunicacional assertivo foi preponderante nesta investigação. Os/as enfermeiros/as apresentam comportamento comunicacional assertivo com elevada frequência. Este é adoptado com mais frequência com os doentes do que no seio da equipa multidisciplinar, daí a assertividade ser essencial para o bom ambiente de trabalho e nas relações interpessoais. O estudo mostra que há um valor alto de realização pessoal, baixo de despersonalização e médio de exaustão emocional. Entenda-se a despersonalização como um distanciamento face à relação, de modo a evitar um envolvimento nos problemas dos outros não afectando assim a vida pessoal do enfermeiro. Encontrámos nos homens mais despersonalização do que nas mulheres, o que sugere um afastamento nas ligações, não se envolvendo demasiado como forma de não levar os problemas do hospital para casa.

Um dado novo prende-se com a adopção de comportamento comunicacional assertivo e o facto de se ter um duplo emprego. Os/as enfermeiros/as que referem ter um duplo emprego apresentam com menos frequência comportamento comunicacional assertivo.

O facto de se trabalhar por turnos mostrou também o seu interesse no presente estudo, uma vez que se verificou que quem faz turnos adopta com menos frequência comportamento comunicacional assertivo do que quem tem horário fixo.

Quanto à vulnerabilidade ao *stress* o estudo sugere que os/as enfermeiros/as mais novos/as são mais propensos/as, podendo estar relacionado com o facto de terem pouca autonomia, das suas expectativas, do vínculo precário e dificuldades na prestação de cuidados.

---

21 Mestre em Psiquiatria Cultural e enfermeiro graduado do IPOCFG, EPE.

Encontraram-se ainda relações entre género, estado civil e experiência profissional com as outras variáveis em estudo, sendo importantes para as conclusões desta investigação.

**Palavras chave:** Comportamento comunicacional assertivo, *Stress*, *Burnout*, *Coping*, Apoio social, Enfermeiros.

### **Abstract**

The influence of assertive communication behavior in care served as a motto for this work. The aim was also to study the influence vulnerability to stress, coping strategies and perceived social support in the adoption of assertive communication behavior with patients and multidisciplinary team. The study of burnout was also taken into account due to the role it may have on the behavior adopted by nurse.

The study is descriptive - correlational and aims to characterize the behavior of assertive communication of nurses in the interpersonal team relationships , identify situations of burnout; analyze the strategies of adaptation to stress and relate professionals with sociodemographic characteristics studied variables . The study population is composed of all nurses the IPOC - FG EPE working in inpatient and outpatient , for a total of 237 individuals . The sample comprised 129 nurses who responded to the questionnaire correctly.

The study of assertive communication behaviour was prevalent in this investigation. The nurses demonstrate assertive communication behaviour at high frequency. This is adopted more frequently to patients than within the multidisciplinary team, then assertiveness is essential for and adequate work environment and interpersonal relationships.

The study shows that there is a high value of personal accomplishment, low depersonalization and average emotional exhaustion. It is important to observe depersonalizations as a distancing from the relationship, avoiding involvement in the problems of others thereby are not affecting the personal lives of nurses. We found more depersonalization in men than in women, suggesting a withdraw in attachment, not involving too much as a way to not taking the problems from the hospital to home. A new data relates the adoption of assertive communication behaviour and the fact of having a double employment. The nurses who reported having a double employment often demonstrates less rates of assertive communication behaviour.

The fact of working by shifts has also interest in this study, because anyone who works by shifts, demonstrated more often less assertive communication behaviour than those with fixed schedule. The vulnerability to stress in the study suggests that younger nurses are more likely to trend, and that may be related with a limited autonomy, expectations, precarious bond and difficulties in providing care. The study also revealed relations between gender, marital status and professional experience with the other variables present in this study, and they become important for these findings.

**Keywords:** communication Assertive Behavior, Stress , Burnout , Coping , Social Support , Nurse.

## Introdução<sup>22</sup>

A enfermagem centra-se no *Cuidar*. O cuidar engloba todas as actividades essenciais de forma a prevenir a doença, promover e restabelecer a saúde. No entanto, o que é visível aos olhos de todos é o alívio dos sintomas físicos, mas cuidar é muito mais do que isto.

A relação de ajuda e a comunicação interpessoal são a base de todo um processo de cuidados de saúde. A pouca visibilidade destes secundariza-os, mas no fundo, são os mais importantes.

Walter Hesbeen (2000) referindo-se aos cuidados de enfermagem diz que não são espectaculares, não são observáveis e mensuráveis, ou são-no tão pouco que não gozam da aura que rodeia os cientistas e os técnicos, cuja actividade é identificável e observável, o que lhes dá prestígio, daí a necessidade de identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O cuidar implica proximidade, estar próximo de quem precisa de uma palavra ou fazer um desabafo e de quem muitas vezes sofre em silêncio.

A proximidade com o doente oncológico não será indiferente à acção dos profissionais de enfermagem. O envolvimento causa desgaste emocional e físico e também estes necessitarão de alguma forma de apoio.

O *stress* em enfermeiros é um problema que tem despertado alguma atenção, mas que infelizmente, não tem tido a relevância necessária junto das instituições. Este é muitas vezes silencioso e só o agravar dos sintomas o pode tornar visível. A incapacidade de lidar com situações de *stress* pode degenerar num esgotamento físico e emocional, denominado Síndrome de *Burnout*. O suporte que os/as enfermeiros/as têm dentro ou fora da instituição será também relevante na condução das suas relações. As estratégias de adaptação, nem sempre são as mais adequadas e eficazes, mas também podem ser funcionais e prevenir todo um processo de *stress*.

Compreender as características de comunicação dos/as enfermeiros/as quando trabalham com doentes oncológicos e o nível do *stress* e as suas capacidades de gestão do mesmo, foi o ponto de partida para esta investigação.

As conclusões emergentes do trabalho poderão ser úteis na gestão dos serviços de enfermagem, nomeadamente na contratação de pessoal, assim como na rotatividade pelos diferentes serviços. Poderá ainda ajudar a traçar um perfil para determinados serviços, onde a proximidade com o doente é maior e a tendência para desenvolver *stress* poderá estar mais presente.

---

22 Texto realizado com base na tese de mestrado "Comunicação, Stress e Estratégias de Adaptação nos Enfermeiros/as do Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE" no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, orientada pelo Professor Doutor José Carlos Santos e coorientada pelo Professor Doutor Carlos Braz Saraiva

## Metodologia

### Tipo de estudo

Este trabalho é um estudo descritivo-correlacional, em que, segundo Marie-Fabienne Fortin (1999: 174), “o investigador explora e determina a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações”. Acrescenta que o objectivo deste estudo é a descoberta de factores ligados ao fenómeno. Refere ainda que “permite, no decorrer do mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis com vista a explorar as suas relações mútuas” (idem).

### Procedimentos Éticos

Foi realizado o pedido formal, e autorizado o estudo pelo Conselho de Administração do IPOC-FG, EPE, dando a conhecer a investigação que se pretende realizar e garantindo o cumprimento de todos os pressupostos éticos relativos a uma investigação científica.

Os participantes podem actualmente ter acesso aos resultados da investigação.

Foram ainda pedidos os instrumentos aos respectivos autores, que por escrito autorizaram a sua utilização, ficando salvaguardado o direito de autor.

**TABELA 1**

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DA AMOSTRA

Variáveis demográficas/profissionais		N	%	Média	Desvio padrão
Idade		129		35,07	8,851
Género	Masculino	29	22,5		
	Feminino	100	77,5		
Estado Civil	Não casado	59	38,8		
	Casado	79	61,2		
Residência	Urbano	73	56,6		
	Periferia	44	34,1		
	Rural	12	9,3		
Religião	Católico	114	88,4		
	Outras	15	11,6		
Características do serviço	Internamento	99	76,7		
	Ambulatório	30	23,3		
Habilitações	Bacharelato	19	14,7		
	Licenciatura	110	85,3		
Categoria profissional	Enfermeiro	45	34,9		
	Graduado	71	55,0		
	Especialista	8	6,2		
Regime de trabalho	Chefe	5	3,9		
	Turnos	84	65,1		
	Fixo	45	34,9		
Duplo emprego	Sim	28	21,7		
	Não	101	78,3		
Vínculo	Quadro	88	68,2		
	Contrato	41	31,8		
Experiência profissional		129		148,45 (meses) 12,37 (anos)	103,393

## Instrumentos De Colheita De Dados

### Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros - Jesus, S. N. e Amaro, H. J. F (2005)

A Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros é constituída por duas sub-escalas.

A Sub-escala A: Comportamentos Assertivos com os Utentes é constituída por seis itens, em que se obteve um *alpha de Cronbach* de 0.7608. Relativamente à Sub-escala B: Comportamentos Assertivos com a Equipa Multidisciplinar, é constituída por 18 itens, tendo-se obtido um *alpha de Cronbach* de 0.8954. No que diz respeito à Escala de Comportamentos Assertivos do Enfermeiro, obteve-se um *alpha de Cronbach* de 0.8980, o que para Hill e Hill (2005) corresponde a um *alpha* bom.

É usada uma Escala de tipo *likert* de seis pontos, sendo (1) Nunca e (6) Sempre.

### Escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress (23 QVS) – Vaz Serra (2000)

Escala de tipo *likert* de cinco pontos, com cotação de 0 a 4 (itens 1,3,4,6,7,8,20) e (inversa nos itens 2,5,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,21,22,23). Foi realizada uma revisão da literatura com 64 questões. Numa Investigação com (n=368), efectuou-se uma selecção de 23 itens, apresentando uma elevada correlação item-total (>0.20) (homogeneidade/unidimensionalidade da escala). O coeficiente *alpha de Cronbach* =0.824 (consistência Interna) e Correlação teste-reteste (49 dias; n=105) =0.816 (estabilidade temporal). A escala encontra-se dividida em sete factores, sendo eles por ordem crescente:

Factor 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração (itens 5,10,16,18,19,23)

Factor 2 – Inibição e dependência funcional (itens 1,2,9,12,22)

Factor 3 – Carência de apoio social (itens 3,6)

Factor 4 – Condições de vida adversas (itens 4,21)

Factor 5 – Dramatização da existência (itens 5,8,20)

Factor 6 – Subjugação (itens 11,13,14,15)

Factor 7 – Deprivação de afecto e rejeição (itens 7,13,17)

Há uma correlação positiva com neuroticismo (EPI) e negativa com a capacidade de resolução de problemas (IRP).

### Questionário de Apoio Social (SSQ) – Sarason, I.; Sarason, B. & Pierce, G., 1987; Versão portuguesa de Pinheiro, M. & Ferreira, J. (2000)

O Questionário de Apoio Social (SSQ) é uma escala de auto-aplicação concebida para quantificar a disponibilidade e o grau de satisfação com o apoio social percebidos. Cada uma das perguntas

requer uma resposta em dois momentos: pede-se aos inquiridos que enumerem primeiro até nove pessoas para quem acham que se podem virar e em quem confiem em circunstâncias concretas de necessidade (1); e depois que pontuem, recorrendo a uma escala graduada em seis pontos entre *muito satisfeito* e *muito insatisfeito*, em que medida se sentem satisfeitos com o apoio disponível (2).

A tradução portuguesa da versão abreviada, tal como usada neste estudo, apresentou um *alpha* para a disponibilidade de 0.89, e um *alpha* para a satisfação de 0.88.

### Inventário de Resolução de Problemas (Vaz Serra, 1988)

O inventário de resolução de problemas consiste numa escala de auto-avaliação constituída por 40 questões, a qual permite obter uma nota global e valores informativos relativos a nove subescalas: pedido de ajuda, confronto e resolução activa dos problemas, abandono passivo, controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções, atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências, agressividade internalizada/externalizada, auto-responsabilização e medo das consequências, confronto com o problema e planificação da estratégia.

Esta escala apresenta um coeficiente de *Sperman-Brown* de 0.860, demonstrando boa estabilidade temporal e uma correlação teste-reteste de 0.808 (n= 102),  $p < 0,001$ .

*Maslach Burnout Inventory* (MBI) – Maslach e Jackson (1986); Nunes (1996).

Escala de tipo *likert* de sete pontos (de 0=nunca a 6=todos os dias), com 22 itens, distribuídos por três sub-escalas:

Exaustão emocional (itens 1,2,3,6,8,13,14,16,20)

Despersonalização (itens 5,10,11,15,22)

Realização profissional (4,7,9,12,17,18,19,21)

### Questionário de características sócio-demográficas

Constituído por Idade, Género, Estado Civil, Residência, Religião, Característica do serviço, Habilitações Literárias, Categoria Profissional, Regime de Trabalho, Duplo Emprego, Vínculo, Experiência Profissional.

## Resultados

A população em estudo caracteriza-se por uma baixa vulnerabilidade ao *stress* com uma média de 1,56 [0-4], um *burnout* médio de 2,76 [0-6], estratégias de adaptação ao *stress/coping* na ordem dos 3,86 de média [1-5] e um comportamento comunicacional assertivo com elevada frequência 4,97 de média [1-6]. Apresenta ainda grande satisfação com o apoio social percebido com uma média de 5,17 [1-6].

TABELA 2

QUADRO GERAL DAS CORRELAÇÕES ENTRE AS ESCALAS UTILIZADAS NO ESTUDO

Escalas		QVS	MBI	SSQQ	SSQS	IRP	ecea	Eceb	ecetotal
Vulnerabilidade ao stress (QVS)	R	1,000	,174*	-,029	-,230**	-,477**	,001	-,295**	-,178*
	P		,049	,744	,009	,000	,992	,001	,044
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
<i>Burnout</i> MBI	R	,174*	1,000	,187*	,048	-,218*	-,112	,022	-,049
	P	,049		,034	,589	,013	,205	,802	,579
	N	129	129,000	129	129	129	129	129	129
Quantidade de apoio social percebido (SSQQ)	R	-,029	,187*	1,000	,281**	-,129	-,129	-,056	-,106
	P	,744	,034		,001	,144	,144	,527	,231
	N	129	129	129,000	129	129	129	129	129
Satisfação com o apoio social percebido (SSQS)	R	-,230**	,048	,281**	1,000	,144	-,145	,042	-,056
	P	,009	,589	,001		,103	,100	,633	,531
	N	129	129	129	129,000	129	129	129	129
Estratégias de adaptação ao stress (IRP)	R	-,477**	-,218*	-,129	,144	1,000	,086	,335**	,250**
	P	,000	,013	,144	,103		,331	,000	,004
	N	129	129	129	129	129,000	129	129	129
Comportamento comunicacional assertivo com utentes (ECEA)	R	,001	,022	-,129	-,145	,086	1,000	,481**	,849**
	P	,992	,205	,144	,100	,331		,000	,000
	N	129	129	129	129	129	129,000	129	129
Comportamento comunicacional assertivo com equipa (ECEB)	R	-,295**	,022	-,056	,042	,335**	,481**	1,000	,872**
	P	,001	,802	,527	,633	,000	,000		,000
	N	129	129	129	129	129	129	129,000	129
Comportamento comunicacional assertivo total (ECEtotal)	R	-,178*	-,049	-,106	-,056	,250**	,849**	,872**	1,000
	P	,044	,579	,231	,531	,004	,000	,000	
	N	129	129	129	129	129	129	129	129,000

## Discussão

A discussão deste estudo passa por apresentar os dados encontrados e tentar explicá-los tendo como base uma revisão bibliográfica e resultados de outros estudos realizados sobre a mesma temática.

O estudo do comportamento comunicacional assertivo nos enfermeiros/as encontra-se ainda pouco explorado, no entanto Jesus e Amaro (2005) realizaram uma investigação e validaram as escalas utilizadas neste estudo.

Os resultados do presente estudo indiciam que os/as enfermeiros/as adoptam comportamentos assertivos com elevada frequência, sendo que a média do comportamento assertivo com os doentes é superior à dos comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar. Estes resultados vão ao encontro aos estudos de Saul Jesus e Hugo Amaro (2005).

Não se encontra qualquer relação entre característica do serviço e comportamento comunicacional assertivo, não se confirmando a hipótese apontada. Quer os enfermeiros do internamento quer os do ambulatório apresentam comportamento comunicacional assertivo com elevada frequência.

Na relação entre os comportamentos comunicacionais assertivos e o *burnout* não se encontraram resultados estatísticos significativos, tal como em Jesus e Amaro (2005). Não se confirma a hipótese levantada no nosso estudo que sugere uma relação entre o comportamento comunicacional assertivo e o *burnout*.

Numa análise entre a escala do comportamento assertivo e as dimensões do *burnout* verificou-se uma correlação positiva entre comportamento assertivo total e realização pessoal e uma correlação negativa entre comportamento comunicacional assertivo total e a despersonalização. O bom ambiente no trabalho e a adopção de comportamentos comunicacionais assertivos com bastante frequência, influenciam de forma positiva a realização profissional, como sugerem os estudos de Maslach e

Jackson (2001), Paulo Queirós (2004) e Saul Jesus (2005). Na sequência dos resultados é de esperar que a despersonalização apresente uma média baixa uma vez que se o/a enfermeiro/a se sente profissionalmente realizado é porque tem sucesso nas suas relações interpessoais, quer com os doentes quer com a equipa multidisciplinar. Entenda-se a despersonalização como um distanciamento face a relação, de modo a evitar um envolvimento nos problemas dos outros não afectando assim a vida pessoal do enfermeiro.

Não se encontrou no entanto qualquer relação com a exaustão emocional, apresentando esta dimensão uma média baixa indo ao encontro do estudo realizado por Pacheco e Jesus (2007). Este resultado sugere que os enfermeiros adoptam estratégias de adaptação ao *stress* adequadas e eficazes, reforçado pelo mesmo estudo atrás citado. Encontrámos no estudo uma correlação negativa entre *burnout* e estratégias de adaptação ao *stress*, fortalecendo o que já foi referido e confirmando a hipótese levantada, que indiciava essa mesma correlação.

Foi ainda encontrada uma relação entre *burnout* e apoio social percebido, como tinha sido sugerido por uma das hipóteses do estudo. Existe assim uma correlação positiva entre *burnout* e a quantidade de apoio social percebido, não havendo qualquer relação relativamente à satisfação com esse apoio. Os/as enfermeiros/as que apresentam mais *burnout*, referem ter a percepção de uma maior rede de apoio social disponível.

Na continuação da análise dos resultados do nosso estudo, verifica-se que estes/as enfermeiros/as, ao apresentarem comportamentos assertivos com elevada frequência, é expectável que demonstrem uma vulnerabilidade ao *stress* baixa, o que se veio a verificar. Confirmou-se assim a hipótese levantada no nosso estudo que sugeria uma correlação negativa entre comportamento comunicacional assertivo e vulnerabilidade ao *stress*. Encontra-se uma correlação negativa com a inibição e dependência funcional e com a deprivação de afecto e com a rejeição. Depreende-se que os/as enfermeiros/as se encontram com estabilidade no trabalho, realizados com o que fazem e que possuem uma rede de apoio social que dá resposta às suas necessidades. Verifica-se neste estudo uma correlação negativa entre vulnerabilidade ao *stress* e estratégias de adaptação e também com o apoio social percebido, ou seja, os/as enfermeiros/as apresentam baixa vulnerabilidade ao *stress* e boas estratégias de adaptação e ainda uma percepção de apoio social satisfatória.

Relativamente às estratégias de adaptação ao *stress* os/as enfermeiros/as do estudo apresentam um valor médio alto. Em relação à escala de comportamento comunicacional assertivo encontra-se uma correlação positiva com a escala total e com o comportamento comunicacional assertivo com a equipa multidisciplinar. Os enfermeiros que apresentam comportamento comunicacional assertivo com mais frequência adoptam mais estratégias de adaptação ao *stress*.

Verifica-se ainda uma correlação positiva entre a escala de comportamento assertivo total e as dimensões confronto e resolução activa dos problemas e confronto com o problema e planificação da estratégia. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Elsa Silva (2005) que chegou à conclusão que os/as enfermeiros/as com mais anos idade utilizam com mais frequência estratégias de *coping* de auto-controlo. Refere ainda que os/as enfermeiros/as com menos anos no serviço recorriam

mais frequentemente a estratégias de resolução planeada do problema e os/as enfermeiros/as mais antigos/as utilizavam com mais frequência a estratégia de  *coping*  confrontativo. Já no estudo de Pacheco e Jesus (2007) a gestão dos sintomas é a estratégia mais utilizada seguida do controlo e por fim o escape perante a situação problema. No entanto, apesar do seu interesse, não se podem comparar “totalmente” os resultados deste estudo com o nosso, uma vez que se trata de escalas e dimensões diferentes.

Encontra-se ainda uma correlação negativa entre comportamento comunicacional assertivo e a dimensão pedido de ajuda. Este resultado poderá estar associado à realização profissional e à percepção de apoio social que os enfermeiros referem como satisfatória.

Quanto ao apoio social percebido, os/as enfermeiros/as referem estar satisfeitos/as, havendo uma correlação positiva entre quantidade e qualidade desse apoio. A rede de apoio percebida pode não corresponder à realidade uma vez que trabalhamos com percepções. Apenas ficamos a saber o que temos quando precisamos verdadeiramente. Há ainda uma cultura “enraizada” de que podemos contar com toda a gente em nosso redor. Devido a este peso cultural, era de esperar estes resultados.

Quanto ao género não se verifica uma diferença estatisticamente significativa em relação ao  *burnout* . No entanto, os homens apresentam uma média de  *burnout*  superior. Não se confirma a nossa hipótese que sugere uma relação entre género e  *burnout* . Estes resultados não confirmam os descritos por Dirkx (1991) citado por Paulo Queirós (2004) que refere o duplo papel das mulheres como causa para níveis mais altos de  *burnout* . No entanto, verifica-se uma correlação positiva entre o género masculino e a despersonalização. Os homens apresentam uma média superior às mulheres no que diz respeito à dimensão despersonalização, sendo esta estatisticamente significativa, o que reforça os resultados encontrados por Christina Maslach (1981) em que as mulheres apresentam níveis mais baixos de despersonalização do que os homens. Dionísia Loreto (2000) também refere que o género masculino se relaciona ligeiramente com a “despersonalização”. Os resultados sugerem que os homens não se envolvem tanto nas ligações como forma de separar a vida hospitalar da pessoal. Já no que diz respeito à dimensão exaustão emocional e realização profissional, o nosso estudo não confirma os achados de Maslach (1981), que refere que as mulheres apresentam níveis mais altos de exaustão emocional e mais baixos de realização profissional. Encontrámos no presente estudo uma maior exaustão emocional e uma menor realização profissional relativamente aos homens.

Já Arlette Germy (2006) citado por Michel Debrouck (2006: 214) diz que “as mulheres correm 1,6 vezes mais risco de exaustão do que os homens”. No entanto, “as que têm filhos, têm 40% menos probabilidade de desenvolver uma exaustão”. A variável “filhos” não foi estudada no presente estudo, daí não poder haver comparação, ficando contudo a diferença relativamente à dimensão exaustão emocional nos homens.

Relativamente à característica do serviço, não se encontram diferenças significativas. O facto de trabalhar no ambulatório ou no internamento parece não ser relevante neste estudo. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Loreto (2000) que ao estudar enfermeiros de oncologia não encontrou

diferença significativa de *burnout* entre os que trabalham nos serviços de internamento e os do ambulatório. Estes resultados podem dever-se a uma política institucional de integração e a um plano de formação igual para todos os colaboradores funcionando como uma estratégia de envolver todos os profissionais na missão e filosofia da instituição. De referir ainda alguma rotatividade de enfermeiros/as entre serviços, daí que muitos dos que estão no ambulatório já trabalharam no internamento e vice-versa. O tamanho da instituição e o reduzido número de profissionais é também relevante, uma vez que quase todos se conhecem e interagem com elevada frequência.

Quanto ao estado civil, optou-se por agrupar os enfermeiros/as que referiram serem solteiros/as, viúvos/as e divorciados/as, comparando-os/as com os/as enfermeiros/as que referiram serem casados/as. Esta opção pareceu-nos determinante, pois o facto de não ter uma relação assumida pode sugerir uma maior probabilidade de viver sozinho. Foi encontrada uma correlação positiva entre as estratégias de adaptação ao *stress* e o *burnout* com o estado civil casado/a. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de I. M. Garcia (1990) que refere que o estar casado/a parece estar associado a níveis mais baixos de *burnout*. Também Rene Mendes (1995) refere que estar casado é indicativo de maior satisfação profissional. Confirma-se assim a hipótese sugerida que prevê uma relação entre o estado civil e o *burnout*.

Quem não é casado/a apresenta mais *burnout* e menos estratégias de adaptação ao *stress* do que quem é casado/a. O facto de se estar casado/a pode indicar uma rede de apoio social maior e mais satisfatória, assim como melhores estratégias de adaptação que permitem enfrentar o *stress* de forma mais adequada e daí resultar menos *burnout* do que nas pessoas que potencialmente vivem sós. Num estudo realizado por Elsa Silva (2005) sobre as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros/as, verificou que os/as casados/as utilizam com maior frequência estratégias de adaptação ao *stress* que os/as solteiros/as. Em vários estudos se tem revelado a importância da família como base de ajuda (Vaz Serra, 2007).

Há uma correlação positiva entre regime de trabalho e comportamento comunicacional assertivo. Quem faz turnos apresenta comportamento comunicacional assertivo com menor frequência. Os enfermeiros que trabalham por turnos evidenciam alterações a nível comportamental, adoptando com menos frequência comportamento comunicacional assertivo. Confirma-se a hipótese que sugere uma correlação negativa entre trabalho por turnos e comportamento comunicacional assertivo. Vaz Serra (2007) refere que o facto de se trabalhar por turnos altera o ritmo circadiano e isso tem influência directa nos aspectos biológicos e emocionais do indivíduo, como a tolerância, a paciência, a capacidade de concentração e o raciocínio. Acrescenta que estes indivíduos sentem-se cansados, sonolentos e desmotivados. Estes factos vêm comprovar os resultados, pois existe uma correlação negativa entre despersonalização e comportamento comunicacional assertivo.

Já no que diz respeito ao regime de trabalho e *burnout*, não se verifica qualquer relação, não se confirmando os resultados dos estudos de Jesus e Amaro (2005) que demonstraram haver diferenças entre o trabalho por turnos e o *burnout*, mais concretamente nas dimensões despersonalização e realização profissional. Os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam valores médios de

despersonalização mais elevados, enquanto que na dimensão realização profissional, os valores mais elevados foram obtidos pelos enfermeiros que não trabalham por turnos.

Há no entanto um estudo realizado por Martins e Martins (1999) que refere que os sujeitos que trabalhavam por turnos e aqueles que faziam regime de horário fixo não apresentaram diferenças quanto à satisfação com a quantidade de tempo livre para dedicarem à vida social e doméstica, dados não confirmados no nosso estudo.

Há uma correlação positiva entre vínculo e quantidade de apoio social percebido. Os enfermeiros contratados referem uma maior quantidade de apoio social percebido que os do quadro.

Estes resultados podem evidenciar que os enfermeiros mais novos ainda dependem dos pais, e vêem-nos como suporte, ao contrário dos enfermeiros mais velhos que podem ter filhos ao seu encargo e como refere Ana Paula Relvas (1996) o casal pode ver-se a cargo com o cuidar dos seus próprios pais idosos, doentes e dependentes. Pode ainda ser reforçado pela chamada crise do “ninho vazio” descrito como uma nova fase para a família. No entanto, Relvas (1996) considera esta crise mais como um “mito colectivo” do que uma experiência da vida real. Supõem-se que com a saída dos filhos de casa, os casais se voltem a encontrar e a reatar uma vida a dois tendo de construir uma nova realidade, ajustada ao interesse de ambos.

Talbot Y, Christie-Seely J, Charbonneau S. (1984), referem que na realidade actual, perante a grande mobilidade geográfica que existe, há barreiras físicas impostas pelas distâncias que separam as famílias. Este facto pode impedir que este apoio aos idosos isolados se concretize. A resolução passa por alargar e enriquecer a rede de suporte social.

O vínculo com a instituição parece ainda apresentar alguma influência no tipo de comportamento, como referem Jesus e Amaro (2005) no seu estudo, onde verificaram que os enfermeiros que possuem um vínculo laboral ao quadro da instituição são aqueles que adoptam comportamentos assertivos com maior frequência. Esta relação sugere ser importante na redução do *stress*.

A noção de segurança permite ao enfermeiro idealizar projectos que não seriam possíveis se o vínculo se mantiver precário. No entanto não foi encontrada qualquer relação no presente estudo entre vínculo e comportamento comunicacional assertivo. Este dado poderá ser apoiado pela filosofia da instituição e de integração, onde não se verificam diferenças entre os enfermeiros contratados e os do quadro. Outra explicação plausível poderá ser a uniformização dos contratos, onde a “figura” do “quadro” deixa de fazer sentido e todos os enfermeiros passam a ter contratos idênticos.

Como refere Vaz Serra (2007) a insegurança sentida com a manutenção do emprego ou a não promoção que se considera justa, levam a insatisfação e desinteresse pelo trabalho, a um mau relacionamento interpessoal e a absentismo. Dado que o nosso estudo não confirma esta afirmação, podemos especular que a integração e a prática institucional leva a que os sentimentos de insatisfação sejam baixos e ultrapassados.

Há uma correlação negativa entre duplo emprego e comportamento comunicacional assertivo total e com a equipa multidisciplinar. Confirma-se assim a hipótese levantada neste estudo. Já com

os doentes, apesar de evidenciar diferenças, não são, do ponto de vista estatístico significativas. Quem tem duplo emprego apresenta com menos frequência comportamento comunicacional assertivo dentro da equipa multidisciplinar e no total. Estes dados vão ao encontro das investigações de Jenkins (1971), de Zohman (1973) e de House (1974) citado por Vaz Serra (2007) que revelaram que o número excessivo de horas de trabalho, ou a existência de dois trabalhos a tempo completo, estão associados a maior morbidade e mortalidade. Vaz Serra (2007) refere que este tipo de comportamento não só se torna cansativo como priva o indivíduo do apoio e convívio social ou familiar que o podem compensar das tensões sentidas no trabalho. Queirós (2003) verificou que 35% dos participantes referiam os relacionamentos no seio da equipa multidisciplinar como principal fonte de mal-estar/*stress* na sua vida profissional. Jesus e Amaro (2005, p. 28) referem que “é importante que os enfermeiros adquiram competências na área da comunicação assertiva, uma vez que através deste recurso comunicacional poderão estabelecer relações interpessoais mais satisfatórias e consequentemente mais frutíferas, sobretudo com os outros elementos da equipa multidisciplinar”.

Há uma correlação positiva entre duplo emprego e controlo interno/externo dos problemas. Os enfermeiros que referem realizar trabalho duplo, apresentam menor controlo dos problemas ao contrário dos que não têm duplo emprego. Maslach *et al.* (2001) referem que a experiência de sobrecarga de trabalho e de pressão com o tempo apresenta-se em múltiplos estudos, com uma consistente e forte ligação ao *burnout*, especialmente na sua dimensão exaustão. Associado ao duplo emprego estão um conjunto de sinais e sintomas como a fadiga, irritabilidade, perda de controlo das situações e alterações comportamentais. Quem realiza trabalho duplo vê-se confinado às relações laborais. O tempo é pouco para as actividades com amigos, família e para com ele próprio. Quando há horários a cumprir e quando a responsabilidade implica com a vida de terceiros, a ansiedade é constante. Por exemplo, se um enfermeiro tem de ir trabalhar para determinado local e se está atrasado, está a implicar com a saída do seu colega que o aguarda para o render. Daí, o enfermeiro que realiza duplo emprego ter maior dificuldade em controlar os seus problemas do que os enfermeiros que só têm um emprego.

Há uma correlação positiva entre experiência profissional e o pedido de ajuda. Os enfermeiros com mais anos de profissão referem que pedem ajuda com maior frequência como uma estratégia de adaptação ao *stress*. Este dado pode sugerir que estes enfermeiros, como não percebem uma rede de apoio satisfatória, tenham de recorrer a esta estratégia quando se vêem numa situação problema.

Há uma correlação positiva entre experiência profissional e o confronto com o problema e planificação de estratégias. Os enfermeiros com mais anos de profissão referem confrontar o problema e delinear estratégias com maior frequência como adaptação ao *stress*. Silva (2005) chegou à conclusão no seu estudo que os enfermeiros com mais anos de idade, utilizam com mais frequência estratégias de *coping* de auto-controle. Refere ainda que os enfermeiros com menos anos no serviço, recorriam mais frequentemente a estratégias de resolução planeada do problema e os enfermeiros mais antigos utilizavam com mais frequência a estratégia de *coping* confrontativo.

Há uma correlação negativa entre experiência profissional e a dramatização da existência. Os enfermeiros com menos anos de profissão dramatizam mais a existência, tendo assim maior

vulnerabilidade ao stress referente a esta dimensão específica. O vínculo à instituição e as incertezas podem estar na origem destes resultados, embora não apareçam como determinantes nas variáveis estudadas. As expectativas, o confronto com a realidade e a dificuldade sentida na prestação de cuidados podem também indiciar esta relação encontrada. Delbrouk (2006, p.181) refere que “qualquer instituição que contrata pessoal clínico deveria considerar uma obrigação moral o facto de os iniciar e de os formar correctamente para o trabalho com os doentes”. Estes factores podem determinar a necessidade de ter uma rede de apoio social maior, de modo a colmatar as suas dificuldades. Num estudo levado a cabo por Pedro Parreira (1998) com enfermeiros de oncologia, confirmou haver índices mais elevados de *burnout* quando há contacto com a morte. Atribui ainda à variável “idade” uma tendência explicativa da “despersonalização”. Estes resultados podem sugerir o que foi referido anteriormente relativamente ao confronto com a realidade e dificuldades sentidas no trabalho.

Há correlação positiva entre experiência profissional e a subjugação. Os enfermeiros com mais anos de profissão referem uma maior subjugação que os enfermeiros com menos experiência profissional. Estes dados podem sugerir que os enfermeiros mais velhos, por uma questão cultural, enfatizam mais as hierarquias e daí resultar uma maior subjugação. No entanto não se pode afirmar que a subjugação aumenta com a idade, pois este estudo foi realizado num determinado momento, não sendo possível avaliar a evolução. Depreende-se daqui que os enfermeiros com maior experiência profissional apresentam uma média de subjugação mais elevada, mas que no passado esta pode ter sido maior e ter vindo a diminuir. É um dado que não se consegue obter neste estudo.

Há uma correlação negativa entre experiência profissional e a quantidade de apoio social percebido. Os enfermeiros com menos anos de profissão referem maior apoio social percebido que os com mais anos de profissão. Quanto à satisfação com o apoio percebido não se encontram resultados estatisticamente significativos. Como já foi referido anteriormente relativamente aos enfermeiros contratados, parte-se do princípio que são os mais novos, com menos anos de experiência profissional e daí a explicação ser a mesma, ou seja, ainda estão dependentes dos pais e contam com o seu apoio ao contrário dos enfermeiros mais velhos que apresentam outros encargos. Há ainda a questão dos enfermeiros deslocados geograficamente, que com a idade deixam de ter o apoio da família e contam simplesmente com amigos que geralmente coincidem com os colegas de trabalho.

Como limitações ao estudo referimos o número de enfermeiros que responderam ao questionário (54,43%), pois uma amostra maior permitiria uma análise mais precisa das questões levantadas.

## Conclusões

A realização deste estudo permitiu reforçar algumas afirmações já publicadas sobre o tema e ao mesmo tempo contrariar outras. Deve-se no entanto ter em conta o momento em que o estudo é realizado e a especificidade da população. A investigação com profissionais de saúde não se esgota, havendo sempre dados novos que demonstram interesse em ser estudados.

O estudo do comportamento comunicacional assertivo foi preponderante nesta investigação. Os resultados obtidos foram ao encontro de estudos já realizados e serviram para comprovar a elevada frequência com que os enfermeiros adoptam comportamento comunicacional assertivo. Tal como noutras investigações, este é adoptado com mais frequência com os doentes do que no seio da equipa multidisciplinar, daí a assertividade ser essencial para o bom ambiente de trabalho e nas relações interpessoais. O estudo mostra que há um valor médio de realização pessoal alto e despersonalização baixo, reforçando a adopção de comportamentos assertivos com elevada frequência. A comunicação dentro da equipa é essencial para a satisfação profissional.

Um dado novo prende-se com a adopção de comportamento comunicacional assertivo e o facto de se ter um duplo emprego. Nesta situação, os enfermeiros que referem ter duplo emprego adoptam com menos frequência comportamento assertivo nas relações com a equipa, não se verificando diferença significativa no que respeita ao relacionamento com os doentes. Apresentam ainda maior dificuldade em controlar os seus problemas. Este é um resultado que poderá servir para novos estudos, centrados na sobrecarga de trabalho, relações interpessoais e qualidade de vida. Será importante perceber as causas que levam à procura do emprego duplo, uma vez que todos têm a noção do desgaste que lhe é inerente. O baixo salário, a falta de reconhecimento e o nível de vida mais caro pode sugerir esta opção.

O facto de trabalhar por turnos mostrou também o seu interesse no presente estudo, uma vez que revelou que quem faz turnos adopta com menos frequência comportamento comunicacional assertivo do que quem tem horário fixo. Os enfermeiros que trabalham por turnos estão sujeitos a maior desgaste, intolerância e perda de concentração.

A realização de muitos turnos seguidos pode influenciar a má prestação do enfermeiro e induzir o erro. É importante o descanso a seguir ao turno da noite e se possível, de acordo com a organização do enfermeiro chefe, atribuir no mínimo mais uma folga, de modo a haver uma recuperação física e psicológica que o profissional necessita.

A temática do *burnout*, ainda não está esgotada, apesar de bastante estudada. Neste estudo encontrámos resultados coincidentes com a bibliografia publicada, mas apresentámos também alguns dados novos e outros que não confirmam a bibliografia existente. Os homens apresentam um índice superior de despersonalização, mas também referem mais *burnout* e exaustão emocional que as mulheres. Em relação à realização profissional, as mulheres mostram-se mais satisfeitas que os homens. A característica de serviço não é relevante quanto ao *burnout*. Encontrou-se uma relação entre o estado civil de casado e valores mais baixos de *burnout*. Parece relevante o facto de se viver junto maritalmente para redução do stresse e adopção de estratégias que regulem a ansiedade. Os enfermeiros casados são os que referem recorrer com mais frequência a estratégias de adaptação ao *stress*, daí reforçar o baixo *burnout* encontrado.

Quanto à vulnerabilidade ao *stress*, o estudo sugere que os enfermeiros mais novos são mais propensos, ressaltando deste resultado o facto da pouca autonomia, do vínculo precário, da incerteza e insegurança. Estes enfermeiros recorrem com mais frequência a estratégias de adaptação ao *stress* que passam por planear as acções antes de agir, reforçando o que foi dito anteriormente. Como seria

de esperar, referem ainda uma percepção de apoio social superior aos enfermeiros mais velhos. O facto de a maior parte destes enfermeiros estar ainda dependente dos pais, faz com que percepcionem ter mais apoio. A experiência profissional parece ser importante no que diz respeito à vulnerabilidade ao stress e ao confronto com os problemas. Esta é uma questão que poderá ser melhor estudada no sentido da autonomia e estabilidade de emprego.

Deste estudo sobressaem variáveis que poderão ser aprofundadas em estudos posteriores, como é o caso do trabalho por turnos, o vínculo à instituição, o duplo emprego e a experiência profissional. O estudo do comportamento comunicacional assertivo e do *burnout* não se esgota e será importante replicar este estudo noutras instituições, noutros pontos geográficos e com um número maior de enfermeiros. A preocupação com bem-estar dos profissionais de saúde passa não só pelas instituições mas também a nível governamental. A integração dos novos profissionais é essencial e a formação extensiva a todos os enfermeiros parece ser importante para a adopção de uma filosofia de trabalho comum, onde não sejam evidentes diferenças no cuidar. A questão de segurança do contrato parece ser bastante relevante.

A criação de espaços de debate, acordos com ginásios e a realização de actividades lúdicas que envolvam os profissionais, podem ser algumas das medidas que facilitem a redução do *stress* e situações de *burnout*. O reforço da adopção do comportamento comunicacional assertivo e da satisfação profissional, é importante uma vez que é necessário cuidar de quem cuida.

## Bibliografia

- DELBROUCK, M. (2006) – *SÍNDROME DE EXAUSTÃO (BURNOUT)*. LISBOA, CLIMEPSI EDITORES. 1º ED. ISBN 972-796-228-9.
- FORTIN, MARIE-FABIENNE (1999) – *O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO*. LOURES: LUSOCIÊNCIA,. ISBN 972-8383-10-X.
- GARCIA, I. M. (1990). *BURNOUT EN PROFESORES Y MARGINACIÓN SOCIAL: DIFERENCIAS EN UNA MUESTRA DE PROFESORES DE CENTROS EDUCATIVOS MARGINADO Y NO MARGINADOS*. EM LIVRO DE COMUNICACIONES DEL III CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL. SANTIAGO DE COMPOSTELA: TÓRCULO A.G.
- GERMAY, ARLETTE (2006) – O IMPACTE SOCIOLÓGICO DA FEMINIZAÇÃO DA MEDICINA. IN DEBROUCK (2006) - *SÍNDROME DE EXAUSTÃO (BURNOUT)*. LISBOA, CLIMEPSI EDITORES. 1º ED. ISBN 972-796-228-9. P.214
- HESBEEN, WALTER (2000) – *CUIDAR NO HOSPITAL: ENQUADRAR OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUMA PERSPECTIVA DE CUIDAR*. LOURES. LUSOCIÊNCIA, ISBN 972-8383-11-8.
- HILL, MANUELA M. E HILL, ANDREW (2005) – *INVESTIGAÇÃO POR QUESTIONÁRIO*. LISBOA, EDIÇÕES SILABO, 2ª ED. ISBN 972-618-273-5.
- JESUS, S. N. E AMARO, H. J. F (2005) - COMPORTAMENTOS ASSERTIVOS - UM ESTUDO EXPLORATÓRIO. *NURSING*. LISBOA, Nº 221, (MAIO). P. 24-28.
- LORETO, DIONÍSIA (2000) – *SÍNDROMA DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DE ONCOLOGIA*. INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA, ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS, TESE DE MESTRADO
- MARTINS, PATRÍCIA E MARTINS, ANA (1999) – O REGIME DE HORÁRIO DE TRABALHO E A VIDA SOCIAL E DOMÉSTICA: SATISFAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE COPING – UM ESTUDO NUMA AMOSTRA DE ENFERMEIROS. *ANÁLISE PSICOLÓGICA*, 3 (XVII); 529-546
- MASLACH, C. E JACKSON, S.E. (1981) – THE INCOSUREMENT OF EXPERIENCED BURNOUT. *JOURNAL OF OCCUPATION BEHAVIOUR*, 2, 99-113
- MASLACH, C., JACKSON, S. E. E LEITER, M. P. (1986) - *THE MASLACH BURNOUT INVENTORY* (3RD ED.). PALO ALTO, CA: CONSULTING PSYCHOLOGISTS PRESS.

- MASLACH, C E REEVY, G. M.,. (2001). *PEOPLE'S USE OF SOCIAL SUPPORT: GENDER AND PERSONALITY DIFFERENCES*. *SEX ROLES*, 44, 437-459.
- MENDES, RENE(1995) - PATOLOGIA DO TRABALHO. RIO DE JANEIRO: ATENEU,
- PACHECO, JOSÉ E JESUS, SAUL (2007) – BURNOUT E COPING EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE. *REVISTA DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM*, nº 16, 32-41, ISSN 0874-7695
- PARREIRA, PEDRO (1998) – *BURNOUT EM ENFERMEIROS: UM ESTUDO COMPARATIVO, EM “COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL”*. INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA. TESE DE MESTRADO. LISBOA
- QUEIRÓS, PAULO (2003) - O QUE CAUSA MAL-ESTAR, STRESSE, EM ENFERMEIROS?. *REVISTA DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM*, LISBOA, (Nº 8), p. 3-7
- QUEIRÓS, PAULO (2004) - BURNOUT NO TRABALHO E CONJUGAL EM ENFERMEIROS PORTUGUESES. TESE DE DOUTORAMENTO NÃO PUBLICADA. EXTREMADURA: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA DA EDUCAÇÃO.
- RELVAS, ANA PAULA (1996) *O CICLO VITAL DA FAMÍLIA*. PORTO: EDIÇÕES AFRONTAMENTO
- SARASON, I.; SARASON, B. E PIERCE, G., (1987); VERSÃO PORTUGUESA DE PINHEIRO, M. & FERREIRA, J. (2000) - QUESTIONÁRIO DE APOIO SOCIAL (SSQ).
- SILVA, ELSA (2005) – STRESSE E ESTRATÉGIAS DE COPING EM ENFERMEIROS. *REVISTA DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM*. Nº 11. 46-53, ISSN 0874-7695
- TALBOT Y, CHRISTIE-SEELY J, CHARBONNEAU S. (1984) - THE FAMILY CYCLE – ITS IMPORTANCE IN WORKING WITH FAMILIES. IN: CHRISTIE-SEELY J, EDITOR. *WORKING WITH THE FAMILY IN PRIMARY CARE: A SYSTEMS APPROACH TO HEALTH AND ILLNESS*. NEW YORK: PRAEGER;. p. 32-60.
- VAZ SERRA, A. (1988) – UM ESTUDO SOBRE COPING, O INVENTÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS. *PSIQUIATRIA CLÍNICA* - 9 (4), 303-315.
- VAZ SERRA, A. (2000) – A VULNERABILIDADE AO STRESSE. *PSIQUIATRIA CLÍNICA*, 21, (4) pp. 261-278
- VAZ SERRA, A. (2007) - *O STRESSE NA VIDA DE TODOS OS DIAS*. COIMBRA: ADRIANO VAZ SERRA, 3ª EDIÇÃO.



# **Representações sociais do abuso sexual de crianças numa amostra de médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários**

**Isabel Fazenda**

**Isabel Fazenda**<sup>23</sup>

### **Resumo**

O abuso sexual de crianças é uma realidade global e incontornável nos nossos dias constituindo pelas suas múltiplas dimensões um especial desafio para um vasto leque de profissionais.

Pretendeu-se com este trabalho identificar as Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de médicos e de enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários por se considerar que estes profissionais constituem frequentemente a primeira e única “porta de entrada” de silêncios implícitos na abordagem deste problema. Procurou conhecer-se a influência que essas representações poderão ter nas dinâmicas de prevenção e de intervenção daqueles profissionais, e criar instrumentos de avaliação das representações sociais em torno da temática.

Trata-se de um estudo empírico efetuado numa amostra de médicos e de enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. Foram utilizados três questionários de auto-resposta com o objetivo de identificar a legitimação/aceitação do abuso sexual de crianças (Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças – Histórias- QRASC-HIS), bem como os fatores facilitadores/desencadeadores da ocorrência de abuso sexual de crianças, os fatores responsáveis pela manutenção e os que permitem interromper estas relações abusivas (Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Facilitadores, Manutenção e Resolução- QASCFMR) e ainda a legitimação do comportamento sexualmente abusivo, a partir de um conjunto de afirmações em relação a situações de abuso sexual de crianças (Escala de Crenças sobre Abuso Sexual- ECAS).

A amostra constituiu-se por 153 profissionais, 76 médicos e 77 enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Para avaliar a validade empírica, do QRASC-HIS recorreu-se à análise fatorial exploratória, a partir desta análise identificaram-se cinco fatores que no seu conjunto explicam 67% da variância, e a estrutura fatorial obtida aproximou-se das dimensões teóricas prévias à construção do questionário. No QASCFMR o valor mais alto de concordância nos fatores de ativação foi de 65,3%, nos fatores de manutenção de 83,7%, e nos fatores de resolução foi de 84,7%.

Foram analisadas as influências relativas à idade, existência de filhos, estado civil, habilitações académicas, categoria profissional, local de trabalho, experiência profissional, formação específica na área do abuso sexual e contacto prévio com situações de abuso sexual de crianças.

Conclusões - os instrumentos utilizados apresentam boas qualidades psicométricas a nível da consistência interna.

Os médicos e os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários evidenciaram muito baixa tolerância ao abuso sexual de crianças.

---

23 Assistente graduada de Medicina Geral e Familiar, mestre em Psiquiatria Cultural pela FMUC.

Relativamente à avaliação dos fatores promotores, de manutenção e de resolução os que apresentaram maior concordância foram respetivamente os “antecedentes de violência na família do abusador”, e “as ameaças por parte do abusador”; “informar a população em geral sobre a problemática do abuso sexual de crianças”; e “dar apoio à vítima para que ela adquira competências de impedir o abuso”. Estes resultados são consonantes com a literatura.

Da análise da influência das variáveis independentes constatou-se que o sexo, a idade, a categoria profissional e o tempo de serviço da profissão apresentam uma influência estatisticamente significativa na perceção do abuso sexual de crianças.

**Palavras-chave:** Abuso Sexual de Crianças; Representações Sociais; Fatores de Ativação; Fatores de Manutenção; Fatores de Resolução; Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

### **Abstract**

Children sexual abuse is nowadays a global and real fact being by their multiple dimensions a special challenge to a vast group of professionals.

With this dissertation we aimed to identify the social representation about the sexual abuse of children in a range of Primary Health Care professionals. These professionals are frequently the first and the unique “principal door” of implicit silences in the broach of this problem. With this research we aimed to infer how this social representations can influence the dynamics of prevention and intervention of these professionals, and create evaluation measurements of the social set of beliefs around the sexual abuse of children. We did the context of this set of questions, and pointed out some important fields of the children sexual abuses study: concept(s), socio-historical, juridical-legal, scientific evolution and explanatory models. We present an empirical study carried whith a sample of medical doctors and nurses of the Primary Health Care. In this study we used three auto-reply questionnaires, which aim to understand the legitimacy of the Children sexual abuse (Questionnaire of Beliefs on Children Sexual Abuse-Histories), as well as the promotional factors which lead to the sexual abuse of children, the responsible of its maintenance, the factors which cease or interrupts these abusive relations (Questionnaire on Sexual Abuse of Children Factors, Maintenance and Resolution) and also the legitimacy of the sexually abusive behaviour from a set of statements related situations of sexual abuse (Scale of Beliefs on Sexual Abuse).

Our range includes 153 heath professionals, 76 medical doctors and 77 nurses of the Primary Health Care.

To analyse the empirical validity of QRASC-HIS we used the exploratory factor analysis, and with this analysis we identified five factors that explained 67% of variance, and obtained a factor structure near the theoretical previous ideas.

In the QASCFMR the higher value of agreement was 69,3% in promotional factors, 83,7% in maintenance factors, and 84,7% in resolution factors.

We analyse the influences of age, having children, marital status, the academical competences, and professional category, as well as the place of work, and the professional experience, and specific training on the issue of this study, and also previous contacts with sexual abuse of children situations.

Conclusions - The evaluation instruments have good psychometric qualities in the level of internal consistency, in the QRASC-HIS we obtained to the total scale a coefficient value of a Cronbach *alpha* coefficient value of a Cronbach *alpha* .951. In the QASCFMR we obtained to the push factor an *alpha* coefficient of .893, to the maintenance factor .925, and to the resolution factor .944. In the ECAS we obtained a coefficient value of .898

Medical doctors and nurses from Primary Health Care show a very low tolerance to the sexual abuse of children. Regarding the evaluation of push factors, maintenance and resolution factors of the sexual abuse of children, the results who obtained an higher level of agreement was “previous violence in the perpetrator family” “ perpetrator threats”

“Inform the public about children sexual abuse” and “support the victim to get competence to hold the abuse” .The results prove to be in line with the literature.

With regard to the independent variables the results revealed that sex, age, professional category and length of service affect the perception of these professionals about the sexual abuse of children.

**Keywords:** Children Sexual Abuse; Social Representations; Promotional Factors; Maintenance Factors; Resolution Factors; Medical Doctors and Nurses of the Primary Health Care.

*Falar de Abuso Sexual é falar de maus-tratos, na sua forma mais carnal e sentida, com toda a certeza. Neste jaez, a vítima do abusador sexual é ofendida no seu supremo direito à integridade física e moral, vê comprometido o seu direito a um integral desenvolvimento físico, afectivo e social (direito à alegria de viver os "verdes anos" sem atropelos impostos, sem vivências sexuais precoces não consentidas), vê-se impedida no seu absoluto direito de viver como criança o tempo de ser criança, sem "comer etapas à vida" e sem responsabilidades, remorsos ou culpabilidades prematuras...*

Paulo Guerra (2006, p.43)

## Introdução<sup>24</sup>

O abuso sexual de crianças coloca-nos de imediato o desafio de operacionalização do conceito, pois sobre a definição de abusos sexuais de crianças há apenas um consenso: o de que não há consenso (Fávero, 2003; Finkelhor, 1986; López, 1995). Como salienta Alberto (2006) uma definição objetiva levanta questões de unanimidade e universalidade que, conforme referem Lawson (1993) e Konker (1992) são fortemente influenciadas pelos contextos sócio culturais. Conforme defende López (1995) o abuso sexual deve ser definido a partir de dois grandes conceitos, a coerção e a assimetria de idade. Considera-se que há abuso sexual de crianças "nos contactos e interacções entre uma criança e um adulto, quando o adulto usa a criança para se estimular sexualmente, mesmo que para tal não chegue a estabelecer contacto corporal" (National Center of Child Abuse and Neglect – NCCAN, 1978). O abuso ocorre então quando "um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou económica, inteligência, autoridade) comete um acto ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa" (Pires, 2005: 44).

Sintetizando, Alberto (2006) refere que o abuso sexual configura qualquer experiência sexual com ou sem o recurso à força que pode oscilar num espectro entre formas passivas, como a exibição de pornografia, ou a utilização da criança para produção de pornografia infantil até à relação sexual (genital, anal ou oral) podendo de imediato ou a longo prazo provocar graves perturbações no desenvolvimento da criança.

Numa perspetiva histórica a "violência exercida sobre a criança, ao longo dos tempos, confunde-se com a história da própria humanidade" (Canha, 2000: 17). O conceito de infância foi um conceito incógnito ao longo dos séculos. A concepção de infância como uma etapa sem especificidades e de reduzido interesse estava associada a importantes factores sociais, contribuindo para um ambiente pouco adequado para a criança. A infância moderna, associada às imagens românticas da criança-mimo, a criança-gozo, a criança-fragilidade, a criança centro do mundo familiar, é uma construção social recente e produto de um certo tempo histórico (Almeida, 2001).

---

<sup>24</sup> Texto realizado com base na Tese de Mestrado com o mesmo nome no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina, orientada pela Professora Doutora Jeni Canha e coorientada pela Professora Doutora Isabel Alberto.

No que concerne ao abuso sexual, a dominância de uma atitude sexofóbica que durante séculos predominou em todo o mundo contribuiu para desvalorizar a importância e a frequência dos abusos sexuais a crianças (López, 1995). A abordagem da história do abuso sexual de crianças implica a compreensão do funcionamento familiar, do valor social da infância e dos comportamentos sexuais ao longo dos tempos (Fávero, 2003), daí a pertinência de analisar as representações sociais partilhadas num dado contexto social e histórico.

Numa perspetiva científica mais do que a tomada de consciência e sensibilização para a temática do abuso sexual de crianças, temo-nos deparado nas últimas décadas com a construção de novas representações sobre a problemática. O emergir de algumas destas representações decorre da elaboração de um conjunto de saberes das várias áreas científicas que se debruçam sobre a infância. Se, por um lado, estas novas conceções resultam de estudos específicos, por outro, não deixam de receber a influência das convicções subjetivas e discursos socioculturais da comunidade geral e dos diversos grupos profissionais.

De igual modo a perspetiva jurídico-legal do Abuso Sexual de Crianças sofreu, ao longo do tempo, profundas transformações na forma de ser entendido, com o Direito a tentar, na sua essência, adequar-se ao enquadramento social e cultural envolvente. A evolução tecnológica com, entre outros, o aparecimento de um cada vez maior número de *sites* de pornografia infantil, veio obrigar o legislador a adequar intervenções em novas formas de criminalidade. Através do código penal (ver artigos 171.º, 172.º, 173.º, 174.º, 175.º e 176.º) de 2007 (Almeida, & Vilalonga 2007) Portugal procura contemplar as necessidades de proteção à criança nesta temática.

No olhar de Carmo, Alberto e Guerra (2006) as situações de abuso sexual de crianças são para a Justiça de menores as que mais apreensões trazem aos aplicadores da lei pelas inibições que envolvem a vítima, o agressor e o sistema familiar no seu todo, revelando a importância de um aumento do conhecimento sobre o abuso sexual, que providencie a correta análise de cada situação e evite a interpretação dos factos à luz do rótulo de abuso sexual. Como salienta Alberto (2006: 77) “a perspetiva legal do abuso parece alertada para a necessidade de conjugação com a intervenção psicoterapeuta e social em todos os elementos do sistema familiar”. Constituir-se-á, no entanto, de capital importância, um efetivo esforço na aplicação destes princípios, com vista a que a intervenção não possa vir a constituir como refere Furniss (1993) “um des-serviço” para a criança.

No decorrer das últimas décadas, várias foram as investigações levadas a cabo na procura de abordagens explicativas do abuso sexual de crianças. As explicações avançadas tendem a centrar-se na caracterização dos abusadores consoante as estratégias de abuso, o perfil da vítima, e os processos subjacentes à construção e manutenção do Síndrome do Segredo.

O conhecimento teórico atual sustenta a noção que a agressão sexual é um fenómeno multideterminado, resultando da congruência de fatores “disposicionais, cognitivos, situacionais e culturais” (Machado, 2010: 73).

### **Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças**

O conceito de representação social filia-se no conceito de representação coletiva introduzida por Durkheim e retomada por Moscovici em 1961. De acordo com o próprio Moscovici, a representação

social refere um conjunto de conceitos, proposições e explicações, criado no cotidiano, no decurso da comunicação, integrando os mitos e os sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podendo ser vistas como uma versão atual do senso comum, (Moscovici, 1961) relevando as dimensões do conhecimento que não partem apenas de teorias científicas, mas de eixos culturais e experiências quotidianas.

As representações sociais assumem um papel fulcral na violência, quer por definirem as normas sociais pelas quais a sociedade se pauta, quer por modelarem o entendimento que as sociedades constroem acerca das experiências (Machado *et al.*, 2006), constituindo-se impossível compreender a violência sem intentar perceber os verdadeiros conteúdos das representações sociais (Porto, 2006). Na problemática do abuso sexual de crianças a compreensão ecológica e dinâmica do abuso espelha as concepções sociais dominantes em relação ao fenómeno relevando a importância de se estabelecerem estratégias de prevenção e intervenção que tenham em consideração os diferentes níveis: individual, social e cultural. A dimensão cultural integra as representações sociais que numa comunidade se vão constituindo sobre o que é aceite e tolerado e o que é inadequado e inaceitável.

A atribuição do abuso sexual de crianças às características do abusador conduz indubitavelmente ao conceito de “erro fundamental” que consiste na propensão de sobrestimar predisposições pessoais, traços de personalidade, em detrimento da circunstância nas nossas explicações do comportamento (Leyens, 1985). O “erro fundamental” tem origem nas Teorias Implícitas da Personalidade enquanto “crenças gerais que alimentamos a propósito da espécie humana, no que concerne à frequência e variabilidade de um traço de carácter na população” (Leyens, 1985, p.31).

Nesta perspectiva, as representações sociais dos médicos e dos enfermeiros dos CSP, a quem compete conhecer mitos e crenças relacionados com a sexualidade e com o abuso sexual de crianças, resultarão das suas construções realizadas enquanto indivíduo mas também enquanto profissionais de saúde.

Apesar da afirmação de Furniss (1993: 13) “enquanto um ‘pouquinho de violência’ é aceitável”, um “pouquinho de sexo’ não é”, continua-se a verificar que a intolerância perante a temática do abuso sexual não se traduz numa maior e mais efetiva proteção das crianças. Para além do dever ético, legal e moral, os profissionais dos CSP devem perceber a importância da sua intervenção na prevenção ou interrupção do abuso sexual da criança e ultrapassar, entre outros, a sua ainda notória relutância em denunciar. Importa fazer algo pela “real preservação da saúde, segurança, formação, educação e desenvolvimento destas crianças ou jovens que se veem envolvidos nestas teias de desamor e nojo, com que, tantas vezes, se veste o respeito e a obediência aos mais fortes e àqueles cuja primeira tarefa deveria ser antes a de proteção!” (Carmo, Alberto & Guerra, 2006: 65).

Assumindo então a representação acerca de um fenómeno como parte construtiva do mesmo, “criando-o” de certa forma (Porto, 2006), revela-se fundamental considerar este fator quando se estuda o fenómeno do abuso sexual de crianças, identificando os discursos sociais mais comuns em profissionais como os médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, um grupo com uma relevância específica na proteção da criança.

A componente empírica deste trabalho, teve como *objetivo geral* identificar as representações sociais destes profissionais em torno do abuso sexual de crianças, e criar uma medida de avaliação das

representações sociais em torno desta temática, e como *objetivos específicos*: identificar as características do Abuso Sexual de Crianças mais suscetíveis de serem consideradas abusivas pelos médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários; determinar as atribuições que estes profissionais têm sobre os fatores facilitadores, de manutenção e de resolução do abuso sexual de crianças; validar o Questionário de Representações sobre o abuso sexual de crianças-Histórias (QRASC-HIS) e o Questionário sobre abuso sexual de crianças-Fatores Facilitadores, Manutenção e Resolução (QASCFMR) com uma amostra de médicos e enfermeiros dos CSP; e ao mesmo tempo analisar a influência de algumas variáveis sócio-demográficas da amostra em estudo nas respostas aos instrumentos utilizados.

## Metodologia

A recolha de dados foi realizada de acordo com um processo de amostragem não aleatória, de conveniência. Os potenciais sujeitos, médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, foram abordados através de contactos pessoais, quer no local de trabalho, quer em reuniões e eventos científicos. Dos questionários distribuídos e recolhidos obteve-se uma amostra constituída por 153 sujeitos, dos quais 76 são médicos, e 77 são enfermeiros. No que concerne ao sexo, a amostra incluiu 33 indivíduos do sexo masculino e 120 indivíduos (78,4%) do sexo feminino. A idade mínima dos sujeitos é de 24 anos e a idade de máxima 65 anos, situando-se a média de idade nos 44 anos. Relativamente ao estado civil, a amostra compôs-se maioritariamente de sujeitos casados 104, correspondente a 68% da amostra, 27 solteiros, 18 divorciados, e 4 viúvos. Dos sujeitos que compõem a amostra 120 (78,4%) têm filhos, e 33 não têm. Relativamente às habilitações académicas dos participantes, a maioria, 143 (93,5%) são licenciados, 9 concluíram um mestrado, e 1 concluiu doutoramento. Dos 153 inquiridos, 68 trabalham em centros de saúde de área rural, 44 trabalham em centros de saúde de área medianamente urbana, e 41 em centros de saúde de área urbana.

Relativamente à experiência profissional-tempo de serviço, a amostra variou entre 0 e 40 anos, sendo a média 19,95 anos, correspondente a um desvio-padrão de 10,02. No que concerne à experiência profissional, em termos de contacto prévio com casos de crianças vítimas de abuso sexual 86 sujeitos revelaram uma resposta negativa, enquanto 67 sujeitos confirmaram já ter tido esse contacto. Aos sujeitos da amostra foi questionado a que entidade comunicariam caso suspeitassem da ocorrência de Abuso Sexual de Crianças, e o resultado revelou que 38 sujeitos comunicariam à CPCJ, 14 referenciarão à assistência social, 10 ao diretor do centro de saúde, 9 ao coordenador de saúde infantil e juvenil do centro de saúde, 9 avisaria a Polícia / G.N.R., 66 dos sujeitos optariam por comunicar simultaneamente a várias entidades, e 1 comunicaria à Polícia Judiciária. Relativamente à perceção sobre a informação/formação que detêm para *identificar* uma situação de suspeita de ASC, 71 sujeitos consideram ser “satisfatória”, 57 refere que é “insuficiente”, 24 afirma ser “boa”, e apenas 1 descreve ser “muito boa”. Em relação à forma como percecionam a sua informação/formação para *atuar* numa situação de suspeita de Abuso Sexual de Crianças, 66 sujeitos revelam ter formação “insuficiente”, 65 diz possuir uma formação “satisfatória”, 21 perceciona-a como “boa” e apenas 1 referiu considerar ser “muito boa”. No respeitante às fontes de informação/formação a que os sujeitos da nossa amostra recorreram, 25 referiram ter sido

através de leituras alusivas ao tema, 10 sujeitos acederam a informação através da comunicação social, 6 referem ter tido ações de formação, 3 recorreram a pesquisa informática, 2 estiveram presentes em congressos, 2 recorreram a outras fontes e 105 sujeitos referiram que a informação/formação provieram da conjugação de várias fontes.

### Instrumentos de pesquisa utilizados

- a) Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças- Histórias (QRASC-HIS) (Alberto, Alarcão, Fazenda, & Querido, 2008);
- b) Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Fatores Facilitadores, Manutenção e Resolução (QASCFMR) (Alberto, Alarcão, Querido, & Fazenda, 2008);
- c) Escala de Crenças sobre Abuso Sexual (ECAS) (Machado, Gonçalves, & Matos, 2000);
- d) Questionário sócio demográfico de recolha de dados.

### Apresentação dos Resultados

#### *Variáveis sócio demográficas e representações sociais em torno do abuso sexual de crianças*

Considerando as variáveis “estado civil”, “existência de filhos”, “área do centro de saúde” onde exerce a profissão, “qualidade de informação para atuação em casos de ASC”, “qualidade de informação para identificação de ASC”, bem como “ fontes de informação” sobre a temática, “experiência profissional com crianças vítimas de Abuso Sexual de Crianças”, e “a quem comunicaria a suspeita de um caso de Abuso Sexual de Crianças”, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos inquiridos aos diversos instrumentos.

A variável “habilitações académicas” não foi analisada, considerando que a maioria dos sujeitos tem licenciatura, havendo apenas um sujeito com doutoramento e 9 com mestrado.

Na análise da influência da variável “sexo” as médias indicaram que os indivíduos do sexo masculino apresentam valores mais legitimadores do abuso sexual de crianças.

No que concerne à análise da influência da variável “categoria profissional”, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas com os médicos a apresentarem valores mais legitimadores que os enfermeiros.

Em relação à influência da variável “experiência profissional em tempo de serviço” e transformando a variável em categorias integrando na categoria 1 (até 10 anos), 2 (de 11 a 20 anos), 3 (entre 21 e 30 anos) e 4 (entre 31 e 40 anos de serviço), registaram-se diferenças estatisticamente significativas. Verificando-se que a progressão na carreira em tempo de serviço se acompanha de um aumento da legitimação.

No que concerne à variável “idade”, codificada por categorias, 1, (24-30) anos; 2, (31-40); 3, (41-50); e 4, (51-64) anos, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas. Constatou-se que a idade influencia a legitimação, tendo os respondentes de idades mais avançadas legitimado consideravelmente mais.

Analisando a influência da idade separadamente para o sexo masculino e para o sexo feminino, verificou-se a existência de diferenças significativas no sexo masculino-idade. Os homens entre os 41 e os 50 anos surgem como os que menos legitimam o abuso sexual de crianças.

Em relação ao sexo feminino-idade verifica-se a existência de diferenças significativas nas respostas dadas com as médicas e enfermeiras, com mais idade entre os 51 e os 64 anos a legitimarem mais a situação abusiva.

Considerando a variável idade para cada uma das profissões, médicos e enfermeiros, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas

### Questionário sobre Abuso Sexual de Crianças – Fatores Facilitadores, de Manutenção e Resolução

Analisaram-se as respostas dos sujeitos da amostra a partir do seu grau de concordância com os itens que compõem a escala, sendo que para cada conjunto de fatores existem condições da criança/vítima, condições do abusador e condições externas.

Considerando os fatores *facilitadores do abuso sexual de crianças*, o fator com o qual os sujeitos apresentaram maior concordância correspondeu a “antecedentes de violência na família de origem do abusador”, secundado pelo fator “o abusador ter sido ele próprio vítima de abuso sexual quando criança ou adolescente”.

As características habitacionais que favorecem a promiscuidade surgiram também como relevantes.

Analisando as causas que obtiveram menor concordância, o comportamento provocador da vítima registou 77,1% de respostas discordantes. Os respondentes discordam igualmente que a falta de atenção para com o abusador por parte do cônjuge, os problemas conjugais do abusador, e o baixo grau de instrução deste sejam condições predisponentes para o abuso sexual de crianças. Importa ainda referir que a deficiência mental e/ou física da vítima e o isolamento social da família da vítima surgem com um grau de concordância/discordância muito equivalente, constatando-se assim uma divergência na opinião dos sujeitos da amostra.

Relativamente aos *fatores que contribuem para a manutenção das relações sexualmente abusivas*, as respostas são tendencialmente concordantes com os itens que compõem a escala. Destacando-se, as ameaças por parte do abusador com 83,7% de concordância, seguida da ausência de denúncia por parte da vítima ou da família. Ainda com um elevado grau de concordância surge o medo da vítima de ficar rotulada como “alguém que foi sexualmente abusado”, e o receio da vítima de ser sujeita a várias avaliações e depoimentos.

A ausência de denúncia por parte dos profissionais surge com a maior percentagem de discordância (46,4%).

No que concerne aos *fatores de resolução do abuso sexual de crianças*, as respostas foram tendencialmente concordantes com os itens que compõem este fator. De notar que os itens considerados de maior importância para resolver as situações abusivas foram “informar a população em geral sobre a problemática do abuso sexual de crianças”, com a mesma percentagem do item “dar apoio à vítima para que ela adquira competências para impedir o abuso”.

Ainda com elevada percentagem de concordância (83%) surge o item “tornar os procedimentos nos Tribunais mais rápidos e menos dolorosos”.

Relacionado com o anterior, confirmou-se o fator “estimular a denúncia das situações de abuso sexual” (82,4%) seguido de “validar, no dia a dia, os direitos das crianças”.

Os itens considerados como menos relevantes para pôr fim às relações sexualmente abusivas pelos sujeitos deste estudo são “mudar o comportamento da vítima para ser menos provocadora”.

## Discussão

Da análise descritiva dos resultados obtidos no Questionário de Representações sobre Abuso Sexual de Crianças-Histórias e na Escala de Crenças sobre Abuso Sexual, registou-se conforme expectável que os médicos e enfermeiros dos CSP apresentam valores pouco legitimadores do abuso sexual de crianças. Comparando a média de respostas à ECAS com o estudo de Querido (2009) numa amostra de educadores de infância a diferença não mostrou ser significativa. A semelhança nos resultados em relação à pouca legitimação do abuso sexual de crianças poder-se-á atribuir ao facto de ambas as amostras serem constituídas por populações privilegiadas no contacto com crianças, expetavelmente detentoras de informação e sensibilização relativamente ao fenómeno.

Ao analisar as respostas ao QRASC-HIS verificou-se que a História C é aquela onde existe uma maior legitimação do abuso sexual de crianças. A História C remete para o abuso perpetrado pelo progenitor do sexo feminino, assim, sendo sustentado pela nossa sociedade o estereótipo de que a mulher, principalmente as mães são, em essência carinhosas e protetoras (Fávero, 2003). Os resultados revelaram-se congruentes com o discurso social, e denotam que estes profissionais ainda não superaram falsas crenças sobre o sexo do agressor no abuso sexual de crianças. Demonstram ainda refletir o que a literatura avança sobre o abuso sexual de crianças por mulheres ao referir, que este comportamento não se enquadra no conjunto de comportamentos previstos nos esquemas sociais (Furniss, 1993; Salter, 1988). A sociedade atual evidencia uma maior aceitação social do contacto corporal entre mulheres e crianças, como não abusivo, revestido de uma conotação de “normal” ternura maternal e não de um cariz sexual (Carmo, Alberto, & Guerra 2006).

Ainda na análise dos resultados referentes à História C, ao remeter para o abuso de uma criança de quatro anos, do sexo masculino, cuja mãe é enfermeira, deverá ser tido em conta a possibilidade de espelharem a permeabilidade do discurso destes profissionais ao discursos sociais simplistas e desajustados de que o abuso ocorre exclusivamente em crianças do sexo feminino, de que as crianças muito pequenas não são abusadas, e, ainda ao invés do demonstrado pelos estudos, a crença de que os agressores sexuais apresentam uma baixa competência social (Finkelhor, 1994; Machado, 2002).

A História A foi aquela em que emergiu uma menor legitimação do abuso sexual de crianças. Tratando esta história do abuso perpetrado por um idoso à neta, uma menina de cinco anos, poderá espelhar a formação destes profissionais nesta temática, em relação ao perfil do abusador ser transversal a todas as idades, bem como evidenciar a sua perceção de que, tal como demonstrado em diversos estudos, o abuso é frequentemente intrafamiliar (Furniss, 1993; López, 1995). Poderá ainda refletir a influência nestes profissionais da informação veiculada pelos *media*, reportando inúmeros casos em que o abusador revelou ser um idoso “insuspeitável”.

Atendendo a que o QASCFMR avalia os fatores facilitadores, de manutenção, e de resolução, analisaram-se aqueles que reuniram maior e menor concordância nas respostas destes profissionais.

No que concerne às condições facilitadoras, e, relativamente ao fator em que os sujeitos manifestaram maior concordância, “antecedentes de violência na família do abusador”, diversos estudos suportam a associação entre crescer em ambientes violentos e ser um adulto violento, quer seja como vítima quer como agressor (Walker, 1984), constituindo assim um resultado expectável e congruente com o descrito na literatura sobre transmissão geracional da violência corroborando que crianças que crescem em meios onde imperam dinâmicas violentas tenderão, quer no presente quer no futuro, a mimetiza-las como forma de resolução dos seus conflitos. Relativamente ao segundo fator, “o abusador ter sido ele próprio vítima de abuso sexual quando criança ou adolescente” a investigação tem sustentado que os indivíduos expostos a abuso sexual em crianças têm grande probabilidade de poderem tornar-se abusadores (López, 1995; Furniss, 1993). Todavia, os mesmos autores destacam que nem todas as vítimas virão necessariamente a ser agressores sexuais, dependendo da influência de outras condições, como o suporte recebido no momento da revelação, ou uma intervenção terapêutica adequada que encoraje a superação da vivência abusiva. Autores como Finkelhor (1979) e Furniss (1993) relembram que a maioria das vítimas é do sexo feminino enquanto a maioria dos agressores é do sexo masculino, destacando o papel fundamental da educação e da construção de identidade de género, ou seja, o importante contributo de fatores culturais.

Relativamente às “características habitacionais que favorecem a promiscuidade” notamos que uma elevada percentagem destes médicos e enfermeiros, profissionalmente próximos dos contextos familiares e sociais, consideram ser relevante no espoletar das situações abusivas, por oposição à opinião de autores como Azevedo e Guerra (1993) que desconstroem a falsa ideia de que o abuso é próprio de meios marginalizados da sociedade, e sustentam que o abuso sexual de crianças é extremamente democrático sendo transversal a todas as classes sociais e níveis socioeconómicos e culturais.

A deficiência mental e/ou física da vítima mostrou uma divergência de opiniões nestes médicos e enfermeiros. Sendo profissionais que lidam frequentemente com a deficiência nas suas múltiplas dimensões, o resultado pode estar relacionado com diferentes correntes de formação/informação e/ou sensibilização neste campo em particular. Trata-se no entanto de um aspeto que interessará ser alvo de reflexão em futuras investigações.

O comportamento provocador da vítima sendo o fator promotor com que estes profissionais demonstraram maior discordância, é um resultado expectável que sugere formação/informação específica e denota que o estereótipo da “criança sedutora” tendente a desresponsabilizar o agressor (Furniss, 1993) e fomentar a culpabilidade da criança (López, 1995), não se inscreve no discurso destes profissionais.

Relativamente às condições que contribuem para a manutenção das situações abusivas a análise dos resultados obtidos demonstra serem sobreponíveis ao plasmado no corpo literário existente sobre a temática e parecem estar interrelacionados. Segundo alguns autores (Fávero, 2003; Mckenna, 2005), as ameaças por parte do agressor, aliadas ao medo da estigmatização, conjugadas com o receio por parte da vítima de ser sujeita a várias avaliações e depoimentos, são alguns dos motivos explicativos da ausência de denúncias. Parece ser possível estabelecer um paralelismo entre a manutenção do abuso

e a representação muito generalizada de que “não vai dar em nada”, revelador de um sentimento de descrença na eficácia dos processos e na justiça.

Os resultados obtidos no nosso estudo revelam ainda coerência com o que literatura sustenta relativamente aos abusadores, metade é conhecida das vítimas e 1/4 a 1/3 são familiares da vítima. De acordo com Finkelhor e Ormrod (2001), dos detidos por abusos a crianças 48% vitimizaram um familiar ou conhecido. Wolfe e Birt (1997) revelam que embora exista na sociedade o estereótipo sobre a perigosidade dos estranhos, “em termos genéricos, podemos assumir que 10 a 30% das vítimas são abusadas por desconhecidos, aproximadamente 40% são-no por pessoas próximas e os restantes 30% a 50% sê-lo-ão por elementos da própria família”.

O conhecimento literário e diversos estudos sobre a temática têm corroborado a ideia que o abuso sexual está envolto em circunstâncias que dificultam a revelação. Furniss (1993) distingue cinco condições principais, designadamente o Síndrome de Segredo, a prova forense e a evidência médica que na maioria dos casos não são encontradas, as acusações verbais que devido à falta de evidência médica são essenciais à confirmação do abuso, a rejeição em acreditar nas tentativas de revelação por parte da criança (que começa na família e abrange igualmente os profissionais e o sistema legal), a mentira sob ameaça e as ansiedades referentes às consequências da revelação. De acordo com Carmo, Alberto e Guerra (2006) o abusador sexual não é apenas o agressor; integrado num contexto intrafamiliar, assume outros papéis, de pai, de cônjuge, sendo difícil para todos os envolvidos a separação dos diferentes interesses, particularmente para a criança, para a qual a reunificação da família é um dos interesses maiores. Torna-se extremamente dramático quando o abusador se constitui como o único recurso de subsistência e proteção.

Relativamente aos fatores de resolução do abuso sexual de crianças e no que concerne à necessidade de “informar a população em geral”, este resultado remete-nos para a hipótese de que o “emergir” da problemática nos últimos anos tenha suscitado nos profissionais uma maior reflexão sobre como resolver a situação abusiva e a perceção da premência de implementação de programas que, podendo eventualmente ser focalizados nas crianças, deverão orientar-se para os pais, propondo ações com grupos profissionais e com a sociedade em geral de uma forma interativa (Fávero, 2003; Furniss, 1993; López, 1995).

Numa primeira análise das respostas dos sujeitos da amostra, estas mostram-se congruentes com a redutora explicação das situações abusivas focalizada nas características particulares do abusador e ancorada nas representações sociais construídas relativamente a este grupo e que usualmente conduzem ao que Furniss (1993) apelida de uma Intervenção Primária Punitiva centrada no abusador. Todavia, numa análise global dos 3 grupos de fatores, os resultados remetem para a abordagem sistémica/ecológica, a mais consensual no seio da comunidade científica, apontando para a interação de fatores integrados em diferentes sistemas. A caracterização do abuso não se centra apenas na personalidade do abusador mas na interceção de várias condições.

Conforme sintetiza o Modelo das quatro pré condições de Finkelhor (1984), o desenvolvimento ontogénico do agressor (Belsky, 1980) não é, por si só, suficiente para o espoletar do abuso, sendo

igualmente relevantes algumas características das figuras parentais, das organizações familiares, bem como do contexto sócio cultural.

A ponderação dos vários denominadores deverá sustentar o fluxograma interventivo que Furniss (1993) denomina de Intervenção Terapêutica Primária e que envolve todos os intervenientes. Esta intervenção deve abranger igualmente a comunidade e remete para a necessidade de um esforço de prevenção primário desejavelmente desenvolvido em parcerias, que objetive alterar mentalidades no que concerne à infância, à família, à autoridade e à vivência da sexualidade (Alberto 2000).

### Variáveis sócio-demográficas e representações sociais em torno do abuso sexual de crianças

Considerando a variável sexo dos inquiridos, as diferenças encontradas indicam que esta variável implica diferenças significativas quanto ao grau de legitimação das situações abusivas, tendo-se verificado que as médicas e enfermeiras apresentam atitudes menos tolerantes que os seus pares do sexo masculino, sendo estes resultados congruentes com a maioria dos estudos que consideram que os profissionais do sexo feminino que lidam com estas problemáticas têm crenças atitudes e reações emocionais consideravelmente mais prosociais relativamente ao abuso sexual de crianças (Wellman, 1993). Poderá colocar-se a hipótese de que a atual construção de identidade de género ainda traduza uma menor tolerância ao abuso sexual de crianças por parte do sexo feminino dado a existência da ideia de que as crianças do sexo feminino são mais vítimas de abuso.

A tolerância ao abuso sexual de crianças mostrou também depender da categoria profissional, apontando no sentido de que profissionais médicos legitimaram mais o abuso sexual de crianças que os enfermeiros. Será lícito inferir que a diferença possa emergir de uma prática profissional de maior proximidade e continuidade na prestação de cuidados que compete aos enfermeiros e em particular aos enfermeiros dos CSP em relação aos médicos? Ou serão condicionantes de outra ordem, como eventualmente a diferente orientação curricular? Estas e outras hipóteses ficam a merecer explicação mais elaborada em futuros estudos.

No que concerne à experiência profissional em função dos anos de serviço, os resultados do estudo apontaram igualmente diferenças significativas na tolerância/legitimação ao abuso sexual de crianças, notando-se que os profissionais com maior número de anos de serviço legitimaram mais as situações abusivas. Esta constatação poderá fazer equacionar que a progressão nos anos de carreira, e o conhecimento e acompanhamento de processos tanto a nível profissional como social desenvolverão nestes profissionais uma desmotivação e descrença na intervenção bem como uma diferente sensibilidade para a problemática, que os distingue a nível das representações. Torna-se pertinente um melhor esclarecimento desta questão em futuros estudos.

Relativamente à idade, os resultados indicaram que os médicos e os enfermeiros com mais idade apresentam maior legitimação do abuso sexual de crianças. Tendo em conta que estes profissionais médicos e enfermeiros cresceram e receberam a sua educação pessoal num contexto sociocultural diferente onde eram vigentes estereótipos como o da fantasia infantil, da culpabilização dos adolescentes, e da criança sedutora, poderão mais facilmente aceitar estes registos. A menor legitimação por parte dos profissionais

das outras categorias etárias poderá decorrer de uma diferente formação social e profissional e/ou do facto da permanente exposição a constantes mensagens pejorativas acerca do abuso sexual de crianças.

Existindo na análise realizada um efeito determinante do sexo, tivemos o cuidado de efetuar testes adicionais para perceber as diferenças registadas tendo constatado que ao analisar a influência sexo-idade as médicas e enfermeiras entre os 51 e os 64 anos são mais tolerantes ao abuso sexual de crianças, facto que deverá ser equacionado em futuras investigações.

O presente estudo não encontrou influência de variáveis como o estado civil, a existência de filhos, o grau das habilitações académicas, a experiência prévia com crianças vítimas de ASC, e a entidade de referência de ASC nas representações dos médicos e enfermeiros dos CSP quanto ao ASC. No que concerne à área geo-demográfica, a maior proximidade contextual que é expectável nos profissionais dos CSP que exercem a sua atividade em centros de saúde de áreas rurais permitia equacionar que se pudessem distinguir ao nível das representações das situações abusivas, podendo a ausência de diferenças estar relacionada com o facto da atual globalização da informação tender a uniformizar os contextos socioculturais.

A análise efetuada permitiu concluir que, relativamente à informação/formação para identificar ou para intervir em casos de ASC e às fontes de informação sobre a problemática, estas variáveis também não demonstraram a distinção destes profissionais relativamente às representações das situações abusivas. Estes resultados podem sugerir a influência da permeabilidade destes profissionais à informação veiculada através dos *media* acerca desta problemática.

### Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

De um modo geral, os objetivos deste estudo foram cumpridos, na medida em que assumimos tratar-se de um estudo de cariz exploratório. Tratando-se de um primeiro estudo em psiquiatria cultural em Portugal, sobre representações sociais em torno do abuso sexual de crianças numa população de médicos e de enfermeiros dos CSP, parece pertinente mencionar algumas limitações do presente estudo passíveis de serem colmatadas em futuras investigações.

O fato da amostra ser de conveniência faz com que esteja circunscrita a profissionais dos Cuidados de Saúde Primários da zona centro do país e constituir-se-ia relevante abranger outras regiões do país, mormente estudar a influência das assimetrias entre o litoral e o interior do país. Por outro lado, seria adequado recolher uma amostra com uma distribuição mais representativa de homens e mulheres na classe profissional médica e de enfermagem, uma vez que neste estudo os sujeitos do sexo feminino são aproximadamente o quádruplo dos sujeitos do sexo masculino.

É igualmente de ter em conta que a desejabilidade social e profissional poderá ter influenciado as respostas dos sujeitos, uma vez que o abuso sexual de criança é um fenómeno socialmente reprovado.

Como recomendações para futuras investigações, sugere-se que o protocolo seja aplicado a uma amostra maior de profissionais médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, abrangendo mais áreas do país e com uma distribuição que represente mais adequadamente a classe médica e de enfermagem, superando as limitações anteriormente citadas.

Sendo esta uma problemática transversal a diversas áreas pareceria igualmente pertinente um estudo multidisciplinar, que incluía outros profissionais com contacto privilegiado com crianças e que possam ter um papel interventivo nesta temática (e.g. médicos e enfermeiros dos cuidados secundários na medida em que a problemática interessa a todas as disciplinas médicas, professores, assistentes sociais, agentes policiais, jornalistas, psicólogos, juristas), assim como seria igualmente pertinente um estudo que englobasse a população em geral.

Pela nossa parte fica-nos no entanto a sensação de uma certa incompletude que a própria temática proporciona e a vontade de colmatar algumas das limitações supracitadas, talvez num trabalho pluridisciplinar e multifatorial, que correlacione a medicina e o direito, e permita compreender e adequar o papel efetivo destas duas áreas naquela que consideramos ser a melhor resolução desta problemática-a prevenção.

## Conclusões

A problemática do abuso sexual de crianças emergiu nos últimos anos, “rompendo” o silêncio social (López, 1995), adquirindo uma crescente visibilidade e provocando simultaneamente um aumento de reprovação e de preocupação com o fenómeno. No entanto, este despertar social espelhado no aumento da investigação e no constante enfoque por parte dos *media*, não conseguiu ainda levantar o manto de secretismo e de inibições em que a problemática do abuso sexual infantil continua envolta. Talvez por nos confrontar com o lado mais ignóbil do ser humano, continuemos apenas a vislumbrar a ínfima parte de um todo.

Muitas teorias têm emergido para a compreensão da complexidade e dinâmica que envolve o fenómeno do abuso sexual de crianças. Um denominador comum a todas as teorias é a importância fulcral do papel dos intervenientes mais diretos nas situações do abuso sexual de crianças. Numa visão sistémica trata-se duma realidade multidimensional, uma construção social partilhada por um coletivo, em que a realidade e o discurso se constroem recursivamente implicando a necessidade de multiplicar os “olhares” sobre a realidade.

O papel da sociedade e de alguns grupos profissionais, pela influência direta das representações sociais em torno do abuso sexual de crianças, reveste-se de capital importância na sua investigação e intervenção.

Os profissionais de saúde e, em particular, os médicos e enfermeiros dos CSP constituem grupos profissionais em posição privilegiada relativamente à proteção da criança e são intervenientes determinantes nesta problemática. Torna-se, então, fundamental perceber os seus discursos, os significados que atribuem aos comportamentos, conhecer os modelos de leitura e as suas próprias ressonâncias sobre a temática.

Intentando perspetivar as representações sociais em torno do abuso sexual de crianças, o presente estudo identificou as representações sociais que médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários detêm sobre esta problemática. Procurou conhecer as dimensões do abuso sexual mais suscetíveis de serem legitimadas pelos nossos sujeitos e quais as atribuições que estes profissionais têm sobre os fatores facilitadores, os fatores de manutenção e os fatores de resolução de situações abusivas. Foi

analisada a influência de variáveis sócio-demográficas sobre essas representações, nomeadamente o sexo, a categoria profissional, a idade, a existência de filhos dos sujeitos, a experiência profissional em tempo de serviço e contacto com situações de abuso sexual de crianças. Foi ainda ponderada a influência da entidade de referenciação de casos suspeitos de ASC, da informação/formação na identificação e no modo de intervenção em casos de ASC e ainda das fontes de informação/formação que são recurso para estes profissionais, nas respostas aos instrumentos do protocolo de investigação.

Com este estudo pode concluir-se que os instrumentos desenvolvidos para análise das representações sociais em torno do abuso sexual de crianças, o Questionário sobre abuso sexual de crianças – Histórias (QRASC-HIS), e o Questionário sobre abuso sexual de crianças fatores Facilitadores, de Manutenção e Resolução (QASCFMR) apresentam qualidades psicométricas a nível da consistência interna e da validade concorrente que os constituem bons instrumentos de investigação a utilizar nesta temática.

Os resultados obtidos permitiram concluir que médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários apresentam valores pouco legitimadores para o abuso sexual de crianças.

Quanto à avaliação dos fatores promotores, de manutenção e de resolução os que apresentaram respetivamente maior concordância foram os “antecedentes de violência na família do abusador”; “as ameaças por parte do abusador”; e “informar a população em geral sobre a problemática do abuso sexual de crianças” e “dar apoio à vítima para que ela adquira competências de impedir o abuso”.

A existência de filhos, a área do centro de saúde onde exerce a profissão e a experiência profissional prévia com crianças vítimas de ASC não evidenciaram diferenças significativas no grau de tolerância destes profissionais sobre este tipo de maltrato.

Relativamente ao tipo de entidade a quem referenciam casos de ASC, constatou-se curiosamente que só uma ínfima percentagem denuncia à Polícia Judiciária, e que o tipo de entidade de referenciação não interfere na tolerância destes profissionais em relação ao ASC.

A informação/formação destes profissionais quer para identificar quer para intervir em situações de abuso sexual infantil demonstrou igualmente não condicionar a sua legitimação relativamente ao ASC.

Os médicos e enfermeiros do sexo masculino legitimaram mais do que os do sexo feminino; e os médicos de ambos os sexos legitimaram mais do que os enfermeiros. No que diz respeito à idade, constatou-se que as médicas e as enfermeiras com o avançar da idade, legitimavam mais, o sexo feminino, à medida que avança na idade, enquadra mais as situações abusivas em vivências “normativas”, ignorando a dimensão sexual envolvida. Quanto aos respondentes do sexo masculino constatou-se que os homens com idade compreendida entre os 30 e os 40 anos são os demonstraram menos tolerância para com as situações abusivas.

O nosso estudo revelou existir uma relação entre o tempo de experiência profissional e a legitimação do abuso sexual de crianças com os profissionais a mostrarem mais tolerância ao ASC com o avançar dos anos de serviço.

Concluindo, este estudo revelou que as representações sociais dos médicos e enfermeiros dos CSP em torno do abuso sexual de crianças se revestem de capital importância, para que possam “fazer a diferença” e não sejam veículos de discursos sociais deturpados e estereotipados, disfarçados

de linguagem científica que potenciam a invisibilidade e impunidade do fenómeno e impedem a implementação de adequadas medidas de prevenção, revelando necessidade de que colocando esta problemática na sua agenda de prioridades, através intervenções técnicas concretas e abordagens sustentadas nos direitos da criança se assumam como profissionais com uma intervenção evidente e eficaz na proteção das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

## Bibliografia

- ALBERTO, I. (2000). AS CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL INFANTIL: CONTRIBUTO DOS ESTUDOS LONGITUDINAIS. *PSYCHOLOGICA*, 24, 119-127.
- ALBERTO, I. (2002). "FEIOS, PORCOS E MAUS": DO ERRO FUNDAMENTAL À ABORDAGEM SISTÊMICA/ECOLÓGICA NA AVALIAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE ABUSO SEXUAL. *PSYCHOLOGICA*, 30, 69-77.
- ALBERTO, I. (2006). *MALTRATO E TRAUMA NA INFÂNCIA*. COIMBRA: ALMEDINA.
- ALMEIDA, A., ANDRÉ, I., & ALMEIDA, H. (2001). *FAMÍLIAS E MAUS-TRATOS ÀS CRIANÇAS EM PORTUGAL*. LISBOA: ED. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA.
- ALMEIDA, C., & VILALONGA, J. (2007). *CÓDIGO PENAL*. COIMBRA: ALMEDINA.
- AZEVEDO, M., & GUERRA, V. (ORGS.). (1993). *INFÂNCIA E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: FRONTEIRAS DO CONHECIMENTO*. S. PAULO: ED. CORTEZ.
- BELSKY, J. (1980). CHILD MALTREATMENT: AN ECOLOGICAL INTEGRATION. *AMERICAN PSYCHOLOGIST*, 35, 320-335.
- CARMO, R., ALBERTO, I., GUERRA, P. (2006). O ABUSO SEXUAL DE MENORES. UMA CONVERSA SOBRE JUSTIÇA ENTRE O DIREITO E A PSICOLOGIA. COIMBRA: ALMEDINA.
- FÁVERO, M. (2003). *SEXUALIDADE INFANTIL E ABUSOS SEXUAIS A MENORES*. LISBOA. CLIMEPSI
- FINKELHOR, D. (1979). *SEXUALY VICTIMIZED CHILDREN*. NEW YORK. THE FREE PRESS.
- FINKELHOR, D. (1984). *CHILD SEXUAL ABUSE: NEW THEORY AND RESEARCH* (pp.107-133). NEW YORK: FREE PRESS.
- FINKELHOR, D., & DOUGLAS, E. CHILDHOOD SEXUAL ABUSE FACT SHEET [HTTP://WWW.UNH.EDU/CCRC/FACTSHEET/PDF/CSA-FS20.PDF](http://www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/CSA-FS20.pdf) CONS EM 20-10-2010
- FINKELHOR, D. (1986). *A SOURCEBOOK ON CHILD SEXUAL ABUSE*. NEWBUY PARK, CA: SAGE PUBLICATIONS.
- FINKELHOR, D. (1994). THE INTERNATIONAL EPIDEMIOLOGY OF CHILD SEXUAL ABUSE. *CHILD ABUSE & NEGLECT*, 18 (5) 409-417.
- FINKELHOR, D. (1994). CURRENT INFORMATION ON SCOPE AND NATURE OF CHILD SEXUAL ABUSE. *FUTURE OF CHILDREN*, 4 (2), 31-53.
- FINKELHOR, D., & ORMROD (2001). OFFENDERS INCARCERATED FOR CRIMES AGAINST JUVENILES. *JUVENILE JUSTICE BULLETIN*. [HTTP://WWW.UNH.EDU/CCRC/FACTSHEET/PDF/CSA-FS20.PDF](http://www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/CSA-FS20.pdf) CONS EM 20-10-2010
- FINKELHOR, D. (2009). THE PREVENTION OF SEXUAL ABUSE. *THE FUTURE OF CHILDREN*, 19, (2), 169-194.
- FURNISS, T. (1993). *ABUSO SEXUAL DA CRIANÇA. UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR*. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICAS.
- FURNISS, T. (2008). RESUMO DE COMUNICAÇÃO EM SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO SOBRE "ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS: ASPETOS ESPECÍFICOS NA TERAPIA INDIVIDUAL E NO TRABALHO FAMILIAR". LISBOA 6,7E 8 DE MARÇO DE 2008.
- FURNISS, T. (2008). RESUMO DE COMUNICAÇÃO EM SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO SOBRE "ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS: O TRABALHO COM AS MÃES ASPETOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO COM RAPAZES ABUSADOS SEXUALMENTE" LISBOA 29,30 E 31 DE MAIO DE 2008.
- FURNISS, T. (2008). RESUMO DE COMUNICAÇÃO EM SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO SOBRE SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO "ABUSADORES SEXUAIS DE CRIANÇAS: PORQUE É QUE ABUSAM E QUAIS AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS?". LISBOA 2,3 E 4 DE OUTUBRO DE 2008.
- FURNISS, T. (2010). RESUMO DE COMUNICAÇÃO EM SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO SOBRE "ABUSADORES SEXUAL DE CRIANÇAS: RAPAZES ENQUANTO VÍTIMAS; O GÉNERO DA/O PROFISSIONAL/TERAPEUTA". LISBOA 4, 5 E 6 DE MARÇO DE 2010.

- FURNISS, T. (2010). RESUMO DE COMUNICAÇÃO EM SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO SOBRE "COMPREENDER O PROCESSO DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS: COMO UMA PRÉ CONDIÇÃO PARA O TRABALHO COM AS VÍTIMAS E COM OS ABUSADORES SEXUAIS: CRIANÇAS COM COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE TRANSGRESSÃO; JOVENS ABUSADORES SEXUAIS". LISBOA 21,22 E 23 DE OUTUBRO DE 2010 EM LISBOA.
- PIRES, A. & MIYAZAKI, M. (2005). *MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO DA LITERATURA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE*. ARTIGO DE REVISÃO. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO.
- KONKER, C. (1992). *RETHINKING CHILD SEXUAL ABUSE: AN ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE*. WASHINGTON: UNIVERSITY OF WASHINGTON.
- LAWSON, C. (1993). MOTHER-SON SEXUAL ABUSE: RARE OR UNDERREPORTED? A CRITIQUE OF THE RESEARCH. *CHILD ABUSE AND NEGLECT*, 17, 409-421.
- LEYENS, J. (1985). *TEORIAS DE PERSONALIDADE NA DINÂMICA SOCIAL*. LISBOA: BIBLIOTECA VERBO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS.
- LÓPEZ, F. (1995). *PREVENCIÓN DE LOS ABUSOS SEXUALES DE MENORES Y EDUCACION SEXUAL*. SALAMANCA: AMAURÚ EDICIONS.
- MACHADO, C., GONÇALVES, R., & MATOS, M. (2000). *ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DO ENQUADRAMENTO CULTURAL DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E CRIANÇAS*. BRAGA: UNIVERSIDADE DO MINHO.
- MACHADO, C., & GONÇALVES, R. (2002). *VIOLÊNCIA E VÍTIMAS DE CRIMES*. (VOL.2: CRIANÇAS). COIMBRA. QUARTETO.
- MACHADO, C. (2010). *NOVAS FORMAS DE VITIMAÇÃO CRIMINAL*. BRAGA: PSIQUILIBRIOS EDIÇÕES.
- MCKENNA, K., (2003). *THE ECONOMIC COSTS AND CONSEQUENCES OF CHILD ABUSE IN CANADA*. UNIVERSITY OF WESTERN ONTÁRIO.  
[HTTP://DSP-PSD.PWGSC.GC.CA/COLLECTION\\_2007/LCC-CDC/JL2-39-2003.PDF](http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection_2007/lcc-cdc/jl2-39-2003.pdf) CONSULTADO EM 20-09-10
- MAGALHÃES, T. (2005). *MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS*. COIMBRA: QUARTETO.  
[HTTP://REPOSITORIUM.SDUM.UMINHO.PT](http://repositorium.sdum.uminho.pt) CONSULTADO EM 17-08-10
- MAROCO, J. (2007). *ANÁLISE ESTATÍSTICA COM A UTILIZAÇÃO DO SPSS*. 3ª Ed. LISBOA: Ed. SÍLABO.
- MOSCOVICI, S. (1961). *LA PSYCHANALYSE, SON IMAGE ET SON PUBLIC*. PARIS: PUF
- PORTO, M. (2006). CRENÇAS, VALORES E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA. *SOCIOLOGIAS*, 16, 250 - 273.
- QUARTILHO, M. (2001). *CULTURA, MEDICINA E PSIQUIATRIA*. COIMBRA: Ed. QUARTETO.
- QUERIDO, A. (2009) *REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM TORNO DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS*. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO. COIMBRA. UNIVERSIDADE DE COIMBRA. FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO.
- SALTER, A. (1988). *TREATING CHILD SEXUAL OFFENDERS AND VICTIMS*. NEWBURY PARK, CA:SAGE.  
[HTTP://WWW.SLD.CU/GALERIAS/PDF/SITIOS/PREVENI/MI\\_COLOMBIA.PDF](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/preveni/mi_colombia.pdf). CONSULTADO EM 10-06-10
- WELLMAN, M. (1993). CHILD SEXUAL ABUSE AND GENDER DIFFERENCES: ATTITUDES AND PREVALENCE. *CHILD ABUSE & NEGLECT*, 17,(4), 539-547  
[HTTP://WWW.CRCVC.CA/DOCS/CHILD\\_ABUSE.PDF](http://www.crcvc.ca/docs/child_abuse.pdf) CONSULTADO EM 10-06-10



# **Dor no corpo e na alma: vivências de dor em utentes com Artrite Reumatoide**

**Linda Fernandes**

**Linda Fernandes**<sup>25</sup>

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### **Resumo**

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença auto-imune, que se caracteriza pelo envolvimento poliarticular e dor associada ao processo inflamatório. Contudo, pelo contacto com utentes na prática diária, pode constatar-se que a dor que sentem vai para além das fronteiras do biológico. Com o presente estudo pretende-se compreender as vivências que interferem com a dor em utentes com AR.

Optou-se por um estudo qualitativo, recorrendo a uma análise fenomenológica pelo método de Van Manem.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que a dor sentida pelos doentes com AR é mais do que um fenómeno biológico, resulta da cultura, do meio social e da estrutura psíquica desenvolvida, ao longo da vida, no processo de aculturação.

Foi ainda aplicada a Escala da Resiliência de Wagnild e Young, de 1993 (Pesce, 2005) e, contrariamente ao expetável, estes doentes apresentam níveis de resiliência moderados ou elevados.

**Palavras Chave:** Dor, Artrite Reumatóide, Cultura, Espiritualidade.

### **Abstract**

Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease, which is characterized by the polyarticular involvement and pain associated at the inflammatory process. However, in my daily practice I've watched that pain goes beyond biological evidences.

This study seeks to understand the experiences that interfere with the pain in patients with RA. It's a qualitative study using a phenomenological analysis by the method of Van Manem. The obtained results allow us to conclude that the pain felt by patients with RA is more than a biological phenomenon, results from culture, environment and the psychic structure developed over a lifetime in the process of acculturation.

It was also applied to the Scale Wagnild and Young resiliency, of 1993 (Pesce, 2005) and, contrary to what we expected, these patients have moderate or high levels of resilience.

**Key Words:** Pain, Rheumatoid Arthritis, Culture, Spirituality.

---

<sup>25</sup> Enfermeira no serviço de Medicina AB (CHUC, EPE); Licenciatura em Enfermagem (2005); Mestrado em Psiquiatria Cultural (2010).

## Introdução<sup>26</sup>

A AR é uma doença crónica do tecido conjuntivo, de etiologia desconhecida. Caracteriza-se pela *sinovite inflamatória persistente*, que afeta as articulações periféricas de forma simétrica (Fauci *et al*, 1998:879).

A evolução da doença é variável, contudo, existem sinais comuns como a destruição da cartilagem, erosão óssea e deformidades várias (Fauci *et al*, 1998), que alteram irreversivelmente a imagem da pessoa, afetando a capacidade produtiva do indivíduo, a sua vida familiar e social.

Apesar da etiologia desconhecida, os fatores genéticos e ambientais desempenham um papel importante no desenvolvimento e aparecimento da doença autoimune. (Fauci *et al*, 1998).

É mais prevalente no sexo feminino, atingindo 0,8% da população, nas quarta e quinta décadas da vida (Fauci *et al*, 1998).

A AR caracteriza-se por uma poliartrite simétrica das articulações periféricas, ocorrendo edema e hipersensibilidade das articulações envolvidas, sendo as mais frequentes a articulação metacarpo-falângica e a interfalângica proximal (Fauci *et al*, 1998).

A rigidez matinal é uma das manifestações que se apresentam entre as queixas frequentes dos utentes. Podem surgir manifestações a nível cutâneo (nódulos reumatóides, vasculite), pulmonar (nódulos, doença intersticial, bronquiólite obliterante – pneumonia organizada, doença pleural, síndrome de Caplan), oftalmológico (ceratoconjuntivite seca, episclerite, esclerite), hematológico (anemia, síndrome de Felty), cardíaco (pericardite, miocardite) e neurológico (mielopatias secundárias à doença da coluna cervical, compressão de nervos, vasculite) (Fauci *et al*, 1998).

O tratamento da doença centra-se no alívio da dor e pela manutenção da capacidade motora e prevenção das lesões articulares, recorrendo-se a glucocorticoides intra-articulares e sistémicos, ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não esteroides, metotrexato, sais de ouro, hidroxicloroquina, sulfasalazina, D-penicilamina, azatioprina, ciclosporina.

A dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspetos emocionais, sensoriais, culturais, ambientais e cognitivos; de carácter variável, estando relacionada com o significado atribuído à situação presente, às experiências vividas anteriormente e às suas recordações, bem como a capacidade de compreender as suas causas e consequências. Pode ser explicada por diferentes teorias – teorias da dor – que focam aspetos emocionais, cognitivos e sensoriais/perceptuais. Contudo, apenas duas das teorias da dor são mencionadas por alguns autores devido à sua subjetividade e complexidade: a teoria da especificidade e a do controle do portão.

A teoria da especificidade (Shiff, 1958) defende que a dor é “a única consequência da excitação das fibras nervosas nociceptivas aferentes que são transmitidas diretamente ao cérebro, constituindo sensações de dor” (Bolander, 1998:1175), ou seja, esta teoria pressupõe que os impulsos dolorosos

---

26 Texto realizado com base na tese de mestrado Dor no Corpo e na Alma – Vivências de Dor em Mulheres com Artrite Reumatóide no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina, orientada pelo Professor Doutor Manuel João Quartilho e coorientada pela Professora Doutora Ana Albuquerque Queirós.

se transmitem, somente, através de fibras especiais até aos centros cerebrais específicos. Segundo Bolander (1998: 1175), esta teoria é de *alcance limitado*, por isso, foi abandonada na generalidade.

A teoria do controle do portão defende que a dor é um fenómeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo que provoca sensação dolorosa e na componente psicossocial como o pensamento, as emoções e as experiências vividas anteriormente, ou seja, esta teoria relaciona a mente e o corpo na explicação da dor.

A teoria do portão defende que a sensação dolorosa pode ser mediada ou bloqueada, por completo, por determinadas fibras nervosas e pela estimulação nervosa. Ao cérebro são conduzidas vários tipos de sensações cutâneas através das vias da espinal medula. Existem dois tipos de fibras, onde uma inibe a atuação da outra, fechando assim as “portas”, isto é, quando ocorre uma lesão, esta pode causar a ativação de determinadas fibras, fibras C, que se transmitem lentamente e provocam dor. Devido a esta lentificação, as mensagens de dor das fibras C podem ser bloqueadas na medula, se esta estiver ocupada com as fibras A beta. Neste contexto, consegue-se compreender e explicar o facto de a massagem, a vibração, a pressão, o calor, o frio e outros mecanismos (exceto as drogas), reduzirem a perceção da dor (Barbara, 2001).

A Cultura tem assumido um importante papel na compreensão do fenómeno dor, mostrando que esta ultrapassa a objetividade do biológico. Basta recordar rituais de pequenas comunidades em África ou na Índia, que implicam a automutilação e onde não há referências a processos de dor/sofrimento. Estas atitudes são compreendidas no cerne dos valores culturais e significados que determinada comunidade partilha influenciando a perceção e os limiares de dor.

Cada comunidade, grupo social ou mesmo família caracteriza-se pelo uso de uma *linguagem do sofrimento* muito própria, surgindo reações extravagantes das emoções ou reações caracterizadas pelo estoicismo e a repressão (Helman, 2003).

A dor é mais do que um evento neurofisiológico. Há também fatores sociais, psicológicos e culturais a ter em conta. Nem todos os grupos sociais e culturais reagem à dor da mesma forma, esta pode ser influenciada pela sua origem e formação cultural e social.

O Plano Nacional de Luta Contra a dor preconiza que “o enfermeiro, tendo em conta o tempo de presença junto de doentes e famílias, bem como a relação terapêutica próxima na perspetiva da relação de ajuda, é, por excelência, uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar de controlo da dor” (Ministério da Saúde, 2001: 49).

Este estudo procura conhecer os aspetos socioculturais da dor crónica presente na pessoa com AR, utentes do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Assim, pretende-se com este trabalho dar resposta a como é vivenciado o fenómeno dor nos indivíduos com AR e qual a sua relação com fatores socioculturais. Para tal foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar fatores socioculturais relacionados com a experiência de dor na pessoa com AR.
- Compreender de que forma a experiência de dor é limitadora e significativa na pessoa AR.

- Conhecer a perspectiva da pessoa com AR relativamente à intervenção do enfermeiro face à dor.
- Compreender de que forma a Resiliência destes utentes perante a doença interfere com a experiência dolorosa.

## Metodologia

Este estudo surgiu da necessidade de compreender um fenómeno subjetivo, descrevê-lo, interpretá-lo, sem tentar controlá-lo. O fenómeno da dor foi estudado numa pequena franja de doentes com AR, pelo que opção metodológica passou pela investigação qualitativa sendo a análise de dados baseada na abordagem fenomenológica.

Na metodologia qualitativa, os sujeitos são entendidos como parte de um todo, dentro do seu contexto natural e habitual. Estes não são reduzidos a variáveis isoladas ou a hipóteses, pois ao reduzir pessoas a agregados estatísticos, perde-se a riqueza subjetiva inerente ao comportamento humano (Queirós, 2004).

Segundo Patricia Benner (1994), citado por Marie Fabienne Fortin (2003), a abordagem fenomenológica hermenêutica consiste na descrição do universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica. Assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a mulheres com AR, internadas no serviço de Reumatologia Mulheres dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que se encontravam na faixa etária entre os 25 e os 65 anos, até à saturação dos dados obtidos. A sua análise baseou-se numa abordagem fenomenológica, tendo em conta que é considerada como a busca de sentido numa descrição da experiência humana, ela fica ligada aos enunciados verbais dos co investigadores, a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência (Fortin, 2003)

Pretendia-se, ainda, avaliar a resiliência nos utentes com AR, aplicando a Escala da Resiliência de Wagnild e Young, de 1993 (Pesce, 2005) junto dos utentes da consulta externa de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. A análise desta foi feita com recurso à estatística descritiva. Os resultados do questionário têm o objetivo de caracterizar os utentes com AR que frequentam a consulta externa de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Este não foi aplicado no internamento, porque sendo um momento que pode influenciar os resultados obtidos, tendo em conta que o indivíduo não se encontra no seu meio habitual, estando numa posição fragilizada quer a nível físico como psicológico, pode afetar os níveis de resiliência.

Quanto ao número de participantes que constituem a amostra de um estudo fenomenológico, este não foi definido, pois o seu objetivo não é generalizar os resultados. Morse citado por Fortin (2003) refere que um pequeno número de participantes é geralmente suficiente para alcançar a informação sobre o fenómeno que está a ser estudado. A seleção dos participantes foi feita a partir de uma seleção baseada numa relação de proximidade e confiança entre entrevistado e entrevistador.

Sendo a entrevista semiestruturada, optou-se pela realização de um guião, não rígido, permitindo simultaneamente a livre expressão de ideias, sentimentos e vivências. A sua elaboração teve por base as orientações dadas por Estrela (1994), isto é, a formulação do tema, a definição dos objetivos gerais, a definição de objetivos específicos a partir dos objetivos gerais e a previsão das estratégias de concretização.

## Análise de dados

Após a leitura das seis entrevistas realizadas, foi elaborado um quadro de categorização de modo a facilitar a análise e discussão dos dados obtidos, tendo por base as questões de investigação, definindo-se categorias e subcategorias. Como foi definido na metodologia adotada, as entrevistas foram analisadas com recurso à fenomenologia hermenêutica, pelo método de Van Manem, e os questionários através da estatística descritiva simples, com recurso apenas às medidas de tendência central.

### Aspetos socioculturais da dor

- Sinto a dor

A dor na AR é inegável pelo estudo da sua fisiopatologia. Com este estudo pretende-se compreender melhor a interferência de outros fatores na manifestação da dor por parte destas utentes.

É unânime entre estas utentes a assunção da dor como parte do seu dia-a-dia:

*Sempre (...) 'tá sempre a dor, as outras coisas podem-se fazer mais mal ou melhor mas a dor 'tá sempre em primeiro lugar. (E2)*

*(...) todos os dias e de manhã. (E4)*

*(...) Nos joelhos era constantemente; (E6)*

No entanto, a forma como a sentem evidencia o carácter subjetivo e complexo do fenómeno em estudo.

*Umaz vezes mais lenta, outras mais, mais forte...mas está sempre! (E2)*

*(...) vem aquela dor...nem dá sinal. Estou bem e de repente vem aquela dor com uma força parece que tenho de atirar um grito! (E3)*

*(...) Há dias... tenho dias que mais... agressivos, tenho outros dias que ando melhor. (E5)*

Referem fatores como o frio e o calor, assim como diferentes fases do dia como agentes que interferem na dor: *eu sinto que o calor afeta-me bastante (E1).*

- Alívio da dor

Quanto ao alívio da dor, as opiniões convergem, na medida em que recorrem apenas à medicação para combatê-la:

*(...) tomo só a medicação diária, não acrescento nada. (E1)*

*(...) só me desaparece mais quando é o efeito da medicação. (E2)*

*Tomo a medicação e não faço nada. (E4)*

*Tomo os meus medicamentos. Tenho lá um medicamento que é para casos de SOS e tomo esse medicamento, se a coisa não resulta tenho de me dirigir ao Centro de Saúde ou contactar a minha médica, que já o tenho feito por várias vezes. (E5)*

As utentes entendem a dor como algo que devem de suportar, só tomando a medicação em último recurso.

*O que eu faço é... tento suportá-la da melhor maneira, da melhor forma... (E1)*

*Normalmente aguento. (E3)*

Embora existam outras formas de alívio da dor, para além da terapêutica instituída, estas utentes revelam desconhecer esta realidade e muito poucas tentam alternativas de alívio da dor:

*(...) tento relaxar um bocadinho, tento adotar a posição melhor que possa, para me sentir melhor... (E1)*

*Não! Tenho sempre aqui seguida e nunca procurei mais lado nenhum. (E2)*

*Não, só fisioterapia, tenho feito fisioterapia (...) com o descanso sim, ou então tenha sido derivado a ter feito fisioterapia porque fiz piscina e fiz massagem na coluna, não sei como é que isso se chama...acho que era ultrassons (...) (E3)*

*(...) p'ras Termas! Mas o Dr. M não quer que eu vá para as Termas que não me faz bem a mim (...)na piscina, que a gente lá movia as pernas e... e isso tudo. Mas ele não me dá de conselho de eu ir... nem p'ra praia! Embora a água fria também não interessa, agora para a piscina de água quentinha sim. (E6)*

Estes depoimentos revelam lacunas no ensino e aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

#### - Os meus apoios

A AR é uma patologia crónica, constituída por várias fases agudas, sendo motivo de alguns internamentos. É nestas fases que as utentes têm de recorrer à sua rede social, e é no seio familiar, em particular nos cônjuges, onde encontram o seu apoio físico e psicológico.

E1 refere este apoio como *Importantíssimo, importantíssimo! (...) Era o meu marido que eu chamava, era ele que estava ao pé de mim, era o que eu chamava para me ajudar, sem saber o que se passava ainda (...)*

*Se estiver o meu marido (...) se não 'tiver, peço ajudar às minhas cunhadas ou à minha irmã (E3)*

*(...) Tenho muito apoio. Tenho, pronto, o que vale tenho um homem que é capaz de fazer tudo, muito calmo, com muita paciência para mim. (E4)*

Outros elementos da família são referidos, embora que sempre precedidos do marido, como sendo os filhos: *Tenho lá a minha filha que mora lá perto, mora lá ao lado. (E2)*

Contudo, o apoio do marido é deveras o mais importante deixando transparecer no discurso o receio do abandono: *(...) muito apoio da família, muito apoio do marido felizmente, porque há casos destes que eu até conheço em que os maridos, tanto na parte dos maridos como das mulheres veem doenças de certa natureza e afastam-se e abandonam. (E5)*

#### - Uma vida nova

É consensual entre as entrevistadas que existe uma mudança após o diagnóstico. Como refere E1 *Mudou muito a minha vida, claro!*

Contudo, nem todas referem esta mudança com a mesma margem temporal e intensidade. E1 refere alterações que se foram instalando antes do diagnóstico e que vieram a constituir grandes limitações da sua mobilidade e conseqüentemente da sua independência no lidar com as tarefas domésticas, inclusive as de menor complexidade:

*Antes de a doença ser diagnosticada já não conseguia, por vezes, cortar um bocado de pão, por qualquer coisa, deixava cair as coisas para o chão, uma coisa leve, uma coisa pequenina... caía para o chão, foi aí que começaram a ver que qualquer coisa não 'tava bem, até que um dia apanhou-me também os joelhos, agachava-me e para me levantar... não conseguia.*

Tal como E1, E3 e E4, foram-se apercebendo das alterações progressivamente:

*Nessa altura não, mas a pouco e pouco sim, porque já não conseguia fazer uma cama, portanto, limpar o chão. (E3)*

*Nessa altura não tinha bem ainda, vá lá, conhecimento do que era a doença. E depois, ao longo do tempo, eu comecei a ficar pior (...)(E4)*

Por vezes o início é mais agudo como foi o caso de E5:

*Mudou muito. Porque eu era uma pessoa saudável e eu, quando, pronto... o diagnóstico foi depois, mas eu estive... eu não me vestia, não me calçava, eu não andava. Não pegava num bocado de pão e levava à boca, não fazia nada.*

E6 desvaloriza a sintomatologia dizendo que (...) *ainda me mexo bem. Eu ainda subo acima dos armários, para limpar os armários da cozinha, acima dos mostradores, e às vezes ajoelho-me, mas claro dói-me e eu tento ter sempre cuidado.* E atribui o não agravamento dos seus sintomas a que (...) *quando tenho qualquer coisa, gosto de ir ao médico e não estar à espera de ver o que se passa.*

Todas estas alterações referidas influem diretamente na satisfação de algumas necessidades, como as necessidades de segurança, autoestima e autorrealização. Viram os seus projetos profissionais, independentemente da sua ambição profissional, bloqueados, muitas vezes adiados definitivamente, com a reforma antecipada por invalidez.

*O trabalho sim, fui... fui... tive de baixa durante um tempo, depois a Segurança Social, mandou-me automaticamente ver o motivo para a invalidez, não havia, não era uma doença como eles dizem, era estar... era estar... tinha que me reformar(...) (E1)*

*Eu fui sempre uma mulher de gostar de trabalhar e agora quero... eu vou, eu vou vou experimentar só que não tenho força (...) não tenho capacidade para fazer o que eu fazia (E2)*

*Já 'tou reformada há 21 ano (...) fui-me mentalizando que a minha vida que era assim (...) (E3)*

*Trabalhava nos lanifícios, na fábrica dos lanifícios (...) Tive abandonar aos 40 anos (E4)*

Nem todas reagiram da mesma forma às limitações provocadas pela doença, tendo em conta a sua individualidade mas também o modo de instalação da doença.

*Tive que encarar... um bocado complicado mas teve que ser, não posso, não posso! (E3)*

*Afetou um bocado a minha vida porque eu ajudava muito o meu marido e agora não. (E2)*

*Senti tristeza, senti nervoso, fiquei muito mais nervosa (...) mais ainda porque quero, às vezes, fazer qualquer coisa e não consigo. (E4)*

E6 é a exceção ao dizer que *Nada, de nada, não mudou nada. Tenho as dores, tenho que as aguentar.*

Pode dizer-se que as necessidades afetivas ou de pertença não se encontram alteradas pois todas referem o importante apoio da família e em especial do seu cônjuge ou companheiro.

A sexualidade foi um dos temas abordados durante a entrevista e todas as entrevistadas referiram sentir-se bem com a sua sexualidade, com a compreensão do companheiro da situação decorrente da doença o que leva à não manutenção dos níveis de atividade sexual habituais do casal: *Aceitou, aceita, aceitava, nunca tivemos problemas, porque ele aceitava e vi-a que eu 'tava a sofrer (...)* (E4)

A Escala da Resiliência de Wagnild e Young apresenta uma amplitude alargada relativa à faixa etária (43-87 anos) de utentes que recorrem à consulta externa para controle analítico e pequenos ajustes terapêuticos. Encontram-se, portanto, numa situação semelhante ao seu dia-a-dia, mais do que o utente internado, situação que traz consigo grandes alterações, com predomínio do fenómeno doloroso.

Ao contrário das expectativas deste estudo, a AR, apesar das suas alterações profundas, possibilita a estes utentes deter níveis moderados de resiliência. Assim, para um score máximo de 175 pontos, o valor médio dos 41 questionários aplicados encontra-se nos 120,17 pontos, sendo o valor da mediana muito próximo com 123 pontos e a moda de 141 pontos. Pode dizer-se que, em média, apresentam valores moderados de resiliência, sendo que 11 questionários apresentam índices elevados.

### Cuidar em Enfermagem na perspetiva do doente com AR

A construção social das profissões faz parte da cultura de uma sociedade e não acompanha o progresso das competências adquiridas em tempo real. A Enfermagem não é exceção e estas utentes reafirmam-no quando descrevem o enfermeiro/a enfermeira como uma pessoa simpática, limitando a importância da sua ação à distribuição e administração de terapêutica como única forma de alívio da sua dor física.

Como E1, todas as entrevistadas partilham da ideia de que (...) *os enfermeiros são excelentes (...)* *Atendem...são muito simpáticas (...)* *estou satisfeítíssima (...)*

O apoio que identificam na equipa de enfermagem é o questionar do se *'tá bem disposta, precisa de alguma coisa?* (E4)

E não conseguem identificar situações em que precisem da atuação de um enfermeiro para além das suprarreferidas. Referenciam os escassos recursos humanos, mas sem consciência da forte implicação no seu cuidado individual: *Havia de haver mais gente...* (E2) *Elas também têm muito trabalho (...)* *elas fazendo o trabalho que têm a fazer, temos de nos conformar...* (E2)

Falam ainda de falta de recursos materiais, como as camas elétricas com interferência no cuidar e muito importante para a sua mobilidade. Não identificam qualquer situação em que gostariam de ver uma intervenção diferente por parte dos enfermeiros: *Tudo muito bom. Todas muito carinhosas, todas boas, sempre a perguntar se estamos bem, se queremos alguma coisa, se nos falta alguma coisa, não tenho nada a dizer, nada, nada, nada, pelo contrário* (E6)

O facto de existirem rotinas no serviço que possam colidir com os seus hábitos no domicílio, não as incomoda: *não vejo bem a diferença porque não muda muito a minha maneira de ser tomar banho de manhã (...)* *elas puxam muito pelas pessoas, por aquelas que não querem fazer a sua higiene, acho que elas são muito... são competentes, estão a fazer um trabalho excelente.* (E1)

*Tudo está bem, para mim, tudo está bem (...) Comida, medicamentos a horas, tudo bem, elas todas muito amáveis, sempre a falar p'ra nós, sempre...não há problema nenhum (E6)*

Apenas E4 identifica uma situação em que gostaria, embora sem indignação, que fossem respeitados os seus hábitos: *Sim, tinha de ser de tarde (cuidados de higiene) porque é naquela fase que já 'tou um bocadinho melhor. De manhã custa-me mais.*

Foram questionadas sobre a necessidade que sentiam ou não de terem o direito a uma consulta de enfermagem na consulta externa ao que responderam que: *Não, não os médicos atendem bem. (E1)*

*O Prof. J.A. tem sido impecável para mim (E4)*

*Sim se a pessoa tem mais dificuldades sim, precisava de uma enfermeira, portanto, para mim, desde que a gente se possa mexer de mãos e pernas, bem ou mal nós ainda conseguimos, não é, mas há outras consultas que sim, que acho que deviam ter uma enfermeira para acompanhar, para ajudar. (E3)*

*É assim, não sei...Acho que, se houvesse possibilidades de haver, acho que não era mal nenhum, mas, pronto, o que tenho a expor, exponho à minha médica. (E5)*

Estas ideias vêm ao encontro da conceção que as suas palavras traduzem do cuidar em Enfermagem, que é, segundo elas, um cuidar reduzido às intervenções interdependentes da profissão: *(...) as enfermeiras estão para...para tirar sangue, p'ro peso...sim para isso estão... (E1)*, não evidenciando a profundidade e complexidade do cuidar holístico que deve caracterizar a atuação do profissional de Enfermagem.

## Discussão de Resultados

Considerando a subjetividade do fenómeno dor é imperativo considerar a objetividade e a certeza com que estas utentes dizem senti-lo, pelo que devemos iniciar a nossa intervenção considerando-o o quinto sinal vital.

John Clancy (1993: 23) refere-se à experiência dolorosa como subjetiva, uma vez que *"cada indivíduo tem uma faixa única de identidades anatómicas, fisiológicas, sociais e psicológicas."*

E2 afirma que *umas vezes mais lenta, outras mais, mais forte...mas está sempre presente*, enquanto E3 diz que *nem sempre a dor está presente tem uns momentos que sim, tem outros momentos que não*. O que vem ao encontro a Clancy (1993) quando este diz que a dor está associada à interpretação pessoal de cada doente acerca da sua situação de doença atual.

Outras entrevistadas referem períodos do dia ou do ano em que a dor é mais exacerbada: *Sim, todos os dias e de manhã. (E4); (...) eu sinto que o calor afeta-me bastante(...)* (E1)

Mário Queiroz *et al* (2002) refere que em Portugal não há correlação com alterações climáticas. A AR não respeita qualquer tipo de clima, embora haja flutuações na frequência, sendo mais frequente nos países nórdicos do que nos mediterrânicos.

Será a dor que sentem apenas resultante da inflamação das articulações que referem afetadas? Pela análise do seu discurso, não parece que este fator fisiopatológico da dor seja suficiente na compreensão do fenómeno. Há outra dor implícita e essa mais difícil de avaliar e de aliviar. Autores

referenciados por Fátima Reis *et al* (2000) referenciam relatos de dor que nem sempre são passíveis de explicação por dados biológicos da doença. Acrescenta ainda que o *coping* passivo relativo ao fenómeno dor está diretamente relacionado com um aumento do sofrimento psicológico, pelo que se torna essencial um suporte social e emocional de qualidade, com vista à prevenção de disfunções a nível social e psicológico, tendo em conta que sentimentos de impotência/desamparo (*helplessness*) estão relacionados com um aumento da sintomatologia depressiva.

São muitos os fatores envolvidos na perceção da dor, existe uma subjetividade sociopsicológica, anatômica, sociopsicofisiológica, bioquímica e fisiológica, e terapêutica. Existem portanto, fatores culturais, sociais, para além dos estruturais, que o enfermeiro deve ter em conta na avaliação da dor (Clancy, 1993). Todos estes aspetos fazem parte da vida da pessoa ou são fruto das adaptações que surgiram após o diagnóstico?

Aquando do diagnóstico a vida de todas estas utentes alterou-se, gradualmente para algumas e rapidamente para a maioria das utentes entrevistadas não permitindo qualquer adaptação às alterações profundas.

Também Queiroz *et al* (2002) refere o forte impacto da AR sobre o indivíduo e família. A limitação da capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio, da capacidade para o trabalho e para os tempos livres, podem modificar a imagem corporal, prejudicando a autoestima do doente.

O sentimento de perda foi intenso e múltiplo. E5 refere mesmo que sentiu *o mundo a desabar. Muita lágrima, chorei muito e pensamentos... pensamentos malucos (...)*. Desta afirmação pode ler-se o desespero a que a pessoa pode chegar, ao ponto de ponderar o suicídio. Queiroz *et al* (2002), sentimentos de infelicidade, desmoralização e desespero, relacionados com a dor crónica nos doentes com AR que podem levar à depressão. E assim, acrescenta ainda que, especificamente os doentes com AR que *se encontrem deprimidos tendem a desenvolver mais pensamentos catastróficos, a terem uma visão mais negativa da situação em que se encontram e a relatarem mais dor*.

A depressão associada aos doentes com AR tem mais ligações ao confronto dos doentes com a própria doença e com o suporte social de que dispõem, do que propriamente com a evolução física da doença (Queiroz *et al*, 2002).

Tendo em conta a bibliografia referida, relativamente aos padrões depressivos e suporte social/familiar era de esperar que os doentes com AR tivessem níveis baixos de resiliência. Contudo, ao contrário das expectativas deste estudo, a componente resiliência é elevada nestas utentes, o que as protege de certa forma da ideação suicida.

Os resultados obtidos evidenciam a boa adaptação às alterações da AR, o que estará associado à preservação da estrutura psíquica inicial. Nos diversos autores estudados, são referidas alterações a nível da autoestima, padrões depressivos devido à evolução prolongada da doença, à incapacidade funcional, às alterações da imagem corporal, às limitações profissionais e sociais, em especial devido à dor crónica (Queiroz *et al*, 2002).

No entanto, e embora este dado estatístico relativo à resiliência seja apenas um apoio a este estudo, não podia deixar de questionar-me sobre os níveis aqui encontrados e que estão em coerência com os relatos das entrevistadas mas em discordância com a bibliografia consultada.

Serão os fatores familiares, sociais ou culturais que pesam mais nesta proteção?

O apoio familiar, especialmente do cônjuge é o que referem como algo de muito importante: *Ele (...) é bem compreensivo...* (E2); *Tenho, pronto, o que vale [é que] tenho um homem que é capaz de fazer tudo, muito calmo, com muita paciência para mim.* (E4); *tenho o meu marido, que está reformado, e faz muita coisa* (E6)

No entanto, filhos ou familiares próximos são também referidos: *tenho lá a minha filha* (E2); *Se estiver o meu marido é o meu marido, se não 'tiver peço ajuda às minhas cunhadas ou à minha irmã* (E3). *As minhas filhas também* (E4).

Apesar do apoio fulcral da família não o consideram suficiente: *A gente às vezes espera mais, só que eles não o podem também dar, também têm a vida deles e...também ainda não sabem bem o que é o sofrimento (...) eu também não me manifesto sempre aquilo que é mesmo; para não andar a preocupá-los eu sofro o que eu posso (...) ainda pensam que ainda posso melhor que o que eu posso.* (E2)

Estará este sentimento de incompreensão relacionado, como referem Reis *et al* (2000) com as alterações que a AR implica em termos de ameaça aos papéis individuais e familiares, a outras relações interpessoais e às atividades laborais e de lazer?

É notória a influência de valores espirituais no fenómeno de aceitação da dor. *Também tenho muita fé*, refere E3 quando evidencia o papel da família e dela (...) *própria, eu própria sou de muita coragem. Penso que não posso 'tar assim porque há pessoas que 'tão pior e tem de ser.*

A religião tem, nestes casos, um papel protetor e de ajuda na busca de novas saídas para algumas dificuldades que a doença lhes impôs.

*Têm sido identificadas relações positivas entre religião, muitas vezes definida como participação e frequência da igreja (embora às vezes definida como bem-estar) e uma vasta variedade de resultados em doença e em saúde.* (Wright, 2005: 58)

Wright (2005) acredita que todas as pessoas têm um tipo de espiritualidade, no entanto só algumas acolhem uma religião. E torna-se importante a compreensão destas dimensões do fenómeno dor, de modo a agirmos de forma mais eficaz junto do doente.

A dor potencia as deformidades corporais e disfunções que a AR trouxe a estas senhoras, com influência nas suas atividades de vida diária.

Segundo Queiroz *et al* (2002) a população mais afetada em Portugal pelas doenças reumáticas parece ser a industrial e a menos afetada, a urbana.

O primeiro aspeto que estas utentes referem quando se fala da mudança no seu estilo de vida pós-diagnóstico não é o abandono da profissão, até porque quase todas as entrevistadas referiram ser domésticas, mas as pequenas coisas do dia-a-dia que até aí eram gestos banais do quotidiano, agora tornaram-se verdadeiros quebra-cabeças.

E1 refere que *antes da doença ser diagnosticada já não conseguia, por vezes, cortar um bocado de pão;*

E2 diz que a sua vida se transformou pois *trabalhava e agora trabalho mas com muito esforço. (...) sinto aquela rigidez para me levantar e para me começar a movimentar e então... ando sempre ali a lidar, vou ao quintal, vou ali, vou acolá.*

A dor que atravessa estas utentes após o diagnóstico é notória no discurso de E5 quando diz que *era uma pessoa saudável e eu, quando, pronto...o diagnóstico foi depois, mas eu estive...eu não me vestia, não me calçava, eu não andava.*

Apenas uma das participantes no estudo referiu ligeiras alterações no seu quotidiano: *vou andando, vou trabalhando, mas as dores era o que me atrapalhava mais.* (E6) Contudo, é perceptível alguma contradição no discurso quando diz que *Nada, de nada, não mudou nada. Tenho as dores tenho que as aguentar.* (E6)

É este sofrimento, presente no discurso destas doentes, que temos de saber ler e interpretar.

Queiroz *et al* (2002) fala dos doentes com AR como portadores de um psiquismo particular, com alternância de emoções relativas a estados de depressão, normalmente relacionados com a incapacidade para realizarem as suas tarefas, mesmo as mais básicas, ou a estados de passividade e dependência.

As doenças reumáticas são a primeira causa de doença no Homem, são o primeiro motivo de consulta médica e a primeira causa de incapacidade para o trabalho. Não surpreende que Hollander (citado por Queiroz *et al*, 2002) tenha afirmado que não há outro grupo de doenças que cause tanto sofrimento a tantos, durante tanto tempo.

O único trabalho efetuado em Portugal relativamente ao impacto das doenças reumáticas sobre a comunidade, de Loução Martins data de 1987. Evidenciou-se os dias de absentismo, as baixas e reformas por invalidez. Estas doenças limitam a valorização e a progressão profissionais, limitam o poder de compra, e geram insegurança, ansiedade e depressão e ocasionam, não raramente, necessidade de mudar de emprego e de casa. (Queiroz *et al*, 2002).

A invalidez é um dos ganhos secundários que adquirem a par com a atenção redobrada da família. Mas serão eles suficientes para colmatar as lacunas trazidas pela AR? É obvio que não. Há muitas necessidades alteradas nestas utentes. Uma delas é a sexualidade, resultante das alterações físicas das estruturas ósseas, do elevado nível de dor e associada ainda, a secura das mucosas, o que dificulta e torna dolorosa a cópula. Todas as entrevistadas referem compreensão da situação por parte do cônjuge, não se alongando muito. *A relação sexual afetou bastante (cabisbaixa) mas ele compreendeu (...)* (E1); *(...) ele sempre aceitou bem...* (E2); *Aceitou, aceita, aceitava, nunca tivemos problemas, porque ele aceitava e via que eu 'tava a sofrer(...)* (E4)

Queiroz *et al* (2002) refere numerosos problemas sexuais resultantes da AR. Sendo a sexualidade um assunto delicado que os utentes preferem não abordar junto do profissional de saúde, este deve de forma subtil abordar o tema na presença do casal e ajuda-lo a encontrar as melhores soluções para a readaptação da sua sexualidade.

O paraíso familiar relatado por todas as utentes leva-nos a colocar questões. Partindo do princípio que as pessoas aceitaram a participação no estudo com garantia de confidencialidade estes resultados são fidedignos. O que nos remete para uma reflexão na mudança de posição do homem na sociedade. Terão estes maridos sido sempre assim, colaborantes na divisão das tarefas domésticas? Sendo, na sua maioria, domésticas é pouco provável esta realidade. Ou estar-se-á a falar de alterações mais profundas como a aceitação social do homem que colabora em casa com a esposa?

Relativamente à família, a AR, conduz a alterações psicodinâmicas importantes com o relaxamento dos vínculos familiares e não raramente conduzem ao divórcio. Nos Estados Unidos da América (EUA) uma em cada três famílias em que um dos cônjuges sofre de AR, ocorre separação (Queiroz *et al*, 2002).

Reis *et al* (2000) refere também que a AR gera problemas psicossociais com reflexo na vida sexual e na relação conjugal.

A realidade das entrevistadas difere dos estudos apresentados acrescentando dados novos ao conhecimento do fenómeno dor e seu controlo. O apoio familiar, personalizado especialmente no cônjuge, leva a uma relação com os níveis de dor que, segundo Reis *et al* (2000), serão maiores se houver um controlo e rigidez familiar. Esta autora refere ainda que há um maior ajustamento em doentes casados, com famílias funcionais, não constituindo agentes de *stress*, enquanto que aqueles que não têm companheiro tendem a desenvolver mais sintomas psicopatológicos e menos sentimentos de controlo.

Pessoas muito ativas têm ainda mais dificuldades na aceitação da doença, pois veem o seu mundo ainda mais limitado. *Afetou um bocado a minha vida porque eu ajudava muito o meu marido e agora não.* (E1)

*Tenho de me conformar... há dias em que sinto-me revoltada e sinto-me um bocado em baixo (...) dá mesmo para uma pessoa andar um bocado desnorteada, mas é assim (...)* (E3).

É visível que os fatores em estudo têm pesos diferentes consoante a pessoa mas estão todos interligados, sem que seja possível mensurar a importância maior de um ou outro no comportamento das entrevistadas. O que se pode verificar é a nítida influência destes no modo como vivenciam o fenómeno dor.

Maria Teresa Pestana (1996) caracteriza a doença como um problema fortemente social e cultural, podendo originar diferentes respostas à doença, perante problemas semelhantes: “Em todas as culturas, aprende-se a reconhecer sentimentos, a personalidade, os comportamentos, a partir do corpo e das suas expressões” (Pestana, 1996: 211).

Esta autora referencia alguns autores que desenvolveram estudos na área da multiculturalidade e que descrevem o modo *como as crenças e os valores culturais determinam de forma dinâmica as experiências de doença nas pessoas* (Pestana, 1996:211).

O conhecimento dos padrões culturais são por isso de extrema importância para a compreensão, por parte dos profissionais de saúde, dos acontecimentos mais significativos ligados à vida dos doentes, para um cuidar adaptado a cada um deles (Pestana, 1996).

Procurou-se conhecer a perspetiva da utente com AR sobre o Cuidar em Enfermagem. Como Enfermeira, é com alguma insatisfação que vejo um desconhecimento absoluto da essência do cuidar em Enfermagem. Lorraine Wright (2005:13) acredita que a *essência da Enfermagem está no enfrentar o sofrimento*. Refere que o holismo, onde vigora a entidade única biopsicossocial que é o ser humano, esquece ainda a parte espiritual da vida, sendo esta essencial, no entender da autora, para o verdadeiro cuidar deste sofrimento.

Manuel Gameiro (1998:5) define sofrimento como *característica ontológica do ser humano, enquanto “consciente de si” e com a sua vulnerabilidade e finitude*. Também este autor refere a negligência do sofrimento humano nos cuidados de saúde, e em particular nos de enfermagem.

Michel Renaud (citada por Gameiro, 1998: 6), diz que “a dor física nunca é somente física; ela atinge o psíquico através do físico. Reciprocamente, os sofrimentos psicológicos marcam-se no corpo, somatizam-se”.

É nesta base que assenta o início deste estudo. E, de facto, o sofrimento destas doentes, apesar dos ótimos suportes familiares referidos, ultrapassam os limites da dor física causada pela AR.

Margot Phaneuf partilha da ideia do alívio do sofrimento como foco central do cuidar em Enfermagem: “Sem um pensamento directriz, o gesto da mão não tem sentido, ele é desumanizado; sem gestos de amor, sem uma mão estendida para aquele que sofre, os cuidados de enfermagem não têm razão de ser.” (Phaneuf, 2001: 17)

O que impede estas utentes de verem o Enfermeiro como vetor no alívio da dor? Com certeza a relação de ajuda não é tão objetiva e suscetível de ser observável como uma colheita de sangue, avaliação ponderal ou da pressão arterial. Contudo, ela é o instrumento mais valioso do cuidar em Enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2004) caracteriza o exercício profissional da Enfermagem centrado na relação enfermeiro/pessoa/família. Adverte para os conjuntos de valores, crenças e desejos de natureza individual que foram espoletando em cada uma das entidades que constituem esta relação. Pelo que o enfermeiro “distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2004: 4)

A Ordem dos Enfermeiros (2004) mostra a profissão inserida num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo as intervenções de enfermagem: intervenções interdependentes (aquelas que são iniciadas por outros profissionais de saúde), em que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade da sua implementação; e intervenções autónomas, iniciando-se estas no próprio enfermeiro e sobre as quais assume a responsabilidade total pela conceção e implementação da técnica de intervenção.

É destas intervenções que falo, ao dizer que estas doentes desconhecem a essência da enfermagem. É neste prisma que se denota a invisibilidade de muitas das nossas ações junto da população alvo, esquecendo que o enfermeiro tem “uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2004: 7)

É notória a incompreensão do objeto da Enfermagem quando referem todas que não há necessidade de enfermeiro na Consulta Externa porque (...) *os médicos atendem bem!* (E2)

No que refere ao conhecimento das competências da Enfermagem, verifica-se o mesmo cenário. (...) *As enfermeiras estão para tirar sangue, p'ro peso (...) são muito simpáticas* (E1). A simpatia não faz parte da relação de ajuda mas sim a empatia, a confiança, a escuta ativa.

Será que esta classificação advém das suas lentes ou da imagem que passamos ao valorizar a componente técnica, deixando com que as pessoas não se apercebam da versatilidade de situações em que podem recorrer a um enfermeiro e que o tipo de ajuda que pode obter é mais do que o (...) *se tem dores, se 'tá bem disposta (...)(E3) (...)* *precisa de alguma coisa?, isso não falta, cá esse apoio não falta.* (E4)

E se em vez do *Tem aqui o comprimido (...) que é para a dor*. (E5) fosse feita uma avaliação cuidada da dor e das estratégias que a utente pode adotar para o alívio da dor, sem recurso sempre aos fármacos? Até porque há doentes, como refere E3 que *normalmente aguento*, pois não podem tomar anti-inflamatórios não esteróides *por causa do Varfarine*.

“As enfermeiras de reumatologia devem preocupar-se com o auxílio na realização de técnicas complementares de diagnóstico e/ou tratamento, com o auxílio na realização de ensaios clínicos e com a educação, apoio e encorajamento dos doentes” (Queiroz *et al*, 2002: 79).

Contudo, não são só as entrevistadas que revelam baixo nível de conhecimento quanto às competências do enfermeiro, como se pode ver pela citação acima. O principal erro inicia-se exatamente aí e, muitas vezes, nos próprios enfermeiros que procuram a visibilidade de procedimentos técnicos que evidenciam a destreza e que estão, por vezes, na base das intervenções interdependentes. Existem, de facto, técnicas no âmbito do alívio da dor que podem ser usadas pelo enfermeiro, mas pouco divulgadas quer juntos dos doentes, quer dos próprios profissionais.

Todas estas utentes revelam baixo nível de conhecimento relativo às técnicas não farmacológicas.

É consensual, nesta amostra, a necessidade de suportar a dor. Sendo considerada a dor o quinto sinal vital, não podemos, como profissionais de saúde, permitir que esta noção passe para junto das nossas doentes. Talvez o problema ainda resida nos profissionais que se mantêm presos ao velho modelo biomédico onde as técnicas não-farmacológicas não têm lugar, pois são, por vezes, confundidas com a entrada no mundo mágico. Com a desmistificação desta ideia, o que tem vindo a ocorrer junto dos profissionais mais novos, devido à introdução destas componentes nos programas curriculares da Licenciatura em Enfermagem, talvez possamos ir mais longe nesta competência autónoma.

As doenças reumáticas não sendo doenças terminais, e porque não recorrem a meios de diagnósticos e/ou terapêuticos espetaculares, não tem despertado suficientemente a atenção dos *media*, dos médicos, nem dos governantes. Urge, todavia, sensibilizá-los visto ser necessária vontade política para a levar a bom termo um programa concertado de luta antirreumática (Queiroz *et al*, 2002).

Há muito a fazer por estes doentes, para além das ditas «técnicas espetaculares», mas para isso ajudaria uma dotação dos serviços adequada no sentido de uma prestação de cuidados de excelência.

Algumas utentes referem, a falta de recursos humanos (...) *havia de haver mais gente...* (E2), e que o *muito trabalho* (E2) justifica o descuidar de outros cuidados para estas utentes, que, na sua maioria, têm um grau de dependência reduzido para os autocuidados. Não valorizam que as rotinas do serviço não respeitem as suas prioridades no autocuidado. Contudo, por exemplo, E4 refere que o banho (...) *de manhã custa-me mais*.

## Conclusão

Tendo em conta os objetivos definidos para este estudo e a metodologia adotada, considerou-se que após a realização de seis entrevistas havia saturação dos dados.

É inegável a interferência dos fatores sociais, culturais, psicológicos e espirituais no fenómeno dor, vivenciado por estas doentes. Sendo impossível mensurar a maior ou menor influência por um dos referidos fatores, apenas podemos concluir que são determinantes na vivência deste fenómeno. Logo o seu conhecimento por parte do profissional de saúde, e em especial do enfermeiro, trará grandes benefícios no cuidar destes doentes. Não se trata aqui de aplicar um tratamento a uma ferida, mas de uma relação de ajuda dirigida à pessoa família minorando os efeitos da dor associada à AR.

Contudo, um aspeto que ficou salientado foi o aceitar fatalista desta dor pelas doentes. Esta predisposição, muito ligada a valores culturais, dificulta a abordagem e o incentivo ao conhecimento de si mesmo e ao uso de técnicas não farmacológicas, no sentido do alívio da dor. Para estas senhoras, apenas existe um meio para o alívio da dor e que nem por isso consideram eficaz: a terapêutica medicamentosa. Só é compreensível o aceitar desta realidade tendo em conta os valores culturais relativos à dor e o facto de os doentes com dor crónica acreditarem que *têm uma capacidade limitada para exercer qualquer controlo eficaz dos seus sintomas* (Quartilho, 2001: 181).

A dor sentida, associada às alterações morfológicas resultantes da instalação da doença interfere muito nas atividades de vida diária das doentes, dependendo da extensão e da fase de evolução da doença. Como vimos, estados depressivos estão muitas vezes associados a certas fases da doença, devido à presença de dor intensa, e podem prolongar-se mesmo após o controlo dos sintomas, interferindo também na satisfação das necessidades fundamentais dos doentes. Isto é, não são apenas as limitações físicas que impedem estas mulheres de prosseguirem a sua vida habitual, há danos a nível do seu modo de vida que levam algum tempo a assimilar e a tentar ultrapassar. Há um sentimento de incapacidade permanente que acompanha estas pessoas após o diagnóstico, condicionando-as psicologicamente na forma de enfrentarem a doença.

Quando confrontadas com a intervenção de enfermagem, verificou-se que não conheciam as competências do enfermeiro. Será por isso que não o solicitam? Todas as inquiridas referiram muito bons cuidados no internamento, no entanto, só evidenciaram a simpatia dos enfermeiros e a preocupação destes em administrar terapêutica como estratégia (única!) de alívio da dor. Os cuidados de saúde não funcionam num fluxo unidirecional, pelo que é necessário que os diversos intervenientes nesta relação trabalhem em prol do benefício de ambos. Cabe aos enfermeiros darem mais visibilidade à profissão, participando ativamente no controlo da dor, incentivando o doente à toma contínua da medicação prescrita, mas não descurando as intervenções autónomas de que dispõe no alívio deste sintoma e o seu ensino às utentes, pois estas quando questionadas desconheciam a sua existência e não demonstraram interesse em explorar estas soluções.

Relativamente à resiliência, concluiu-se que, na amostra estudada, os níveis de resiliência eram, em média, moderados, com alguns questionários a atingirem valores elevados de *score*. De facto, estes valores não são transponíveis para a outra amostra estudada, ajudam a caracterizar de alguma forma o grupo de utentes com AR que frequenta a Consulta Externa do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Os valores culturais individuais e da comunidade em que o utente está inserido, interferem com os níveis de resiliência face à AR e consequentemente, na manifestação do fenómeno dor. Assim, compreende-se o aceitar incondicional da dor sem alterações significativas da estrutura psíquica. Alguns autores citados referem um psiquismo especial nos doentes com AR o que contradiz a ideia da manutenção do psiquismo anterior. Será que estes fatores socioculturais servem de escudo protetor e escondem a verdadeira estrutura psíquica?

Com esta investigação surgiram mais dúvidas pessoais acerca deste fenómeno tão complexo que é a dor. Contudo, obtiveram-se respostas importantes para o cuidar em Enfermagem nos doentes com AR, para que a dor não preencha a sua vida e, para que o enfermeiro, ao compreender as dimensões estudadas, possa intervir de forma eficaz no controlo da dor associada à AR.

## Bibliografia

- ANGERAMI, V. (2001). *PSICOSSOMÁTICA E A PSICOLOGIA DA DOR*. SÃO PAULO. PIONEIRA THOMSON LEARNING.
- BARBARA, K. (2001). *CONCEITOS E HABILIDADES FUNDAMENTAIS NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM* (6.ª ED). PORTO. ARTMED.
- BOGDAN, R., BIKLEN, S. K. (1994). *INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO: UMA INTRODUÇÃO À TEORIA E AOS MÉTODOS* (1ª ED). PORTO. PORTO EDITORA.
- BOLANDER, V. R. (1998) *ENFERMAGEM FUNDAMENTAL: ABORDAGEM PSICOFISIOLÓGICA* (3.ª ED). LISBOA. LUSODIDACTA.
- CARDOSO, M. A. (1999) *MANUAL DE TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA*. LOUSÃ. LIDEL.
- CARR, E. (1990) MÉTODOS NÃO FÍSICOS NO ALÍVIO DA DOR. *NURSING* 31 (12), 7-9.
- CLANCY, J. (1993) A SUBJECTIVIDADE DA DOR. *NURSING* 71, 21-29.
- CONIAM, S. W., DIAMOND, A. W.(2001) *CONTROLO DA DOR* (2.ª ED) LISBOA. CLIMEPSI.
- DIAS, A.(1994). *EXPERIÊNCIA DOLOROSA: VISÃO PSICO-BIOLÓGICA*. *SERVIR* 31(VOL 42), 45-184.
- ESTRELA, A. (1994). *TEORIA E PRÁTICA DE OBSERVAÇÃO DE CLASSES: UMA ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES* (4ª ED). PORTO. PORTO EDITORA.
- FAUCI, A. (1998) *HARRISON MEDICINA INTERNA- COMPÊNDIO* (14ª ED). RIO DE JANEIRO. MC GRAW-HILL.
- FLICK, U. (2005) *MÉTODOS QUALITATIVOS NA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA* (1ª ED). LISBOA. MONITOR.
- FORTIN, M.F. (2003) *O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO – DA CONCEPÇÃO À REALIZAÇÃO* (3ª ED) LOURES. LUSODIDACTA.
- GAMEIRO, M. (1998) O SOFRIMENTO HUMANO COMO FOCO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM. *REFERÊNCIA*: Nº 0. 5-12.
- HELMAN, C. (2003) *CULTURA, SAÚDE & DOENÇA*. SÃO PAULO ARTMED EDITORA.
- LEININGER, M. (1998) ENFERMAGEM TRANSCULTURAL: IMPERATIVO DA ENFERMAGEM MUNDIAL. *ENFERMAGEM* 10. 32-36.
- MASTEN, A. S., GARMEZY, N. (1985). RISK, VULNERABILITY AND PROTECTIVE FACTORS IN DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY. IN B. B. LAHEY & A. E. KAZDIN (Ed.), *ADVANCES IN CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY*. 123-137. NEW YORK. PLENUM PRESS.
- MATEUS, P., AMORIM, M. (2002) TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR. *SINAIS VITAIS* 43. 54-56.
- MELZACK, R., WALL, P. (1982) *O DESAFIO DA DOR*. LISBOA. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN.
- METZGER, C. (2002) *CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DOR*. LOURES. LUSOCIÊNCIA, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001) *PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A DOR*. LISBOA. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE.
- MONTEIRO, A. P. (2005) MULTICULTURALISMO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *PENSAR ENFERMAGEM* 1 (VOL. 9) 48-57.
- MUNHAL, P. (1994) *REVISIONING PHENOMENOLOGY: NURSING AND HEALTH SCIENCE RESEARCH*. NEW YORK. NATIONAL LEAGUE PRESS.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) *COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS*. DIVULGAR.

- PESCE P. (2005). ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, CONFIABILIDADE E VALIDADE DA ESCALA DE RESILIÊNCIA. *CAD. SAÚDE PÚBLICA* 21(2), 436-448. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/CSP/V21N2/10.PDF](http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/10.pdf)
- PESTANA, M. T. (1996) A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NUM CONTEXTO MULTICULTURAL. *REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM* 1, 183-297
- PHANEUF, M. (2001) *PLANIFICAÇÃO DE CUIDADOS: UM SISTEMA INTEGRADO E PERSONALIZADO*. COIMBRA. QUARTETO.
- QUARTILHO, M. J. (2001) *CULTURA, MEDICINA E PSIQUIATRIA*. COIMBRA. QUARTETO.
- QUARTILHO, M. J. (2001) DOR CRÓNICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA: 3* (VOL 26).
- QUARTILHO, M. J. (1996) DOR CRÓNICA: ALGUNS ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS. *PSIQUIATRIA CLÍNICA* 3 (VOL 17), 171-180.
- QUEIRÓS, A. (2001) *INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: A FENOMENOLOGIA NA INVESTIGAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO APLICADO À INVESTIGAÇÃO*. WWW.ANAQUEIROS.COM.
- QUEIRÓS, A. (2004) A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, WWW.ANAQUEIROS.COM *DIÁRIO DE NOTÍCIAS*(23.01.2005).
- QUEIRÓS, A. (2004) INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS DE BASE, DIFERENÇAS ENTRE AS METODOLOGIAS QUALITATIVAS E AS QUANTITATIVAS. WWW.ANAQUEIROS.COM. *DIÁRIO DE NOTÍCIAS*, (26.01.2005).
- QUEIROZ, M.V. (2002) *REUMATOLOGIA 1*. LIDEL..
- STREUBERT, H. J., CARPENTER, D. R. (2002) *INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM ENFERMAGEM: AVANÇANDO O IMPERATIVO HUMANISTA*. (2º ED). LOURES. LUSOCIÊNCIA.
- REIS, F. (2000) *VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS EM ADULTOS COM ARTRITE REUMATÓIDE EM FASE CRÓNICA*. (1ª ED.) LISBOA. INDÚSTRIAS GRÁFICAS, LDA.
- WRIGHT, L. (2005) *ESPIRITUALIDADE, SOFRIMENTO E DOENÇA*. COIMBRA. ARIADNE EDITORA.



# **O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação**

**Maria de Fátima Sousa**

**Maria de Fátima Sousa<sup>27</sup>**

Centro Hospitalar na Universidade de Coimbra, EPE

**Resumo**

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial. Se nem sempre é possível aos profissionais de saúde eliminarem a dor, os enfermeiros, pelo contacto frequente que têm com os doentes, desempenham um papel fundamental na implementação de ações para o controlo da dor através da aplicação de técnicas não farmacológicas, reduzindo o sofrimento associado à dor não aliviada. A questão central que orientou esta investigação diz respeito à informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas e a aplicação das mesmas no controlo da dor.

Trata-se de um estudo descritivo correlacional, em que os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário constituído por questões inerentes aos dados pessoais e profissionais e por um conjunto de afirmações que permitiram conhecer a informação que os enfermeiros possuem sobre técnicas não farmacológicas no controlo da dor.

A análise estatística confirma que a frequência de formação sobre “a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo” promove um aumento da informação e conseqüentemente uma maior aplicação destas técnicas. Tal facto demonstra que o investimento na formação nesta área torna-se vital para o alívio da dor e promoção da qualidade de vida dos que dela padecem.

**Palavras-chave:** Dor, Técnicas não farmacológicas no controlo da dor, Enfermeiro, Informação.

**Abstract**

Pain is one of the main causes of human suffering, affecting people's quality of life and intervening in their well-being as physical as psychosocial. Nevertheless pain is not always possible to eliminate, there are a range of nonpharmacological techniques that seems to be efficient in reducing the suffering with non relieved pain; Once nurses are one the health-care professionals who have more frequent contact with patients, they play a major role in the implementation of actions for the pain control, such as nonpharmacological techniques.

The main question that guided this study was to discover nurses' knowledge about nonpharmacological techniques and the frequency of their application in pain control.

The study was a descriptive correlational, data was collected using a questionnaire with personal and professional questions and by a set of affirmations in order to identify the nurses' knowledge about nonpharmacological techniques.

---

<sup>27</sup> Enfermeira graduada a exercer funções no serviço cirurgia BB dos Hospitais da Universidade de Coimbra (CHUC, EPE); mestre em Psiquiatria Cultural pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

The study result seems to point out that training on “Pain and the nonpharmacological techniques in its control” promotes better knowledge and consequently an increase in the application of these techniques. Such fact demonstrates that the investment in this area training is vital for pain relief and promotion of life quality of those who suffer from it.

**Keywords:** Pain, Nonpharmacological techniques in pain control, Nurse, Knowledge.

## Introdução<sup>28</sup>

A dor é tão antiga como o próprio ser humano, inerente à própria vida, é uma das experiências mais temidas e no entanto uma das mais experimentadas. Desde sempre que a Humanidade procura o alívio da dor.

Considerando a importância da dor, enquanto fenómeno fisiológico, para a integridade do indivíduo, a sua abordagem e gestão foi considerada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), fundada em 1973, é a maior associação multidisciplinar internacional no campo da dor, dedica-se a promover a pesquisa sobre a dor e a melhorar os cuidados prestados às pessoas com dor.

Portugal também acompanhou este percurso e em 1991 foi constituída a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor filiada da Associação Internacional para o Estudo da Dor.

Com o intuito de alertar a sociedade para o facto de a dor ser uma das complicações mais incapacitantes em toda a Europa, em 2001 foi instituída a Semana Europeia de Luta Contra a Dor pela Federação Europeia das Associações para o Estudo da Dor.

A preocupação com o sofrimento dos que padecem com dor levou a que, a Direção Geral de Saúde em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, implementasse em 2001 o Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

Este plano preconizava o desenvolvimento de Unidades de Dor nos Serviços Oficiais de prestação de cuidados de saúde de forma a proporcionar, ao maior número possível de utentes, o alívio da dor aguda ou crónica qualquer que seja a sua causa. Estabeleceu que todos os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos gerais sobre a sua abordagem e determinou as Orientações Genéricas para o Controlo da Dor Aguda no Período Peri-Operatório e para o Controlo da Dor Crónica. Definiu, também, as Orientações Genéricas para a Autoajuda no Controlo da Dor, abordando as intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.

Tendo em conta a necessidade de um controlo eficaz da dor, a Direção Geral de Saúde publicou a Circular Normativa de 14 de Junho de 2003, que instituiu a dor como o quinto sinal vital, com a obrigatoriedade da avaliação e registo regular da intensidade da dor pelos profissionais de saúde.

Em 2008, a Direção Geral de saúde emitiu nova Circular Normativa, o Programa Nacional de Luta contra a Dor, para dar continuidade ao Plano Nacional de Luta Contra a Dor, com o objetivo de uniformizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento. Este Programa adotou a definição de dor preconizada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor,

---

<sup>28</sup> Texto realizado com base na tese de mestrado "O Enfermeiro e as Técnicas Não Farmacológicas no Controlo da Dor: Informação/Aplicação" no âmbito do I mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina de Coimbra sob orientação científica do Professor Doutor Manuel João Quartilho

uma experiência multidimensional sensitiva e emocional desagradável associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em função de tal lesão, justificando que, “Esta definição tem como corolário a capacidade de a dor afectar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspectos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa” (Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008: 6).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2008) considera que o controlo da dor tem sido uma área relativamente negligenciada pelo interesse governamental, é urgente que esta seja controlada e que a dor crónica seja reconhecida como um problema de saúde pública uma vez que, de acordo com esta associação, apesar de poucas pessoas morrerem de dor muitas morrem e, ainda mais, vivem com dor.

Sendo o controlo eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde, é fundamental alertar para este problema e também investir muito mais nesta área. É preciso um maior desenvolvimento do estudo da dor dar formação aos profissionais para que possam dar melhores respostas aos doentes (Romão, 2006).

Sendo a dor principalmente um facto existencial e não apenas um facto fisiológico, as pessoas não sentem a dor da mesma forma. O seu limiar de sensibilidade não é o mesmo, a atitude face à dor, os comportamentos de resposta são influenciados pela sua condição social, a sua cultura, os seus contextos de vida, a sua história pessoal. Dependem da sua personalidade, que pressupõe organizações psíquicas internas e por isso modos diferentes de lidar com a dor (Fleming, 2003).

Ao longo dos séculos foram surgindo várias teorias na tentativa de explicar o fenómeno da dor. Von Frey, em 1895, desenvolveu a Teoria da Especificidade; Ogden (2004: 313) refere que “este autor sugeriu que existem receptores sensoriais específicos que transmitem o tacto, o calor e a dor, sendo cada um destes receptores sensível a um estímulo específico”.

Estes recetores específicos da dor projetam impulsos em vias dolorosas neurais até ao cérebro, a dor é considerada de grau igual ao da lesão. A Teoria da Especificidade não valoriza os aspetos psicológicos da percepção da dor e a variabilidade das respostas (Watt-Watson, 2003).

A Teoria do Portão, de Melzack e Wall, defende que existe nos cornos posteriores medulares um mecanismo neural que se comporta como um portão, podendo aumentar ou diminuir o débito dos impulsos transmitidos desde as fibras periféricas ao sistema nervoso central. O influxo somático é influenciado pela capacidade reguladora deste portão, mesmo antes de criar uma percepção à dor e consequente reação. Esta teoria confirmou que a dor não é apenas uma experiência sensorial, mas sim uma integração completa de dimensões sensoriais afetivas e cognitivas. A percepção da dor e as reações à dor não são previsíveis, diferindo em cada pessoa e em cada experiência (Watt-Watson, 2003).

Assim é possível perceber que processos psicológicos tais como, a memória da experiência passada, a atenção e a emoção, podem influenciar a percepção da dor e reação consecutiva, atuando no mecanismo espinal do portão. Algumas destas atividades psicológicas podem abrir o portão, outras fechá-lo (Melzac e Wall, 1987).

Melzack e Wall confirmam que, “esta Teoria permite compreender as medidas de alívio da dor (...) sugere que os impulsos da dor podem ser regulados ou até bloqueados por mecanismos de portão ao longo do sistema nervoso central. O mecanismo de portão ocorre na medula espinal, tálamo, formação reticular e sistema límbico (...) os estímulos dolorosos são transmitidos quando o portão está aberto e não quando está fechado. Fechar o portão é a base de alívio para as terapias e terapêuticas de alívio da dor” (Potter e Perry, 2006: 796).

Watt-Watson (2003) refere que esta teoria defende que a melhoria de atividade nos grandes neurónios aferentes primitivos não nociceptivos (A beta), como a produzida pela massagem ou estimulação nervosa elétrica transcutânea, pode reduzir as mensagens de dor transportadas pelos pequenos neurónios nociceptivos (A delta e C) até às células na substância gelatinosa inibindo a transmissão da mensagem de dor.

Tendo em conta que a dor para além do seu significado de alerta não tem qualquer outra vantagem para o organismo, sendo motivadora de sofrimento e diminuição da qualidade de vida, é essencial uma atuação planeada, organizada pelos profissionais de saúde para uma melhor resposta na avaliação e controlo da dor que deve incluir a participação de quem sente dor e do cuidador informal.

O enfermeiro ao cuidar do doente/família não pode esquecer que cada indivíduo é culturalmente único e o produto de experiências, crenças e valores passados que foram ensinados e transmitidos de geração em geração, deste modo deve identificar os seus valores culturais e crenças pessoais e separá-los dos da pessoa, respeitando as diferenças que ambos trazem para o ambiente de cuidados. As perceções sobre saúde e doença são formadas por fatores culturais e em consequência disso todos os indivíduos têm comportamentos distintos em relação aos cuidados de saúde (Potter e Perry, 2006).

O papel do prestador de cuidados consiste em dar resposta às queixas dos doentes sem fazer juízos sobre a sua intensidade e sem projetar os seus próprios valores e comportamentos ao avaliar a atitude dos doentes (Metzeger, Schwetta e Walter, 2002).

A sensibilidade e a empatia, o tentar perceber o que a pessoa está a sentir, são aspetos importantes na abordagem sistemática ao doente com dor. Os autorrelatos do doente sobre a dor que sente, são a chave para um controlo eficaz (Watt-Watson, 2003).

Cuidar da pessoa com dor pode ser uma experiência desafiadora e compensadora quando o enfermeiro tem capacidades e conhecimentos sobre várias opções terapêuticas. Tendo em atenção que a dor é uma experiência única e individual para cada pessoa, não há um tratamento único que alivie todos os doentes em todas as situações, podendo ser útil recorrer a várias estratégias para conseguir um bom resultado (Elkin, Perry e Potter, 2005).

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Assim, sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença deve intervir na promoção de cuidados que a aliviem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. As técnicas não farmacológicas devem ser utilizadas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. Podem ser classificadas em físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As intervenções físicas estabelecem com a terapêutica farmacológica, múltiplas complementaridades nas áreas de nociceção, da inflamação e do aumento do tônus muscular por contraturas (Pinheiro, 1998).

Como técnicas não farmacológicas de ordem física podemos mencionar a aplicação do calor ou do frio, o exercício, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea.

Alguns dos efeitos terapêuticos obtidos com aplicação do calor são a promoção da vasodilatação, redução da tensão muscular, produção do relaxamento muscular e redução da dor provocada por espasmos ou rigidez, aumento do metabolismo tecidual.

Os efeitos terapêuticos da aplicação do frio são a vasoconstrição, pois ao reduzir o fluxo sanguíneo local previne o edema e atenua a inflamação, anestésico local, promoção da redução do metabolismo celular através da diminuição da necessidade de aporte de oxigénio às células, redução da tensão muscular e alívio da dor (Elkin, Perry e Potter, 2005).

A estimulação elétrica transcutânea consiste na aplicação de corrente de baixa intensidade através da colocação de eléctrodos na pele, que provoca estimulação seletiva dos recetores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico. Esta técnica permite a libertação de substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor, fomenta a mobilidade física através da interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Entende-se por exercício os movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e a inatividade de modo a promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Permite reduzir a atrofia e a desmineralização e o alívio da dor com a correção da postura e prevenção de futuras dores (Ordem dos Enfermeiros, 2008). O exercício e a atividade física melhoram o humor, a qualidade de vida, a função intelectual, a capacidade de auto cuidado, o padrão de sono e reduzem a ansiedade. Os indivíduos devem ser estimulados a realizar atividade física e exercícios suaves de contração e alongamento (Pimenta, 2000; Instituto Nacional do Câncer, 2001).

A massagem consiste num conjunto de manipulações praticadas, geralmente com as mãos, sobre uma parte ou a totalidade da superfície corporal com a finalidade de provocar alterações diretas ou reflexas. Pode ser preventiva, curativa, de reabilitação, de relaxamento e de conforto, alivia a tensão muscular local e geral que causa ou potencia a dor, promovendo o conforto e o relaxamento, facilitando o repouso, alivia a dor e ativa a circulação (Clark, 1998; Almeida e Duarte, 2000).

O Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001) dá orientações genéricas para o ensino do autocontrolo da dor de forma a promover a redução da intensidade da dor ou o aumento da sua tolerância, estas ações prendem-se, sobretudo, com o ensino de intervenções não farmacológicas de apoio, passíveis de serem utilizadas pelo próprio doente. Estas podem ser de tipo comportamental e de tipo cognitivo.

Como técnicas cognitivas de autocontrolo da dor podemos recorrer: à distração, à imaginação, às estratégias de confronto e à reestruturação cognitiva.

A distração acontece sempre que alguém focaliza a sua atenção num estímulo diferente da dor, podendo aumentar a tolerância do doente à mesma e/ou reduzir a sua intensidade. Pode acontecer enquanto se aguarda que os analgésicos atuem ou para aliviar a dor enquanto se realiza um

procedimento doloroso, incentivando a pessoa a falar sobre uma lembrança agradável, um livro que está a ler ou sobre a sua família (Sofaer, 1994).

Através da imaginação ou visualização guiada, o doente cria uma imagem mental, concentra-se nessa imagem ou experiência agradável, que promove a utilização de todos os sentidos e fica gradualmente menos consciente da sua dor (Potter e Perry, 2006).

As estratégias de confronto são técnicas do tipo cognitivo que têm como finalidade alterar as circunstâncias negativas relacionadas com a dor, reduzindo os seus efeitos nocivos.

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) as mais utilizadas são: a autoinstrução, com autoafirmações positivas durante uma situação em que o doente tem pensamentos negativos; a testagem da realidade, com a procura de evidências empíricas para os seus pensamentos; a pesquisa de alternativas, em que se procura todas as alternativas possíveis, e não apenas as negativas e por fim, a descatastrofização.

Na reestruturação cognitiva o enfermeiro realiza o ensino ao doente sobre a monitorização e avaliação dos seus pensamentos negativos de modo a criar pensamentos adaptativos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As técnicas comportamentais são utilizadas com o objetivo de modificar a resposta da pessoa à dor, podemos recorrer a técnicas de modificação comportamental, relaxamento e biofeedback.

A modificação comportamental "Consiste na alteração, programada, do modo de agir da pessoa, recompensando o comportamento pretendido e ignorando o comportamento indesejável. (...) A modificação comportamental pode ser útil nas pessoas com dor crónica. (...) Ao usar métodos comportamentais para alterar o comportamento associado à dor, ou para encorajar actividades do doente, só se terá êxito se houver uma abordagem da equipa dos cuidados de saúde" (Watt-Watson, 2003: 377).

É necessário reverter as alterações comportamentais que resultaram em comportamentos de dor desadequados, incentivando o doente a regressar a uma atividade normal e demonstrando-lhe como ultrapassar as ideias incorretas acerca da sua capacidade para desempenhar determinadas tarefas. "Ignoram-se queixas e elogiam-se os resultados" (Coniam e Diamond, 2001: 41).

O relaxamento pode ser utilizado para o controlo da dor devido aos seus efeitos diretos na tensão existente na musculatura. Ao reduzir a hiperatividade muscular diminui o agravamento e manutenção da dor. Esta técnica possibilita a distração do pensamento, uma vez que os doentes estão hipervigilantes em relação à sua dor (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

O biofeedback é definido por Watt-Watson (2003) como um sistema de aprendizagem voluntária do controlo sobre funções orgânicas reguladas de forma autónoma para que a pessoa seja capaz de avaliar a reação ao stress fisiológico e substituí-la por outra reação não geradora de stress. O indivíduo aprende a substituir a tensão muscular por relaxamento muscular podendo, posteriormente, sem a máquina produzir os efeitos desejados.

Dias (2007) complementa que, através de pequenos monitores, a pessoa aprende a dominar técnicas de relaxamento, concentração e visualização aplicadas a funções corporais como, a frequência cardíaca, tensão arterial, temperatura da pele e descontração muscular. O indivíduo observa os sinais

visuais ou sonoros emitidos pelos monitores, que vão dando informações sobre os efeitos obtidos. Com o treino a pessoa põe em prática os gestos que controlam a função corporal e a dor. De acordo com a autora muitas vezes nem são precisas máquinas, ensina-se o doente a avaliar o pulso; depois volta a avaliar fazendo a mente pensar em «travar» a pulsação. Este método também pode resultar com a respiração, a temperatura e tensão arterial.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) considerou como intervenções de suporte emocional, o toque terapêutico e o conforto. Definiu o conforto como a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal, que pode ser conseguido através da promoção de apoio e segurança, através da promoção do relaxamento, redução da ansiedade e controlo da dor, entre outros sintomas que provocam desconforto ao doente.

Independentemente do tipo de intervenções utilizadas, a relação de ajuda estabelecida com o doente pode maximizar o controlo da dor através de comportamentos que demonstrem interesse, tais como, segurar na mão e o toque.

É essencial avaliar o impacto da dor na vida do doente/família, atuar como agente de ensino junto deles de modo a dar conhecimento de todo o leque de possibilidades existentes para o seu controlo e promover o seu envolvimento na escolha das estratégias tornando-os, assim, parceiros de cuidados.

## Metodologia

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2008) refere que os enfermeiros, pelo contacto frequente que têm com os doentes, na comunidade, no domicílio, no internamento e no ambulatório, desempenham um papel fundamental na avaliação do impacto da dor na pessoa, na família e na comunidade, na implementação de ações para o controlo da dor e na avaliação da eficácia dessas ações. Como resultado deste papel central na abordagem da dor, é de esperar que os enfermeiros possuam conhecimentos sobre os mecanismos, teorias e epidemiologia da dor, síndromes dolorosas mais frequentes, variáveis suscetíveis de influenciar a perceção e expressão da dor e uma gama razoável de terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) para o alívio da dor. Neste contexto consideramos pertinente definir como questão de partida:

Será que a aplicação de técnicas não farmacológicas no controlo da dor, pelos enfermeiros, está relacionada com a informação sobre as mesmas e com as características socioprofissionais?

Este trabalho é um estudo Descritivo-Correlacional composto por uma amostra de conveniência, não probabilística e como tal não podemos fazer extrapolações.

O instrumento de recolha de dados que se desenvolveu é um questionário, com forma estruturada de obtenção de dados. “O questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 2003: 249).

O questionário é composto por três páginas, apresentação do investigador, do estudo, pedido de colaboração e garantia de confidencialidade, sete grupos de questões sobre as características

socioprofissionais dos enfermeiros e 60 afirmações sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor para verificar a informação que os enfermeiros possuem sobre as mesmas.

O instrumento de recolha de dados foi submetido a um pré-teste antes da sua aplicação como forma de comprovar a sua viabilidade e fiabilidade. Assim foram entregues questionários a oito enfermeiros. Não se verificando a necessidade de fazer alterações, mantivemos o instrumento de recolha de dados.

Relativamente às afirmações que possibilitam verificar a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor, atribuímos um ponto a cada uma assinalada de forma correta e zero pontos se assinalada de forma incorreta. No que diz respeito à alternativa Não tenho opinião, consideramos desconhecimento e por isso atribuímos também zero pontos.

Para o estudo da fidedignidade procedeu-se, de acordo com Pestana e Gageiro (2000), à análise de consistência interna - uma medida da sua confiabilidade - através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, por ser considerada uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna em escalas de tipo Likert. Esta escala apresenta no seu global um valor alfa de 0,887, o que é considerado Bom pelos autores referidos. Não se excluiu qualquer item, pois o valor do coeficiente alfa da escala não melhorava.

A nossa amostra ficou constituída pelos enfermeiros a quem tínhamos facilidade de acesso, que não exercem funções de gestão, independentemente da instituição onde trabalham e pelos enfermeiros a exercer funções serviços de Medicina e Cirurgia Geral dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

## Resultados

A amostra final do estudo é constituída por 138 enfermeiros que, na sua atividade profissional, não exercem funções de gestão. Têm idades compreendidas entre os 21 e os 58 anos. A média de idades é de 35,30 anos e o desvio padrão 8,59. Composta maioritariamente por elementos do sexo feminino, 111 correspondendo a 80,4% dos profissionais estudados e 27 enfermeiros do sexo masculino, correspondendo a 19,6 % da amostra.

Os elementos da nossa amostra exercem funções no mínimo há um ano e no máximo há 37 anos. A média do tempo de exercício profissional é de 11,92 anos e o desvio padrão é de 8,24.

No que concerne à distribuição dos enfermeiros por categoria profissional, verificámos que 83 profissionais são Enfermeiros Graduados, correspondendo a uma percentagem de 60,1%; 41 elementos têm a categoria de Enfermeiro, com uma percentagem de 29,7%; e por último na categoria de Enfermeiro Especialista existem 14 elementos, perfazendo um total de 10,2%.

Os enfermeiros com formação específica sobre “a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo” demonstraram mais informação sobre as técnicas não farmacológicas.

Os elementos que afirmam aplicar sempre estas intervenções são os que apresentam um valor médio de informação mais elevado. Verificámos que existe uma diferença acentuada no número de enfermeiros que refere aplicar sempre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor (n=10), nunca (n=11) e no número que refere aplicar algumas vezes (n=117).

## Discussão

Importa realçar alguns resultados mais evidentes, sobretudo aqueles que têm a sua base nas questões formuladas, procurando relacionar estes resultados com o que fomos apresentando ao longo da fundamentação teórica.

O alívio da dor fez sempre parte do cuidar em enfermagem. No entanto os enfermeiros não têm conseguido aliviá-la adequadamente, quer pelo facto de não a valorizarem, quer por manterem a aceitação da mesma como fazendo parte da doença e do tratamento. Estas barreiras para o tratamento adequado da dor são determinadas pela falta de conhecimento sobre a sua avaliação e controlo (Manworren, 2000). No seu estudo Manworren identificou falhas a vários níveis do conhecimento sobre o controlo da dor, nomeadamente sobre as intervenções não farmacológicas.

Pulter e Madureira (2004) referem que, em termos de cuidados de enfermagem, o uso de técnicas não farmacológicas pode não eliminar a dor, mas contribuir para diminuir o sofrimento por ela causado. O estudo realizado por estas autoras evidenciou o desconhecimento destes profissionais relativamente às diversas técnicas não farmacológicas úteis para a prevenção e alívio da dor e que fazem parte das intervenções autónomas de enfermagem.

Os nossos resultados não são corroborados pelos trabalhos atrás referidos, uma vez que verificámos que 134 enfermeiros (97,1%) possuem informação sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor, tendo apenas quatro enfermeiros (2,9%) assinalado corretamente menos de 30 afirmações, que de acordo com o estabelecido previamente, demonstra não possuírem informação. Salientamos ainda o facto de nenhum enfermeiro ter assinalado corretamente as 60 afirmações do questionário. No total dos questionários o número de afirmações assinaladas corretamente variou entre o mínimo de oito e o máximo de 58.

Perante os valores encontrados verificámos que a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas não está relacionada com a idade.

Estes dados não são confirmados por Pölkki *et al* (2003) que no seu trabalho sobre “Os fatores que influenciam a aplicação de técnicas não farmacológicas pelos enfermeiros no alívio da dor de doentes pediátricos” concluíram que enfermeiras mais velhas e com maior experiência no trabalho são mais competentes e menos inseguras na utilização de técnicas não farmacológicas quando comparadas com as enfermeiras mais jovens e com menor experiência.

Verificámos que não há relação entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor e o tempo de exercício profissional. Estes resultados não estão de acordo com os obtidos pelos autores que passamos a mencionar.

Na sua pesquisa “Conhecimento e atitudes dos enfermeiros das unidades médicas de Hong Kong no controlo da dor” Lui (2007), verificou que os enfermeiros com uma percentagem maior de respostas corretas em NKASRP-C (Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses) tinham mais experiência clínica no controlo da dor e maior aplicação destes conhecimentos no seu trabalho diário. Batalha (2001) no seu estudo “A criança com dor e sua família; saberes e práticas dos

enfermeiros pediátricos” apurou que a variável tempo de exercício profissional, revelou influenciar de forma estatisticamente significativa, os saberes e práticas dos enfermeiros.

Nos resultados obtidos apurámos que existe um aumento sucessivo no nível informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor nas Categorias de Enfermeiro para Enfermeiro Graduado e destes para Enfermeiro Especialista, estes resultados são corroborados pela pesquisa de Batalha (2001) em que os Enfermeiros Especialistas obtiveram pontuações mais elevadas quanto aos saberes e práticas no alívio da dor e entre estes foram os que detinham a Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que conseguiram resultados significativamente melhores.

Do mesmo modo Wilson (2006) no seu estudo “As inferências dos enfermeiros sobre a dor” concluiu que os Enfermeiros Especialistas tinham uma maior base de conhecimentos do que os Enfermeiros.

Também Pölkki *et al* (2003) verificaram que as variáveis idade, formação e a experiência profissional influenciaram significativamente a aplicação destas técnicas e cerca de 98% dos enfermeiros referiam a necessidade de aprender mais sobre os diferentes métodos de alívio da dor.

De acordo com Portela (2006) tem vindo a esboçar-se em Portugal alguma preocupação no ensino pré-graduado na problemática da dor, de forma a permitir que os futuros profissionais possam ter uma formação adequada nesta área. Têm abundado nos últimos anos frequentes reuniões científicas que abordam os vários aspetos da dor.

Estas preocupações de formação sobre a dor e o seu controlo vêm de encontro aos resultados obtidos no nosso trabalho onde verificámos que os enfermeiros com formação específica sobre “a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo” (35,5%) demonstraram possuir mais informação sobre estas técnicas. Por outro lado, apurámos que 64,5% dos enfermeiros não frequentaram este tipo de formação.

Os nossos resultados são corroborados também por Batalha (2001) quando afirma, que tendo em atenção que a formação dos enfermeiros é vital para melhoria dos cuidados, era presumível pensar que os que possuíam mais formação tivessem pontuações mais elevadas no inventário de saberes e práticas, o que se confirmou. Desta forma comprovou que “as ações de formação sobre dor são úteis para a adoção de saberes e práticas de excelência em relação à dor na criança e sua família”. O autor concluiu ainda que a frequência de ações de formação revelaram influenciar de forma estatisticamente significativa os saberes e práticas dos enfermeiros.

Leça, Fernandes e Vieira (2006) na pesquisa “Os Dispositivos de Controle da Dor e os Enfermeiros” verificaram que 59,3% dos Enfermeiros tinham formação específica em dor e que 40,7% dos Enfermeiros não possuíam este tipo de formação. Consideraram “importante salientar a formação em serviço que corresponde a 39,2% e os workshops promovidos pela Unidade Terapêutica da Dor que obtiveram 31,6%”.

Os nossos resultados não são corroborados por este estudo, uma vez que os enfermeiros (13,8%) do nosso trabalho que frequentaram estas formações fizeram-no fora da instituição onde exercem funções, 9,4% usufruíram de formação no respectivo serviço e somente 8% dos elementos da amostra tiveram formação na instituição onde trabalham.

Gonçalves, Pereira e Cezar (2007) no seu trabalho a “Avaliação da intensidade da dor em pacientes submetidos a amigdalectomia” verificaram que das sete profissionais de enfermagem inquiridas, quatro (57,1%) referiram que não tiveram formação sobre a dor durante a sua formação básica e enquanto profissionais e três (42,9%) enfermeiras relataram ter recebido formação referente à dor durante sua formação básica.

Resende et al. (2006: 32) no seu artigo “Cuidar a Pessoa com Dor: Uma abordagem multidisciplinar” centrado num projeto de investigação-ação no domínio e controlo da dor num serviço de Medicina Intensiva verificaram que “os cuidados de enfermagem, neste âmbito resumiam-se à administração de fármacos, existindo pouca utilização de técnicas não farmacológicas da competência da enfermagem”. As autoras citam ainda Twycross (2001), Mansky et al. (2006) e Pereira (2006) para afirmar que as técnicas não farmacológicas podem ser bastante úteis, quando disponíveis, devendo ser vistas como uma perspetiva holística da gestão da dor.

Pölkki, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä (2001) realizaram um estudo com o objectivo de descrever as intervenções não farmacológicas aplicadas pelas enfermeiras de um hospital na Finlândia para aliviar a dor da criança no pós-operatório. Recorreram a uma amostra da conveniência constituída por 162 enfermeiras que trabalhavam em serviços de cirurgia pediátrica. A análise mostrou que são aplicadas frequentemente técnicas não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória, tais como: o suporte emocional e proporcionar um ambiente confortável. Contudo verificaram que as técnicas comportamentais e intervenções físicas são utilizadas com menor frequência. As autoras alertam para a necessidade de aplicar outras técnicas, como o uso da imagem, relaxamento e massagem.

Na nossa investigação ao analisarmos se existe diferença entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor segundo a frequência de aplicação das mesmas no seu exercício profissional, verificámos que os dez elementos que afirmam aplicar sempre estas intervenções são os que apresentam um valor médio de informação mais elevado. Do ponto de vista estatístico esta diferença não é relevante, mas não devemos ignorar a diferença acentuada no número de enfermeiros que refere aplicar sempre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor (n=10), nunca (n=11) e no número que refere aplicar algumas vezes (n=117).

Na revisão da literatura que realizámos encontrámos vários estudos que corroboram os nossos resultados, Pölkki et al. (2003) no seu trabalho identificaram como fatores que promovem a não aplicação destas técnicas: o excesso de trabalho, a insegurança dos enfermeiros, as limitações dos métodos de alívio da dor e o método de trabalho.

Também Queiroz et al. (2007) no artigo de revisão “Manejo da dor pós operatória na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado” salientam que grande parte dos enfermeiros trabalha em duplo emprego, o que faz com se sintam cansados e desmotivados para implementarem mudanças no cuidado à criança. Para além disso os enfermeiros tendem a adiar ou mesmo excluírem oportunidades de adquirirem novos conhecimentos sobre a dor através da formação.

Bezerra (2007: 1173) refere que “existe uma fragilidade quanto ao conhecimento dos profissionais relacionados ao controle e alívio da dor indicando, que a maior parte, basicamente se restringe

aos métodos farmacológicos e não visualizam o problema de forma mais ampla impossibilitando uma melhor assistência”.

Por outro lado Vila e Mussi (2001) no trabalho sobre “O alívio da dor dos pacientes no pós-operatório na perspetiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva”, constataram que estes profissionais não se restringem apenas à administração de terapêutica farmacológica, os enfermeiros utilizavam técnicas não farmacológicas descritas na literatura que visam promover relaxamento e distração e, conseqüentemente, proporcionam conforto ao doente. Os participantes deste estudo referiram que existe pouco conhecimento sobre técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e mostraram preocupação em melhorar a qualidade dos cuidados que visam promover o conforto, aliviando a dor e o sofrimento por ela provocado.

## Conclusões

Atualmente a dor é considerada um importante problema de saúde pública que tradicionalmente era desvalorizada e até negligenciada pela nossa sociedade.

Nos últimos anos, a investigação tem contribuído para uma mudança dos comportamentos e atitudes da sociedade em geral e nos profissionais de saúde em particular. Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico para todos os grupos etários sem exceção.

Partindo dos objetivos traçados para esta investigação serão apresentados de forma sintética as conclusões consideradas mais relevantes. Deste modo:

- Os enfermeiros (97,1%) possuem informação sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor;
- A informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas não está relacionada com a idade;
- A informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor não difere consoante o género;
- Não há relação entre a informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor e o tempo de exercício profissional;
- O nível informação que os enfermeiros possuem sobre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor está relacionado com a categoria profissional dos enfermeiros;
- Os enfermeiros com formação específica sobre “a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo” demonstraram possuir mais informação sobre as técnicas não farmacológicas;
- Os elementos que aplicam sempre estas intervenções apresentam um valor médio de informação mais elevado;
- Verifica-se uma diferença acentuada entre o número de enfermeiros que refere aplicar sempre as técnicas não farmacológicas no controlo da dor (n=10), nunca (n=11) e o que refere aplicar às vezes (n=117);

- Nesta amostra 45,65% dos elementos desconhecem que o Plano Nacional de Luta Contra a Dor contempla as técnicas não farmacológicas para o controlo da dor;
- Somente 35,5% dos elementos da amostra realizou formação específica sobre a dor e as técnicas não farmacológicas no seu controlo;
- Os 13,8% enfermeiros que frequentaram formações sobre “dor e as técnicas não farmacológicas” fizeram-no fora da instituição onde exercem funções, 9,4% usufruíram de formação no respectivo serviço e somente 8% dos elementos da amostra tiveram formação na instituição onde trabalham.

Como estratégias para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao doente com dor, nomeadamente, no que se refere à aplicação das técnicas não farmacológicas, pensamos que as instituições de saúde têm um papel importante na sensibilização e envolvimento dos profissionais, através da promoção de formação contínua sobre a dor e as técnicas não farmacológicas para o seu controlo, de modo a desmistificar preconceitos relativamente à aplicação destas técnicas e a implementá-las nos serviços ou, ainda, motivando a frequência deste tipo de formação fora da instituição.

Cada equipa de enfermagem deve promover momentos de reflexão e análise crítica das suas práticas relativamente à dor e desta forma responsabilizar os seus elementos de modo a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, nomeadamente através da aplicação das intervenções não farmacológicas. Pois, como confirmámos pela nossa amostra, apesar de os enfermeiros possuírem informação sobre estas técnicas poucos as aplicam aquando a prestação de cuidados.

## Bibliografia

- ALMEIDA, MARIA DE LURDES; DUARTE, SUSANA FILOMENA. (2000). MASSAGEM DORSAL DE BEM -ESTAR E DE CONFORTO. *REFERÊNCIA*, nº5, 75-78.
- ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR. (2008). GLOBAL YEAR AGAINST PAIN. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.IASP-PAIN.ORG/AM/TEMPLATE.CFM?SECTION=GLOBAL\\_YEAR\\_AGAINST\\_PAIN\\_&TEMPLATE=/CM/HTMLDISPLAY.CFM&CONTENTID=2760](http://www.iasp-pain.org/AM/TEMPLATE.CFM?SECTION=GLOBAL_YEAR_AGAINST_PAIN_&TEMPLATE=/CM/HTMLDISPLAY.CFM&CONTENTID=2760).
- BATALHA, LUÍS MANUEL CUNHA. (2001). A CRIANÇA COM DOR E SUA FAMÍLIA: SABERES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS PEDIÁTRICOS. *NASCER E CRESCER* - VOL.10. Nº 4, 266-273.
- BERNARDES, SÓNIA. (2008). OS ENVIESAMENTOS DE SEXO NOS JULGAMENTOS SOBRE DOR LOMBÁLGICA. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.CIENCIAHOJE.PT/INDEX.PHP?OID=26160&OP=ALL](http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=26160&op=all).
- BERNARI, M. [ET AL.]. (2007). KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT CANCER PAIN MANAGEMENT: A NATIONAL SURVEY OF ITALIAN HOSPICE NURSE. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV /PUBMED/17413771?ORDINALPOS=1&ITOO=ENTREZSYSTEM2.PENTREZ.PUBMED.PUBMED\\_RESULTS\\_PANEL.PUBMED\\_DISCOVERY\\_PANEL.PUBMED\\_DISCOVERY\\_RA&LINKPOS=1&LOG\\$=RELATEDARTICLES&LOGDBFROM=PUBMED](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17413771?ordinalpos=1&itool=ENTREZSYSTEM2.PENTREZ.PUBMED.PUBMED_RESULTS_PANEL.PUBMED_DISCOVERY_PANEL.PUBMED_DISCOVERY_RA&linkpos=1&log$=RELATEDARTICLES&logdbfrom=pubmed).
- BEZERRA, ROBERTA GOUVEIA DA SILVA. (2007). O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO CUIDADO DA DOR EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.INICEPG.UNIVAP.BR/INIC\\_07/TRABALHOS/SAUDE/INIC/INICG00305\\_010.PDF](http://www.inicepg.univap.br/INIC_07/TRABALHOS/SAUDE/INIC/INICG00305_010.PDF).
- BRYDON, C.W.; ASBURY, A. J. (1996). ATTITUDES TO PAIN RELIEF IN ADULT SURGICAL PATIENTS. *ANAESTHESIA*, nº51, 179-186.
- CAMPOS, M. CELESTE A. D. (2007). A DOR UMA VISÃO ANTROPOLÓGICA. *REVISTA DE ANESTESIA*. LISBOA. ISSN 0872-5888. Nº49, p.18-23.
- CARDOSO, ALICE. (1999). MANUAL DE TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA. LISBOA. EDIÇÕES LIDEL. ISBN 972-757-056-9.

- CLARK, L. A. (1998). FACILITAR O ALÍVIO DA DOR. *IN: SORENSEN, KAREN CREASON; LUCKMANN, JOAN - ENFERMAGEM FUNDAMENTAL: ABORDAGEM PSICOFISIOLOGICA. LUSODIDACTA. 1169-1205.*
- CONIAM, S.W.; DIAMOND, A.W. (2001). CONTROLO DA DOR. 2ªED. LISBOA. CLIMEPSI EDITORES. ISBN 972-97250-6-3.
- CRISTINA, IRENE DOS SANTOS [ET AL.] (1998). ENFERMEIRO PERANTE A DOR: CUIDAR COM QUALIDADE. *ENFERMAGEM EM FOCO. ANO VIII – ESPECIAL, Nº 3, 21-25.*
- DIAMOND, A.W; CONIAM, S.W. (1999). CONTROLO DA DOR CRÓNICA. 1ªED. LISBOA. CLIMEPSI EDITORES. ISBN 972-8449-09-7.
- DIAS, FÁTIMA. (2007). COMBATER O *STRESS* E A DOR SEM MEDICAMENTOS. *DIÁRIO DE COIMBRA SUPLEMENTO SAÚDE. 6 NOV, 4-5.*
- DIAS, FÁTIMA. (2007). PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A DOR – INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS. *IN: FORUM 07 “O CIDADÃO E A ENFERMAGEM: COLECTÂNEA DE COMUNICAÇÕES”. COIMBRA. ORDEM DOS ENFERMEIROS, 232-238.*
- ELKIN, MARTHA KEENE; PERRY, ANNE GRIFFIN; POTTER, PATRICIA A. (2005). INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E PROCEDIMENTOS CLÍNICOS. 2.ªED. LUSOCIÊNCIA. ISBN: 972-8383-96-7.
- FLEMING, MANUELA. (2003). DOR SEM NOME: PENSAR O SOFRIMENTO. 2ªED. PORTO. EDIÇÕES AFRONTAMENTO. ISBN 972-36-065903.
- FORTIN, MARIE-FABIENNE. (2003). O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DA CONCEPÇÃO À REALIZAÇÃO. 3ª ED. LISBOA. LUSOCIÊNCIA. ISBN: 972-8383-10-X.
- GONÇALVES, FABIANA HELENA DA SILVA; PEREIRA, MARIA GORETTE NICOLLETE; CEZAR, ELIENE SIMÕES. (2007). AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS A AMIGDALECTOMIA. *CIÊNCIAS CUIDADOS SAÚDE. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.PERIODICOS.UEM.BR/OJS/INDEX.PHP/CIENCUIDSAUDE /ARTICLE/VIEW/4979/3228](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4979/3228). ISSN 1516-1803.*
- GRENCHO, LEONEL MARTINS. (2009). O ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DA DOR. *NURSING, Nº243, 6-12.*
- HE, HONG-GU [ET AL]. (2005). CHINESE NURSES' USE OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS IN CHILDREN'S POSTOPERATIVE PAIN RELIEF. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING, 335-342. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW3.INTERSCIENCE.WILEY.COM/JOURNAL/118698740/ABSTRACT](http://www3.interscience.wiley.com/JOURNAL/118698740/ABSTRACT). ISSN 0309-2402.*
- JUNIOR, WILL; CARVALHO, ALÍPIA; BIERHALS, NEILA. (2008). MANEJO DA DOR PÓS OPERATÓRIA: OPIÓIDES – CUIDADOS DE ENFERMAGEM. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.FORUMENFERMAGEM.ORG/INDEX.PHP?OPTION=COM\\_CONTENT&TASK=VIEW&ID=3202](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3202).
- LEÇA, NÉLIO, FERNANDES, DINO; VIEIRA, IOLANDA. (2006). OS DISPOSITIVOS DE CONTROLE DA DOR E OS ENFERMEIROS. *REVISTA ANESTESIA REGIONAL E TERAPIA DA DOR, Nº 45, 52-63. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.ANESTESIAREGIONAL.COM/PRINCIPAL.HTM](http://www.anestesiaregional.com/principal.htm). ISSN 0872-5886.*
- LOPES, JOSÉ CASTRO. (2006). A DOR NÃO MATA, MAS MÓI. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.APED-DOR.ORG/XFILES/SCCONTENTDEPLOYER/DOCS/DOC314.PDF](http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/Doc314.pdf).
- LOPES, JOSÉ CASTRO. (2008). DOR CRÓNICA Atinge 30% DA POPULAÇÃO PORTUGUESA. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.FABRICADECONTEUDOS.COM/INDEX.PHP?LOP=ARTIGO&OP=D3D9446802A44259755D38E6D163E820&ID=C44196DC66B9C23E641A942048A58197](http://www.fabricadeconteudos.com/index.php?lop=artigo&op=d3d9446802a44259755d38e6d163e820&id=c44196dc66b9c23e641a942048a58197).
- LUI, LIZA YY. (2007). KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING PAIN MANAGEMENT AMONG NURSES IN HONG KONG MEDICAL UNITS. *JOURNAL OF CLINICAL NURSING. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW3.INTERSCIENCE.WILEY.COM/JOURNAL/120174556/ABSTRACT](http://www3.interscience.wiley.com/JOURNAL/120174556/ABSTRACT).*
- MANWORREN, RCB. (2000). PEDIATRIC NURSES' KNOWLEDGE AND ATTITUDES SURVEY REGARDING PAIN. *PEDIATRIC NURSING. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/12026363?LOG\\$=ACTIVITY](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026363?log$=activity).*
- MATEUS, PAULA; AMORIM, MARIA DO CÉU. (2002). TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR. *REVISTA SINAIS VITAIS, Nº 43, 54-56.*
- MATTHEWS, ELIZABETH; MALCOLM, COLETTE. (2007). - NURSES' KNOWLEDGE AND ATTITUDES IN PAIN MANAGEMENT PRACTICE. *BRITISH JOURNAL OF NURSING, 174-179 DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.INTERNURSE.COM/CGIBIN/GO.PL/LIBRARY/ARTICLE.CGI?UID=22972;ARTICLE=B JN\\_16\\_3\\_174\\_179](http://www.internurse.com/cgibin/go.pl/library/article.cgi?uid=22972;article=B JN_16_3_174_179).*
- MCCAFFERY, M. (1990). NURSE'S KNOWLEDGE OF OPIOID ANALGESIC DRUGS AND PSYCHOLOGICAL DEPENDENCE. *CANCER NURSING, Nº13, 21-27.*
- MELZACK, RONALD; WALL, PATRICK (1987). O DESAFIO DA DOR. LISBOA. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN.
- METZGER, CHRISTIANE; SCHWETTA, MARTINE; WALTER, CHRISTIANE. (2002). CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DOR. LOURES. LUSOCIÊNCIA. ISBN 972-8383-32-0.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2001). CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS - CONTROLE DA DOR. RIO DE JANEIRO: INCA. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.INCA.GOV.BR/PUBLICACOES/MANUAL\\_DOR.PDF](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf).
- MORAIS, ANA MARIA MARTINS; MOURA, ADRIANA MARIA MILHEIRO. (2002). INTERVENÇÕES NÃO INVASIVAS E COMPORTAMENTAIS DO ALÍVIO DA DOR. *ECOS DE ENFERMAGEM*, nº 228, 20-21.
- OGDEN, JANE. (2004). PSICOLOGIA DA SAÚDE. 2ª ED. LISBOA. CLIMEPSI. ISBN: 972-796-092-8.
- PAVANI, NEUSA J. P. (2000). DOR NO CÂNCER- PARTE I. *REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA*. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.RSBCANCER.COM.BR/RSBC/12INDICE.ASP](http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/12indice.asp). ISSN 1415-6725.
- PERGUIÇA, ANA CRISTINA; SOBRAL, MARIA DOS SANTOS. (2003). REFLEXÃO: O ENFERMEIRO DE CUIDADOS INTENSIVOS PERANTE A DOR. *SERVIR*, VOL.51, nº1, 25-27.
- PESTANA, M., e GAGEIRO, J. (2000). ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS. (2.ª ED.) LISBOA. EDIÇÕES SÍLABO, LDª.
- PIMENTA, CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS. (2000). CONTROLE DA DOR NO DOMICÍLIO. MANUAL DE ENFERMAGEM DISPONÍVEL EM [HTTP://VIRTUAL.UNIPAR.BR/COURSES/SEMIO2/DOCUMENT/CONTROLE\\_DA\\_DOR\\_NO\\_DOMICILIO.PDF?CIDREQ=SEMIO2](http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/CONTROLE_DA_DOR_NO_DOMICILIO.PDF?CIDREQ=SEMIO2).
- PINHEIRO, JOÃO PÁSCOA. (1998). MEDICINA DE REABILITAÇÃO E TRAUMATOLOGIA DO DESPORTO. LISBOA. EDITORIAL CAMINHO. ISBN 972-21-1169-8.
- PÖLKKI, T [ET AL]. (2003). FACTORS INFLUENCING NURSES' USE NONPHARMACOLOGICAL PAIN ALLEVIATION METHODS IN PAEDIATRIC PATIENTS. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF CARING SCIENCES* DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/14629640](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629640).
- PÖLKKI, T; VEHVILÄINEN-JULKUNEN K; PIETILÄ AM. (2001). NONPHARMACOLOGICAL METHODS IN RELIEVING CHILDREN'S POSTOPERATIVE PAIN: A SURVEY ON HOSPITAL NURSES IN FINLAND. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/11380715](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380715). J ADV NURS.
- PORTELA, JOSÉ LUÍS. (2006). NOVAS FRONTEIRAS NO TRATAMENTO DA DOR E DA ANESTESIA REGIONAL. *REVISTA ANESTESIA REGIONAL E TERAPIA DA DOR*, nº 45 DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.ANESTESIAREGIONAL.COM/PRINCIPAL.HTM](http://www.anestesiaregional.com/principal.htm). ISSN 0872-5886.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003). A DOR COMO 5º SINAL VITAL. CIRCULAR NORMATIVA Nº9/DGCG DE 14 DE JUNHO.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1991). DECRETO DE LEI Nº 437/91 DE 8 DE NOVEMBRO – CARREIRA DE ENFERMAGEM.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2001). PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A DOR. LISBOA. GRAFIFINA EDIÇÕES. ISBN 972-9425-95-7.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2008). PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA DOR. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.APED-DOR.ORG/XFILES/SCCONTENTDEPLOYER/DOCS/DOC335.PDF](http://www.aped-dor.org/xFiles/scContentDeployer/docs/DOC335.pdf).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2008). DOR - GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA. LISBOA. SÉRIE I. Nº 1. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- POTTER, PATRICIA A; PERRY, ANNE GRIFFIN. (2006). FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM: CONCEITOS E PROCEDIMENTOS. 5ª ED. LOURES. LUSOCIÊNCIA. ISBN: 972-8930-24-0.
- PULTER, MARCIA ELAINE, MADUREIRA, VALÉRIA S. F. (2004). DOR NO RECÉM-NASCIDO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *CIENC CUID SAUDE*, 139-146. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.DEN.UEM.BR/V2N2P/RESUMO%204%20MARCIA%20ELAINE.HTM](http://www.den.uem.br/v2n2p/resumo%204%20MARCIA%20ELAINE.htm).
- QUARTILHO, MANUEL JOÃO RODRIGUES. (2001). CULTURA, MEDICINA E PSIQUIATRIA. COIMBRA. EDIÇÕES QUARTETO. ISBN: 972-8717-00-8.
- QUARTILHO, MANUEL JOÃO RODRIGUES. (2001). DOR CRÓNICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS I. *ACTA REUMATOLOGIA PORTUGUESA*, VOL.26, nº3, 171-188.
- QUARTILHO, MANUEL JOÃO RODRIGUES. (2001). DOR CRÓNICA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS II. *ACTA REUMATOLOGIA PORTUGUESA*, VOL. 26, nº4, 255-262.
- QUEIROZ, FERNANDA CRISTINA [ET AL.]. (2007). MANEJO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: EM BUSCA DE SUBSÍDIOS PARA APRIMORAR O CUIDADO. *REVISTA BRASILEIRA ENFERMAGEM*, 87-91. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCL\\_ARTTEXT&PID=S0034-71672007000100016&LNG=EN&NRM=ISO](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100016&lng=en&nrm=iso).ISSN0034-7167.
- RAFAEL, CARLA SOFIA. (2005). CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA EM DOENTES COM DOR CRÓNICA NÃO ONCOLÓGICA. *REVISTA DE ANESTESIA REGIONAL E TERAPIA DA DOR*, nº 41, 6-8.
- RESENDE, ANA RITA [ET AL.]. (2006). CUIDAR A PESSOA COM DOR: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR. *REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM*, nº8, 31-40.

- RIGOTTI, MA; FERREIRA, AM. (2005). INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOR. *ARQUIVOS CIÊNCIAS SAÚDE* DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.CIENCIASDASAUDE.FAMERP.BR/VOL-12-1/09%20-%20ID%20105.PDF](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20ID%20105.pdf).
- ROMÃO, JOSÉ. (2006). INVESTIR NO CONHECIMENTO E NO TRATAMENTO DA DOR. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.APED-DOR.ORG/SCID/APEDWEB/DEFAULTARTICLEVIEWONE.ASP?CATEGORYID= 398&ARTICLEID=4](http://www.aped-dor.org/scid/apedWeb/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=398&articleID=4).
- ROMÃO, JOSÉ. (2007). SEMANA EUROPEIA CONTRA A DOR DEDICADA À MULHER. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.APED-DOR.ORG/SCID/APEDWEB/DEFAULTARTICLEVIEWONE.ASP?CATEGORYID=415 &ARTICLEID=332](http://www.aped-dor.org/scid/apedWeb/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=415 &articleID=332) SCAND J CARING SCI.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. (2002). TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. 9ª ED. RIO DE JANEIRO. GUANABARA KOOGAN, 186-187.
- SILVA, LILI MARLENE H.; ZAGO, MÁRCIA MARIA FONTÃO. (2001). O CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICA COM DOR CRÓNICA NA ÓPTICA DO ENFERMEIRO. *VER. LATINO-AM ENFERMAGEM*. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/RLAE/V9N4/11482.PDF](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11482.pdf).
- SOFAER, BEATRICE. ). DOR: MANUAL PRÁTICO. 2ª ED. RIO DE JANEIRO. REVINTER, ISBN: 85-85228-85-7.
- TWYXCROSS, ROBERT. (2003). CUIDADOS PALIATIVOS. 2ª ED. LISBOA. CLIMEPSI EDITORES, ISBN 972-796-093-6.
- URBANO, GRAÇA PEREIRA. (1999). APRENDER COM A DOR - DO CONHECIMENTO AO ALÍVIO. *ENFERMAGEM ONCOLÓGICA*, nº 10, 30-35.
- VILA, VANESSA DA SILVA CARVALHO; MUSSI, FERNANDA CARNEIRO. (2001). O ALÍVIO DA DOR DE PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DE UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA. *REV ESC ENFERM*, 300-3007. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.SCIOLO.BR/PDF/REEUSP/V35N3/V35N3A14.PDF](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a14.pdf).
- WATT-WATSON, JUDITH H. (2003). DOR E CONTROLO DA DOR. *IN PHIPPS, WILMA J.; SANDS; JUDITH K.; MAREK, JANE F. - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: CONCEITOS E PRÁTICA CLÍNICA*. 6ª ED. LOURES. LUSOCIÊNCIA, VOL. I, 363-390.
- WILSON, BENITA. (2006).-A STUDY OF NURSE`S INFERENCES OF PATIENTS` PHYSICAL PAIN. *JOURNAL OF CLINICAL NURSING*. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW3.INTERSCIENCE.WILEY.COM/JOURNAL/118604894/](http://www3.interscience.wiley.com/JOURNAL/118604894/) ABSTRACT.

# **Representações da masturbação na televisão e no cinema mainstream**

**Rita Alcaire**

**Rita Alcaire**<sup>29</sup>

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

## **RESUMO**

Partindo de uma revisão bibliográfica do corpo de pesquisa dedicado ao tema e de representações culturais recentes, este trabalho de investigação tenta perceber, entre outros aspectos, a forma como a masturbação é vista e representada actualmente no cinema e na televisão *mainstream*, e relacionar estas representações com a sua herança histórica, médica e também religiosa.

**Palavras-chave:** masturbação, religião, biomedicina, cinema, representações

## **ABSTRACT**

Taking a literary review of the body of knowledge devoted to the subject as a starting point, as well as recent cultural representations, this research tries to understand, among other things, how masturbation is seen and represented currently in mainstream film and television, and to relate these representations with its historical, medical and religious heritage.

**Keywords:** masturbation, religion, biomedicine, cinema, representations

---

<sup>29</sup> Antropóloga. Doutoranda em Human Rights in Contemporary Societies no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e mestre em Psiquiatria Cultural pela Faculdade de Medicina da mesma universidade. Tem como temas de eleição a identidade, a sexualidade e a 'popular culture' (cinema, televisão e música) a que se junta o vídeo como uma das formas privilegiadas de os trabalhar.

## A motivação <sup>30</sup>

No parágrafo inicial do seu livro *Elogio da Masturbação* (2006: 9) Philippe Brenot resume em nove linhas a riqueza, complexidade e a herança conturbada com que se lida quando o assunto é masturbação:

Confesso aqui publicamente e como acto expiatório: “Sim, já me masturbei e várias vezes!”. Esta confissão de um crime abjecto reforçado pela reincidência ter-me-ia custado a vida em Espanha, no tempo da Inquisição, ter-me-ia valido a prisão no século XVIII, umas bastonadas e sevícias corporais no século XIX e desprezo e uma dura reprovação ainda há bem pouco tempo. Hoje deixa alguns indiferentes, mas ainda melindra outros cujas dúvidas os deixam sem saber o que pensar sobre isso.

Ao longo de séculos, a masturbação tem sido acompanhada de um conjunto de reações, sendo hoje considerada, de forma unânime, a nível científico, como um ato erótico fundamental no desenvolvimento psicosssexual do indivíduo (Fonseca, 1987). Universalmente praticada desde sempre, tal como as evidências históricas o demonstram, a masturbação foi encarada de várias formas, em diferentes locais e em diferentes culturas (Cornog, 2003) estando este conjunto de visões negativas associado, genericamente, aos países ocidentais de influência católica. O desenvolvimento contínuo do conhecimento em diferentes áreas das ciências naturais ajudou a erodir lentamente concepções que são hoje tidas como falsas e desadequadas sobre a sexualidade. Também a teologia, a filosofia, a literatura e a antropologia, entre outras áreas, tiveram o seu lugar na construção de novas ideias sobre a sexualidade e de perspetivas alternativas sobre a masturbação, numa mudança de atitudes que se tem vindo a verificar ao longo dos tempos e que ainda está em curso.

Nas últimas décadas, a discussão em torno do tema aumentou: encontramos a masturbação presente em várias formas de arte (da dramaturgia às artes plásticas), proliferaram lojas de venda de produtos eróticos (*sex-shops*), muitos deles com finalidades masturbatórias –, e no campo académico prospera um corpo sólido de pesquisa. Philippe Brenot, já referido, mas também Jean Stengers e Ann Van Neck (2001), Gregory Tuck (2003; 2005; 2008) e Alan Soble (2007), entre tantos outros, contribuíram com importantes estudos sobre a masturbação nas mais variadas áreas. Mas foi Thomas Laqueur, historiador norte-americano, o responsável pelo trabalho mais volumoso e profundo dedicado ao tema. O seu livro *Solitary Sex – A Cultural History of Masturbation* (2004) cobre com detalhe vários séculos fazendo uma ligação entre a história da masturbação e o contexto cultural, médico e religioso ocidental.

Em Portugal a produção académica sobre o tema é, não só, quase inexistente, como o tema é interdito em muitos meios. A título de exemplo pode referir-se o estudo “Vivências Sexuais dos Jovens

---

<sup>30</sup> Texto realizado com base na tese de mestrado “Ménage a moi – representações da masturbação no cinema e televisão *mainstream*”, apresentada no âmbito do 1.º Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, orientada pelo Professor Doutor José Luis Pio Abreu.

da Beira Interior”, da investigadora Patrícia Brancal, da Universidade da Beira Interior, realizado em 2007. A propósito da revelação dos resultados desta investigação, de acordo com um comunicado da agência Lusa divulgado em vários *sites*, a própria autora refere que gostava de ter um universo de estudo maior, mas algumas escolas públicas recusaram-se a distribuir o questionário, sobretudo quando confrontadas com perguntas sobre hábitos de sexo oral, anal e masturbação.

Esta circunstância é contrastante com as principais políticas educativas e de saúde pública na União Europeia e também em Portugal, onde uma disciplina de saúde sexual e reprodutiva, que se deveria refletir no trabalho das turmas, foi recentemente integrada nos *curricula* escolares.

Fazer uma pesquisa de interligação entre disciplinas é então essencial para quebrar barreiras, ultrapassar fronteiras e enriquecer os resultados. Nesse aspeto, a literatura, o cinema, a televisão e a pornografia podem ser (e são) fontes válidas e férteis de informação em termos de comportamentos e atitudes relacionados com a sexualidade, a que importa prestar atenção. No que diz respeito à masturbação em concreto, estas fontes de informação mostram que, embora exista um aumento de visibilidade, quer da prática, quer do tema, muitas representações continuam a adotar e a promover uma atitude que se apoia na forma como começou a ser vista no século XVIII em igual medida com as atitudes contemporâneas sobre esta prática.

A principal motivação para fazer um trabalho desta natureza surge da vontade de discutir a forma como o assunto tem sido abordado ao longo do tempo e com que consequências, chegando até à maneira como é encarado atualmente. Este artigo, e a dissertação de mestrado em que esta investigação se insere, pretende mostrar, ao mesmo tempo, o progresso para o qual a medicina - nomeadamente a psiquiatria -, mas também a teologia e a antropologia têm contribuído, designadamente na construção de uma mudança de atitudes em relação à masturbação. Por outras palavras, fazer o confronto entre as ideias que temos e os masturbadores que somos.

## Metodologia

A decisão de analisar produtos audiovisuais resulta a convicção de que o cinema e a televisão, nas representações culturais que fazem da realidade, têm uma capacidade única de chegar aos indivíduos e, dessa maneira, permitem entender a forma como eles sentem, pensam e, mais tarde, agem em relação a determinados assuntos. Isto dá aos investigadores a hipótese de perscrutar como se constroem determinadas ideias, conceitos e estereótipos baseados nestas representações, ou seja, nesta “falsidade” fundada no real, que por vezes o exagera, o distorce, mas ao mesmo tempo o reflete. Por outro lado, foi precisamente a oportunidade de empreender um estudo inédito, no âmbito da psiquiatria cultural portuguesa, uma das principais motivações subjacentes não só à escolha do tema, como também à forma de o analisar. Isto é, estava-se perante um objeto de estudo e de uma metodologia inteiramente novos e que, independentemente das suas referências e remissões, ainda não tinham sido abordados. A esta vertente junta-se um apanhado da história cultural da masturbação a partir do século XVIII, necessário à compreensão da forma como esta tem

sido vista ao longo do tempo e importante também como pano de fundo à análise que vai ser feita no momento seguinte do trabalho.

De uma forma resumida, pode então dizer-se que esta investigação assenta na análise qualitativa e no comentário crítico aos conteúdos visuais e discursivos de filmes e séries de televisão com representações de masturbação. O resultado não é uma análise exaustiva da história cultural da masturbação e de todas as representações cinematográficas e televisivas, mas sim o levantar do véu sobre vários temas que se cruzam e das complexas relações que mantêm entre si, e que à primeira vista não se manifestam.

### Perspetiva Histórica

Foi a partir de meados do século XVIII que os cientistas se juntaram aos médicos num ataque contra aquilo que ficou conhecido como “sexo solitário” ou “auto poluição”. A guerra contra a masturbação começou formalmente por volta de 1712 com a publicação da obra *Onania; or the Heinous Sin of Self-pollution, and its Frightful Consequences in both SEXES Consider'd, with Spiritual and Physical Advice to those who have already injured themselves by this abominable practice. And seasonable Admonition to the Youth of the nation of Both SEXES...* Este livro, publicado de forma anónima e distribuído gratuitamente é atribuído por Thomas Laqueur (2003) a John Marten, um médico charlatão que já havia sido responsável por folhetos daquilo que aquele autor considerou de pornografia barata. O trabalho argumentava os perigos do sexo solitário alertando que o onanismo “destrói a afeição conjugal, perverte as inclinações naturais e tende a extinguir a esperança de posteridade”. Isto significava para o autor que os masturbadores (referindo-se a indivíduos do sexo masculino) perdiam o interesse sexual nas suas esposas, falhando no grande projeto que era a propagação da espécie (Katz, 1983). Alega o autor que a “auto poluição” era não só uma ameaça à reprodução, mas também fazia com que os onanistas sofressem efeitos nefastos na sua saúde, recorrendo à ciência para defender a sua causa. O autor recorria também à Bíblia argumentando que as escrituras sagradas no que respeita à sodomia se aplicavam à masturbação. Enquanto que a sodomia estava condenada à pena capital e isso suprimia a sua existência, a ausência de proibições legais contra a masturbação levava aqueles que a praticavam a imaginar que nenhum mal cairia sobre eles. As consequências referidas eram, na verdade, muito graves: cegueira, insanidade, paragens no crescimento e, caso não cessassem a atividade, a morte.

Em 1758 Samuel-Auguste Tissot, médico suíço, publica o trabalho *Treatise upon the Disorders Produced by Onanism*, traduzido em quase todas as línguas. Observou que o corpo se “enchia de sangue” durante e depois das relações sexuais (que sabemos hoje se deve à circulação periférica). Dadas as suas visões religiosas, racionalizou que todos os comportamentos sexuais eram potencialmente perigosos porque provocavam um fluxo rápido de sangue para o cérebro o que o impedia de “alimentar” os nervos, deixando um indivíduo vulnerável à insanidade. Reconhecia que algum sexo era necessário à reprodução, mas ensinava que o sexo solitário era a prática mais perigosa de todas

porque conduziria inevitavelmente à ejaculação excessiva e conseqüente perda de sémen. Ensinava também que o “masturbador” estava em grande perigo porque entendia que estava a cometer um pecado e isso deixava o seu sistema numa situação ainda mais precária (Haeberle *et al*, 2006).

Por ser uma figura respeitada, as visões de Tissot foram largamente aceites, embora alguns médicos da altura tenham apontado que estava a usar as suas práticas médicas para dar espaço às suas convicções morais. Os seus pontos de vista espalharam-se pela Europa e foram finalmente abraçados nos Estados Unidos por Benjamin Rush, um dos signatários da Declaração da Independência e uma figura influente da medicina americana. As visões que Tissot e Rush propagaram-se e ganharam o nome de “era da insanidade masturbatórias”.

O século XIX caracterizou-se pelo alastramento da prática da prostituição, da emergência de literatura de cariz sexual explícito, da epidemia da histeria e de um pânico alastrado em relação à masturbação. O modelo médico desenvolvido no século XIX caracterizava como doença aspetos da sexualidade como a homossexualidade, o nudismo, a contraceção e a masturbação. Desde a época medieval até ao século XIX evoluíram novas crenças que influenciaram tanto a religião como a ciência e criaram modos de ver a masturbação, passando esta a ser encarada como a causa de dois terços de todas as doenças, tais como problemas de visão, de audição, epilepsia, mas especialmente perturbações do foro mental, incluindo insanidade, neurose e neurastenia, entre outras. De facto, 60% de todas as doenças mentais e físicas eram atribuídas à masturbação (Geller *et al*, 1980). Isto deveu-se em grande medida, à existência de modelo sexual reprodutivo, até meados do século XX, em que o coito para fins procriativo seria tido como “atividade sexual normal”. Todos os comportamentos sexuais que se afastassem desse objetivo reprodutivo eram considerados anormais face à medicina.

Michel Foucault, filósofo francês que se debruçou amplamente sobre a história da sexualidade e sobre questões de poder, salientou que no século XVIII a Igreja Católica foi perdendo terreno para o saber médico. Depois disso, o corpo humano passou a ser objeto de novas técnicas de controlo, que além de culpabilizar aqueles que manipulavam os próprios genitais por prazer, ainda os ameaçava com os mais terríveis prognósticos a respeito da sua saúde física e mental. O medo da masturbação em todo o mundo fez com que fossem levadas a efeito medidas extremas de prevenção, incluindo o uso de restrições, cirurgia genital e disciplina física (Geller *et al*, 1980). Neste século foi também desenvolvida uma série de métodos e engenhos que eram empregues numa tentativa de impedir forçadamente a masturbação. Entre essas práticas estava a circuncisão feminina ou a remoção do clítoris para evitar que as mulheres tivessem orgasmos. Entre 1856 e 1932, o Gabinete de Patentes dos Estados Unidos aprovou trinta e três patentes para engenhos antimasturbação. Estes aparelhos, que se podem considerar de tortura, foram desenvolvidos por médicos e moralistas e eram desenhados para impedir que o indivíduo ficasse excitado e, por conseqüência, se masturbasse. Havia até recomendações para que as calças dos rapazes fossem reconstruídas de maneira a que não conseguissem tocar no pénis através do bolso.

O magnata dos cereais John Harvey Kellogg declarou que o sexo para qualquer coisa que não fosse a reprodução era um excesso sexual. Em conjunto com outros começou a advogar a circuncisão masculina como impedimento para a masturbação e, convencido de que os impulsos sexuais eram

resultado de falhas de dieta, criou os conhecidos *Corn Flakes*. Sylvester Graham, um padre presbiteriano que se interessava muito por fisiologia e nutrição, e que contribuiu de forma muito forte para uma reforma na dieta da altura, era defensor da introdução da farinha de trigo integral na alimentação (em detrimento da farinha branca processada) como forma de reduzir o desejo sexual da população, principalmente dos jovens (Fulbright, 2003). No seguimento das teorias que defendia, criou as bolachas *Graham Crackers* com o objetivo de fazer desaparecer os impulsos masturbatórios dos rapazes e raparigas do século XIX. Com a parte final do século XIX veio um maior entendimento da sexualidade humana, tanto a nível biológico como a nível psicológico, a que não foi alheio, naturalmente, o trabalho de Sigmund Freud e de outros investigadores. Sobre Freud já foi dito que fez com que terminassem dois mil anos de suspeição cristã sobre a sexualidade. Com o trabalho deste investigador deixa de haver condenação da masturbação desde que se pertença a uma determinada faixa etária (se se fosse uma criança, por exemplo); caso contrário, a culpa por se masturbar poderia causar um número de outros problemas (Stengers e Van Neck, 2001).

O final do século XIX fica também marcado pela introdução do vibrador eletromecânico para tratar a histeria em mulheres. Pensava-se que esta condição clínica estava relacionada com excesso de tensão sexual, e o tratamento previsto era providenciar uma massagem na vulva até que a mulher sentisse uma “sensação de libertação”. Os vibradores eletromecânicos ofereciam um meio rápido e eficaz para “tratar” os sintomas mas quando começaram a ser protagonistas de pequenas produções pornográficas, deixaram de cair em graça no âmbito da medicina, encontrando um lugar de destaque noutras esferas (Laqueur, 2004).

O século XX ficou marcado por fortes mudanças dentro da comunidade médica. Os cientistas começaram a interrogar-se se a masturbação era ou não independente das várias doenças psiquiátricas às quais estava ligada. Durante os anos 1950 e 1960, com o surgimento de uma maior discussão sobre o sexo e a sexualidade e uma diminuição nas atitudes conservadoras, em conjunto com um aumento na pesquisa médica sobre o tópico da masturbação, essa ideia começou a dissipar-se. Existia, no entanto, pouca e má informação sobre o assunto. Começando com o *Relatório Kinsey* de 1948, a masturbação foi desmistificada e até se descobriu ser benéfica. Kinsey espantou o mundo ocidental com os seus estudos estatísticos, assinalando que cerca de 92% dos homens se tinham masturbado até ao orgasmo, mas sentia que este número era uma estimativa por baixo. A publicação dos seus dois estudos sobre o comportamento sexual, *Sexual Behavior in the Human Male*, publicado em 1948, e *Sexual Behavior in the Human Female*, publicado em 1953, mudaram para sempre a forma como a sexualidade e a masturbação passaram a ser encaradas e faladas na cultura popular.

Masters e Johnson revelaram em 1966 que a prática era generalizada na América do Norte, atravessando todas as fronteiras de sexo, idade, classe social e proveniência geográfica. Em 1971, Goldstein, Haeberle e McBride determinaram que a masturbação era a forma mais comum de atividade sexual entre os humanos.

Na era atual a equação parece, então, ter-se invertido. A revolução sexual das décadas de 1960 e 1970 libertou a masturbação das restrições do Iluminismo. Para as mulheres a masturbação tornou-se

um ato de revolução contra o patriarcado “uma forma de reclamar o *self* dos mecanismos reguladores de qualquer sociedade civil” (Laqueur, 2004: 77) tendo sido a elas que coube tornar a masturbação parte de um repertório de uma sexualidade revolucionária. Em 1974, Betty Dodson, conhecida como a “Avó da Masturbação”, publicou o livro *Liberating Masturbation: a Meditation on Self Love*. O livro, que mais tarde foi aumentado e lançado como *Sex for One* foi possivelmente a primeira e, sem dúvida, uma das mais significativas obras para a masturbação feminina. Dodson considerava a masturbação “dar prazer a nós mesmas sob as nossas condições”-, um ato radical, mas também um ato de amor profundo que podia transformar a vida das mulheres. Através dos seus *workshops*, vídeos, livros e conferências, Dodson continua a ser uma das grandes ativistas e defensoras das virtudes do “autoamor”. Em 1977, Joani Black encontrava-se incomodada com o facto de não haver na Baía de São Francisco qualquer lugar para comprar livros relacionados com sexo ou “brinquedos sexuais” sem se sentir desconfortável. Havia escrito dois livros de educação sexual e, ao procurar um local para a distribuição e venda desses trabalhos, de forma a oferecer uma alternativa às habituais livrarias de adultos, abriu a loja *Good Vibrations*. A loja estabeleceu as bases para o modelo de estabelecimento comercial bem iluminado e limpo aonde os clientes se dirigem sem embaraço, fundado também em noções de que vender este tipo de artigos era um ato político que podia promover uma sexualidade saudável. Por contraste, em 1975, o Papa Paulo VI afirmou, sem hesitações, que a masturbação era uma desordem séria e esta permanece ainda política oficial da Igreja.

Em 6 de agosto de 2006, a cidade de Londres recebeu a sua primeira “Masturbate-a-Thon”, ou seja, uma maratona de masturbação. Tratou-se de um evento coletivo em que centenas de indivíduos, homens e mulheres, realizaram atos de masturbação, para fins de beneficência, mais precisamente com receitas a reverterem a favor de instituições de saúde sexual e reprodutiva. O evento tinha também como principais objetivos sensibilizar para os tabus que persistem e, ao mesmo tempo, ajudar a combater, a vergonha em relação a esta forma de atividade sexual. A ideia radica em 1995, em São Francisco, na loja *Good Vibrations*, no âmbito do Mês Nacional da Masturbação (maio) que aí foi fundado nesse ano e que se repete anualmente desde essa altura. Foi também aí que decorreu a primeira “Masturbatona”, com os propósitos anteriormente referidos. O início do século XXI fica marcado pelo aparecimento de *sites* na internet dedicados especificamente à masturbação, à sua prática, a fantasias ligadas a ela e a imagens explícitas do ato e do momento do orgasmo. *Beautiful Agony - Facettes de la Petite Mort* (<http://www.beautifulagony.com>) é um *site* erótico de conteúdos pagos criados em 2003, que disponibiliza a assinantes vídeos carregados por participantes (homens e mulheres) a terem orgasmos e a falarem das suas fantasias. Os vídeos centram-se na cara dos participantes, não providenciando qualquer descrição, visual ou outra, da técnica usada no ato, nem mostrando o seu corpo. Em 2005 surge *I Feel Myself* (<http://nl.ifeelmyself.com>), na mesma linha que o anterior mas bastante mais explícito, que se dedica a fazer “representações reais, naturais e éticas do autoprazer feminino”. Por mais que seja evidente a mudança nas atitudes e crenças perante a masturbação, há algumas semelhanças e paralelos entre a “era dourada do pânico moral sobre a masturbação” (século XVIII) e aquelas que continuam a existir em anos mais recentes. Para referir exemplos próximos, para além do já referido

estudo sobre as “Vivências Sexuais dos Jovens da Beira Interior”, podem-se salientar três casos recentes, um deles no âmbito de uma produção televisiva. Em 2006, a telenovela brasileira *Páginas da Vida* da autoria de Manoel Carlos e realizada por Jayme Monjardim, gerou algumas polémicas devido ao seu conteúdo sexual. No final de cada capítulo eram mostrados depoimentos de indivíduos comuns sobre episódios da sua vida. A principal celeuma resultou de um depoimento dado por Nelly dos Santos, de 68 anos, ama de crianças, que confessou em frente às câmaras ter atingido o orgasmo pela primeira vez aos 45 anos, através de masturbação. O resultado foi o seu despedimento, que por essa razão ameaçou processar a Rede Globo. *Sexo sem tabu* é a designação de um manual de educação sexual para crianças e adolescentes, lançado oficialmente pelo governo da Catalunha, em Espanha, em 2008. O folheto, com texto e ilustrações, aborda em linguagem simples vários aspetos da sexualidade, passando pelas mudanças corporais que decorrem na adolescência, a homossexualidade e a masturbação em menores de 16 anos. A sua divulgação e utilização em salas de aulas levou algumas associações de pais a manifestarem-se e, na sequência de uma reunião dedicada ao assunto, a enviarem um manifesto ao Secretário de Educação da Catalunha, Ernest Maragall. Nesse documento, os pais exigiam a retirada do manual por considerarem que o texto era ausente de valores e de noções de família. Debruçava-se apenas sobre sexo. A Secretaria da Educação optou por manter os manuais em utilização, argumentando que tinham sido feitos por especialistas na temática especialmente para educar os jovens sobre questões importantes do seu desenvolvimento. Cerca de um ano depois o Conselho da Juventude da Extremadura e o Instituto da Mulher da Extremadura apresentaram uma campanha sobre sexualidade e afetividade dirigida a jovens entre os 14 e os 17 anos intitulada “O Prazer está nas tuas Mãos” com o intuito de esclarecer as suas dúvidas com a maior naturalidade possível a partir, entre outras iniciativas, de *workshops*. Para esta campanha, foram elaborados manuais onde constam as principais dúvidas dos jovens nesta matéria, assim como os seus interesses, ilustrações do corpo masculino e feminino e uma descrição dos diferentes brinquedos sexuais que existem, devidamente acompanhados de respostas. Entre os diversos materiais lúdico-pedagógicos preparados no âmbito desta campanha encontrava-se um novo curso escolar que ensinava masturbação a jovens daquela faixa etária. As aulas eram facultativas nas escolas de segundo grau da província com conteúdos que abrangiam as áreas de anatomia e de fisiologia sexual feminina e masculina e diversas técnicas de masturbação, com ou sem o uso de objetos eróticos. A existência deste curso levantou também grande polémica por grupos de pais e alunos que não pretendiam que estes conteúdos fossem abordados.

### **A masturbação no cinema e televisão recentes**

Por que razão estudar o cinema e a televisão num trabalho de psiquiatria cultural? A análise das representações da masturbação no cinema e na televisão é de grande pertinência para várias áreas do saber, nomeadamente para a prática clínica, uma vez que estes dois *media* podem ser considerados poderosos mediadores da experiência social e da realidade cultural, através dos quais se criam e se solidificam, por exemplo, noções de identidade. Constituem neste sentido uma interessante arena

da construção social de *self* e de “outras/os”, daquilo que é considerado desviante ou não, marginal ou normal. A melhor e mais eficaz resposta à pertinência do estudo dos audiovisuais, nomeadamente do cinema, pode ser encontrada num exemplo dado por Charles U. Larson no seu livro *Persuasion: Reception and Responsibility* (2007), quando coloca a questão nos seguintes termos: suponha que daqui a cerca de 5000 anos um antropólogo cultural encontra uma coleção de filmes da última década do século xx. O mais certo é que consiga arranjar uma forma de os visionar, tecnologicamente falando, que proceda a uma avaliação sobre a vida das pessoas a partir deles, e que daí tire as suas ilações sobre aquilo que faziam, aquilo em que acreditavam e que tipo de valores tinham na altura. Isto porque os *mass media*, particularmente o cinema e a televisão, têm a capacidade de servir como um conjunto de textos que iluminam sobre a nossa cultura, tal como os textos escritos antigos o fizeram vários séculos antes. Também Harold Lasswell, no seu texto *The Structure and Function of Communication in Society* (1960: 125) destacou que “os valores próprios de uma sociedade são de facto reformulados e transmitidos pelos *media* de forma a constituírem-se como uma verdadeira ideologia”. Estas afirmações fazem alusão a aspetos importantes relacionados com o papel dos *mass media* como meios que espelham a nossa sociedade mas também a moldam, ou seja, detêm um papel na formação de atitudes e de opiniões, e têm uma função como aquilo a que podemos chamar de agentes socializadores.

No que ao cinema e à televisão diz respeito, não é descabido dizer que são os *mass media* mais importantes no quotidiano dos portugueses se considerarmos a população de uma forma transversal. A *internet* ganha um peso cada vez maior nesta equação, especialmente em camadas etárias mais jovens. No entanto, em termos genéricos, o número de indivíduos a quem a *internet* chega a nível doméstico é bastante inferior ao que tem acesso aos dois *media* sobre os quais se debruça este trabalho.

Um estudo recente levado a efeito pela Marktest e divulgado na edição de 27 de janeiro de 2010 do *Jornal i* revelou que cada português viu em média três horas e meia de televisão por dia no ano de 2009. Os indivíduos pertencentes à classe social mais baixa, ou seja, aqueles para quem muito provavelmente a televisão é a única fonte de informação, foram os que mais tempo passaram em frente ao ecrã.

### ***O mainstream***

Os serviços e produtos culturais americanos dominam o mercado cultural global. Esta posição de liderança dos Estados Unidos da América resulta de um fator simples: promovem e vendem produtos culturais que exercem atração em todo o mundo porque são universais e exportáveis, já que se trata de uma nação que fala inglês (que continua a ser uma das línguas mais faladas do mundo) e que é rica em termos culturais (como resultado da emigração). Esta e outras conclusões emergem de um estudo levado a efeito por Frédéric Martel, intitulado *Mainstream, Enquête sur cette culture qui plaît à tout le monde*, ou seja, inquérito sobre uma cultura que agrada ao mundo inteiro. Martel, jornalista e sociólogo francês, passou cinco anos em viagem por cerca de três dezenas de países e entrevistou 1250 pessoas com o objetivo de fazer um relatório sobre o estado da cultura de

*mass media*, da americanização de muitos filmes, música e formatos televisivos em todo o mundo e identificar tentativas locais, regionais, nacionais e internacionais de resistência a essa influência.

Determinou que a força dos Estados Unidos neste âmbito, confere-lhe a capacidade de influenciar outras culturas e sociedades. A combinação de um poder militar e económico superior com a influência cultural que exerce colocam o país numa posição vantajosa única que envolve mais do que impor a outros países filmes, música e formatos televisivos americanos. Compreende, de igual modo, uma procura contínua pela multiplicação e alargamento dos mercados e uma constante criação de um desejo global por produtos americanos. O processo não destrói as culturas nacionais, mas deixa pouco espaço para que outros países possam competir com os seus próprios bens e serviços culturais. Torna-se necessário explicar esta circunstância para entender a razão por que foram feitas as escolhas que se apresentam de seguida para analisar as representações contemporâneas da masturbação. Os produtos audiovisuais selecionados são, regra geral, de produção norte-americana, uma vez que são os mais vistos em Portugal (em termos quantitativos) e concomitantemente aqueles que exercem mais influência sobre espectadores. Tal é possível constatar facilmente pelo número de filmes americanos em cartaz nos últimos anos, assim como pela quantidade de séries televisivas da mesma nacionalidade que constam na programação dos quatro principais canais de televisão de sinal aberto, para além das que estão disponíveis nos restantes canais.

### **A masturbação no (grande e pequeno) ecrã : anos 1990 e 2000**

Depois de ser em grande medida negligenciada, a masturbação está a ser trazida gradualmente para a esfera pública através da publicação de trabalhos de envergadura sobre o tema e, principalmente, através de referências que, de várias formas, a evocam em filmes e séries de televisão.

Como a seleção seguinte mostra, entre muitas outras, a masturbação é agora largamente retratada. O vencedor de vários Óscares *Beleza Americana* (Sam Mendes, EUA, 1999), o sucesso de crítica *Felicidade* (Todd Solondz, EUA, 1998), *Pleasantville* (Gary Ross, EUA, 2001) e *Secretária* (Steven Shamberg, USA, 2000), e os sucessos de bilheteira *Doidos por Mary* (Bobby e Peter Farelly, EUA, 1998) e *American Pie – a Primeira Vez*<sup>31</sup> (Paul Weitz, EUA, 1999) todos contêm representações explícitas de masturbação – explícitas não no sentido estrito, proto-médico da pornografia, mas explícito no sentido em que (dentro dos sistemas de censura) o ato é simulado em vez de meramente inferido, implícito ou sugerido, e explícito no sentido em que as cenas explicam momentos narrativos essenciais. (Tuck, 2007: 169)

#### ***Seinfeld, “O Concurso” (1992)***

George Costanza informa os três amigos Jerry Seinfeld, Elaine Benes e Cosmo Kramer que, numa visita a casa dos seus pais para lhes devolver o carro, pensando que eles estariam no trabalho e que a

---

31 Todas as traduções presentes neste artigo são da responsabilidade da autora.

casa estivesse vazia, começou a folhear a revista *Glamour* e foi surpreendido pela sua mãe: “A minha mãe apanhou-me. Eu estava sozinho!”

Como consequência do susto, a sua mãe sofreu uma queda, tendo sido internada no hospital. Jerry critica a falta de autocontrolo de George o que dá azo a que este proponha fazer uma aposta de 100 dólares para ver quem consegue manter-se durante mais tempo “senhor do seu domínio”. Tanto Elaine como Kramer decidem juntar-se pagando Elaine 150 dólares porque, decidido pelo grupo, a aposta será mais fácil para uma mulher, já que a atividade em questão é considerada parte do estilo de vida de um homem. Feita a aposta, o episódio leva-nos pelo quotidiano destas personagens enquanto todos têm de resistir a alguma forma de tentação. Jerry e Kramer têm uma vizinha bonita do outro lado da rua que gosta de andar nua em casa e, ao mesmo tempo, Jerry está a namorar com uma rapariga virgem; George é confrontado com a companhia de quarto da mãe no hospital, que recebe todos os dias um banho de esponja de uma enfermeira atraente e Elaine apercebe-se que John F. Kennedy Jr., por quem se sente atraída, frequenta o seu ginásio.

Ao longo do episódio assistimos também ao processo de eliminação. O primeiro a perder a aposta é Kramer, depois de ter contemplado a vizinha que vive no prédio do outro lado da rua. A segunda é Elaine ao saber que John F. Kennedy Jr. a quer conhecer. Aposta perdida, o derrotado deposita a quantia combinada na banca da cozinha de Jerry e aprecia uma noite de sono tranquilo, enquanto os restantes sofrem de insónia. Não se fica a saber ao certo qual o vencedor do concurso, embora as circunstâncias sugiram que tenha sido George. Mais importante, no entanto, é realçar que todo o episódio versou sobre algo que desde os primeiros minutos se torna óbvio para os espectadores, mas a palavra não é pronunciada uma única vez, dado que os censores da NBC, que controlam os conteúdos dos programas da estação, não o autorizaram. Para transmitir então o seu significado foram usadas estratégias, sutilezas e eufemismos, tudo para não usar a palavra *masturbação*.

### *Doidos por Mary, Peter e Bobby Farrelly (1998)*

*Doidos por Mary* conta a história de Ted Stroehmann, um rapaz pouco popular no liceu que teve a possibilidade de ir ao baile de finalistas com uma das raparigas mais cobiçadas da escola, Mary. No entanto, essa saída nunca se verificou porque Ted sofreu um acidente: ficou com os seus órgãos genitais presos no fecho das calças depois de usar a casa de banho, o que deu origem a um mal-entendido com Mary, que pensou que ele se estava a masturbar enquanto a observava. Treze anos mais tarde tem nova oportunidade de sair com ela. Depois de terem marcado uma data para uma saída romântica, Ted resolve masturbar-se para aliviar a tensão antes do seu encontro, seguindo o conselho de um amigo. Inesperadamente, Mary chega um pouco mais cedo do que o previsto, e Ted recebe-a sem se aperceber que o fruto da sua ejaculação está, na verdade, pendurado numa das orelhas. Pensando ser apenas vulgar gel de cabelo, Mary utiliza-o, acabando por dar origem a um dos penteados mais conhecidos do cinema da década de 1990.

### *Sexo e a Cidade, "A tartaruga e a Lebre" (1998)*

Este episódio da série televisiva *Sexo e a Cidade* aborda as preocupações de relacionamento entre humanos, e entre humanos e objetos, quando a personagem Charlotte York é apresentada a

um vibrador conhecido como "O Coelho". Inicialmente reticente em usar um brinquedo sexual que, nas suas próprias palavras, "não é natural", Charlotte confessa que "O Coelho" lhe permitiu os orgasmos mais longos e intensos da sua vida. Começa a ficar em casa à noite e as suas amigas Carrie Bradshaw, Miranda Hobbes e Samantha Jones suspeitam que está a ficar viciada no vibrador. Depois de a confrontarem com esta situação através de uma intervenção, Charlotte abdica de forma relutante do vibrador e volta a ter encontros amorosos com homens.

### *Psycho, Gus Van Sant (1998)*

Nesta nova versão de um original de 1960 de Alfred Hitchcock, uma das mudanças mais visíveis no enredo é a introdução de um efeito sonoro algo perturbador e não totalmente identificado que surge quando o assassino Norman Bates observa a sua hóspede através de um buraco na parede, e que remete para a masturbação enquanto olha para ela, associando assim a prática a um indivíduo *voyeurista*, perturbado e que se vem a revelar um assassino.

### *Beleza Americana, Sam Mendes (1999)*

Beleza Americana dá conta da vida quotidiana de Lester Burnham, a personagem principal do filme, da sua esposa Carolyn e da sua filha Jane. O filme mostra como cada uma destas personagens procede no seu quotidiano e os problemas que cada um está a viver.

Vista de fora trata-se, aparentemente, de uma família perfeita, numa casa perfeita, numa vizinhança perfeita. No entanto, a medida que a história avança, revela-se uma realidade completamente diferente, podendo pois considerar que se trata de uma sátira a vida da classe média americana, especialmente aquela que habita nos subúrbios das grandes cidades. A primeira personagem que surge na narrativa é Lester Burnham, de 42 anos, que é apresentado como um indivíduo deprimido com todos os aspetos da sua vida. É casado com Carolyn, que é quem providencia a maior parte dos rendimentos do lar com o seu trabalho como agente imobiliária, e tem uma filha adolescente, Jane, que acredita odiá-lo apesar das suas tentativas para criar pontes de contacto com ela. Uma das sequências de abertura revela Lester sozinho na cama. Retira-se para a casa de banho onde se masturba, dizendo:

Olhem para mim, a "bater uma" no duche – este será o ponto alto do meu dia. A partir daqui, é sempre a descer.

Segue para o emprego, onde é questionado sobre a sua importância como funcionário dentro da organização para a qual trabalha. Tendo por objetivo dar resposta a esta questão, e para que a sua firma decida que empregados são ou não dispensáveis, tem de apresentar uma descrição das suas funções específicas por escrito, para avaliação.

Mais tarde, na mesma noite, os Burnham sentam-se para um jantar em família, numa cena que transmite, com bastante clareza, o tipo de relacionamento entre estas personagens. A atmosfera é sombria e Lester faz uma tentativa falhada de conversa com a sua filha Jane. Esta abandona a mesa

e Carolyn olha para Lester de forma demorada e reprovadora pelo que acaba de suceder ao que ele responde "Oh, o quê? Tu és a mãe do ano?"

Duas personagens da história vão funcionar como catalisadores para o comportamento subsequente de Lester. São elas Angela Hayes, a amiga da sua filha, que Lester conhece num evento desportivo do liceu onde ambas estudam; e Ricky Fitts, o filho dos seus novos vizinhos, que se faz acompanhar quase sempre da sua máquina de filmar, gravando imagens daquilo que o rodeia, e que consome erva. Lester passa a fantasiar recorrentemente com Angela e a consumir *cannabis*, e começa a ter um comportamento cada vez mais autodestrutivo. Em primeiro lugar, entrega a sua descrição de trabalho, tal como requerido pelos patrões:

O meu trabalho consiste, basicamente, em mascarar meu forte desprezo pelos idiotas que mandam, e pelo menos uma vez por dia retirar-me para a casa de banho para que possa masturbar-me e fantasiar com outra coisa que não se pareça tanto com o Inferno.

Demite-se e arranja um trabalho na hamburgueria Mr. Smiley, numa procura pelo emprego com a menor quantidade de responsabilidade possível. No exercício das suas novas funções, descobre que a sua esposa Carolyn e o seu corretor de imóveis, Buddy Kane, estão a ter um caso extraconjugal. A partir desse momento, Lester passa os seus dias a fazer exercício físico para chamar a atenção de Angela, a fumar erva e a trabalhar neste *drive-thru* de hambúrgueres. Entretanto, Jane e Ricky desenvolvem uma forte relação afetiva e sexual e a relação de amizade entre Jane e Angela começa a enfraquecer. O filme prossegue para o seu final com Lester a narrar:

Lembram-se daqueles cartazes que dizem: Hoje é o primeiro dia da sua vida? Bem, isso é verdade para todos os dias, exceto um: o dia em que morremos.

O filme termina com Lester sentado na mesa da cozinha, inconsciente de que está uma arma apontada à sua cabeça. Reflete sobre uma imagem feliz da sua família e resume os seus pensamentos da seguinte forma, sorrindo: "Ai, ó pá. Ai ó pá..." A câmara afasta-se do seu sorriso, passa para a sua cabeça, passa para a fotografia, depois para uma jarra de rosas (elemento sempre presente ao longo do filme, assim como a cor vermelha), até ao azulejo branco por um momento. Em seguida a arma dispara e a parede ficar salpicada pelo seu sangue.

### ***A Cela, Tarsem Singh (1999)***

Veja-se também a cena de masturbação oferecida pelo filme *A Cela*. O filme segue as atividades de um assassino em série Carl Stargher que rapta e encarcera jovens mulheres numa cela, completamente vedada que se vai enchendo lentamente de água, até as suas prisioneiras se afogarem. Depois de cada assassinato, que Carl filma, leva o corpo para casa e lava-o com lixívia. Na cave, usando correntes de metal ligadas a *piercings* que tem estrategicamente colocados nas suas costas e pernas, Carl

coloca-se suspenso por cima do corpo da vítima e masturba-se enquanto vê o vídeo que filmou do seu sofrimento, cronometrando o seu orgasmo de forma a coincidir com o último sopro de vida da vítima.

### *American Pie, Paul Weitz (1999)*

*American Pie* é um filme sobre quatro rapazes adolescentes que fazem um pacto com o objetivo de perder a virgindade até à noite do baile de finalistas do liceu. Dos quatro rapazes destaca-se Jim Levenstein de cujas ações e diálogos transparece um jovem com um grande apetite e curiosidade sexual, reforçado quando é encontrado a masturbar-se para uma meia de ginástica enquanto vê pornografia e, mais tarde, com uma tarte de receita típica americana (o que dá o nome ao filme).

Como resultado deste comportamento, o seu pai tem uma conversa com ele em que lhe transmite: "Tenho de admitir, sabes, também me [hesita] masturbei quando era um bocadinho mais novo. Costumava chamar-lhe fazer festas à linguça, sim, sabes, esgalhar o pessegueiro. [pausa] Nunca o fiz com material cozinhado mas sabes, o teu Tio Mort esfrega a minhoca 5 a 6 vezes por dia".

### *Inadaptado, Spike Jonze (2002)*

A personagem principal deste filme é Charlie Kaufman, um guionista dominado por sentimentos de falta de adequação, de frustração sexual e de autoboicote. Contratado para fazer uma adaptação para cinema de um livro, Kaufman demonstra grandes dificuldades em levar a efeito o projeto e apresenta-se ao espectador como um indivíduo cheio de inseguranças, em profundo contraste com o seu irmão gémeo Donald, confiante e bem-sucedido. A masturbação surge, ao longo de todo o filme como sinónimo de falta de adaptação ao mundo real, que faz um jogo interessante com o título – adaptação de um livro para cinema e adaptação para a vida (inadequação emocional e social).

### *O Delfim, Fernando Lopes (2002)*

*O Delfim* é a adaptação cinematográfica que Fernando Lopes fez do livro com o mesmo nome, de 1968, da autoria de José Cardoso Pires. A ação desenrola-se na aldeia da Gafeira, uma localidade marcadamente rural onde predomina uma mentalidade tradicionalista e provinciana. Tomás Manuel de Palma Bravo é um abastado proprietário que se desloca com frequência a Lisboa, onde usufrui dos serviços de prostitutas, e que descarta a sua esposa, a – infecunda – Maria das Mercês, a quem não dá atenção e por quem não mostra qualquer tipo de respeito. A cena de masturbação, associada a esta personagem feminina, parece solidificar os sentimentos de solidão, afastamento e falta de carinho na sua relação conjugal.

### *A Lula e a Baleia, Noah Baumbach (2005)*

A ação de *A Lula e a Baleia* decorre nos anos 1980, em Nova Iorque e conta a história de dois jovens irmãos Walt, de 16 anos, e Frank, de 12, que tentam lidar com o divórcio dos seus pais, Bernard e Joan Berkman. Ele é professor universitário e escritor há vários anos, não tendo ainda conseguido vender nenhum dos seus trabalhos a uma editora. Ela, pelo contrário, encontra-se em franca ascensão

na sua carreira literária, fator que, entre outros, também provoca desconforto na relação. Após quase duas décadas de uma união matrimonial marcada por falta de comunicação, ausência e por traição, decidem terminar o casamento. Na sequência da separação dos seus pais, Frank, o irmão mais novo, encontra várias formas de lidar com os seus sentimentos de dor e de conflito interno. Um deles envolve masturbar-se na biblioteca e espalhar o seu sémen nas lombadas dos livros.

### *Weeds, O Último Tango em Agrestic (2006)*

Shane, um jovem adolescente, entope a canalização de sua casa com as suas meias de ginástica, para dentro das quais se masturba. Esta circunstância dá origem a que o seu tio Andy tenha uma conversa com ele sobre como se desfazer melhor do seu "sumo de homem" e indicando-lhe quais os métodos menos agressivos para o "delicado órgão", num registo humorístico e atrapalhado.

### *CallGirl, António Pedro Vasconcelos (2007)*

É uma longa-metragem portuguesa com um enredo inspirado na realidade portuguesa. Conta uma história de corrupção em que Maria, uma acompanhante de luxo, tem um papel central. É contratada para seduzir Meireles, Presidente da Câmara de Vilanova, com o objetivo final de usar imagens dos seus encontros sexuais para o chantagear. Desta forma, Meireles vê-se obrigado a autorizar a construção de um empreendimento turístico no Município a que preside, independentemente do impacto ambiental e de envolver negócios menos claros. A cena de masturbação presente neste filme surge no contexto de um encontro sexual entre estas duas personagens. Maria, numa tentativa de fazer Meireles perder completamente o controlo e entregar-se a práticas sexuais, pergunta: "Já alguma mulher se masturbou para ti?" e começa a tocar-se para espanto e excitação deste.

### *Aquele Querido Mês e agosto, Miguel Gomes (2008)*

*Aquele Querido Mês de agosto* é um registo contemplativo que mistura os géneros documental e de ficção ao longo de toda a obra, e em que o processo de seleção dos atores e o próprio ato de filmagem são integrados nela.

Pelo meio destas imagens de um filme dentro do filme, fica-se a conhecer a história de um pai, sua filha e o primo desta, que são músicos num grupo de baile, e que surgem na narrativa como resultado de um *casting* feito, no âmbito do filme, para encontrar os protagonistas da história. Sónia Bandeira, uma das personagens principais, é uma jovem vigilante florestal. Durante o período de verão, faz turnos de 12 horas nas torres de vigia de incêndios. Sónia é também vocalista de uma banda amadora. Entre o trabalho e o lazer, ocupa os seus dias de férias com a sua função de defensora da floresta, com a música e com os amigos, na praia fluvial.

São também apresentadas as associações culturais locais, assim como o jornal e a emissora da zona, e aqueles que o leem e escutam, respetivamente. Depois da ação devidamente circunstanciada, já a mais de um terço do tempo de duração do filme, o foco começa a desviar-se, com a ação a entrar de forma gradual num registo mais próprio da ficção. Sónia Bandeira passa a representar com

o nome de Tânia e Fábio Oliveira, um jovem jogador de hóquei apresentado pelo seu treinador, passa a encarnar Hélder, primo de Tânia, e um dos elementos da Banda "Estrelas do Alva" que começa a surgir em várias atuações – com Tânia na voz, acompanhada do seu pai Domingos, nos teclados; de Hélder, a guitarra; e de Gomes, um amigo, na bateria. Muito cedo começa a adivinhar-se uma relação de amor entre os primos Hélder e Tânia. Enquanto esta relação se começa a desenhar e se torna mais forte, o espectador começa também a aperceber-se da existência de um mistério relacionado com a mãe de Tânia, Maria Rosa. Alguns julgam que fugiu, outros acreditam ter falecido. A verdade é que "representa um marco maior em toda a estrutura simbólica do filme, estando presente desde a primeira cena (sob a forma de poema narrado em *off*) — perpassa a narrativa transversalmente, primeiro como uma sombra, um segredo bem guardado, que pouco a pouco se vai revelando e abatendo sobre as personagens, afetando todas elas (com a agravante de todas elas terem entre si um grau de parentesco, tendo este *pathos* uma amplitude familiar)" (Boto, 2007: 24). O próprio irmão de Maria Rosa, Celestino, confunde a sua sobrinha Tânia com a mãe num momento de drama familiar potenciado pelo consumo de álcool. Esta confusão vem aflorar um facto importante, o de que Tânia tem fortes parecenças físicas com a sua mãe, comprovadas pelo retrato que surge em várias cenas. Também Domingos, que parece ser o mais afetado pelo desaparecimento da sua esposa, chega ao ponto de confundir a filha com mãe, ocasionando situações de impacto dramático. A semelhança física entre as duas leva a que Hélder, apaixonado pela prima, se masturbe ao folhear um álbum de fotografias em que a tia está presente, no que parece ser uma tentativa de satisfazer o seu desejo sexual (ainda não consumado) por Sónia.

À medida que o mês de agosto e o filme se aproximam do seu final, "as narrativas entrecruzam-se, os bailes e as músicas intensificam-se, como intensa (carnal) se toma a relação incestuosa de Tânia com o seu primo Hélder, na iminência de se despedirem abruptamente, uma vez que Hélder é forçado a emigrar com os pais para França no dia seguinte" (Boto, 2007: 25).

Em conjunto com estes filmes e séries de televisão agora descritos, foram também encontradas referências a masturbação em programas televisivos difundidos pelos canais abertos da televisão portuguesa, designadamente *Os Simpsons*, *Futurama* e *That 70's Show*. Todas se referem a masturbação masculina. A "mais potente e significativa representação de masturbação feminina a aparecer na televisão" (Waxman, 2007: 227) é o episódio já mencionado de *Sexo e a Cidade* e foi inicialmente transmitida por um canal por cabo, mais precisamente o canal norte-americano HBO, o que revela um desequilíbrio quantitativo entre a representação da masturbação feminina e masculina.

### **A masturbação no cinema e na televisão recentes – discussão de resultados**

Em cerca de 100 anos de cinema e em cerca de 60 de televisão, a masturbação foi apenas raramente representada no ecrã, especialmente de forma explícita. Quando efetivamente apareceu, foi motivo de riso e embaraço; de desajuste com a realidade e, portanto, de alguma pena; algo a temer, ou ainda algo excitante por ser pouco visível e considerado transgressor. Se na vida real, como já foi

visto, a masturbação é muito presente e é a atividade sexual mais praticada por humanos, também na produção audiovisual não parece haver como escapar-lhe, embora muitas vezes, se não na maioria delas, de forma encapotada. Principalmente através do cinema de Hollywood, onde a indústria cinematográfica é também uma grande fazedora de mitos e de ideias, fomos ensinados a pensar sobre uma série de assuntos de determinada maneira, a ter determinados comportamentos e modos de agir. Os filmes são, de certa forma, uma maneira de contar a nossa própria história. Mostraram-nos o que é trágico, normal e o que é tabu na nossa vida quotidiana, entre muitas outras coisas. O mesmo aconteceu mais tarde com a televisão comercial e de massas. Dessa forma, o cinema e a televisão mostraram-nos o que pensar sobre a masturbação, sobre aqueles que se masturbavam e, como consequência, ensinaram-nos a refletir sobre nós mesmos. Quando uma prática documentada como sendo tão recorrente na vida quotidiana, como o mostram os estudos já referidos, não é representada em filmes e em televisão com mais abertura e quantidade, é natural que se comece a pensar haver efetivamente "algo de errado" com esta prática e isso levanta inúmeras questões sobre a forma como ela é encarada. Senão veja-se, a qualquer hora do dia, tanto nas notícias como nas séries e filmes de ficção, são difundidas imagens e mensagens relacionadas com assassinatos, violência extrema e violações, entre outras. No entanto, a masturbação, nomeadamente a feminina, continua a ser olhada como algo "difícil de digerir" (Waxman, 2007: 228).

Começemos por uma questão importante e que parece óbvia através de uma avaliação rápida da produção audiovisual recente: tem havido uma crescente sexualização da cultura contemporânea. Como a própria experiência da sociedade de consumo e a pesquisa académica o demonstram, vivemos numa cultura imbuída em sexo. Áreas como as indústrias de entretenimento, da publicidade e do *marketing* apoiam-se fortemente em imagens sexualizadas (Lin, 1998) e muitos dos trabalhos canónicos da arte e da literatura modernas e pós-modernas empregam imagens e expressões sexualmente explícitas (Pease, 2000). Na cultura moderna mais recente, também se testemunha a venda de prazer sexual num conjunto de indústrias "mediadas" que, de forma diferente da prostituição, vendem prazer sexual fora do encontro sexual físico com outra pessoa. No que diz respeito à masturbação, existem muitos exemplos na produção audiovisual norte-americana, adolescente ou adulta, masculina e feminina. Na verdade, na última década a masturbação ganhou uma visibilidade representativa muito maior em inúmeros *media*. Por exemplo, os programas *Sexo e a Cidade* (1998-2004) e *Donas de Casa Desesperadas* (2004-...) fizeram referência a masturbação, ou de forma mais direta, representaram-na. Comédias românticas adolescentes como *Doidos por Mary* (1998) ou *Um Susto de Filme* (2000) e filmes que agradaram tanto o público como a crítica como *Beleza Americana* (1999) e *Mulholland Dr.* (2001) representaram tanto a masturbação masculina como a masturbação feminina adulta.

Muitas das expressões relacionadas com a masturbação em produções audiovisuais são indiretas o que parece refletir aquilo que acontecia e ainda acontece na vida real, ou seja, uma tentativa de evitar ou até mesmo fugir ao assunto. O raciocínio ou o paralelo parece ser: se no dia a dia, o tema não é falado, no ecrã também não é permitido fazê-lo, ou é apenas permitido abordá-lo indiretamente. Foram

claramente encontradas diferenças na forma como a masturbação feminina e masculina são representadas, o que levanta uma quantidade de questões. Por exemplo, pornografia e o estímulo visual estão mais associadas aos homens. Uma outra ligação que se pode fazer é a de que os brinquedos sexuais são mais populares entre as mulheres do que entre os homens. Atente-se no exemplo referente ao episódio de *Sexo e a Cidade*, que apesar da reputação do programa como promotor do direito ao prazer sexual individual, reforça o dever de Charlotte de se envolver em relações sexuais com homens, o que enfatiza a sua identidade heterossexual em vez dos seus prazeres autoeróticos, e que acaba por vencer.

A isto se junta uma prevalência de homens, normalmente brancos, nestas produções audiovisuais, o que parece refletir a percentagem admitida para ambos os sexos no que diz respeito à prática, assim como as formas pelas quais elas são percebidas no senso comum. É ainda possível detetar alguns padrões que podem ser divididos em algumas figuras típicas que aparecem recorrentemente:

### *O adulto desenquadrado*

É uma figura que se masturba para conseguir prazer e metaforicamente para conseguir o seu lugar no mundo. O exemplo paradigmático é a personagem de Lester Bumham em *Beleza Americana*. Mais ainda, muitas das representações mais negativas da masturbação masculina mostram uma espécie de consumo de outros durante o ato, especialmente de mulheres (normalmente sob a forma de imagens) que são transformadas em pouco mais do que acessórios pornográficos. Isto envolve os abusos mais mundanos como por exemplo chamadas telefónicas obscenas ou de *voyeurismo*.

### *O louco*

Durante muito tempo, a imagem da masturbação esteve associada a personagens com pendor criminoso. O masturbador louco é, curiosamente, uma espécie de paradoxo. Por um lado, é concebido como um indivíduo solitário que vive fora do mundo social e sexual. Por outro, quer ter poder absoluto sobre as suas vítimas. O que se observa é uma profunda objectificação e instrumentalização das suas vítimas transformando a sua imagem ou o seu corpo (normalmente sem vida) em pouco mais do que adereços masturbatórios. A este respeito a figura do assassino em série masturbado, segundo Gregory Tuck (2009), que se debruçou largamente sobre questões de masturbação e consumo, não é ilógico aos olhos do capitalismo. O seu desejo de mediar o outro e torná-lo uma mercadoria, fá-lo consumir, em certa medida, uma abstração em vez de se relacionar diretamente com uma pessoa. Na opinião deste autor, é simplesmente uma forma de apropriar o modelo capitalista de produção.

A masturbação é empregue aqui para demonstrar a sexualidade perversa do *serial killer*, um indivíduo apanhado numa espiral de loucura, alienação, sadismo e masturbação crescente. A presença de masturbadoras femininas loucas também existe: *Jovem Procura Companheira* (1992), *Um Olhar Obsessivo* (1999) e *Mulholland Dr.* (2001) são apenas alguns exemplos. Nas três narrativas, estas mulheres surgem como incapazes de formar relações com outras pessoas de forma profunda. Enquanto que nenhuma usa uma vítima como adereço direto, todas assassinam, ou tentam assassinar, os seus amantes, que elas sentiam que nunca "tinham" totalmente.

### *O adolescente imaturo*

É uma figura sexualmente imatura mas com grande curiosidade sexual. Jim de *American Pie I* é um exemplo típico desta categoria, em conjunto com as personagens das séries televisivas *Weeds*, *Parenthood* ou do filme independente *Felicidade*. Esta personagem parece ser uma figura que ainda não conhece a sua sexualidade e, por essa razão, leva a efeito um conjunto de experiências que, habitualmente, provocam uma atitude condescendente nos familiares e amigos da personagem em questão e grande riso nos espectadores. O comportamento que demonstram neste momento da sua vida é encarado como uma fase que será ultrapassada na idade adulta, à medida que acumulam experiência sexual e relacional. Um assunto que parece inicialmente não ser discutido mas que termina sempre com uma intervenção paterna ou de outra figura masculina. É regra geral atribuída a rapazes que são "apanhados" por algum membro da família a masturbarem-se. Trata-se de um estereótipo que parece reforçar a existência de uma sexualidade adulta e viril, por oposição a esta, imatura e desgovernada, que é necessário atingir.

Em suma, em comparação com períodos anteriores da produção cinematográfica e televisiva, a maior presença da masturbação sugere que a masturbação se tomou "representável". No entanto, é questionável que se aceite a recente aparição destas representações como significando uma mudança ou quebra radical com o passado.

Para começar, porque a maioria das representações contemporâneas da masturbação são claramente críticas da prática e não de uma forma pós-moderna (Tuck: 2007) no sentido de trazerem algo de novo. As representações que existem são quase na totalidade, mas não exclusivamente, de masturbação masculina, uma perpetuação da figura do masturbador, tal como tem sido vista nos últimos três séculos, um sujeito mau, um louco, ou desajustado. As personagens envolvidas em cenas adolescentes "apanhados a-masturbar", tais como *American Pie - a Primeira Vez* (Paul e Chris Weitz, EUA, 2000) são normalmente retratadas como ansiosas e fracas a nível físico.

### **Considerações finais**

A questão mantém-se: porque é que em 2010<sup>32</sup> algo que é praticado por tantos, é falado por tão poucos? Como muito trabalho académico nos últimos cerca de trinta anos tem demonstrado, a sexualidade – no que se refere tanto aos comportamentos sexuais como às suas representações – tem uma história. "Em diferentes épocas e em diferentes culturas, aquilo que é considerado norma ou desvio, quais os comportamentos e as formas de prazer sexual que são consideradas socialmente aceites e quais são até passíveis de punição, têm mostrado um grande grau de variação" (Soble, 2007: 167). A masturbação, tal como foi demonstrado, não é exceção. Este percurso histórico permite-nos ver que a masturbação tem uma história dinâmica e variada. Sempre foi mais do que uma prática. Foi e é uma ideia, um conceito, algo que mostra o lugar do ser humano no mundo. Que as pessoas se masturbam é um facto generalizado; a forma como pensam, sentem e agem sobre

---

32 Data em que a Tese de Mestrado em que este artigo se baseia foi entregue para avaliação.

o assunto, não o é. As ideias sobre a masturbação variam de cultura para cultura e de uma era para a era seguinte (ligada diretamente a forma como a cultura vive a sexualidade, as ideias e os valores que tem, entre outras circunstâncias). Em termos ocidentais, numa sociedade em que o tema da masturbação não é discutido em casa ou na escola, onde a integração da sexualidade em geral nos *curricula* escolares é problemática, onde é que aprendemos sobre autoerotismo e masturbação? De onde vêm as imagens e os conteúdos associados a masturbação? E, principalmente, o que dizem elas sobre o assunto? De todos os comportamentos sexuais que se foram estabelecendo na televisão e no cinema desde a revolução cultural e sexual dos anos 1960, a masturbação parece ter sido uma das que demorou mais tempo a ganhar visibilidade e não se pode afirmar que se estabeleceu totalmente, especialmente no que diz respeito à ficção portuguesa.

Mas é incontornável que está cada vez mais presente na ficção em audiovisuais. A aceitação dos seus efeitos benéficos e/ou inofensivos, em conjunto com a verificação da sua ubiquidade, parece estar a negar ansiedades anteriores. Embora permaneça alguma ignorância e alguma superstição em relação ao assunto, as atitudes positivas em relação a masturbação estão a aumentar. Atualmente é quase universalmente aceite pela comunidade médica que a masturbação é uma prática comum, normal e segura, que ocorre em todas as idades. Apesar desta atitude, a prática e discussão atuais sobre a masturbação continuam a ser um assunto *tabu* em muitos meios o que parece indicar que nas visões históricas parecem continuar a influenciar as atitudes contemporâneas. No entanto, a visibilidade crescente não reflete a existência de uma visão mais relaxada em relação à masturbação ou até uma atitude pós moderna em relação à masturbação, no sentido de trazer algo de novo, e novas visões sobre o mesmo assunto. A maioria das representações encontradas, senão mesmo todas, continuam a promover uma atitude em grande medida condenadora em relação à prática e a reforçar estereótipos negativos. Em suma, a masturbação parece continuar a ser o último *tabu* sexual.

## Referências

- BOTO, D. (2007). *AQUELE QUERIDO MÊS DE AGOSTO - ANÁLISE DO FILME DE MIGUEL GOMES*. DISSERTAÇÃO APRESENTADA À FACULDADE DE LETRAS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ESTUDOS ARTÍSTICOS.
- BRENOT, P. (2006). *ELOGIO DA MASTURBAÇÃO*. PORTO. CAMPO DAS LETRAS.
- CAMPOLO, T. (1988). *TWENTY HOT POTATOES THAT CHRISTIANS ARE AFRAID TO TOUCH*. MILTON KEYNES: WORD PUBLISHING.
- CHARLESWORTH, C. (2002). *A PASTORALLY- MOTIVATED INVESTIGATION INTO ISSUES SURROUNDING MASTURBATION AMONG MALE CHRISTIANS*. TRABALHO APRESENTADO À REGENTS THEOLOGICAL COLLEGE PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE BACHARELATO EM APPLIED THEOLOGY.
- CORNOG, M (2003). *THE BIG BOOK OF MASTURBATION – FROM ANGST TO ZEAL*. SÃO FRANCISCO. DOWN THERE PRESS.
- DODSON, B. (1974). *SEX FOR ONE - THE JOY OF SELFLOVING*. NEW YORK. THREE RIVERS PRESS.
- DOMINIAN, J. (2001). *LET'S MAKE LOVE*. LONDRES. LONGMAN & TODD.
- FONSECA, L., ALLEN GOMES, F. E GOUVEIA, J.P. (1987). ATITUDES PERANTE A MASTURBAÇÃO. *PSIQUIATRIA CLÍNICA*, VOL. 8. Nº 2, 71-76.
- FRIEDMAN, D. (2001). *A MIND OF ITS OWN - A CULTURAL HISTORY OF THE PENIS*. LONDON. ROBERT HALE. FULBRIGHT, Y. (2003). *HOT GUIDE TO SAFER SEX*. ALAMEDA. HUNTER HOUSE PUBLISHERS.
- GELLER B. E GREYDANUS D. (1980). "MASTURBATION: HISTORIC PERSPECTIVE" IN *NEW YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE*, NOVEMBRO.

- GREENBLATT, S. (2004) "ME, MYSELF AND I" IN *THE NEW YORKER*, VOL.51, Nº 6, ABRIL.
- HAEBERLE, E. (ED.) (2006) *HUMAN SEXUALITY: AN ENCYCLOPEDIA* DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW2.HU-BERLIN.DE/SEXOLOGY/GESUND/ARCHIV/SEN/INDEX.HTM](http://www2.hu-berlin.de/sexology/gesund/archiv/sen/index.htm).
- JOHN, J. (1994). *ALWAYS ON MY MIND*. LONDRES. WORD PUBLISHING. JORDAN, M. (2002) *THE ETHICS OF SEX*. OXFORD. BLACKWELL.
- KATZ, J. (1983). *GAY/LESBIAN ALMANAC*. NEW YORK. HARPER AND ROW.
- LAQUEUR, T. (2004). *SOLITARY SEX – A CULTURAL HISTORY OF MASTURBATION*. NOVA IORQUE. ZONE BOOKS.
- LARSON, C. (2007). *PERSUASION: RECEPTION AND RESPONSIBILITY*. BOSTON. WADSWORTH PUBLISHING.
- LASSWELL, H. (1960). "THE STRUCTURE AND FUNCTION OF COMMUNICATION IN SOCIETY" IN SCHAMM, W. (ED.) *MASS COMMUNICATION*, URBANA, UNIVERSITY OF ILLINOIS PRESS.
- LIN, C. (1998). "USES OF SEX APPEALS IN PRIME-TIME TELEVISION COMMERCIALS" IN *SEX ROLES: A JOURNAL OF RESEARCH* 38 (5-6): 461-475.
- MARTEL, F. (2010). *MAINSTREAM, ENQUÊTESUR CETTE CULTURE QUI PLAÎT À TOUT LE MONDE*. PARIS. ÉDITIONS FLAMMARION.
- PATTON, M. (1985). MASTURBATION FROM JUDAISM TO VICTORIANISM. *JOURNAL OF RELIGION AND HEALTH*, 24(2), 133–146.
- PEASE, A. (2000). *MODERNISM, MASS CULTURE AND THE AESTHETICS OF OBSCENITY*. CAMBRIDGE. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- SOBLE, A. (2007). "MASTURBATION: CONCEPTUAL AND ETHICAL MATTERS" IN SOBLE, A. (ED.) (2007) *THE PHILOSOPHY OF SEX*. BOSTON. ROWMAN& LITTLEFIELD.
- STENGERS, J. e VAN NECK, A. (2001). *MASTURBATION: THE HISTORY OF A GREAT TERROR*. NOVA IORQUE. PALGRAVE.
- TUCK, G. (2007). "OF MONSTERS, MASTURBATORS AND MARKETS: AUTOEROTIC DESIRE, SEXUAL EXCHANGE AND THE CINEMATIC SERIAL KILLER" IN SCOTT, N. (ED.) (2007) *MONSTERS AND THE MONSTROUS: MYTHS AND METAPHORS OF ENDURING EVIL*. NOVA IORQUE E AMSTERDAM. RODOPI.
- TUCK, G. (2009). "THE MAINSTREAMING OF MASTURBATION: AUTOEROTICISM AND CONSUMER CAPITALISM" IN ATTWOOD, F. (ED.) *MAINSTREAMING SEX - THE SEXUALIZATION OF WESTERN CULTURE*. LONDON. I. B. TAURIS.
- WAXMAN, J. (2007). *GETTING OFF - A WOMENS'S GUIDE TO MASTURBATION*. BERKELEY. SEAL PRESS. WOODS. M. (2000). "BEAUTY BUBBLY O' SEAS AMID NATIVE HITS". *VARIETY*: 219-250. WONG. M. (2002). *BECAUSE IT'S THERE: MORALS, MEDICINE AND MASTURBATION IN THE NINETEENTH CENTURY*. *UNIVERSITY OF TORONTO MEDICAL JOURNAL*, VOL. 79. Nº 3, 263-265.

## Filmes e Séries

- BELEZA AMERICANA, SAM MENDES (1999)
- AQUELE QUERIDO MÊS E AGOSTO, MIGUEL GOMES (2008)
- SEINFELD, –O CONCURSO (1992)
- DOIDOS POR MARY, PETER E BOBBY FARRELLY (1998)
- SEXO E A CIDADE, "A TARTARUGA E A LEBRE" (1998)
- PSYCHO, GUS VAN SANT (1998)
- A CELA, TARSEM SINGH (1999)
- AMERICAN PIE, PAUL WEITZ (1999)
- INADAPTADO, SPIKE JONZE (2002)
- O DELFIM, FERNANDO LOPES (2002)
- A LULA E A BALEIA, NOAH BAUMBACH (2005)
- WEEDS, O ÚLTIMO TANGO EM AGRESTIC (2006)
- CALLGIRL, ANTÓNIO PEDRO VASCONCELOS (2007)

CIÊNCIAS  
DA SAÚDE

