

# 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

# 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 PERSPECTIVE: 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 ANTHROPOLOGIE*, 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.