

O Éden e a Saúde
Olhares cruzados sobre o
sofrimento, o trabalho e o
lazer.

Luísa Ramos Santos e
Maria Salomé Martins Ferreira

C10



Sistema de Saude | Sistema de Saúde | Sistema de Saúde

Luísa Ramos Santos e Maria Salomé Martins Ferreira
(coordenadoras)

O Éden e a Saúde

Olhares cruzados sobre o sofrimento, o trabalho
e o lazer

Titulo: *O Éden e a Saúde Olhares cruzados sobre o sofrimento, o trabalho e o lazer.*

1ª Edição. Janeiro 2011.

ISBN: 978-989-8463-17-3

Capa: Placebo Editora

Composição: Rafaela Matavelli

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

INDICE

Uma deambulação introdutória em torno do sofrimento, do trabalho e do lazer Pedro Pereira	Pag. 1
Veredas do sofrimento: Duas perspectivas distintas mas complementares na abordagem do fenómeno dor Maria Salomé Martins Ferreira	Pag. 4
Corpo por Corpo: um estudo de caso da experiência de aflição/doença Pedro Pereira	Pag.35
O Eu, o Real e os Outros Pistas para o sentido do trabalho e lugar de realização do sujeito: Contributos da Psicodinâmica do Trabalho Clara de Assis Coelho de Araújo	Pag.68
Contributos para o Estudo do Lazer e dos seus Benefícios Luísa Ramos Santos	Pag.90

UMA DEAMBULAÇÃO INTRODUTÓRIA EM TORNO DO SOFRIMENTO, DO TRABALHO E DO LAZER

No aprazível Jardim do Éden, viviam Adão e Eva até de lá terem sido expulsos, cada um com a sua pena. A Adão coube a condenação ao *penoso* trabalho e a Eva os *aumentados* sofrimentos da gravidez e do parto. Certamente, quando Adão e Eva se *conheceram* também se terão *conhecido* o trabalho e o sofrimento e, espalhados pelo mundo, talvez nunca se tenham separado até hoje.

Vivemos num *tempo de Sísifo*. Vamos correndo para o trabalho como quem leva a pedra até ao cimo da montanha e corremos para casa como quem desce a montanha para ir buscar a pedra, mais uma vez. Quiçá tenhamos incorporado no mais fundo de nós, no mais silencioso interior do silêncio, aquele *relógio minúsculo*, de que fala António Lobo Antunes numa crónica, e que anuncia repetidamente: *Já é tarde, já é tarde* (A. Lobo Antunes, *Nada de especial*). Na lenta subida, *o operário em construção*, prossegue o seu trabalho *misturando todo o seu sofrimento ao cimento* (Vinicius de Moraes, *O Operário em Construção*). Mas é na vertiginosa descida que, como propõe Albert Camus, o homem tem consciência da sua alienação (A. Camus, *O Mito de Sísifo*), é possível que seja também aqui que *o operário em construção diz não* (Vinicius de Moraes, *O Operário em Construção*).

Talvez pudéssemos, com aquilo que ficou na *Caixa de Pandora*, seguir o conselho de Thomas Mann, na sua *Montanha Mágica*, para acabar com o sofrimento, criando uma *enciclopédia do sofrimento*, de vinte volumes, onde estivessem inscritos todos os tipos de sofrimento possíveis e imagináveis (T. Mann, *A Montanha Mágica*). Conhecidas e suprimidas as causas do sofrimento, este seria eliminado. Com a mesma esperança, talvez pudéssemos acolher a utopia de Agostinho da Silva e acabar com o trabalho, para então *o lazer libertar as populações*.

Carregados com o trabalho e com o sofrimento, talvez Adão e Eva se tenham *esquecido* do lazer no Jardim do Éden, o qual *O Senhor Deus percorria pela frescura do entardecer*” (Gn 3, 8). Este é um trabalho que também tem a esperança de desaguar no bem-estar do lazer mas escolhe outros caminhos para falar sobre a saúde, particularmente através da sua ausência. No primeiro texto, Salomé Ferreira, alicerçada em duas perspectivas distintas, a da medicina ocidental e a da acupunctura, procura compreender os factores psicossociais e as formas de tratamento da dor. No segundo texto, Pedro Pereira alarga este sofrimento físico para outras dimensões e para outros corpos, abordando a experiência de sofrimento de

Maria, cujas aflições não têm origem no seu corpo, mas confundem-se com a sua vida. No terceiro texto, Clara Araújo circunscreve o sofrimento ao descrever a forma como este está presente no cruzamento das relações complexas entre o homem e a organização do trabalho. Por fim, no quarto e último texto, Luísa Santos apresenta um texto já depurado do sofrimento e do trabalho, partindo da história para chegar à psicologia do lazer.

A despeito da diversidade de fenómenos abordados-sofrimento, trabalho e lazer-, apesar da diversidade de perspectivas-enfermagem, antropologia e psicologia-uma linha orientadora subjaz e alicerça os quatro textos: a saúde.

Junho-2010

Pedro Pereira

REFERÊNCIAS

- Bíblia Sagrada (1991). Lisboa: Difusora Bíblica (Missionários Capuchinhos), 15ª Edição.
- Camus, A. (2005). *O Mito de Sísifo - Ensaio sobre o absurdo*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Lobo Antunes, A. (2007). Nada de especial. *Visão*.
- Mann, T. (2009). *Montanha Mágica*. Lisboa: Dom Quixote.
- Morais, V. (2009). O Operário em Construção. *O Operário em Construção e outros poemas*. Lisboa: Leya.

VEREDAS DO SOFRIMENTO: DUAS PERSPECTIVAS DISTINTAS MAS COMPLEMENTARES NA ABORDAGEM DO FENÓMENO DOR

Maria Salomé Martins Ferreira

DOR: COMPREENSÃO DO FENÓMENO

A dor é uma experiência conhecida por todo o ser humano. Ela expressa o sofrimento nas mais variadas formas e tem constituído para as várias disciplinas da área da saúde um problema constante, na medida em que cada vez mais se encontra um maior número de razões que explicam a concorrência multifactorial para este fenómeno. De facto, têm-se desenvolvido esforços para estudar, compreender e controlar a dor, resultando daí diferentes teorias na sua abordagem e comportamentos diversificados face à sua avaliação e controle.

Evolução do Conceito

A dor representa um fenómeno associado a uma sensação desagradável, independente da sua duração ou origem, definido pela maioria dos autores como um acontecimento individual e subjectivo. Ao longo da pesquisa bibliográfica realizada, encontrámos na maioria das definições, a concorrência de vários factores, nomeadamente físicos, psicológicos, emocionais, sociais e culturais, intervindo em toda a dimensão deste fenómeno. Sternbach (1968), citado por Bonica (1992) tenta definir a dor considerando o facto de que esta é algo que simplesmente não pode ser definida sem o risco de circularidade ou omissão. O autor define dor como: um conceito abstracto que remete para a sensação pessoal de estar magoado e como um estímulo nocivo que assinala a ameaça de dano ou o dano efectivo do tecido e ainda como um padrão de respostas que funcionam para proteger o organismo do dano.

De acordo com Barber (1959), a resposta a um estímulo nocivo inclui normalmente pelo menos quatro componentes: a sensação de dor, desconforto, movimentos de retirada e algumas modificações fisiológicas mensuráveis, tal como uma alteração na pressão arterial. Por outro lado, enquanto Zborowski (1978) enumera cinco grupos nas respostas de comportamento num indivíduo com dor: respostas motoras (mover o corpo, ou partes do corpo, andar, saltar, torcer o corpo, cerrar os dentes); respostas vocais (chorar, gritar); respostas verbais (queixar-se, falar da dor, pedir ajuda); respostas sociais (alterações do padrão de comunicação, as mudanças nos hábitos sociais ou a aparência pessoal) e a ausência de

comportamento manifesto de dor (esconder a dor ou suprimir sinais exteriores de dor). O autor considera ainda que um indivíduo com dor pode apresentar um comportamento com qualquer combinação destas categorias de resposta.

A associação internacional para o estudo da dor (IASP), define a dor como uma experiência emocional, sensitiva, de carácter desagradável, provocada ou não por lesão real ou potencial dos tecidos orgânicos. Nesta definição está contemplado o aspecto sensitivo, como por exemplo a lesão somática; a componente emocional, como a raiva, tristeza, ansiedade e depressão; e a componente cognitiva e avaliativa, como o pensamento, memória, atenção, raciocínio, tomada de decisão, etc. (Frutuozo & Cruz, 2004).

Chapman e Syrjala (1990) descrevem a dor como uma constelação de experiências sensoriais, emocionais e mentais desagradáveis e de determinadas respostas autónomas psicológicas e comportamentais que lhes estão associadas, provocadas por ferimento, doença ou inflamação. Para McCaffery e Pasero (2002) não existe uma definição precisa, sendo a dor aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo quando o indivíduo diz que existe. Independentemente da forma como a descrevemos, a interpretação que o doente faz da sua dor é tão individual como o seu carácter, tornando a dor numa experiência subjectiva e única, difícil de classificar ou categorizar e de a descrever numa escala comum (Melzack, 1996).

ABORDAGEM FISIOLÓGICA DA DOR

As teorias acerca do fenómeno *dor* tiveram o seu início no século XV e sob o enfoque da fisiologia, tem vindo a ser desenvolvidas por vários autores (Pimentel-Souza, Barbosa, & Resende, 1990). A fisiopatologia da dor engloba, além do conhecimento das estruturas do sistema nervoso periférico e central, a compreensão dos diferentes mecanismos dos vários neurotransmissores, responsáveis pela estimulação nociceptiva que provocam a sensação de dor (Gyton, 1996).

Melzack e Wall (1965) apresentam a mais antiga concepção de dor, proposta por Descartes (1664), que descreve a dor como uma sensação percebida no cérebro, resultado de uma estimulação nos nervos sensoriais. De acordo com Descartes, a dor seria um mecanismo linear e directamente proporcional à intensidade do estímulo.

Os trajectos dos impulsos nervosos que dão origem à dor incluem: o sistema nervoso periférico, a medula espinal, o tronco cerebral, o tálamo e o córtex cerebral, podendo ser modulados em cada uma dessas regiões, e o primeiro passo na origem do fenómeno sensitivo-doloroso é a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de acção que,

através das fibras nervosas periféricas, são transmitidas para o SNC, em que a nocicepção é a percepção e a resposta do corpo à dor, para a qual o organismo possui um complexo sistema nervoso (Gyton, 1996).

As fibras nervosas dividem-se em dois tipos as fibras A e C, sendo as do tipo A subdivididas em: alfa, beta, gama e delta. As fibras do tipo A são típicas dos nervos espinhais, de grande diâmetro e mielinizadas, que conduzem impulsos com alta velocidade, enquanto as do tipo C são de pequeno diâmetro, não mielinizadas, que conduzem impulsos com baixa velocidade.

Relativamente às fibras sensoriais, estas dividem-se em cinco grupos de fibras:

Grupo I A - terminações de fusos musculares com diâmetro médio de 17 micrómetros, correspondendo na classificação geral às fibras do tipo A alfa;

Grupo I B - fibras dos órgãos tendinosos de Golgi, com diâmetro médio de 16 micrómetros, correspondendo também às fibras A alfa;

Grupo II - fibras dos receptores tácteis cutâneos e dos fusos musculares, com um diâmetro médio de 8 micrómetros, correspondendo às fibras dos tipos A beta e A gama;

Grupo III - fibras que conduzem o tacto grosseiro, a temperatura e a dor aguda, tendo um diâmetro médio de 3 micrómetros, sendo do tipo A delta na classificação geral.

Grupo IV - fibras não mielinizadas que conduzem a dor crónica, a temperatura e o tacto grosseiro, com um diâmetro médio de 0.5 a 2 micrómetros, sendo na classificação geral chamadas do tipo C.

As fibras nervosas que transmitem a informação dolorosa são as do grupo III (que conduzem a dor rápida), e as do grupo IV (que conduzem a dor lenta). Estes dois tipos de fibras são de pequeno diâmetro e têm um alto limiar de excitação quando comparadas com as do grupo II (Salgado, 1999; Law & Reed, 2001).

Os corpos celulares das fibras A delta e C são encontrados nos gânglios da raiz dorsal e suas conexões centrais entram na medula espinal através das raízes dorsais (excepto cerca de 30% das fibras C, que retomam ao nervo periférico e entram na medula pela raiz ventral), onde elas fazem sinapse com as células de transmissão nociceptiva central. As células específicas da nocicepção encontram-se principalmente na lâmina I da substância gelatinosa e respondem apenas aos nociceptores. Contudo, encontram-se células com amplas faixas dinâmicas na lâmina V, recebendo impulsos de nociceptores e fibras A *beta* de grande diâmetro. A partir dessas estruturas,

a informação é transmitida pela via directa (feixe espinotalâmico) até o tálamo, ou indirectamente, pelo feixe espino-retículo-talâmico, sendo que, a partir do tálamo, a informação é, então, transmitida para o córtex somatossensorial e outras regiões corticais (Law & Reed, 2001).

A actividade dos receptores nociceptivos é modulada pela acção de substâncias químicas, denominadas álgicas, libertadas em elevada concentração nos tecidos na sequência de processos inflamatórios, traumáticos ou isquémicos. São originadas por células lesadas, leucócitos, mastócitos, plaquetas e por moléculas livres presentes no interior dos vasos sanguíneos. De entre as substâncias álgicas destacam-se: a acetilcolina, as prostaglandinas, a histamina, a serotonina, a bradicinina, o leucotrieno, a substância P, o factor de activação plaquetária, e os iões de potássio (Berson, 1983)

As vias nervosas primárias têm o corpo celular localizado nos gânglios sensitivos, de onde emergem, dividindo-se em fibras proximais e distais. As fibras proximais agrupam-se e penetram na medula espinal pelas raízes posteriores e anteriores. Cerca de um terço das raízes anteriores é sensitivo e predominantemente doloroso. No ponto situado aproximadamente a um milímetro antes da penetração na medula espinal, a bainha de mielina produzida pelos oligodendrocitos junta-se à bainha de mielina produzida pelas células de Schwann (West, 2001). No ponto de penetração das raízes nervosas na medula espinal, ou no tronco encefálico, as fibras nociceptivas destacam-se das aferentes mais espessas, concentram-se no feixe ventrolateral das radículas, dividem-se em ramos ascendentes e descendentes e entram na constituição do trato de Lissauer, de onde se projectam para o corno posterior da substância cinzenta da medula espinal (CPME), (West, 2001).

Além das fibras aferentes oriundas dos nervos periféricos, as células do CPME recebem projecções originadas nas estruturas subcorticais do córtex cerebral e no tronco encefálico, que participam do mecanismo de modulação segmentar da actividade sensitiva. As fibras aferentes primárias do grupo C projectam-se nas porções profundas da lâmina I e superficiais da lâmina II do corno posterior da medula e as fibras aferentes A-beta e A-delta penetram na porção media do CPME, alcançando as lâminas IV, V, VI e IX. As células das porções profundas da lâmina II e da lâmina III (substância gelatinosa) recebem fibras A-beta e A-delta que veiculam informações mecânicas de baixo limiar e estas estruturas estão envolvidas no mecanismo de modulação da dor na medula espinal.

West (2001) identificou mais de uma dezena de neuropeptídios nos gânglios das raízes sensitivas e nas fibras aferentes, incluindo-se entre eles a substância P, a substância K, somatostatina, peptídio relacionado com a

calcitonina, peptídeo vasoactivo intestinal, encefalinas, factor de libertação de corticotrofina, arginina-vasopressina, oxitocina, angiotensina II e galanina, entre outros. O autor refere ainda que há evidências de que neurotransmissores, como o ácido glutâmico e o aspártico, a serotonina, a dopamina, a tirosina e a adenosina apresentem, também, actividade neurotransmissora nas vias aferentes primárias. A existência de múltiplos neurotransmissores pode estar relacionada com a codificação do estímulo nociceptivo periférico.

O peptídeo vaso activo intestinal parece estar envolvido no mecanismo de aferência nociceptiva visceral. O ácido-glutâmico e o ácido-aspártico estão envolvidos na veiculação da informação nociceptiva aguda e a substância P com a veiculação da dor crónica (West, 2001).

Os receptores das unidades neuronais do CPME, onde se ligam os neurotransmissores das vias aferentes primárias, são de várias categorias. Destacam-se, entre eles, os envolvidos no mecanismo de acção dos aminoácidos (ácido glutâmico) e das taquiquininas (substância P). Os receptores AMPA (activados pelo ácido 2-amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxasole-propiónico) e os cainatos são adicionados imediatamente após a libertação de aminoácidos excitatórios (incluindo o ácido glutâmico) e estão envolvidos no mecanismo de localização têmporo-espacial e na intensidade da dor. Os receptores NMDA (activados pelo N-metil-D-aspartato) são desplotados por neurotransmissores excitatórios (ácido-glutâmico) e modulados por neuropéptidos (por exemplo, a substância P) imediatamente a seguir ao estímulo. Os receptores de neuroquininas activados por taquiquininas actuam segundos após a libertação destes neurotransmissores. Os receptores NMDA e os de neuroquininas estão relacionados com o mecanismo de sensibilização dos neurónios do CPME, com a origem da dor crónica e com a modelação da nocicepção (Weste, 2001).

A estimulação nociceptiva aumenta a excitabilidade dos neurónios do corno posterior da substância cinzenta da medula espinal (CPME) e a sensibilização dos neurónios do CPME, bem como a activação das sinapses NMDA inactivas, são duas das causas de hiperalgesia secundária (dor à estimulação mecânica em pontos distantes daqueles que sofreu lesão (Berson, 1983). A estimulação nociceptiva prolongada pode resultar em persistência do fenómeno doloroso, mesmo após a remoção do agente causador, em decorrência da estruturação dos mecanismos de sensibilização dos neurónios do CPME, sendo este um dos mecanismos da ocorrência da dor crónica.

A transmissão das informações nociceptivas da medula espinal (Figura 1) para as estruturas encefálicas é realizada mediante sistemas neuronais que

compõem o feixe espinotalâmico, espinoreticular, espinomesencefálico e espinocervical (Berson, 1983).

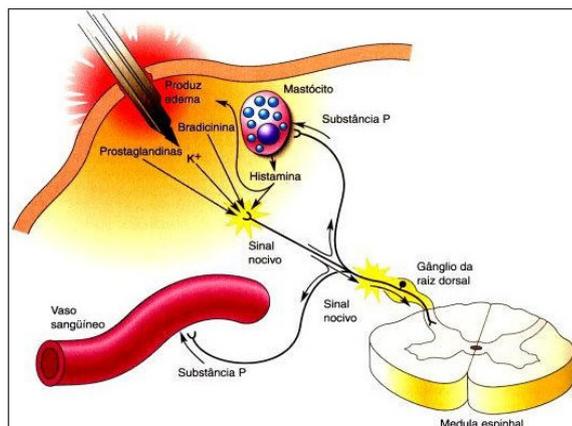


Figura 1- Transmissão de Informação Nociceptiva da Medula para a Estrutura Encefálica

Fonte: Bear, Connors e Paradaise (2002, pp. 77)

Turk e Okifuji (2001) consideram que a definição da dor deveria contemplar não só os mecanismos fisiológicos envolvidos, bem como a dimensão temporal. De acordo com a dimensão temporal do quadro algico, a dor pode ser classificada de aguda, crônica ou episódica. A dor aguda é rápida, localizada, permanece enquanto o agressor estiver presente e funciona como um sinal de alarme biológico que protege o organismo e garante a sua sobrevivência na sequência de uma lesão específica, enquanto que a dor crônica se define como um conjunto de sintomas que persistem para além da lesão causal e implicam o envolvimento e a interação de factores bio psicossociais na manutenção e persistência dos comportamentos de dor. A dor crônica instala-se muitas vezes de forma insidiosa, com ou sem lesões subjacentes. Quando desencadeada por lesão orgânica, a dor torna-se crônica se esta permanecer para além da consolidação da lesão. É uma dor que persiste para além do curso usual de uma doença aguda ou para além do tempo considerado normal para o controle da experiência dolorosa. Este período, para a maioria dos autores, é superior a três meses mas pode durar anos assumindo a condição de um síndrome ou mesmo de uma doença, (Turk & Okifuji, 2001). Segundo Cailliet (1999), existem estados dolorosos que são considerados crônicos em menor período de tempo. A dor crônica, apesar de ser diferente da dor aguda, comporta-se igualmente como uma entidade patológica autónoma, distinta da causa inicial, provocando consequências físicas, psicológicas e sociais nocivas que lhe são próprias (Pearce & McDonald, 2001). Caracteriza-se pela expressão dos sinais físicos da doença orgânica e pela ocorrência de depressão, ansiedade, hostilidade, aumento das preocupações

somáticas e do período de repouso forçado com as consequências económicas e sociais que daí advêm (Andrade, 2001).

A dor crónica não tem uma relação tão estreita com a sobrevivência e pela sua intensidade e frequência pode gerar desconforto físico e psicológico devido às limitações e dificuldades que impedem a pessoa de desenvolver as suas actividades quotidianas (Frutuoso & Cruz, 2004), conduzindo a grandes alterações quer ao nível da qualidade de vida individual e familiar, quer nos relacionamentos sociais e por vezes utilizada como pretexto para cativar a atenção e simpatia dos familiares mais próximos e do próprio profissional de saúde.

Já se estabeleceu fisiologicamente a identificação de tipos específicos de fibras que transmitem a sensação de dor, havendo evidências de que as sensações dolorosas são transportadas em canais específicos da medula espinal. Porém, não é certo que a interrupção desses canais elimine ou modifique a sensação de dor, como se observa na nevralgia pós herpética, ou na dor fantasma (Cailliet, 1999).

Beecher (1959) considera que a dor é mediada por outros factores que não somente os fisiológicos. De facto, Beecher (1959), um médico anestesista, publicou o resultado de observações feitas num hospital durante a Segunda Guerra. Ele acompanhou em grandes cirurgias, civis que tinham ferimentos semelhantes aos dos soldados feridos em combate e concluiu que apenas 30% dos soldados pediam morfina, para controlar a dor, enquanto que 80% dos civis a pediam. O autor concluiu que não havia uma relação directa simples entre os ferimentos e a dor experimentada/referida. Constatou que, enquanto que no soldado o significado do ferimento ou a resposta à lesão era de alívio e gratidão por ter escapado vivo do campo de batalha, para o civil a cirurgia era considerada uma tragédia. Com esta verificação, foi descartada a linearidade entre o estímulo doloroso (nocivo) e a dor percebida (Baum, 1998) e releva que tão importantes são as características do estímulo nocivo e as estruturas anatomofisiológicas, como são as experiências anteriores do indivíduo, o contexto e o comportamento apresentado perante a dor. Todas estas variáveis fazem com que um ferimento similar em pessoas diferentes não signifique a mesma percepção de dor (Baum, 1998).

Assim, estamos perante uma nova abordagem da dor. Verifica-se que se há lesões graves sem dor e outras benignas com dor extrema, há casos em que a dor persiste mesmo após o tratamento da patologia que a causava. Esta nova abordagem da dor é reforçada por Oliveira (2000) quando refere que os mecanismos da biologia não são suficientes para explicar e compreender a síndrome da dor crónica e os componentes emocionais envolvidos na experiência dolorosa crónica podem ser mais significativos do que os

sensitivos, sendo necessário investigar, além dos sintomas físicos e orgânicos, os aspectos psicológicos associados à experiência dolorosa (Sanford, Kersh, Thorn, Rich, & Ward, 2002).

ABORDAGEM PSICOLÓGICA DA DOR

A componente psicológica não é menos real e pode ser bem mais importante que a dor sensorial (Rachlin, 1985). Esta componente pode mediar a relação entre o estímulo nocivo e a resposta à dor. Para Carvalho (2003), o nível de percepção da dor é influenciado por três aspectos ou componentes fundamentais: o sensorial descritivo, o directivo motivacional e o cognitivo-afectivo. O primeiro permite a identificação da lesão no tempo e no espaço, determinando a sua extensão, necessitando da integridade das estruturas transmissoras dos estímulos dolorosos da periferia ao córtex. O aspecto directivo motivacional activa as várias alterações somáticas do sistema nervoso autónomo, tendentes à protecção do processo lesivo bem como aos comportamentos adversos. Neste estado, nenhuma informação espacial ou temporal está envolvida, podendo-se verificar uma resposta sem quaisquer interferências do córtex. O componente afectivo cognitivo é muito complexo e altamente influenciado por outros factores (Carvalho, 2003).

Os processos psicológicos influenciam a percepção de dor (Ribeiro, 1998) e a cronicidade da dor conduz frequentemente a alterações significativas do estilo de vida, dos níveis de actividade e dos relacionamentos sociais (Soares, Figueiredo, & Lemos, 1999).

Melzack e Wall (1965), desenvolveram a teoria do portal ou o modelo da comporta para explicar a activação e inibição da dor. Neste modelo, as informações provenientes das vias eferentes das diferentes estruturas cerebrais actuam na inibição e activação da sensação dolorosa.

Para Melzack e Wall (1965), a experiência de dor assim como a via pela qual esta é percebida comporta três aspectos: o sensorial, que diz respeito à discriminação da dor no tempo, no espaço e em intensidade; o emocional, refere-se ao sentimento negativo que desencadeia as respostas comportamentais à dor; o cognitivo, que está ligado à quantidade do conhecimento, avaliação, interpretação e conceitualização da dor em que estão implicados os centros do córtex cerebral. Nesta abordagem da dor são contemplados três modos diferentes de responder à dor: o fisiológico, o subjectivo e o comportamental, sendo por isso importante que se valorize não só as respostas verbais dos doentes mas também se compreenda as suas experiências sensoriais e os efeitos da dor nas suas experiências emocionais e cognitivas.

Supõe-se que o mecanismo anteriormente citado tem lugar nos cornos dorsais da espinal-medula e desempenha o papel intermediário que permite, ou não, a passagem de sinais da periferia para o sistema nervoso central (Melzack & Wall, 1965), sendo que o grau de abertura deste portão depende dos sinais ascendentes (que vêm dos nervos periféricos) e dos sinais descendentes (que vêm do sistema nervoso central). Os sinais ascendentes derivam de um equilíbrio entre o nível de activação das fibras de largo diâmetro (A-beta) e das de pequeno diâmetro (A e C-delta). Na formulação inicial desta teoria, a natureza dos sinais descendentes era pouco clara, mas a intenção era de comparar os factores psicológicos, nomeadamente a ansiedade, a depressão, o stress e mesmo experiências anteriores, na resposta à dor. Assim, os sinais de dor são modulados no portão (gate control), localizado na substância gelatinosa da espinal-medula, antes que o indivíduo se afirme sob dor. Ao olharmos para o papel preponderante do sistema nervoso central na abertura ou não do “portão” para a dor, verificamos que esta teoria pode explicar fenómenos que anteriormente não eram passíveis de explicação. A grande força desta teoria reside na capacidade de integrar elementos fisiológicos, psicológicos e comportamentais, apresentando-os como diferentes níveis de explicação de um sistema global e holístico sendo abolida a ideia de que a dor é uma sensação simples e projectada dos centros de integração da dor.

Melzack e Wall (1965) foram os primeiros a pensar sobre a importância das variáveis psicológicas na dor, abrindo as portas a outro tipo de intervenção que não apenas a médica, passando a ser considerada não apenas como uma sensação, ligada a um estímulo ou à experiência física e à informação anterior, mas também à percepção dessa sensação, com uma reacção comportamental consequente. Desde então, a psicologia é aceite como uma das disciplinas que deve estar envolvida no estudo da dor.

Saddelli e Miranda (2001) referem que a dor resulta da reacção de um estímulo algico, filtrada e modulada, ampliada ou reduzida pela pessoa que a recebe, de acordo com as influências excitantes ou inibidoras, como a memória, as emoções e as cognições. Assim, a dor é encarada como uma experiência única para cada pessoa, sendo esta portadora de uma história de vida, de motivações anteriores e de crenças, associadas ao seu estado físico e mental do momento.

A dor é, de facto, um fenómeno perceptivo complexo, subjectivo e multidimensional, constituindo uma experiência única de cada um, dependendo a sua avaliação da forma como o indivíduo a comunica, quer na forma verbal, quer comportamental (Dias & Brito, 2002).

A dor crónica leva a disfunções psicológicas e sociais importantes (Brandão 2006). Para Teixeira (1999), os componentes emocionais

envolvidos na experiência dolorosa crónica podem ser mais significativos do que os sensitivos, enquanto que para Rangé (2001) os problemas psicossociais causam frequentemente a intensificação das queixas do doente que sofre de dor. Na abordagem efectiva da dor, é então necessário considerar que cada indivíduo traz consigo um somatório de aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos que o colocam numa situação especial de percepção da sua dor e, perante um quadro álgico, temos que procurar, para além dos sintomas físicos e orgânicos, os aspectos psicológicos associados à experiência dolorosa (Sarda, Kupek, & Cruz, 2000; Sanford et al. 2002).

Comportamento de Dor Apreendido

Fordyce (1997) e Ribeiro (1998) propuseram dois tipos de aprendizagem, a respondente e a operante, que influenciam o modo como lidamos com a dor. A primeira envolve a formação de uma associação entre um estímulo neutro e uma emoção negativa associada à dor. Biologicamente, a resposta emocional condicionada garante a sobrevivência uma vez que ajuda o organismo a evitar situações potencialmente perigosas, dado o seu carácter automático face ao estímulo nociceptivo antecedente (Loeser & Melzack 1999).

Por sua vez, a aprendizagem operante requer que o indivíduo emita comportamentos específicos de dor, quer sejam de evitamento, queixa ou de procura de ajuda, quer sejam seguidos por acontecimentos recompensadores (entre os quais a atenção social ou o carinho) ou de punição, que alteram a sua probabilidade de ocorrência (Ribeiro, 1998). Desta forma, o comportamento de dor é parte integrante dos problemas de dor e é subjectivamente influenciado pelas suas consequências. Se o comportamento de um doente com dor não é reforçado e moldado pelos outros, também influencia e molda o seu comportamento.

Coping

Para Jensen, Turner, Romano e Karoly (1991) os doentes com dor crónica que utilizam estratégias de coping passivas, como a catastrofização, o ignorar, reinterpretar e rezar têm níveis mais elevados de incapacidade; e os doentes com maior controlo percebido ou que têm um coping activo têm um funcionamento mais eficaz. Também e Ferreira (2010), num estudo com doentes de lombalgia verificou que os doentes que utilizavam estratégias de coping passivas também apresentavam níveis de incapacidade mais elevados que os doentes com estratégias de coping activas. Thompson, Karen, Abrams e Phillips (1992) concluíram que os comportamentos de evitamento, apesar de terem como objectivo reduzir o

desconforto, conduzem a um ciclo vicioso caracterizado por uma baixa auto-eficácia, medo e incapacidade. Este comportamento é mantido, uma vez que ao evitar as actividades indesejáveis ou temidas diminui a ansiedade sentida. Tal como em algumas fobias, parece que em determinados casos de dor crónica, os indivíduos têm medo da dor e evitam a sensação de dor, uma vez que receiam vivenciar um estado de ansiedade.

Ansiedade e Depressão

É possível que a ansiedade tenha um impacto na forma como a pessoa percebe a situação. Ou seja, as cognições relacionadas com o valor enquanto ameaça de determinado acontecimento futuro podem predispor o indivíduo a criar esquemas mentais propensos à dor. A ansiedade considerada uma resposta emocional básica frente à dor, na medida em que esta representa uma ameaça, está associada com um aumento da percepção dolorosa e com factores que aumentam e complicam o risco de saúde física (Berber, Kupek, & Berber (2005).

Bonica (1992) e Bond e Hussar (1991) defendem que os estados de ansiedade podem provocar alterações a nível fisiológico, proporcionando a experiência de dor, pelo que se conclui que quanto maior a ansiedade, maior a dor sentida (Ribeiro, 1998).

A relação entre depressão e dor parece ser mediada por outros factores, como o desânimo aprendido e a atribuição de causalidade. Ou seja, são os aumentos na gravidade da dor que predizem alterações na vida do doente e uma diminuição do auto-controlo, e que se relacionam também com o aumento dos sintomas de depressão (Turk & Flor, 1999). Brown (1990) aponta a presença de dor crónica como um dos factores que prediz a depressão, sendo a relação inversa pouco frequente. Ferreira (2010) também verificou que doentes com maior intensidade de dor lombar tinham mais depressão, enquanto que Araújo-Soares, McIntyre, e Figueiredo, (2002) referem que presença de sintomas depressivos em doentes com dor crónica prediz piores resultados físicos, menores benefícios da intervenção, maior frequência na percepção de dor e pior qualidade de sono.

Em casos de pacientes com dor crónica, esta promove uma redução nos reforços positivos disponíveis levando à depressão, o que explica a alta morbidade psicológica nestes quadros, que pode levar o indivíduo a perceber-se de forma negativa, generalizando os seus pensamentos depressivos e negativos de forma inadequada (Menegatti, Amorim, & Avi, 2005).

Crenças acerca da Dor

Também as representações cognitivas contribuem para os resultados físicos e emocionais da intensidade da dor. Por exemplo, Spigel e Bloom (1983) evidenciaram a relação entre interpretação do significado da dor e dor e Nachemson & Jonsson, (2000) descobriram que doentes que acreditavam que a dor era uma condição crónica não tinham sucesso na terapia.

Além disso, os doentes com dor crónica também diferem no grau em que percebem ter controlo (ou não) sobre a doença. De acordo com Tooney e Mann (1991), os doentes com locus de controlo interno elevado descrevem níveis mais baixos de dor. Conant (1998), concluiu que as pessoas com locus de controlo interno de saúde elevado tinham menor probabilidade de ter dor e, mesmo quando sentiam dor, a dor descrita não era tão severa como a relatada pelos indivíduos com baixo locus de controlo interno (Keef, Dunsmore, & Burnett, 1992).

Auto-Eficácia

A auto-eficácia é outra variável que prediz o nível de tolerância à dor. Para Brandura (2004), indivíduos com elevados níveis de auto-eficácia tinham maior tolerância à dor e maior activação opióide endógena. Além disso, a auto-eficácia promove a execução de movimentos físicos (como realizar tarefas quotidianas) e os resultados do tratamento (Keefe, Dunsmore, & Burnett (1992).

Apoio Social

Relativamente ao apoio social, a investigação demonstra que doentes com dor crónica que relatam níveis elevados de apoio social adaptam-se à dor com maior eficácia, dado que são mais activos, têm níveis mais baixos de stress psicológico e são mais encorajados a procurar ajuda médica (Keefe & France (1999); Brannon & Feist, 1997). Também Jamison e Virtis (1990), citado por (Ribeiro, 1998) concluíram que as pessoas que têm um apoio familiar satisfatório, que vivem perto dos seus familiares e que também cultivam a sua rede de apoio lidam melhor com a dor, de forma mais adaptada e adequada.

Nem sempre a experiência dolorosa comporta simultaneamente factores orgânicos, fisiológicos e psicológicos. Quando a dor faz parte dos transtornos comportamentais e mentais, ou ainda de doenças psiquiátricas, os sintomas psicológicos associados à dor podem ser considerados como a causa ou a consequência (Frutuoso & Cruz, 2004). Em alguns casos de dor cuja lesão possui diagnóstico preciso e em que o tratamento é conhecido, parece que os sintomas psicológicos são a consequência da dor e, quando

tratada a causa orgânica, os sintomas psicológicos desaparecem sem necessidade de intervenção psicológica (Wallis, Lord, Barnsley, & Bogduk, 1998). Em algumas síndromes de dor crónica, (que incluem as cefaleias, as lombalgias as mialgias, as doenças articulares relacionadas com o trabalho e as cervicalgias) o modelo médico não se encaixa, sendo o modelo psicossocial mais adequado quando as queixas apresentadas no consultório são baseadas em ausência de sinais orgânicos mas que os indivíduos referem sofrimento e incapacidade (Oliveira, 2000).

Alencar e Leila (2002) sugerem que factores psicossociais predizem com mais eficácia as causas das lombalgias ocupacionais do que os factores biomecânicos. Os autores desenvolveram um estudo e concluíram que 69,3% do grupo avaliado referiu falta de motivação e de elogios, nomeadamente o reconhecimento e incentivo por parte da empresa em que trabalha; 41% referiram queixas do supervisor. Os autores apontam ainda factores psicológicos tais como a tendência à depressão, o sentimento de tristeza e a ansiedade, e factores sociais, como a baixa educação e a insatisfação com o trabalho, como factores envolvidos na progressão para a cronicidade do mecanismo da lombalgia (Valat, 2004).

Para além destes, há ainda a implicação de outros factores como os valores e modelos culturais, as experiências anteriores, a idade e o ambiente.

FACTORES PSICOSSOCIAIS E DOR

Múltiplos factores psicossociais estão envolvidos na percepção e descrição da dor crónica, entre os quais os valores e modelos culturais, o género e a idade.

Valores e Modelos Culturais

A cultura é um sistema compartilhado de significados que é aprendido, interiorizado, mantido e defendido no contexto em que as pessoas interagem (Helman 2003). Esse sistema tem por função mostrar aos indivíduos a sua forma de ver o mundo, de o vivenciar e de se comportar perante as suas realidades, quer em relação ao meio ambiente natural quer às outras pessoas, o que faz com que diferentes culturas possam assumir diferentes atitudes em relação à dor (Zborowski, 1998). Segundo o autor, a cultura de um grupo transmitida de geração em geração através de símbolos, linguagem, rituais e artes fornecendo ao grupo a coesão e a sua continuidade influencia o limiar da dor. A tolerância à dor encorajada que representa a quantidade de um estímulo doloroso que um indivíduo suporta quando encorajado a tolerar níveis altos de estimulação e expressões de dor, influenciando e condicionando, de cultura para cultura, os padrões de reacção à dor e o conhecimento das atitudes do indivíduo para esta, sendo

este facto de extrema importância para a compreensão da reacção do indivíduo à dor (Zborowski, 1978). Essas atitudes são descritas como: expectativa da dor, aceitação da dor, aprendizagem com a dor e ansiedade pela dor. É o caso do festival anual da suspensão em gancho, em algumas aldeias remotas da Índia, no qual um faquir é suspenso numa armação de bambu móvel, por dois ganchos através da pele e fixados aos músculos em posição paravertebral, sendo transportado de aldeia em aldeia para abençoar o povo e os campos. No final balança-se preso unicamente pelos ganchos, não mostrando qualquer sinal de dor durante o estado de transe em que se encontra todo o ritual (Beymer,1995).

O papel da família também é muito importante na relação entre as experiências de dor e as reacções a estímulos dolorosos. A atitude da família perante uma vivência de dor condiciona a percepção da sensação dolorosa no indivíduo adulto (Wall & Melzack, 1995) e na transmissão dos conceitos tais como: que situações é que provocam dor; quais as circunstâncias que podem provocar a dor e que devem, por isso, ser evitadas; quais os métodos para aliviar ou evitar a dor; qual o comportamento certo e errado perante uma experiência de dor; quais as possíveis consequências da dor, como por ex. sentir a atenção do outro, etc. quais as atitudes face à dor alheia, como por ex. atenção aos outros, etc. Assim, todo o indivíduo tem conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos aprendidos no seu contexto cultural, em relação à dor (Quartilho, 2001), porque cada cultura ou grupo social e, às vezes, até cada família, tem uma linguagem de sofrimento única e própria, que é um conjunto complexo de termos próprios por meio do qual os indivíduos enfermos ou infelizes fazem com que as outras pessoas se tornem cientes de seu sofrimento Helman (2003).

Zborowsky (1978) examinou os comportamentos de dor em quatro grupos culturais nos Estados Unidos e encontrou diferenças significativas, como por ex. os americanos que se desenvolveram no seio de culturas judaicas e italianas tinham um limiar mais baixo à dor, os Ítalo-Americanos queixavam-se do desconforto causado pela dor e os Judeus americanos tinham preocupações relativas às implicações futuras do sintoma. Estudos em americanos de origem irlandesa revelaram-se mais propensos à negação da dor e os anglo-americanos mostravam-se menos expressivos na verbalização das suas queixas.

Apesar da importância histórica destes estudos sobre o papel da etnicidade na expressão dos comportamentos de dor, também é verdade que o seu impacto tem contribuído negativamente para a criação de estereótipos étnicos e intemporais para generalizações abusivas que se têm sobreposto a particularidades individuais e situacionais, contrastando assim com a necessidade de se compreenderem as situações peculiares dos indivíduos

afectados pela dor – indivíduos com uma história única, com medos e ambições particulares que vivem nas suas comunidades e num determinado período histórico (Quartilho 2001).

Género

Unruh (1996) refere que as mulheres relatam níveis mais severos de dor e sofrimento mais grave, períodos de dor mais frequentes e de duração superior quando comparadas com homens. O autor também concluiu que as mulheres têm mais probabilidades de experimentar dores recorrentes e podem ter um risco aumentado de deficiência resultante de dor. O autor refere ainda que, apesar das mulheres relatarem mais dor que os homens, estas estão em maior risco de serem rotuladas como tendo um transtorno psicológico que as torna mais vulneráveis à dor. Fillingim (2003) realça que as mulheres possuem maior risco e maior severidade por muitas condições clínicas de dor, baixa tolerância à dor e referem mais dor que homens. Além disto, o sexo feminino apresenta algumas características anatomo-funcionais favoráveis à dor (nomeadamente menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menor adaptação ao esforço físico pesado), que podem contribuir para o surgimento das dores lombares (Silva, Fassa, & Valle, 2004).

Idade

A idade tem também uma interferência na tolerância à dor e quanto mais idade o indivíduo tiver maior é a sua capacidade de suportar a sensação dolorosa. Enquanto que a dor aguda ocorre com prevalência semelhante nos diferentes grupos etários, a prevalência da dor crónica aumenta com a idade (Andersson, Ejlertsson, Ledon, & Rosenberg, 1993; Helme & Gibson, 2001) Enquanto que a criança só sente dor quando se exercem estímulos nocivos na superfície do seu organismo ou nos órgãos internos, à medida que aquela vai crescendo, as experiências de dor por que passa, com a produção de um certo número de ideias, de acções ou de sentimentos, vão ficar ligadas às pessoas e às situações específicas do meio ambiente em que surgiram. Por isso, a dor começa a não poder significar apenas uma simples resposta fisiológica, mas a adquirir um valor psicológico normativo, que vai desempenhar um papel relevante no processo de adaptação do indivíduo (Andrade, 2001).

Hofland e Tarzian (2001) realça que os adultos mais velhos percebem a dor como algo esperado e normal com o avançar da idade. Esta ideia é reforçada por outros autores como Ruzicka (1998) e Weiner e Rudy (2002). estes últimos desenvolveram um trabalho com população adulta e concluíram que 43% da amostra atribuíam como causa de dor o normal

processo de envelhecimento, e 36% referiu este sintoma como um sinal de advertência de doença.

A relação entre a dor e a idade pode ter como explicação a deterioração do sistema nervoso que se inicia por volta dos trinta anos. No entanto, a experiência do indivíduo mais velho, também é importante porque o pode ajudar a desenvolver mecanismos de suporte e superação da sensação dolorosa. Por ter vivido mais tempo, terá também uma aceitação diferente das possíveis consequências da dor (Ferreira & Sampaio, 2000).

Pelo exposto, conclui-se que, ao longo do tempo, se tem verificado desenvolvimentos na forma como se perspectiva a avaliação e o tratamento da dor. O paradigma do olhar isolado do médico sobre a dor, na década de oitenta, em que os doentes com dor de longa duração apenas podiam esperar intervenções de carácter biomédico (Pearce & McDonald, 2001), tem sido substituído pelo olhar e intervenção multidisciplinar, estando hoje em dia disponíveis formas de avaliar a dor e programas de tratamentos que integram intervenções psicossociais, com provas de eficácia em especial no tratamento da dor crónica, reflectindo uma preocupação crescente das políticas de saúde, com ênfase na humanização dos cuidados e na qualidade de vida dos doentes. Segundo os mesmos autores, os factores psicossociais estão intimamente associados à problemática da dor crónica e manifestam-se como variáveis mediadoras e consequentes da mesma, que alteram a experiência de dor e, por isso, dignos de atenção clínica.

Neste contexto, as terapias cognitivo-comportamentais tornaram-se comuns como opção de tratamento não farmacológico para indivíduos que sofrem de dor crónica não maligna (Kerns, Otis, & Marcus, 2001), constituindo-se a abordagem bio psicossocial como alternativa ao conceito biomédico da dor.

Em Portugal, celebra-se o Dia Nacional de Luta contra a Dor, desde 14 de Junho de 1999. Está também instituído um Plano Nacional de Luta Contra a Dor, no qual está definido o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde, bem como orientações técnicas promotoras de boas práticas profissionais na abordagem da dor (Direcção Geral de Saúde, 2001). A dor é assumida como o 5º sinal vital e segundo a Direcção Geral de Saúde (2003) “a dor crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é muitas vezes rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes”, pelo que os factores psicossociais devem ser sistematicamente avaliados em pacientes com dor lombar e levados em consideração em todo o seu processo, desde o diagnóstico ao tratamento.

ABORDAGEM ENERGÉTICA DA DOR

Do ponto de vista estritamente energético, há uma série de conceitos básicos necessários para se perceber o mecanismo da acção e os processos patológicos em geral e da dor em particular (Aznar & Pérez, 1998).

Qi - este conceito não tem tradução e significa, “energia”, “força vital” e, associado ao termo, reside um outro conceito, o “fluido” que lhe permite adoptar formas diversas e ser diferente em função das suas circunstâncias (Ernest & White, 2001). O conceito Qi está no próprio âmago da acupunctura e para nós, que fomos educados no ocidente, assimilar a noção de Qi é o salto conceptual que temos de dar para compreender a Medicina Chinesa (Mole, 1993).

Canais ou meridianos – são vias de condução do Qi que coordenam e regulam todas as estruturas, actividades, funções, movimentos energéticos e materiais do organismo Schipper, Chinch, & Powell (1994).

Os sistemas de meridianos têm sido estudados na perspectiva da morfogénese e a relação entre a embriogénese e o sistema de meridianos é observada há décadas (Lorenz, Sung, & Liao, 1997). O “modelo da transdução do sinal epitelial embriogénico” propôs, nos anos 80, que o sistema de meridianos contém células epiteliais indiferenciadas e conectadas por junções *gap* que fazem a transdução de sinais e desempenham um papel fundamental na mediação dos efeitos da acupunctura (Shang, 2000). Os autores referem que o epitélio mantém, normalmente, uma diferença de voltagem de 30-100 mV e esta voltagem representa não o potencial de membrana mas a diferença de potencial entre camadas celulares. Assim, um ponto de acupunctura com alta densidade de junções *gap* e elevada condução eléctrica também corresponde a um local com densidade de corrente eléctrica máxima, um ponto de convergência da corrente da superfície (Shang, 2001). Esse é um ponto singular (ponto de descontinuidade que promove a transição abrupta de um estado para o outro), da mudança rápida no fluxo da corrente eléctrica e pequenas alterações à volta dos pontos singulares têm efeitos sobre o sistema. O mapeamento do campo electromagnético do couro cabeludo mostra um ponto singular na superfície onde as trajectórias do fluxo magnético convergem e entram no corpo. Esse ponto coincide com o ponto 20 do meridiano Vaso Governador, VG e que tem como nome (*Bai Hui*), (Shang, 2000). A via convergente do fluxo magnético no couro cabeludo coincide com o “Vaso Governador” do sistema de meridianos. No desenvolvimento, o destino de uma área mais ampla é controlado por um conjunto de células, os centros organizadores, pontos de alta condutibilidade eléctrica na superfície do corpo (Meinhardt, 1982) e a activação de centros organizadores pode estar envolvida nas funções apropriadas da cura de

feridas e resposta ao stress (King, Scheetz, Jacob, & Martin, 1989). A acupunctura pode acelerar o processo de cicatrização de ferimentos e promover uma cura global e diminuição do stress (Guimarães, Pinge, Yamamura, & Melo, 1997). Técnicas que envolvem o estímulo dos meridianos, nomeadamente a acupunctura, pode activar o sistema de auto-organização de um organismo e melhorar a sua estrutura e função a um nível mais fundamental do que o alívio sintomático (Mcgee, Sancier, & Chom, 1996)

Pontos de Acupunctura – também chamados de pontos energéticos (Qixue) são os lugares particulares situados sobre os meridianos, por onde se manifesta a energia circulante e onde esta está acessível para realizar as intervenções terapêuticas (Ernest & White, 2001).

As relações entre os pontos de acupunctura e o córtex cerebral estão observadas e descritas na literatura (Liu, 1996; Filshie & White, 1998). Por exemplo, disfunções visuais localizadas e tratadas pela medicina ocidental em pontos ao longo do eixo retina/nervo óptico/lobo occipital, podem segundo a medicina chinesa, ser diagnosticadas pelas alterações no pulso radial correspondentes aos canais da bexiga e da vesícula biliar. Por sua vez, tais condições podem ser tratadas mediante a introdução de agulhas ao longo desses meridianos, em pontos específicos do dedo do pé e da parte inferior da perna (Liu, 1996; Filshie & White, 1998). De facto, o meridiano da bexiga é composto por 67 pontos, tem o seu início no ângulo interno do olho e o seu término no ângulo ungueal externo do dedo mínimo do pé, enquanto que o meridiano da vesícula biliar, composto por 44 pontos, tem início no ângulo externo do olho e o seu término no ângulo ungueal externo do 4º dedo do pé.

Wu, Hsieh, Xiong, Yang, Pan e Chen (1999) bem como Schik, Eng-Keat, Russell, Blinder, Ferenc (2004) usaram a ressonância magnética funcional para avaliar a actividade cerebral em resposta à colocação de agulhas nos pontos de acupunctura, nomeadamente nos ponto Hegu, o nº 4 do meridiano do grosso intestino, (4GI) e no ponto Su Zan Li, o ponto nº 36 do meridiano do Estômago (36E), em pacientes normais, e, os autores verificaram que estes pontos produziam actividade cerebral detectada por ressonância magnética. Lee e colaboradores (2003) testaram a inserção de agulhas no ponto 67 da bexiga, ponto tradicionalmente utilizado para tratar doenças dos olhos e detectaram, por ressonância magnética funcional, aumentos reproduzíveis do fluxo sanguíneo do córtex visual. Os efeitos foram comparados às alterações no fluxo sanguíneo do córtex visual produzidas por estímulo da retina com flash de luz. Os autores detectaram ainda, pela estimulação do ponto Xiá Xi, o ponto nº 43 do meridiano da Vesícula Biliar (43VB), forte activação do córtex auditivo, de forma semelhante ao estímulo auditivo directo com música.

Sob o ponto de vista energético, a dor é interpretada como uma obstrução. O elemento obstruído pode ser a energia, o sangue, os líquidos orgânicos ou os alimentos e uma das manifestações ao obstáculo do fluxo energético é a dor (Sionneau & Lu, 2005). A obstrução pode ocorrer numa zona específica do corpo, num meridiano ou num órgão. Do ponto de vista do diagnóstico energético, a dor é interpretada segundo as oito regras do diagnóstico: o tipo de dor, Yin ou Yang; a natureza, frio, calor ou humidade; a localização, superficial ou profunda e o estado, excesso ou deficiência.

Relacionando os conceitos descritos anteriormente, pode-se explicar a acção da acupunctura como um sistema que modifica o desequilíbrio, interpretado como uma obstrução à passagem da energia nos meridianos, pela utilização de agulhas em pontos específicos, cuja acção é encaminhar e restabelecer o fluxo energético através dos meridianos (Aznar & Pérez, 1998).

Fisiologia da Acupunctura

Muitas teorias têm sido elaboradas sobre os mecanismos fisiológicos da acupunctura com o intuito de explicar os efeitos analgésicos desta. Filshie e White (1998) avançou com a hipótese de que um estímulo de um ponto de acupunctura específico fornece informação para área(s) corticais correspondentes, permitindo que os centros cerebrais superiores regulem as actividades controladas pelos sistemas endócrino e autónomo. O autor defende que, para que isto ocorra, é necessário que o hipotálamo e o corpo amigdalóide desempenhem um papel fundamental tanto na mediação dos impulsos sensoriais para o córtex pré frontal, quanto na recuperação de informação no córtex pré frontal. Para explicar os fenómenos da acupunctura nestes mecanismos neurobiológicos apresenta a teoria da B - endorfina, (Figura 2).

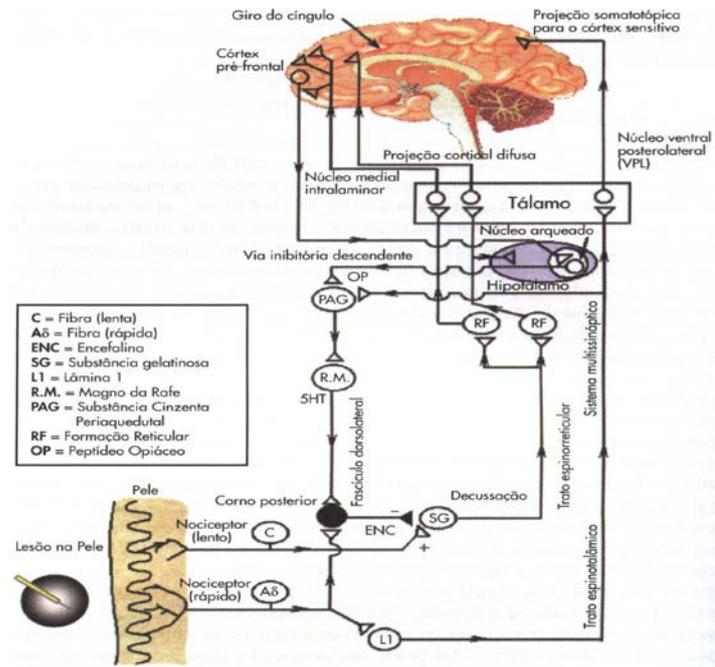


Figura 2 - Esquema da Teoria das Beta Endorfinas

Fonte: Stux e Hammerschlag (2005, pp. 102)

Naslund e Odenbring (2002) defendem que a resposta fisiológica da acupuntura ocorre a três níveis: um efeito local, que ocorre quando um ponto de acupuntura é estimulado através da inserção de uma agulha; o efeito sobre a medula espinal que ocorre após a inserção da agulha com a liberação de neuropéptidos para o líquido cefalorraquidiano e o efeito ao nível cortical, com a liberação de endorfinas e serotonina.

O hipotálamo e outras áreas corticais superiores estão envolvidos na liberação da Beta-endorfina, bem como outros opiáceos e neurotransmissores. Esta hipótese sugere o envolvimento das áreas corticais superiores, como o córtex sensitivo e o córtex frontal, sobretudo o córtex pré-frontal e as áreas límbicas.

O fenômeno sensitivo-doloroso é a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de ação que, das fibras nervosas periféricas, os estímulos são transmitidos para o Sistema Nervoso central (SNC). Os receptores nociceptivos são representados por terminações nervosas livres presentes nas fibras mielínicas finas A-delta e amielínicas C das estruturas superficiais e profundas do tegumento, da parede das vísceras e dos vasos sanguíneos e nas fibras correspondentes III e IV do sistema músculo-esquelético. Os nociceptores relacionados com as fibras C têm uma taxa de transmissão lenta e respondem a estímulos térmicos, mecânicos e químicos. Induzem uma dor surda ou mais prolongada, sensação de queimadura ou de prurido intenso, enquanto que as fibras A-delta, que têm uma taxa de

transmissão rápida, respondem ao toque e a estímulos térmicos, transmitindo a sensação de dor aguda.

A estimulação dos pontos de acupuntura possibilita o acesso directo ao sistema nervoso central (Ristol, 1997; Farber, 1994). Através da inserção de agulhas, há estimulação das fibras sensitivas A, de condução mais rápida (mielínica), das fibras C, de condução mais lenta (amielínica), responsáveis pela condução da dor, em especial de características difusas as quais levam os estímulos até ao corno posterior da medula e este estímulo ascende pelo trato espinho-talâmico (Figura 3).

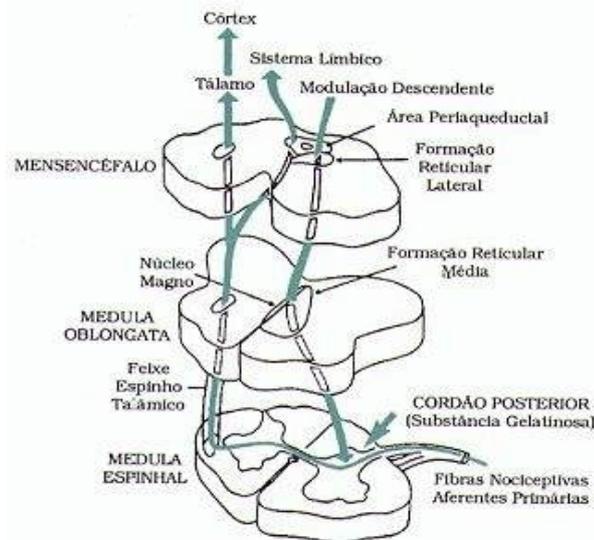


Figura 3 - Feixe Espinho-Talâmico

Fonte: Edzard e Adrian (2001, pp.44)

As fibras do tipo A, em especial as fibras Ab são responsáveis pela percepção mais fina como o tacto e as fibras do tipo C pela condução da dor, em especial de característica difusa (Lewith & Kenyon, 1984). Nas lâminas I, II, III e V do corno posterior da medula, são libertadas substâncias analgésicas, tais como a substância P, somatostatina e encefalina e no tálamo, através de mecanismos neuro-humorais são libertadas substâncias como a endorfina, encefalina e neurotransmissores, originando, além do efeito analgésico, um relaxamento muscular através de reflexo viscerosomático (Lewith & Kenyon, 1984). Por este mecanismo, ao estimularmos os pontos de acupuntura, estamos a agir como um apaziguador da dor.

De acordo com os autores, a acupuntura estimula as fibras nervosas nos músculos que enviam impulsos para a medula espinhal e activam três centros (medula espinhal, mesencéfalo e hipotálamo/hipófise) para promover a analgesia. A medula espinhal utiliza transmissores como encefalina e dinorfina para bloquear os estímulos aferentes de baixa

frequência e outros, nomeadamente o ácido gama-amino-butírico (GABA), para bloquear os estímulos de alta-frequência. O mesencéfalo utiliza a encefalina para activar o sistema de Rafe descendente, que inibe a transmissão da dor pela medula espinal, através de um efeito sinérgico das monoaminas, serotoninas e norepinefrinas. O mesencéfalo possui ainda um circuito que evita as ligações endorfinérgicas em estímulos de alta-frequência. Por fim, no centro hipotálamo/ hipofisário, a hipófise liberta Beta-endorfina, sendo este centro activado apenas por baixas frequências (Stux & Hammerschlag, 2005). Por conseguinte, quando as agulhas são inseridas próximo do local da dor ou ainda em pontos dolorosos (Ashi), eles maximizam os circuitos que estimulam os neurónios dentro da medula espinal e ainda os neurónios nos outros dois centros. Quando as agulhas se inserem em pontos distais da dor, activam o centro hipotalâmico-hipofisário sem o benefício do efeito no local da dor.

A inserção local de agulhas (segmentais) produz, normalmente, uma analgesia mais intensa que a inserção de agulhas distais, porque utiliza os três centros (Stux & Hammerschlag, 2005). Na electro-acupunctura, além da agulha é feita uma estimulação eléctrica dos pontos de acupunctura e o uso da acupunctura por laser (estimulação dos pontos de acupunctura sem agulha) é uma opção bastante utilizada em crianças e em pacientes que não apreciam submeter-se às agulhas.

Eficácia da Acupunctura

Alguns estudos examinaram a eficácia do tratamento através da acupunctura em diversas queixas dolorosas. Mao, Ghia, Scott, Duncan e Gregg, (1990) desenvolveram um trabalho de investigação, em que os pacientes eram submetidos a tratamentos por acupunctura com estimulação eléctrica e concluíram que, no tratamento específico das dores obtém-se melhores resultados através de estimulação intensa dos pontos do que com estimulação menos intensa, devido a maior estímulo e, com isso, maior liberação serotoninérgica.

Patel, Gutzwiller, Paccaud e Marazzia, (1989); Ezzo, Berman, Hadhazy, VJadad, Lao, & Singh, (2000) desenvolveram um estudo, em que compararam o resultado do tratamento por acupunctura com tratamento convencional e com tratamento placebo, tendo concluído que a acupunctura foi mais eficaz quando comparada com o tratamento convencional enquanto quando comparada ao placebo, o resultado foi inconclusivo.

He, Friedrich, Eartan, Muller, e Scmat, (1999) estudaram doentes que sofriam de cancro da mama, envolvendo um total de 48 mulheres divididas em dois grupos e verificaram que no grupo de mulheres que beneficiaram da acupunctura, apenas 27,1% experimentaram dor ao 7º dia do pós-

operatório em comparação com 65.6% no grupo de controlo, que receberam os cuidados habituais.

Num outro estudo sobre o tratamento por acupunctura na lombalgia, desenvolvido por Carlsson e Sjolung (2001), verificaram que de um total de 50 doentes, divididos em dois grupos, em que 34 beneficiaram de acupunctura e 16 formavam o grupo de placebo, ao fim de seis meses 14 dos 34 doentes apresentaram melhorias relativamente à intensidade da dor, enquanto que no grupo de controlo, apenas 2 dos 16 doentes viram a dor diminuída. Também Ferreira (2010) desenvolveu um estudo com dois grupos de doentes que sofriam de lombalgia crónica, um a fazer tratamento com fisioterapia e outro tratamento com acupunctura e concluiu que o grupo que fazia acupunctura apresentava menos depressão, menos ansiedade, menor incapacidade funcional e melhor qualidade de vida.

Naslund, Naslund e Odenbring (2002), desenvolveram um estudo com 58 doentes que sofriam de dor crónica devido a gonartrose e que foram divididos aleatoriamente para receberem acupunctura profunda ou superficial, duas vezes por semana, num total de 15 tratamentos. Os resultados não só demonstraram o alívio da dor em ambos os grupos, como a manutenção do alívio durante seis meses seguintes.

Vickers, Rees e Zollman (2004) exploraram o efeito da acupunctura nas cefaleias crónicas em 401 doentes. Os indivíduos estudados foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos. Um recebeu tratamentos de acupunctura e o outro recebeu os cuidados habituais por parte do seu médico de família, durante três meses. O resultado mostrou que o grupo que beneficiou dos tratamentos de acupunctura tinha uma redução de 34% na dor relativamente ao início do estudo, enquanto que o grupo que beneficiou dos cuidados habituais teve uma redução de 16% na intensidade da dor. Verificaram ainda que o grupo que fez acupunctura necessitou de menos 15% de medicamentos para a dor, menos 25% de consultas médicas e menos 15% de dias de baixa, quando comparados com o grupo de controlo. Uma análise do custo-benefício com base neste estudo demonstrou vantagem na utilização da acupunctura em comparação com o tratamento habitual (Wonderling, Vickers, Grieve, & McCarney, 2004).

Weinman (2001) refere que nem a experiência de um sintoma nem a sua severidade explicam adequadamente as razões que determinam a procura de cuidados médicos. Há, pois, a necessidade de compreender de que forma é que os sintomas são percebidos, bem como o modo como influenciam os comportamentos designadamente a procura dos cuidados de saúde. De facto, os comportamentos de procura dos cuidados de saúde e os factores que os influenciam são complexos e ainda mal compreendidos (Smith, Elliot, Hannaford, Chambers, & Smith, 2004).

REFERÊNCIAS

- Alencar, M., & Leila, A. (2002). Riscos de lombalgias ocupacionais: o caso de mecânicos de manutenção. *Reabilitar*, 14,38-42.
- Anderson, H., Ejlertsson, G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical Journal of Pain*, 9, 174-182.
- Andrade Filho, A.C. (2001). *Dor, diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Roca.
- Araújo-Soares, V., McIntyre, T., & Figueiredo, M. (2002). Depressão e dor crônica: implicações para a intervenção [Depression and chronic pain: implications for intervention] *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5, 25-39.
- Aznar, P.M., & Pérez, J.M. (1998) *Acupuntura Y Dolor Articular Agudo*. Barcelona: Masson, S.A.
- Barber, T.X. (1959). Toward a theory of pain, relief of chronic pain by prefrontal leucotomy, opiates, placebos, and hypnosis. *Psychological Bulletin*, 56, 430-460.
- Baum, W. (1998). *Compreender o Behaviorismo*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Bear, M.F., Connors, B.W., & Paradise, M.A. (2002). *Neurociências Desvendando o Sistema Nervoso*, (2º ed). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Beecher, h.K. (1959). Measurement of subjective responses: quantitative effects of Drugs. Nova York, Oxford university Press.
- Berber, J.S., Kupek, E., & Berber, S.C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 56-66.
- Berson, B.S., Berntson, G.G., Zip, F.W., Torello, M. W., & Kirk, W.T., (1983). Vasopressin-induced antinociception, investigation into its physiological and hormonal basis. *Endocrinology*, II, 337-343.
- Beymer, P. L. (1995). Transcultural aspects of pain. In M. Andrews & J.S. Boyle, (Coords). *Transcultural Concepts in Nursing*, 2ª. ed (pp. 301-322). Philadelphia: Lippincott.
- Bonica, J.J. (1992). Pain Research and Therapy: History, Current Status and Future Goals. In C. E Short & Poznack, A.V. (Eds.), *Animal Pain*, (pp.1- 29). New York: Churchill Livingstone.

- Bond, W.S., & Hussar, D.A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48, 1978-1988.
- Brandão, C. (2006). Câncer e cuidados paliativos: definições (On-line). Disponível em:
<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=305>, consultada em 16 de Julho de 2007.
- Brandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). Adhering to Medical Advice. *Health Psychology. An Introduction to Behaviour and Health* (3ª Edition). USA, Brooks Publishing Company.
- Brown, G. K. (1990). A causal analysis of chronic pain and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (2), 127-137.
- Cailliet, R. (1999). *Dor, Mecanismos e Tratamento*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Carvalho, M. J. (2003). O Sofrimento da Dor em Câncer. In J. M. M. M. Carvalho (Eds.), *Introdução à Psico-Oncologia*, (pp. 103-118). São Paulo: Manole Ltdª.
- Chapman, R.S., & Syrjala, K.L. (1990). Measurement of Pain. In J.J. Bonica. (Eds.), *The Management of Pain*, (580-594). Philadelphia, Lea, & Febiger.
- Choy, P. (2000). *Fundamentos de Medicina Tradicional Chinesa*. Lisboa: Choy, Eds.
- Conant L. L. (1998). Psychological Variables Associated with Pain Perceptions Among Individuals with Chronic Spinal Cord Injury Pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5 (1) 71-90.
- Dias, M.R., & Brito, J.A (2002). No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1, 91-105.
- Direcção Geral de Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Despacho Ministerial de 26 de Maio. Lisboa, Edição de Autor.
- Direcção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital*. Registos sistemáticos da intensidade da dor. Lisboa, Edição de Autor.
- Edzar, E., & Adrian W. (2001). *Acupunctura, Uma Avaliação Científica*. São Paulo. Manole Ltdª.
- Ernest, E., & White, A. (2001) *Acupunctura. Uma avaliação Científica*, 1ª Ed. São Paulo, Manole Ltda.

- Ezzo, J., Berman, B., Hadhazy, V.A., Jadad, A.R., Lao, L., Singh, B.B. (2000). Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain*, 86(3), 217-225.
- Farber, P.L., & Timo-Iaria, C. (1994). Acupunctura e sistema nervoso. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 67, (5-6), 125-131.
- Andrade Filho (2001). *Dor: Diagnóstico e Tratamento*. Editora Rocca.
- Ferreira, M.S.M. (2010). Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica: Um estudo com doentes em Tratamento de Fisioterapia e Acupunctura. Tese de Doutoramento, Braga, Universidade do Minho.
- Filligim, R.B. (2003). Sex-related influences on pain, a Review of Mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology*, 48, 165-1674.
- Filshie, J., & White, A., (1998). *Medical Acupuncture, a Westers Cientific Approach*. In J. Filshie & A. White (Eds.). *Acupunctuur: achtergronden en wetenschap* (225-294). Edinburgo: Churchill Livingstone.
- Fordyce, W. E. (1997). On the nature of illness and disability, an editorial. *Clinical Orthopedics*, 336, 47-51.
- Frutuoso, J. T., & Cruz, R. M. (2004). Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Avaliação Psicológica*, Casa do Psicólogo. 3, 107-114.
- Guimarães, C.M., Pinge, M.C.M., Yamamura, Y., & Melo, E.E.A.M. (1997). Effects of acupuncture on behavioral, cardiovascular and hormonal responses in restraint-stressed Wistar rats. *Brazilian Journal of medical and Biological Research*, 30, 1445-1450.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (1996). *Tratado de Fisiologia Médica* (9ª Ed.). Rio de Janeiro, Guanabara Koogen.
- He, J.P., Friedrich, M., Eartan A.K.,Muller, K., Scmat, W. (1999). Pain-relief and movement improvement by acupuncture after ablation and axillary lymphadenectomy in patients with mammary cancer. *Obstetric and Gynecology*, 26(2), 81-104.
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, Saúde e Doença* (4ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17 (3), 417-431.
- Hoffman, D., & Tarzian, A. (2001). The girl who cried pain, a bias against woman in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29, 13-27.

- Jensen, M. P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-83.
- Keef, F., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992). Behavioural and Cognitive-Behavioral Approaches to Chronic Pain, Recent Advances and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, (4), 528-536.
- Keefe, F.J., & France, C.R. (1999). Pain: Biopsychosocial mechanisms and management. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 137-141.
- Kerns, R. D., Otis, J.D., & Marcus, K. S. (2001). Cognitive-behavioral therapy for chronic pain in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 503-23.
- King, G.E., Scheetz, J., Jacob, R.S., & Martin, J.W. 1989). Electrotherapy and hyperbaric oxygen: Promising treatments for post radiation complications. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 62, 333-334.
- Law, J., & Reed, A. (2001). *Electroterapia Explicada* (3^a ed.). São Paulo, Manole Ltd^a.
- Lee, P., Helewa, A., Goldsmith C.H., Smythe H.A., & Stitt, L.W. (2003). Low back pain, prevalence and risk factors in an industrial setting. *Journal of Rheumatology*, 28 (2), 346 -351.
- Lewith, G., & Kenyon, J. (1984). Physiological and Psychological Explanation for the Mechanism of Acupuncture as a Treatment for Chronic Pain. *Social Science & Medicine*, 19(12), 1367-1378.
- Liu, M. (1996). Comparison of Acupuncture and Drug Treatment for 130 Patients with Facial. *Journal of Clinical Acupuncture*, 12 (5,6): 56-60.
- Loeser, J.D., & Melzack, R. (1999). Pain: An overview. *Lancet*, 353, 1607-1609.
- Lorenz, N.G., & Sung, J. L. (1997). Acupuncture: Ancient Chinese and Modern Western. A Comparative Inquiry. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 3 (1) 11-23.
- Mao, W., Ghia, J., Scott, D., Duncan, G., & Gregg, J. (1990). High Versus Low Intensity Acupuncture Analgesia for Treatment of Chronic Pain, effects on platelet serotonin. *Pain*, 8(3), 331-342.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (2002). Appropriate pain control. *Progress in Neurobiology*, 569 (1), 120. 124.
- McGee, CT., Sancier, K., & Chom, E.P.Y. (1996). Qicong in Traditional Chinese Medicine. In: MS. Micozzi (Eds.), *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*, (pp 225-229). New York, Churchill – Livingston.

- Meinhardt, H. (1982). *Models of biological pattern formation*. London, Academic.
- Melzack, R. (1996). *Pain measurement and assessment*. New York: Raven Press.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Menegatti, C.L., Amorim, C., & Avi, G.D.S. (2005). Abordagem comportamental à queixa de dor. In, H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre, (Eds). *Sobre Comportamento e Cognição, Expondo a Variabilidade*, (169-174.). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Mole, P. (1993). *A acupuntura, Equilíbrio Energético para o Corpo e Mente e o Espírito*. Lisboa, Editorial Estampa.
- Nachemson A., & Jonsson, E. (Eds), (2000). *Neck and Back pain*. Philadelphia, Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Naslund, J., Naslund, U., & Odenbring, S. (2002). Sensory Stimulation (acupuncture) for the Treatment of Idiopathic Anterior Knee Pain. *Journal Rehabilitation of Medicine*, 34, 231-238.
- Oliveira, J.T. (2000). Aspectos Comportamentais das síndromes de dor crónica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58, 360-365.
- Patel, M., Gutzwiller, F., Paccaud, F., & Marazzia, (1989). A Meta-Analysis of Acupuncture for Chronic Pain. *Journal Epidemiology*, 18(4), 900-906.
- Pearce, S., & McDonald, A. (2001). Chronic pain. In D. W. Johnston, & M. Johnston (Eds.). *Health psychology: Comprehensive clinical psychology* (pp. 557-574). New York: Pergamon Press.
- Pimentel, S. F., Barbosa, N.D., & Resende, D.F., (1990). Effect of Temperature on the Reproduction of the Snail B. Glabrata. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 23, 441-449.
- Quartilho, M.J. (2001). Dor Crónica, Aspectos psicológicos Sociais e Culturais. Sociedade Portuguesa de Reumatologia, *Acta Reumatologia Portuguesa*, 26,255-262.
- Rachelin, H. (1985). "Pain and behavior". *The behavioral and brain sciences*, 8, 43-83.
- Rangé, B. (2001). Programa de treinamento à distância para tratamento de transtorno do pânico e agorafobia. *Psicologia Clínica e da Saúde*, 18 (2), 153-175.

- Ribeiro, J. L. P. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).
- Ristol, E.G.A. (1997). Acupuntura y Neurología. *Revista de Neurología* (Barcelona), (25), 142, 894-898.
- Ruzicka, A.S. (1998). Pain Beliefs: what do elders believe? *Journal of Holistic Nursing*, 16, 369-382.
- Salgado, A. S. I. *Eletrofisioterapia: manual clínico*. 1.ed. Londrina: Midiograf, 1999.
- Sanford, S.D., Kersh, B.C., Thorn, B.E., Rich, M.A., & Ward, L.C. (2002). Psychosocial mediators of Sex Differences in pain Responsivity. *The Journal of Pain*, 3, 58-64.
- Sardá, J. J., Kupek, E., & Cruz, R.M. (2000). Aspectos psicológicos associados à lombalgia e à lombociática. *Revista de Ciências Humanas, Florianópolis*, (28), 51-60.
- Sasdelli, E. N., & Miranda, E. M. F. (2001). Ser, O sentido da Dor na Urgência e na Emergência. In, V. A. A. Camon (Orgs.). *Psicossomática e a Psicologia da Dor* (pp.93-112). São Paulo, Pioneira.
- Schik, Yoo, Eng K. T., Russell, A. B., & Ference. A. J. (2004). Modulation of cerebellar activities by acupuncture stimulation: Evidence from FMRI. *Neuroimage*, 22, (2), 932-940.
- Schipper, H., Chinch, J., & Powell, V. (1994). Definitions and conceptual issues. In, B. Spilker, (Eds.). *Quality of life Assessments in clinical trials* (pp11-24). New York, Raven Press.
- Shang, C. (2000). Mechanism of Acupuncture - Beyond Neurohumoral Theory. Medical Acupuncture. *Journal for Physicians by Physicians*, 11 (2), 13-19.
- Shang, C. (2001). Emerging Paradigms in Mind–Body Medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, (1) 83-91.
- Silva, M.C., Fassa, A.G., & Valle, N.C.J. (2004). Dor lombar crónica em uma população adulta do Sul do Brasil, prevalência e factores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 20,1-12.
- Sionneau , F., & Lu, G. (2005). *Maladies et Synmptomes en Medicine Chinoise* (pp.73-90). Paris, Guy Tredaniel Editeur.
- Smith, B.H., Elliott, A.M., Hannaford, P.C., Chambers, W.A., & Smith, W.C. (2004). Factors related to the onset and persistence of chronic back

- pain in the community, results from a general population follow-up study. *Spine* 29, 1032 – 1040.
- Smith, M.T., Timothy, P., Carmody, PhD., & Smith, M.S. (2004). Cognitive distortion and psychological distress in chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 573-575.
- Soares, V., Figueiredo, M., & Lemos, L. (1999). “...Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim”: contribuições para a intervenção multidisciplinar na dor crônica. *Psiquiatria Clínica*, 20 (2), 167-178.
- Spigel, D. & Bloom, J.R. (1983). Group Therapy and Hypnosis Reduce Metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45(4), 333-339.
- Stux, G., & Hammerschlag, R.R. (2005). *Acupuntura Clínica, Bases Científicas*. São Paulo, Edições Manole.
- Teixeira, M.J. (1999). Fisiopatologia da dor. In M.M.J.de Carvalho (Orgs), *Dor um Estudo Multicisciplinar* (pp.47-76). São Paulo, Casa do Psicólogo. Brasil.
- Thompson, R. J., Gil, K M., Abrams, M. R., & Phillips, G. (1992). Stress, coping, and psychological adjustment of adults with sickle cell disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 433-440.
- Tooney, J.D., & Mann, J.T. (1991). Pain in Patient Groups Frequently Treated by Physiatrists. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, (17), 2, 275-285.
- Turk D. C., & Okifuji, A. (2002) Psychological Factors in Chronic Pain, Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70, (3).678-690.
- Turk, D. C., & Flor, H. (1999). Chronic pain: A biobehavioral perspective. In R. J. Gatchel, & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 18–34). New York: Guilford Press.
- Unruh, A.M (1996). Gender, variation in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123-167.
- Urbano, G., Ferreira, S., & Sampaio, F.(1999). Aprender com a dor, do conhecimento ao alívio. *Enfermagem Oncológica*, 10, 3-37.
- Valat, J.P. (2004). Factors Involved in Progression to Chronicity of Mechanical Low Back Pain. *Joint Bone. Spine* , (72), 3, 193-195.
- Vickers, A., Rees, R., & Zollman, C. (2004). Acupuncture for Chronic Head-ache in Primary Care, large, pragmatic, randomised trial. *British Medical Journal*, 328-744.

- Wall, P.D., & Melzack, R. (1995). *O desafio da dor*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wallis B.J., Lord, S.M., Barnsley, L., & Bogduk, N. (1998). The psychological profiles of patients with whiplash-associated headache. *Cephalalgia*, 18, 101-105.
- Weiner, D.K., & Rudy, T.E. (2002). Attitudinal Barriers to Effective Treatment of Persistent Pain in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (12), 2035-2040.
- Weinman, J. (2001) Health Care. In D. W. Johnston, & M. Jonston (Eds.). *Health Psychology, comprehensive Clinical Psychology*, (79-129). New York, Pergamon Press.
- West, S. G. (2001). *Segredos em reumatologia* (pp11-41). São Paulo: Artemed. Brasil.
- William, W., & Deardorff, P.D. (2007). *Depression and chronic back pain*, <http://www.spine-health.com/conditions/depression/> ,Consultado em 22/08/2008.
- Wonderling, D., Vickers, A., Grieve, R., & **McCarney**, R. (2004). Cost effectiveness analysis of a randomized trial of acupuncture for chronic headach in primary care. *British Medical Journal*, 328-744.
- Wu, M.T., Hsieh, J.C., Xiong, J. Yang, C.F., Pan, H.B., & Chen, Y.C. (1999).Central nervous pathway for acupuncture stimulation: localization of processing with functional MR imaging of the brain—preliminary experience *Radiology*, 212, 133–1341.
- Zborowski, M. (1978). *People in Pain* (79-124). San Francisco, Jossey-Bass.
- Zborowski, M.(1998).Cultural Variation in the Inference of Pain. *Journal of Cross-Cultural Psychology Morse and Morse*, 19, 232-242.

CORPO POR CORPO: UM ESTUDO DE CASO DA EXPERIÊNCIA DE AFLIÇÃO/DOENÇA¹

Pedro Pereira

NOTA INTRODUTÓRIA

À noite, Maria anda cerca de uma hora a pé por causa do colesterol; de manhã, Maria reza durante cerca de meia hora para pedir saúde. Mas, rompendo com as mais diversas formas de *promoção da saúde*, a aflição aparece. No caso de Maria, a nossa entrevistada, as aflições surgem regularmente na sua vida, e ela empresta à sua resolução o sacrifício do seu próprio corpo.

O presente trabalho parte exactamente das aflições que surgiram na vida da nossa única entrevistada, para compreender a experiência de enfermidade e as estratégias de cura por ela utilizadas. Para tal, parte-se da crítica ao modelo biomédico, para se desembocar no percurso realizado pela antropologia da saúde. Em seguida, descrevem-se os principais modelos teóricos que se preocuparam com a experiência da enfermidade, isto é, aqueles que tiveram como ponto de partida o *grupo de antropologia médica de Harvard*, e faz-se uma aplicação dos mesmos a duas situações de aflição de Maria.

Alguma insuficiência dos modelos para explicar os casos em estudo, conduz-nos à apresentação de uma proposta, que julgamos ser mais abrangente quer em termos sincrónicos quer diacrónicos, permitindo uma melhor compreensão das aflições de Maria. Assim, cada situação de aflição de Maria será situada no *contexto da aflição* e a sucessão das aflições constituirá a *narrativa biográfica de aflição*.

DO MODELO BIOMÉDICO À ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Modelo Biomédico

Há cerca de dois anos, um famoso cirurgião português dizia num programa televisivo, com a ênfase e com a segurança de um saber inquestionável, que *a medicina tem como base a perspectiva cartesiana de ver o Ser Humano*. Deste modo, a mente separa-se do corpo e este apresenta-se como uma

¹ Este texto é uma versão revista do trabalho realizado para o Curso de Pós-Graduação em Práticas Terapêuticas e Diversidade Cultural (ICS-UL) em Julho-2005. Agradeço ao Professor Doutor José Manuel Sobral e à Professora Doutora Cristiana Bastos as críticas e sugestões que fizeram ao trabalho.

máquina, sendo a doença um *distúrbio* que pode ser *reparado* pela medicina. Ainda que, actualmente, não seja, pelo menos publicamente, defendido com a mesma veemência, de facto, a medicina ou o modelo biomédico continua a conceber a doença e a actuar partindo da visão cartesiana de ver o indivíduo ou, de uma forma mais abrangente, podemos dizer que o modelo biomédico continua a reger-se pelo *paradigma dominante*.

Neste paradigma, a matemática desempenha um papel fundamental. Assim, como sustenta Boaventura Sousa Santos, “as ideias que presidem à observação e à experimentação são as ideias claras e simples a partir das quais se pode ascender a um conhecimento mais profundo e rigoroso da natureza. Essas ideias são as ideias matemáticas. A matemática fornece à ciência moderna, não só o instrumento privilegiado de análise, como também a lógica de investigação, como ainda o modelo de representação da própria estrutura da matéria”(Santos, 1988, p. 14). Portanto, por um lado, conhecer significa quantificar, valorizando-se o rigor das medições, sendo desvalorizadas quaisquer qualidades dos objectos que não fossem mensuráveis. Como refere Helman, existe um “uso crescente de definições numéricas para estados de saúde e de doença. A saúde ou a normalidade é definida pela referência a determinados parâmetros físicos e bioquímicos, tais como peso, altura, circunferência, contagem sanguínea, nível de hemoglobina, níveis de electrólitos ou hormônios, pressão sanguínea, ritmo cardíaco, ritmo respiratório, tamanho do coração ou acuidade visual”(Helman, 2003, p. 111). Para cada um destes itens existem balizas de normalidade, no exterior das quais aparecem sinais de anomalia, eventualmente doença.

Por outro lado, “conhecer significa dividir e classificar para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou” (Santos, 1988, p. 15). No campo biomédico, o indivíduo é inicialmente dividido em corpo e mente (sendo esta destinada à psiquiatria). Em seguida, o corpo é dividido em partes mais pequenas, como por exemplo órgãos, sendo cada uma destas partes alvo de uma atenção particular de um especialista. Claro que este reducionismo² *aliena* o indivíduo quer em termos conceptuais, pois é visto como um somatório de várias partes quer em termos práticos, uma

² Contudo, como demonstram B. Rozemberg e M. C. S. Minayo, tendo como base um estudo de caso, os reducionismos não se cingem apenas ao modelo biomédico e, no caso estudado, a profissional de não teve uma atitude reducionista, pois “‘escutou’ mais do que ‘auscultou’”(Rozemberg, 2001).

vez que podemos ter médicos que se reúnem à volta de uma cama vazia analisando o processo de um doente (Carapinheiro, 1993)³.

Outra característica do paradigma dominante é a visão do mundo como uma máquina, ou seja, o mecanicismo, no qual a ideia de ordem e estabilidade são fundamentais (Santos, 1988). Esta perspectiva expressa-se no modelo biomédico através da concepção mecanicista do corpo humano, no qual qualquer anomalia tem de ser *reparada* para que a *máquina humana* volte a funcionar *normalmente*.

Nesta concepção positivista em que assenta o modelo biomédico, para além do que foi dito é possível destacar três outras consequências. A primeira decorre do facto do discurso do doente, com os seus argumentos e as suas justificações para a aflição que o assalta serem tão irrelevantes quanto aquilo que Marcos Queiroz chama a “abstracção dos factores sócio-culturais e políticos no processo saúde/doença” (Queiroz, 2003, p. 122). Em seguida, pode salientar-se o etnocentrismo de que *padece* o modelo biomédico. Como afirma Cristiana Bastos, referindo-se aos médicos e àqueles que estão em formação, que é precisamente “nessa altura fundamental acreditar que aquilo que se estuda é a única forma de explicar a doença e promover a saúde”(Bastos & Levy 1987, p. 221). Desta forma, o modelo biomédico é colocado no centro e todas as outras práticas curativas, profundamente heteróclitas entre si⁴, são situadas numa dilatada e diversificada margem, emergindo a sua marginalidade relativa ao modelo biomédico como característica privilegiada⁵. Por fim, a herança positivista do modelo biomédico está também presente na interacção do médico com o doente que, como sustenta Ángel Martínez, se caracteriza por ser: “a) *unidimensional* analiticamente, visto que a doença é percebida do ponto de vista organicista; b) *unidireccional* no desenvolvimento comunicacional já que em vez de estabelecer uma negociação, privilegia a postura do profissional; c) e *unilinear* a partir da perspectiva terapêutica, visto que a intervenção enfatiza exclusivamente a eficácia biológica”(Martínez, 1992, p. 65). Utilizando a terminologia de Arthur Kleinman, poder-se-ia dizer que o modelo biomédico apenas utiliza o *Modelo Explicativo Profissional* (Kleinman, 1981).

³ Num trabalho que me foi entregue (em 2005) por um grupo de alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, os autores do mesmo relatam a forma profundamente metonímica que o médico usou para se referir a um doente: “onde está a maca do quisto?”.

⁴ Como salienta Cristiana Bastos, as diversas práticas médicas marginais, têm pouco em comum entre si, veja-se o caso das seguintes: ervanárias, mezinhas, bruxos, adivinhos, espíritas, endireitas, acupunctores ou iridologistas (Bastos, 1987).

⁵ Como refere A. Giddens, a perpetuada ideia de que a medicina moderna, ‘científica’, é a forma mais válida de conhecimento, está a ser posta em causa pela crescente popularidade de algumas formas de medicina alternativas, como a homeopatia ou a acupunctura (Giddens, 2004).

Antropologia da Saúde

Martínez (1996) sustenta que, desde o seu surgimento até particularmente à primeira metade do século XX, a Antropologia não estudou a doença como um fenómeno social e cultural, com relativa autonomia. Assim, normalmente procurava-se integrar a doença e os sistemas médicos em campos mais amplos como as crenças religiosas.

A excepção a este panorama foi W. Rivers, em 1924, com o clássico *Medicine, Magic and Religion*, que apesar de continuar a relacionar a doença com a religião, procura estudar especificamente o conceito de doença e as práticas médicas de diferentes *povos primitivos*. Para além desta maior autonomia do objecto de estudo, Rivers avançou com outras duas importantes ideias: por um lado, defendeu a inserção das crenças e práticas médicas na cultura; por outro, considerou que, apesar de segundo o ponto de vista Ocidental, as concepções de doença e práticas médicas de povos como os Papuas ou os Melanésios estejam erradas, as causas da doença e as suas práticas são uma consequência lógica das suas crenças, sendo portanto racionais (Rivers, 2001).

Esta autonomia do estudo da doença e a sua consideração como fenómeno social encontra expressão também num conjunto de artigos de Erwin Ackerknecht reunidos na obra *Medicina y antropologia social* (1947). O autor propõe-se estudar a medicina primitiva, ainda que considere que “há uma diferença entre uma medicina que é basicamente mágica e possui alguns elementos racionais e outra medicina que é fundamentalmente científica e contém alguns elementos mágicos” (Ackerknecht, 1985, p. 17). Apesar desta perspectiva mais etnocêntrica, o autor reforça a concepção social da doença, salientando que ainda que a doença tenha uma base biológica, um desvio biológico, este só se transforma em doença quando a sociedade o considera como tal (Ackerknecht, 1985). Mais tarde, nos anos oitenta do século XX, Marc Augé vai mais longe, sustentando que existe uma mesma lógica que comanda a *ordem biológica* e a *ordem social* (Augé, 1994).

Começando um pouco antes (finais dos anos setenta) e efectivando-se ao longo dos anos oitenta do século XX, a antropologia, particularmente com Arthur Kleinman e *grupo de antropologia médica de Harvard*⁶, para além de continuar a considerar a doença como um fenómeno social, vai deixar de reduzir os seus estudos à chamada medicina primitiva, para começar a pôr

⁶ Algumas obras do grupo de Harvard: B. Good (1977), “The heart of what’s the matter: Semantics and illness in Iran” in *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 25-28; A. Kleinman; L. Eisenberg e B. Good (1978), “Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research” in *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258; A. Kleinman (1981), *Patient and Healers in the Context of Culture*, Berkeley: University of Califórnia Press.

em causa a biomedicina, procurando analisá-la como mais um sistema para fazer face à doença e tentando conhecer a forma como um indivíduo interpreta, experimenta e trata a doença. A perspectiva do grupo de Harvard é profundamente importante para o estudo da experiência da enfermidade.

Experiência da enfermidade - breve referência a modelos explicativos

A abordagem da experiência da doença, que para ser antropológica tem de ser necessariamente holística e não biomédica, implica que se deva recuperar alguns contributos anteriores à antropologia médica interpretativa. De facto, no início dos anos cinquenta (1951) aparece a obra *The Social System* de Talcott Parsons, que se constitui num marco bastante importante no estudo da doença e das práticas de cura, bem como do *papel do doente* (*sick role*).

Antes de Parsons, “o estudo sociológico da saúde e da doença fundamentava-se na perspectiva biomédica” (Cockerham, 2002, p. 178), fazendo-se apenas correlações de factores sociais com os biológicos (mais de âmbito sanitário) e “esta focalização de orientação médica enfatizava a realidade fisiológica do organismo humano, mas deixava de fora a realidade sociológica de comportamento de um doente”(Cockerham, 2002, p. 178). A partir do trabalho de Parsons, a doença começou a ser vista como um comportamento desviante e os aspectos sociais que decorrem da doença passaram a ser estudados.

A perspectiva funcionalista de Parsons relativamente à cultura⁷ influencia decisivamente a sua concepção de doença e cura. Assim, perante uma disfuncionalidade que é a doença, a instituição incumbida de anular esse desvio é a medicina. “Existe uma grande conexão entre o processo terapêutico e os problemas do desvio e controlo social”(Parsons, 1951, p. 429). Deste modo e através desta, a sociedade controla os desvios patológicos e garante a estabilidade social.

Efectivamente, esta concepção funcionalista da doença vai enformar o conjunto de características do *sick role*, que são as seguintes: “O doente está eximido de desempenhar as suas responsabilidades sociais normais; O doente não é responsável pela sua condição; O doente deve tentar curar-se. Dependendo da gravidade da sua situação, o doente deve procurar ajuda de um profissional e colaborar com ele para conseguir recuperar a sua saúde”(Parsons, 1951, p. 437). Claro que diversas críticas podem ser feitas

⁷ Note-se que na primeira concepção funcionalista da cultura, pertencente a B. Malinowski, no clássico, *Uma Teoria Científica da Cultura*, este autor define cultura como “um todo indiviso, composto por instituições, em parte autónomas e em parte associadas”(1997, p.40).

ao *sick role*, como a não contemplação de variáveis como o sexo e a idade, a não aplicação a doentes crónicos, a passividade do doente, a exclusão da família, entre outras⁸. Porém, deve reforçar-se o carácter inaugural do estudo sobre a forma como o indivíduo vive a doença.

Neste trabalho, a perspectiva privilegiada de abordagem da experiência da enfermidade não assenta no *sick role*, mas sim nos contributos da perspectiva da antropologia interpretativa proposta pelo grupo de Harvard. Estes contributos serão o ponto de partida quer para a recolha de dados no estudo de caso quer na interpretação dos mesmos.

Estes autores partem do conceito de cultura de Clifford Geertz, para quem: “a cultura consiste em estruturas de significação socialmente estabelecidas, em virtudes das quais as pessoas fazem coisas como sinais de conspiração e aderem a estas, ou percebem insultos (...). [A cultura pode ser] entendida como sistemas de interacção de signos interpretáveis (...). A cultura é um contexto dentro do qual se podem descrever todos os fenómenos de maneira inteligível”(Geertz, 1997, pp. 26-27). Assim, tal como noutros campos, também na doença, as percepções, as interpretações e as acções são culturalmente construídas. Por conseguinte, de forma diferenciada do modelo biomédico e da perspectiva de Parsons⁹, Arthur Kleinman propõe-se desmontar o conceito de doença (*sickness*) em duas partes: *disease* e *illness*. “Disease refere-se a anomalias dos processos biológicos e/ou psicológicos – doença processo; e *illness* refere-se à experiência e significado psicossocial da doença – doença experiência”(Kleinman, 1981, p. 72). Mais tarde, Allan Young (1982), vai reformular esta terminologia, na qual *disease*, refere-se a uma entidade nosológica reconhecida pela biomedicina, *sickness* refere-se ao estado de doença socialmente reconhecido e *illness* designa a experiência subjectiva da doença.

Breve referência a cada um dos modelos de análise da experiência da doença

Como já foi referido, a perspectiva de análise proposta neste trabalho parte de três concepções teóricas: o *Modelo Explicativo* (Explanatory Model) de

⁸ A. Giddens salienta a contradição entre a ausência de culpa do doente na sua doença e a elevada valorização dos estilos de vida e saúde na era moderna, que confere às pessoas uma responsabilidade cada vez maior sobre o seu próprio bem-estar (Giddens, 2004).

⁹ Parsons define doença como “um estado de perturbação no funcionamento ‘normal’ do indivíduo humano total, compreendendo o estado do organismo como sistema biológico e o estado dos seus ajustamentos pessoal e social. A doença define-se então em parte biologicamente e em parte socialmente. A participação no sistema social é sempre em potência relevante para o estado da doença, para a sua etiologia e para as condições de uma boa terapia, assim como para outras coisas”(Parsons, 1951, p. 431).

A. Kleinman (1981), o *Modelo de Análise das Redes Semânticas* de Byron Good (1977, 1994) e o *Sistema de Signos, Significados e Acções* de Ellen Corin (e colaboradores (Corin, Bibeau, Laplante & Martin, 1990).

Antes de se apresentar o *Modelo Explicativo* da enfermidade de A. Kleinman, valerá a pena salientar que, para o autor, todas as actividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural: Sistema de Cuidados de Saúde (Health Care System). Este Sistema é composto por três sectores que estão interligados e que se sobrepõem, são eles o sector profissional (Professional Sector of Health Care), o sector tradicional (Folk Sector of Health Care) e o sector popular (Popular Sector of Health Care) (Kleinman, 1981, pp. 49-60). Cada um dos sectores veicula crenças e interpretações da doença e apresenta diferentes alternativas terapêuticas.

O *sector profissional* compreende o conjunto de profissões organizadas legalmente e direccionadas para cuidados de saúde, como é o caso, no Ocidente, da medicina científica ocidental – biomedicina.

O *sector tradicional* abrange os especialistas em cuidados de saúde que não pertencem ao sector profissional e que se especializam em formas de cura sagradas ou seculares, ainda que ambas possam estar interligadas. Os curandeiros populares são um dos diversos exemplos dos referidos especialistas.

No caso do *sector popular*, aquele que se reveste de maior pertinência no presente trabalho, a família assume particular importância, pois é nesta que certos sinais e sintomas vão ser tomados como doença, vão emergir as crenças sobre a doença, vai ser avaliada a gravidade da doença e as estratégias a seguir para fazer face à mesma.

Relativamente ao *Modelo Explicativo* da enfermidade, Kleinman define-o como “as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são usadas por todos aqueles que estão envolvidos no processo clínico”(1981, p. 105), ou seja, médicos e pacientes e suas famílias. Estes modelos, acrescenta o autor, “servem para oferecer explicações sobre a doença e o tratamento que orienta a escolha entre as terapias e os terapeutas disponíveis, como também para elaborar o significado pessoal e social da experiência da doença”(1981, p. 105).

O estudo de ambos os modelos permite diminuir os problemas de comunicação entre médicos e pacientes. Quanto à estrutura dos modelos assenta em cinco aspectos básicos: “1 – etiologia; 2 – tempo (duração) e modo de aparecimento de sintomas; 3 – fisiopatologia; 4 – curso da doença e grau de severidade da mesma (aguda, crónica ou debilidade); 5 – tratamento”(Kleinman, 1981, p. 105).

Ainda que o *Modelo de Análise das Redes Semânticas* não se oponha ao Modelo Explicativo de Kleinman, apresenta algumas características específicas. Segundo B. Good, “o que denominamos análise de rede semântica, sugeria uma forma de entender as numerosas, diversas e aparentemente conflituosas afirmações acerca da natureza específicas das queixas de doenças, que podiam ser sintetizadas e culturalmente objectivadas, formuladas como um ‘objecto’ da consciência pessoal e social”(Good, 1994, p. 307). Assim, “as análises das redes semânticas desenvolveram-se como um meio para analisar a doença enquanto ‘rede de perspectivas’ e como um ‘produto de interconexões’, como uma forma de síntese que condensa múltiplos, e frequentemente contrapostos, âmbitos sociais e semânticos para produzir ‘o significado’ de uma queixa ou doença”(Good, 1994, p. 309).

Deste modo, neste modelo, e procurando superar lacunas do Modelo Explicativo, Good considera que elementos do contexto experiencial, social e cultural se articulam formando símbolos que intervêm na construção do significado dos episódios de doença. Por conseguinte, a doença apresenta-se como profundamente polissémica, dificultando a comparação termo a termo proposta por Kleinman.

Por fim, a proposta de E. Corin e dos seus colaboradores, designada, *Sistema de Signos, Significados e Acções*, apesar de ser uma continuação das ideias do grupo de Harvard, destaca-se deles pelo facto de este modelo permitir “maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.) que intervêm efectivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha do terapeuta apropriado”(Uchôa, 1994, p. 501).¹⁰

O objectivo do “modelo de análise dos ‘sistemas de signos, significados e acções’ visa precisamente o conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir de populações junto às quais se quer intervir; ele constitui um instrumento privilegiado para a investigação antropológica das representações e comportamentos predominantes no campo das grandes endemias”(Uchôa, 1994, p. 502).

Este modelo parte de duas premissas básicas. Por um lado, “cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de

¹⁰ O facto do artigo de E. Uchôa e J. M. Vidal, “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e Doença”, ser utilizado para caracterizar o *sistema de signos, significados e acções*, resulta da circunstância de a primeira autora deste artigo fazer parte do de trabalho de E. Corin, tendo participado na publicação de diversos artigos com esta última autora.

saúde, marcando principalmente tal ou tal sintoma, privilegiando tal ou tal explicação e encorajando certos tipos de reações e ações” (Uchôa, 1994, p. 502); por outro, “existe continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta os seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los; essa construção específica é ligada às características sócio-culturais da comunidade e às condições macroscópicas de contexto” (Corin et al. cit. in Uchôa, 1994, p. 502). Nesta proposta, parte-se do nível pragmático, dos comportamentos concretos dos indivíduos, para o nível semântico, para os significados desses comportamentos.

ESTUDO DE CASO – AFLIÇÕES DE MARIA

Tendo em conta a *estrutura do modelo explicativo do paciente*, bem como a sua tradução em *questões a formular aos pacientes* (Kleinman, 1981: 106), iniciou-se a construção das linhas orientadoras da narrativa. Contudo, ao invés de se conferir primazia à doença, para daí inferir a experiência do doente em relação à mesma, como sustenta Kleinman, procurou-se uma maior aproximação à perspectiva de Corin, que confere uma liberdade mais acentuada nas descrições dos *signos*, como expressão de mal-estar. Ainda seguindo Corin e Good, procurou-se contextualizar os *signos* de mal-estar descritos por Maria.

Assim, *bebendo destas três fontes*, o processo de narrativa da experiência da enfermidade organizou-se em quatro fases: descrição do mal-estar; causas e consequências do mal-estar; práticas terapêuticas; e avaliação das mesmas. Contudo, ao invés de se solicitar a Maria que falasse apenas dos episódios de mal-estar, pediu-se que descrevesse todas as *situações de aflição*¹¹ que experimentou ao longo da sua vida. Pois considera-se que a doença é uma forma particular de infortúnio ou aflição e, por conseguinte, estariam asseguradas as duas situações de mal-estar a serem estudadas. Desta forma, julgamos estarem criadas as condições para através deste estudo exploratório compreender-se a experiência da aflição e as estratégias para diminuir ou anular o sofrimento, no caso da entrevistada em causa.

Antes de avançarmos para a narrativa, vale a pena contextualizar a entrevistada. Maria tem 52 anos, é casada, tem quatro filhos e três netos e sempre viveu num Lugar próximo de Penafiel¹². Já tinha entrevistado¹³

¹¹ Neste trabalho partimos de uma perspectiva *emic* para definir o conceito de *aflição*. Para a entrevistada, Maria, *aflição* é tudo aquilo que possa pôr em causa o bem-estar da sua família, e que naturalmente lhe provoca sofrimento.

¹² A comunidade onde vive Maria faz parte da freguesia de Croca, concelho de Penafiel, distrito do Porto e, no presente estudo, será designada como *Lugar*. Este Lugar, que dista cerca de 6 km do centro urbano mais próximo – Penafiel –, tem cerca de cem habitantes. Os habitantes mais velhos, que constituem a grande parte da população, trabalham na agricultura, os restantes

brevemente Maria durante uma das treze peregrinações a pé a Fátima que já fez e agora, cumulativamente ao presente trabalho, pelo facto de ter realizado promessas a uma Senhora da Saúde. Para o actual estudo, foram realizadas duas entrevistas, ao longo de duas tardes, em casa da entrevistada.

Paradoxalmente, ou talvez não, quando Maria relatou as suas aflições, por um lado, falou muito pouco sobre as aflições que tiveram origem em si e muito sobre as aflições que tiveram origem nos seus familiares; por outro, revelou que perante estas últimas é que recorreu frequentemente aos santos e às advocações da Virgem Maria como estratégia de cura, enquanto nas primeiras situações nunca o fez. A invocada paradoxalidade talvez se desfaça num discurso pleno de sentido ao longo da análise da narrativa.

A aflição no seu corpo

Foi pedido à entrevistada para relatar as situações de aflição que ocorreram na sua vida. Maria começou por falar um pouco sobre os seus pais, e depois salientou uma situação de aflição, aos dezasseis anos. Quando regressava a casa, após ter servido à mesa num casamento, Maria bebeu um copo de água gelada e sentiu-se profundamente mal. Doía-lhe bastante a garganta e teve febre bastante alta. Tanto Maria como diversos habitantes do Lugar consideraram que foi o copo de água fria que originou tal situação. As estratégias de tratamento passaram exclusivamente pela biomedicina, foi chamado o médico, que receitou um conjunto de medicamentos e alguns exames. A avaliação desta estratégia foi positiva e Maria ficou bem.

Para além da oração, que faz diariamente, Maria nunca recorreu a qualquer estratégia de cariz mais *extra-empírico* para fazer face aos seus problemas de saúde, que foi tendo ao longo do tempo. Contudo, quando as aflições tiveram como fonte os seus filhos, a exclusividade do modelo biomédico desapareceu. Apresentam-se, em seguida, dois casos de situações de aflição para Maria, que se manifestaram primordialmente no corpo dos seus filhos, e em relação aos quais as estratégias de cura foram bem diferentes.

Dois casos de aflição noutra corpo

Caso 1 – Doença da M.A.

Toda a descrição de Maria condensa-se em duas frases: “ela [a filha] ficava por morta. Eu só notava que ela estava viva pelo respirar”. Normalmente,

trabalham fora do Lugar, as mulheres em fábricas de confecções e os homens na construção civil.

¹³ No âmbito de outro trabalho: Pedro Pereira, *Peregrinos – Um estudo antropológico das peregrinações a pé a Fátima*, Lisboa: Piaget, 2003.

era de noite que lhe davam as *crises*, a bebé fazia um ruído no peito (ao respirar), ficava muito cansada, não mamava, ficava parada e aflita. Este quadro foi-se repetido ao longo do tempo, desde que nasceu.

Com oito dias, a filha de Maria, embrulhada em cobertores e vestida, pesava pouco mais do que dois quilos. Segundo Maria, a filha estava tão magra porque, ela não tinha leite, dava-lhe o da farmácia, mas ela não mamava. Um pouco mais tarde, a filha continuava a comer pouco e não andava (só começou a andar aos quatro anos de idade). Para além disto, havia uma particularidade que deixava a mãe e o Lugar *perplexos*: a menina queria que a mãe deitasse café na maior tigela que a mãe tivesse em casa até transbordar, (dizia: “não quero um tchisco” – bocadinho) e depois não bebia, caso não o fizessem não parava de gritar.

Maria levava a filha uma ou duas vezes por semana ao médico, habitualmente durante a noite. Segundo Maria, os médicos não diziam o que ela tinha, apenas lhe davam medicação, contudo a menina ia piorando. Aventavam apenas como hipóteses que talvez a menina tivesse tido algum medo ou tivesse caído, que ela era “chata”, mas que com o tempo iria ultrapassar essa situação. Contudo, a menina estava cada vez pior.

Uma vizinha dizia o seguinte: “olha não vale a pena tu chorares que a menina não vai ser para ti. Olha, é Deus que não quer que ela seja para ti”. Na opinião de Maria, o que ela queria dizer era que a menina ia morrer, que Maria não conseguia fazê-la vingar. Outras pessoas diziam que a menina tinha diabo¹⁴.

Relativamente ao diagnóstico e tratamento proposto por pessoas do Lugar, Maria relata a *reacção* de um vizinho:

“O vizinho disse-me: ‘arranja-me aí uma peça de roupa da miúda que eu vou levá-la comigo’. Eu comecei a rir-me e perguntei ‘para quê?’ Ele disse: ‘não te custa nada, estou só a pedir-te uma peça da miúda’. Ele levou a peça da miúda e passados uns dias veio aqui e disse ‘veste-lhe esta roupa’; trouxe [também] umas ervas que ele dizia que era um defumadouro e disse: ‘vais pôr a arder à beira da menina e passas três peças de roupa por cima (do defumadouro) que é para eu levar comigo’. Eu não fiz isso, que não tinha muita audácia para isso, mas a minha mãe fez. Ela fez isso e ele levou as peças. Quando ele veio cá da segunda vez, a

¹⁴ Maria reagia dizendo: “o diabo sois vós, vós é que sois o diabo”. Pela incompreensão do anómalo, as vizinhas insistiam: “ela tem algum bruxedo que lhe fizeram; então ela tem a tigela de café e não come nenhum”. Maria procurando *exorcizar* o mal, apontava uma solução socialmente mais confortável: “ela tem enguiço, está doente”.

menina já andava, já comia normalmente, já não pedia o café a ‘esbordar’ e já tomava a água ou o leite. Ele disse: ‘então agora hás-de arranjar-me três peças que ainda tenho que ir outra vez à senhora que fez as coisas à tua filha e é para tu saberes que há coisas. A senhora disse que ela teve um medo, que andava aí uma pessoa da tua família que tinha falecido’. Eu ri-me e disse que andam aqui muitas e a minha mãe disse o mesmo. E ele disse ‘não é isso que eu quero dizer’. Mas o que é certo é que a menina sarou”.

Relativamente à *origem do mal*, Maria salienta que o mesmo vizinho atribuía o mal-estar da menina a “uma pessoa que tinha falecido e que ela andava com ele, que tinha aquele problema dela, mas que sarava, como sarou. Eu reconheci que foi ele que sarou a miúda. Na altura disseram que era o meu falecido avô. O vizinho disse que tinha ido pôr umas velas a arder. “

Apesar de, na opinião de Maria, ter sido com o tratamento realizado pelo vizinho que a filha ficou boa, esta continuou a ser seguida no hospital até aos catorze anos, indo à segunda-feira e à sexta-feira tomar vacinas por causa da asma. Segundo Maria, a asma foi curada pelos médicos, mas tudo o resto foi resolvido com o *trabalho do Lugar*.

Caso 2 – Acidente do F.

O desastre do terceiro filho foi a maior aflição de Maria. Quando regressava da escola com os outros dois irmãos, F. foi violentamente atropelado por um carro. A criança foi transportada para o hospital, tendo permanecido em estado de coma.

Passa algum tempo, a criança saiu desse estado, mas com diversas sequelas irreversíveis em termos físicos e, particularmente, em termos mentais. Continuou a ser seguido pelos médicos do hospital, particularmente fazendo fisioterapia.

Tal como Maria, algumas pessoas fizeram promessas para a melhoria do estado de saúde do seu filho. Contudo, Maria recorreu de uma forma intensa e continuada a santos e a advocações da Virgem Maria, procurando a salvação e a recuperação da saúde do filho, tendo prometido e cumprido as seguintes promessas: fazer a peregrinação a pé a Fátima, à Santa Alexandrina e à Senhora da Saúde, em Bustelo (Penafiel); rezar o terço e pôr um menino de cera e velas a arder à Santa Clara, no Bonfim (Porto), se o filho falasse; subir de joelhos a escadaria da Senhora dos Remédios, em Lamego; para a recuperação da saúde mental, promessa ao Santo Tirso de Meinedo (advogado da cabeça); pegar todos os anos no andor da Santa

Luzia, se o filho não perdesse a visão; participar na festa do Salvado, em Carvalhos (pequenina).

Insuficiência de compreensão dos modelos explicativos

Relativamente ao presente estudo, talvez a principal fragilidade das perspectivas teóricas apresentadas seja o facto de não contemplarem a experiência da doença com origem noutra corpo¹⁵. De facto, a contemplação do *corpo familiar* e do *corpo comunitário* são fundamentais para a compreensão da doença. No caso de Maria, quando lhe foi pedido para relatar as suas experiências de aflição, ela falou *timidamente* das experiências com origem no seu próprio corpo e falou *desinibidamente* das suas experiências de aflição com origem no corpo de outros, particularmente dos seus filhos, e do sofrimento que isso lhe tinha causado. Ainda que Kleinman contemple o modelo explicativo da família e que Good e Corin valorizem o contexto familiar, o seu intuito reduz-se à absorção de contributos da família para compreender melhor os sinais daquele que é considerado doente, do corpo do qual emerge primordialmente o mal-estar. Contudo, este mal-estar atinge também a família, e Maria vive a aflição com o próprio corpo e usa o sofrimento como estratégia de cura, repetindo aquilo que fazem inúmeras mães que realizam promessas a seres sobrenaturais como estratégia de cura dos filhos. Como pude notar no trabalho que realizei sobre as peregrinações a pé a Fátima¹⁶, uma parte significativa das pessoas que realiza esta prática fá-lo no âmbito de uma promessa realizada por causa da doença ou aflição de um familiar, que se constitui na sua própria aflição. A contextualização das aflições na família e na comunidade constitui-se imprescindível ao olhar antropológico sobre as aflições.

Como foi referido, procurou-se apresentar cada um dos casos de aflição de Maria tendo como pressupostos teóricos algumas ideias defendidas pelos autores. Contudo, foram notadas algumas insuficiências dos modelos para a compreensão dos casos referidos.

Algo que parece caracterizar as três perspectivas teóricas anteriormente descritas, ainda que seja mais visível na de Kleinman, é a sua preocupação particularmente clínica, como refere o próprio autor “os modelos explicativos determinam o que é considerado evidências clínicas relevantes e como essas evidências estão organizadas e interpretadas para racionalizar

¹⁵ O presente estudo não reduz a concepção de corpo ao seu *nível individual*, ao *corpo individual*, (Scheper-Hughes e Lock, 1987), mas tem em consideração a proposta dos *três corpos* das mesmas autoras, valorizando também o *corpo social* e o *corpo político*, bem como a interligação entre todos eles.

¹⁶ Pedro Pereira, *Peregrinos – Um estudo antropológico das peregrinações a pé a Fátima*, Lisboa: Piaget, 2003.

aproximações terapêuticas específicas”(Kleinman, 1981, p. 110). A preocupação acentuada com a cura clínica pode descuidar uma efectiva compreensão do fenómeno descrito pelo doente ou pela família, e impedir a compreensão da forma como um fenómeno de aflição se pode transformar numa situação de doença. Tanto mais que, na situação em estudo, as aflições relatadas por Maria têm pouco a ver com as doenças primordialmente manifestadas no seu corpo, estando muito relacionadas com o mal-estar dos seus familiares. Portanto, um olhar circunscrito à cura de Maria seria sempre redutor.

É inegável que Kleinman e outros autores de Harvard criticam a neutralidade e o naturalismo das concepções biomédicas da doença e valorizam os aspectos culturais que enformam a doença. Todavia, a referida preponderância clínica pode levar a que se possa notar uma certa posição de comando do modelo biomédico. Assim, poderemos ficar um pouco com a sensação de que o Kleinman está *à janela de casa da medicina*, *casa* essa que conhece bem, por isso faz críticas bem fundamentadas. Apesar disto, parece que o seu objectivo último é melhorar a sua *casa* e, por outro lado, não consegue saltar da *janela* para, através das *mazelas epistemológicas*, poder olhar a *casa* de uma forma diferente, como mais uma *casa*. Repare-se na forma como Kleinman expressa as virtudes da comparação dos modelos explicativos: “a comparação dos modelos permite aos médicos centrarem-se nos pontos essenciais, promovendo a educação do doente, clarificar a explicação médica ou uma franca negociação”(Kleinman, 1978, p. 257). Como se nota na citação, são os médicos que vão *educar os doentes e clarificar o seu discurso* para que o doente o compreenda. Parece notório que, na comparação de modelos, o modelo dos médicos se sobrepõe ao modelo do doente e da família e que as outras estratégias de cura utilizadas por estes, como o recorrente recurso que Maria faz aos santos e às advocações da Virgem, e que não passem pelo modelo biomédico, ainda que não sejam desprezadas, serão bem menos valorizadas do que o modelo biomédico

Efectivamente, como refere C. Bastos (1987), os discursos dos médicos e dos doentes apresentam códigos linguísticos diferentes o que dificulta a comunicação entre ambos¹⁷, facto que o modelo explicativo de Kleinman procura colmatar. Porém, ainda que os modelos propostos por Kleinman para o médico e para o doente e família permitam a confrontação entre os

¹⁷ Num outro artigo, C. Bastos (1985) confronta o discurso dos doentes com o discurso sociológico. Num estudo realizado numa comunidade rural, M. J. F. Hespanha (1987) mostra claramente como os códigos linguísticos utilizados pelos autóctones para se referirem ao corpo são bem diferentes dos códigos linguísticos biomédicos. Atente-se nas seguintes expressões: “Ando manca do esqueleto”; “ferrugem nas dobradiças”; “ossos as mais no joelho”(Hespanha, 1987, p. 202).

vários termos que os compõem, isto é feito depois de cada um ter sido descrito. Ora, o que acontece é que os vários discursos não são estanques, interpenetram-se, podendo existir uma recursividade entre eles. Por exemplo, no caso do F., os médicos disseram a Maria que o filho estava a perder a visão. Atente-se nas palavras de Maria: “houve uma altura que os médicos diziam que parecia que ele estava a perder a visão e eu prometi à Santa Luzia, que é a advogada dos olhos, que se ele continuasse a ver bem, se não tivesse problemas, de pegar no andor quando fosse a festa, sempre e até hoje...”. Perante esta consideração biomédica, Maria fez uma promessa a uma santa como estratégia de cura.

Por fim, deve-se salientar que aquilo que as perspectivas teóricas apresentadas procuram fazer é centralizarem-se no episódio de doença. Claro que este facto é mais notório em Kleinman através da estrutura do modelo que propõe. Com Good e, particularmente, com Corin e colaboradores, notamos que se procura ampliar um pouco mais este episódio de doença. No entanto, a descrição que foi feita dos casos de aflição de Maria, tendo como base os modelos teóricos referidos afigura-se como insuficiente, primordialmente por não contemplar uma contextualização mais abrangente de cada episódio, dificultando o surgimento de dados afastados do episódio de doença, todavia fundamentais para a sua compreensão.

Desta forma, aquilo que propomos é um *aditamento*, um *complemento*, particularmente à teoria de Kleinman, ampliando os horizontes de uma perspectiva de “episódio/doença” para uma situada no âmbito da “aflição/doença”. Assim, com este último binómio pretende-se situar claramente o fenómeno doença a um nível social, como uma forma particular de aflição, de infortúnio, permitindo assim que o estudo da doença extravase aquele que transporta a doença no seu corpo, contemplando o sofrimento que pode provocar, particularmente, naqueles que afectivamente lhe estão mais próximo.

A sucessão de aflições de Maria é alimentada, primordialmente, pela doença e pelos acidentes da sua família e é exactamente esse sofrimento que emerge da narrativa de Maria. Portanto, a história das *aflições* de Maria conduz-nos à história do seu *sofrimento*.

Assim, a noção de *aflição* que é utilizada, na perspectiva *emic*, por Maria para circunscrever a experiência dos acontecimentos de sofrimento, emerge precisamente o conceito de sofrimento, tratado analiticamente numa perspectiva antropológica de base fenomenologia próxima da experiência das pessoas. Pretende-se alicerçar neste conceito de *sofrimento* que se pretende alicerçar a proposta para compreensão do percurso aflitivo de

Maria expressa no *Contexto da Aflição* e na *Narrativa Biográfica de Aflição*.

O CONTEXTO DA AFLIÇÃO E A NARRATIVA BIOGRÁFICA DE AFLIÇÃO – UMA PROPOSTA

O sofrimento

Se considerarmos o sofrimento como uma característica da condição humana (Good, Brodwin, Good & Kleinman, 1994), é inquietante que ele se mantenha de certa forma oculto e silencioso. Talvez porque, como refere V. Das, “...até certo ponto, uma sociedade deva ocultar-se a si mesma o sofrimento que se impõe aos indivíduos pelo preço da pertença” (Das, 2004, p. 1) Mas, por exemplo, numa área em que a presença do sofrimento é assídua, como é a biomedicina, não há um vocabulário aprovado com o qual se possa definir o sofrimento¹⁸ ou enquadrar as questões que ele suscita, tendo a questão sofrimento, de uma forma geral, sido relegada, para os cuidados pastorais (Morris, 2000).

De facto, a presença do sofrimento nas crenças e práticas religiosas das mais diversas religiões é evidente¹⁹. Max Weber salienta que uma forma de solucionar a *teodiceia*, proposta por crenças religiosas como a católica, é sustentando que os sofrimentos da geração actual são a consequência de pecados dos antepassados e, através de soluções escatológicas, postulando uma retribuição futura num mundo mais além (Weber, 1997). C. Geertz sustenta que perante a ameaça do sofrimento em transformar um determinado modelo de vida num caos, as religiões não propõem formas de evitar o sofrimento mas sim formas de lidar com o sofrimento, tornando tolerável, sofrível, uma dor física, uma perda pessoal, uma derrota ou, como no caso de Maria, a impotente contemplação da agonia de outra pessoa (Geertz, 1997).

Portanto, o sofrimento de Maria não *nasce* do seu corpo, ou seja, extravasa a dimensão, primordialmente, biológica do sofrimento. Efectivamente, na linguagem do quotidiano o conceito de sofrimento circula entre duas dimensões, que ao invés de se auto-excluírem, frequentemente se sobrepõem. Usando a terminologia de Alan Young temos, por um lado, a *dimensão biológica*, que se baseia na biologia universal, associada à dor somática; e, por outro, a *dimensão social ou moral*, em que o sofrimento é descrito como psicológico, existencial, espiritual e é identificado com

¹⁸ Diversas vezes é utilizada a dor como ilustração gráfica do sofrimento causado pela doença, pelo corpo ou pela mente (Good, Brodwin, Good & Kleinman, 1994).

¹⁹ Recorde-se, como mero exemplo, o sofrimento de Cristo até à crucificação no Calvário ou o sofrimento que inúmeros santos católicos tiveram durante a sua vida terrena.

conceitos como ‘desesperado’ ou ‘desolado’, sendo naturalmente regido por códigos sociais (Young, 1996). Núbia Rodrigues e Carlos A. Caroso propõem dois planos que, de certa forma, vão ao encontro daquilo que foi apresentado. O *plano concreto* em que o sofrimento significa dor física; e o *plano abstracto*, no qual, “o sofrimento pode ser entendido pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos, digamos – no sentido de cognitivos – determinantes para que a pessoa ‘sofredora’ construa sua identidade social, desde a qual manipula papéis sociais e se relaciona com os outros”(Rodrigues e Caroso, 1998, p. 139). Claro que mesmo a dimensão física, não depende exclusivamente de factores individuais, mas encerra em si uma incorporação social. É claramente nesta dimensão social que podemos enquadrar o sofrimento de Maria.

O carácter social do sofrimento é sustentado por A. Kleinman, V. Das e M. Lock na “Introdução” de um número da revista *Daedalus* dedicado exactamente ao *Sofrimento Social*. Neste texto, os autores afirmam que o sofrimento faz convergir para um momento específico “um conjunto de problemas humanos que tem as suas origens e consequências nas feridas devastadoras que as forças sociais infligem à experiência humana”(Kleinman, Das, & Lock, 1996, p. 1). Estas forças sociais podem dar origem àquilo que A. Kleinman tinha denominado anteriormente como *formas rotinizadas de sofrimento* que estão presentes em diversos aspectos da vida humana como experiências de privação, exploração, degradação e opressão a que são mais vulneráveis certas categorias individuais, como o “pobre”, o “vulnerável” e o “indigente”(Kleinman, 1995) ou mesmo, consideramos nós, a doença e a dor dos filhos, da família, de Maria.

Assim, a experiência social do sofrimento de Maria decorre daquilo que os Kleinman chamam *as interações sociais decorrentes da experiência da doença*, assumindo-se estes relacionamentos e interacções, por vezes, como a parte central nas experiências de sofrimento (Kleinman & Kleinman, 1996)²⁰.

Todavia, ainda que o sofrimento narrado por Maria seja vivido individualmente, é também “forjado pela cultura”, expresso culturalmente (Helman, 2003). Efectivamente, a cultura condiciona não só a forma como Maria configura o seu sofrimento, mas também como o comunica no Lugar onde vive. As metáforas que emergem do seu discurso ([depois do acidente do filho F.] “senti-me como se estivesse no fundo de um poço”) ou a cessação total ou parcial das rotinas diárias (“não tinha vontade de fazer

²⁰ A outra forma de experiência social do sofrimento apontada pelos Kleinman é a dos modelos colectivos de experiência construídos através das percepções e expressões individuais (Kleinman & Kleinman, 1996).

nada, nem de arranjar a casa nem de fazer a comida”) são alguns aspectos expressos por Maria, mas condicionados pela cultura. Por um lado, pela cultura material, pois a existência de poços é evidente em boa parte do Lugar onde vive, aliás, a própria Maria retira a água para o consumo diário de um poço que possui; por outro, pela concepção local culturalmente definida do que é ser uma *boa mãe* e uma *boa mulher*, que passa também pelo cuidado com a arrumação da casa e com a alimentação da família.

Situando o sofrimento de Maria a um nível mais amplo do que o individual, compreende-se que ele possa provocar um desmoronamento da sua identidade social²¹. Ela procura reconstruir essa identidade social através das promessas que faz aos santos e à Virgem, e através do cumprimento das mesmas. Desta forma, Maria tenta dar algum sentido ao *caos* prometendo o sofrimento do seu corpo para diminuir, para anular, o sofrimento da sua família e conseqüentemente o seu.

A este *sofrimento próximo* frequentemente silencioso, que se pretende descrever, através da experiência de aflição de Maria, opõe-se o *sofrimento distante*, frequentemente audível, e muitas vezes apropriado pelos meios de comunicação social. Os Kleinman examinam exactamente esta circulação mediática das imagens de sofrimento, que são servidas a audiências distantes como um produto de consumo²² (Kleinman & Kleinman, 1996). No entanto, seguimos o caminho que V. Das propõe para *conservar a propriedade da nossa dor*. Usando as próprias palavras da autora: “eu posso emprestar o meu corpo para registar a dor do outro. O texto antropológico pode servir como um corpo de escrita que permita que a dor do outro se expresse nele”(Das, 2004, p. 15). É assim, através da narrativa de sofrimento²³ do outro que podemos dar voz ao *sofrimento próximo*, ao sofrimento de Maria, neste caso através de uma proposta que faça confluír a *sincronia* e a *diacronia* das suas aflições. Estes dois eixos expressar-se-ão em outros tantos conceitos, que servirão para tornar compreensível a experiência de aflição/doença de Maria: o *contexto da aflição* e a *narrativa biográfica de aflição*.

²¹ Contudo, se como sustenta D. Le Breton, o sofrimento, que é próprio do homem, pode significar a desgraça que o faça perder-se e perder a sua dignidade, por outro lado, o sofrimento pode também elevar o homem outra dimensão, permitindo-lhe ver o mundo com claridade (Le Breton, 1999).

²² Veja-se o trabalho de S. Sontag (2003), *Olhando o Sofrimento dos Outros*, onde é examinada a forma como *olhamos* para o sofrimento dos outros, através, particularmente, da fotografia.

²³ Neste artigo, seguimos o conceito de narrativa proposto por B. Good: “a estratégia narrativa é uma forma mediante a qual a experiência é representada e relatada, e na qual os acontecimentos são apresentados com uma ordem significativa e coerente, na qual as actividades e acontecimentos são descritos junto das experiências associadas a elas e o significado que lhes dá sentido para as pessoas afectadas”(Good, 1994, p. 139).

Esboço de uma proposta

Valerá a pena iniciar esta proposta começando por reforçar um pressuposto de partida, já anteriormente invocado. A presente proposta não circunscreve a *doença* ao *episódio* que a delimita e ao corpo do qual ela emerge – episódio/doença – mas situa a *doença* a um nível mais abrangente, que procura contextualizá-la socialmente e, principalmente, que valoriza a experiência de sofrimento daqueles que experimentam indirectamente a aflição que decorre da doença ou acidentes de pessoas afectivamente próximas – aflição/doença.

Ao longo de uma vida diversas situações de aflição vão-se sucedendo e cumulativamente vão-se influenciando. Assim sendo, pensamos que para abordar a experiência da enfermidade se devem cruzar duas linhas de análise: uma sincrónica e outra diacrónica. Na primeira, que designaremos como *contexto de aflição*, encontra-se a situação concreta de mal-estar que pode ser abordada através das quatro fases anteriormente referidas, contudo deve ser feita de uma forma mais abrangente, procurando no contexto de cada situação de mal-estar elementos, eventualmente em si mesmos sem grande importância, mas que podem revelar-se plenos de significado para compreender aquele que experimenta uma situação de aflição. Na segunda, encontramos aquilo que propomos chamar a *narrativa biográfica da aflição*, ou seja, a sucessão de aflições que ocorrem na vida de uma pessoa. O que pretendemos sustentar é que em situações de aflição vividas intensamente, ou seja, próximo de situações limite, elas poderão caracterizar-se por aquilo que, nas suas *Ficções*, Jorge Luís Borges (1998) sustenta que é típico do animal, que é viver a *eternidade do instante*. O que queremos colocar como hipótese é que a forma de viver cada situação de aflição influencia cumulativamente as situações de aflição subsequentes. Deste modo, os elementos que emergem da *narrativa biográfica de aflição* podem apresentar-se como fundamentais para compreender cada nova situação de aflição. Evidentemente que as situações de aflição mais complexas ou mais profundas podem, de certo modo, constituir-se como *códigos de interpretação* de aflições mais *suaves*.

Claro que não pretendemos sustentar que os acontecimentos não aflitivos que se tenham passado na vida das pessoas ou no seu contexto social não são relevantes e não poderão influenciar as situações de aflição. Apenas queremos realçar que poderão existir características específicas nas situações de aflição, particularmente a possível *eternidade aflitiva do momento*, que poderão, bem mais acentuadamente, influenciar situações de aflição futuras.

Naturalmente que com apenas uma narrativa não é possível confirmar ou infirmar as ideias defendidas anteriormente. Contudo, e atendendo ao

carácter exploratório do presente trabalho, podemos talvez desbravar atalhos que se possam, mais tarde, transformar em estradas conceptuais de investigação.

O contexto de aflição

Ao contrário do que defendia Parsons (1951), a doença não é um *estado*, mas sim um *processo* profundamente complexo e subjectivo que apresenta várias fases que, segundo E. Jean Langdon (2003), são as seguintes: reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença; diagnóstico e escolha de tratamento; avaliação do tratamento. No entanto, para compreendermos a aflição que se pode expressar como doença temos que ir mesmo mais além do que o *processo* proposto por Langdon, que se aproxima dos modelos teóricos utilizados na descrição das duas situações de mal-estar anteriormente realizadas. Poderá seja interessante recuperar o *velho* conceito de *fenómeno social total* de Marcel Mauss (1988) para se compreender que para além do mal-estar, da aflição, poder afectar outros aspectos da vida do indivíduo, também o contexto em que decorrer o mal-estar vai influenciar o mesmo, ou como refere C. Geertz (1997), é o contexto que vai dar significado aos fenómenos e, naturalmente às aflições.

Ainda que esta ideia esteja, de alguma forma, presente no *Modelo Explicativo* de A. Kleinman, no *Modelo de Análise das Redes Semânticas* de B. Good e no *Sistema de Signos, Significados e Acções* de E. Corin, julgamos que é necessário incorporar, efectivamente, os conceitos de Mauss e Geertz para se ir um pouco mais longe do que aquilo que fizeram Kleinman, Good e Corin e dar uma amplitude contextual maior aos *episódios de doença*.

Caso 1 – Doença da M.A.

Alguns aspectos paralelos, que extravasam as propostas teóricas referidas, apresentam-se com significativa importância para a compreensão da aflição de Maria devido ao mal-estar da sua filha, sendo necessário recuarmos até à gravidez. Com sete meses de gestação, já com um filho e com o marido na tropa, inesperadamente Maria fica a saber que o marido vai para a guerra, para a Guiné. Segundo Maria, o facto de o marido ter feito catorze meses de tropa tinha levado toda a família a pensar que não iria para a guerra. Esta novidade precipitou o nascimento da filha, que nasceu com cerca de sete meses e passados dois dias de Maria ter tido conhecimento do destino do marido.

A filha de Maria nasceu durante a noite, também as *crises nasciam* durante a noite. O parto aconteceu em casa e foi feito por uma parteira. Como relata Maria “ela nasceu toda roxa, nem abria os olhos nem nada”. Percebendo

que a menina tinha nascido prematuramente, a parteira disse ao marido de Maria o seguinte: “se vocês quiserem, quando for dia, batizem a miúda, porque ela não vai resistir”; e depois de amanhecer a menina foi batizada.

Na descrição do episódio de doença, apresentada anteriormente, ficámos a saber que o mal-estar da filha de Maria tinha como causa o facto de a menina *carregar a alma penada* do avô de Maria. Ora, mais uma vez é preciso algum afastamento para compreender melhor o que está mais perto. De facto, a alma penada do avô de Maria não aparece fortuitamente na menina. Apesar de Maria não viver na mesma casa do avô, tinha uma relação de particular proximidade com ele. E ao contrário da relação que mantinha com os outros netos, que era violenta e com alguma conflitualidade, o avô de Maria mantinha com ela uma relação de grande docilidade. Isto explica que o avô se tivesse *apegado* a Maria e que a sua alma se tivesse encostado à filha.

Caso 2 – Acidente do F.

Se a violência do acidente de F. causou uma enorme aflição em Maria, o contexto mais amplo do acidente acrescentou aflição a Maria. Começando pela notícia, esta foi dada a Maria pelos outros dois filhos, um pouco mais velhos, que também vinham da escola. Como refere Maria, “os irmãos vinham a chorar porque o F. tinha sido atropelado e tinha ido para o hospital”. Ora, o pranto dos filhos relatando o atropelamento do irmão exacerbou a aflição de Maria²⁴.

Por outro lado, Maria passou por uma longa ausência de informações directas do seu filho. Quando Maria e o marido se dirigiram ao hospital de Penafiel, o filho já tinha sido transferido para um hospital do Porto, o que confirmou a gravidade do estado de saúde da criança²⁵. Entretanto, Maria, que estava grávida, teve de ser internada no hospital de Paredes, para ter o bebé, antes do previsto. Como é habitual neste contexto cultural, deve existir um período de resguardo de um mês, para a mãe e para o bebé²⁶. Durante este mês, sem nunca ter visto o filho, Maria só recebia informações indirectas do marido, relativamente às quais mantinha algumas

²⁴ Como mostra P. Ariès (1988), até ao século XVIII, a valorização da criança era reduzida. Desde então até ao presente, no Ocidente, a criança tem sido progressivamente valorizada até chegar à situação de grande protagonismo social que mantém no presente. Assim se compreende que a dor, a aflição das crianças crie uma maior aflição nos adultos, particularmente nos pais.

²⁵ Deve salientar que o conceito de hospital aparece associado a representações da doença de alguma gravidade, aumentando esta, quando o doente é *transferido* para um *hospital central*.

²⁶ Usando a terminologia de A. Van Gennep (1978), na sua obra *Os Ritos de Passagem*, podemos classificar este mês com o *período margem*. Reportando-se ao Alto Minho, J. Pina Cabral (1989) salienta que este período de liminalidade associado ao parto dura cerca de quarenta dias.

reservas, pois ao contrário daquilo que o marido lhe dizia, julga que o filho não estava a recuperar bem. Finalmente viu o filho, mas este não a reconheceu.

Quando o filho de Maria regressou a casa apresentava uma acentuada debilidade. Como refere Maria, ele “veio para casa como um bebé; pior, porque olhar por um bebé é um caso e olhar por uma pessoa já maior..., ele era uma criança mas já andava, e já andava na escola e depois ficou como uma criança mesmo, fazia nas fraldas, não falava e não andava, não se segurava em pé nem nada e nós tivemos de lutar contra isso tudo”.

Já quase no fim da segunda entrevista e depois de ter feito referência às mais diversas aflições que aconteceram na sua vida, Maria voltou a falar da sua maior aflição, o acidente do F., para dizer aquilo que não me tinha dito antes, ao longo das duas entrevistas, aquilo que não tinha dito a ninguém, ao longo da vida: o *sentido* do acidente. Alguns meses antes do filho ter entrado para a escola, com cinco anos, Maria manteve uma conversa com uma prima que tinha um filho da mesma idade do seu, mas que só fazia os seis anos em Janeiro, pelo que só entraria para a escola no ano seguinte. Transcreve-se em seguida o relato da conversa feito por Maria:

“tu vais pôr o teu filho na escola?” [perguntou a prima] E eu disse: ‘vou, vai um ano mais cedo para a escola’. E ela disse-me assim, com aquela cara assim de importante: ‘o meu vai para o ano e ainda vai aprender, ainda vai passar à frente dos que vão este ano’. Aquela palavra ficou-me cá toda a vida. E passou-se, porque o filho dela não teve nada, o filho dela estudou e não fez muito, mas fez pelo menos o 12º ano e o F. tem a 3ª classe. Para uma mãe, toda a vida isso anda na cabeça. Estas palavras entraram assim tão..., tão feias, umas palavras tão brutas, tão brutas, ela até podia dizer-me as mesmas palavras, mas se fossem ditas de outra maneira já não encaixavam assim. Até hoje, eu fico sempre com aquela mágoa, ela veio ver o meu filho quando estava doente e fazia-se de muita pena, dizendo ‘ai F....’; que podia ter, mas eu não acredito nela e duvido até hoje. Comecei a pensar nisto depois do acidente, a pensar que ele nunca poderia estudar e de não saber nada e eu disse: ‘ela disse as palavras certas. O meu filho nunca teve nada’. A minha ideia até hoje continua cá. E já foi há 22 anos. Vai fazer 23 em Novembro, no dia 19, às 5 e meia da tarde, nunca mais na vida se esquece uma coisa tão forte”.

A narrativa biográfica de aflição

Como se pôde notar, foi necessário esperar pelo fim do relato das situações de aflição, pelo fim da *narrativa biográfica de aflição*, para Maria fazer

referência àquilo que ela considera ser a verdadeira causa do acidente do filho (F.). De facto, julgamos que a *narrativa biográfica de aflição* pode fornecer dados para a compreensão de cada um dos casos de aflição, ou seja, as aflições não são casos isolados, mas apresentam pontos de contacto entre si.

Deste modo, não é possível compreender cada um dos casos de aflição descritos sem a *biografia aflitiva* de Maria. Por exemplo, atente-se na primeira situação de aflição descrita por Maria, que como ela diz “marcou-me toda vida”. Quando Maria era muito jovem, tinha sete ou oito anos, viu o irmão contorcer-se no chão com intensas dores; estava sozinha em casa com os irmãos, porque a mãe estava a trabalhar e “a única coisa que eu pedia era ‘ai Jesus, salva o meu irmão’”. Deve-se ainda destacar que a situação do irmão agravou-se, tendo ficado de cama sem comer nem beber, e perante a ineficácia dos tratamentos biomédicos, recorreram a uma *senhora entendida* que, como refere Maria, com a ajuda de Deus, fez com que o irmão recuperasse a saúde.

Neste primeiro episódio, emergem alguns elementos como a *cosmovisão e o sentido do mal*, o *sofrimento*, a *religiosidade da cura* e a *concepção de mãe e de mulher*, que atravessam a *narrativa biográfica de aflição* de Maria.

Cosmovisão e sentido do mal

Ao longo do relato das várias situações de aflição foi evidente a relação entre a cosmovisão de Maria e a sua interpretação das aflições. De uma forma breve, e utilizando apenas os fragmentos que foram emergindo do discurso de Maria, salientam-se alguns aspectos com pertinência para a explicação das aflições. A *concepção do mundo*, de Maria, assenta de uma forma genérica na coexistência e comunicação entre *mundo dos vivos* e *mundo dos mortos*. Contudo, a comunicação entre ambos é perfeitamente possível²⁷, por exemplo, Maria comunica com a mãe (já morta) através das flores que, depois de plantadas no seu jardim, se destinam a adornar, regularmente, a campa da mãe. Por outro lado, como já foi referido, a alma do avô de Maria *encostou-se* ao corpo da sua filha, mais tarde uma outra alma *encostou-se* a uma neta de Maria, exactamente à filha desta filha. Segundo Maria, o *mundo dos mortos* é composto por dois lugares: um com muita luz onde estão aqueles que levaram uma vida digna, sem fazer mal aos outros e outro muito escuro onde estão aqueles que fizeram mal aos outros e que no fim da vida não se arrependeram dos seus pecados.

²⁷ Num estudo realizado numa comunidade rural do Alto Minho, C. Saraiva (1996) mostra claramente a continuidade de relações entre vivos e mortos. Parece-nos bem possível que esta conclusão se possa aplicar aos meios rurais de todo o Norte de Portugal.

No mundo dos vivos, de facto, os principais candidatos ao lugar escuro são pessoas como a prima de Maria que manifestou inveja pelo facto do filho de Maria entrar para a escola antes do seu e todas aquelas que, mesmo só com o olhar, procuram fazer mal aos outros. Mas os perigos não advêm apenas da inveja²⁸ dos outros, podem também estar associados aos *ares*. Segundo Maria, existem dois tipos de *ares*, o *ar do dia*, que é bom, e o *ar da noite*, que é mau, mas mesmo durante o dia há horas que podem ser más, como o meio-dia ou o entardecer. Esta concepção de *ares* pode ser notada em duas situações de aflição de Maria. Na primeira, o seu filho (J.), com quatro ou cinco anos, ficou repentinamente inerte no chão, sem falar nem reagir aos inúmeros estímulos dos familiares. Maria recorreu a uma *senhora entendida* que lhe disse que “foi um ar que ele apanhou”. Na segunda, o ar da noite serviu para explicar que a filha tenha nascido com uma cor arroxeadada, durante a noite, e para ter, mais frequentemente, crises durante a noite.

Como sustenta Mary Douglas na sua obra *Pureza e Perigo*, o anómalo surge como algo que não está no seu lugar (Douglas, 1991), que coloca em causa classificações existentes. Claro que as situações anómalas despoletam receios e implicam, frequentemente, formas específicas de lidar com elas. Segundo M. Douglas (1991), podemos lidar negativamente com o anómalo, ignorando-o, percebendo-o ou percebendo-o e condenando-o. Perante um redemoinho de vento que se formou à entrada de casa, uma filha de Maria fechou-se assustadamente em casa. Com a chegada de Maria, o anómalo foi *percebido e condenado* e Maria disse à filha: “tu não devias ter medo, dizias assim: ‘credo em cruz, santo nome de Jesus e o que quer que tu sejas; quem for, vai lá para os teus e para onde Deus te mandou’”. Como refere M. Douglas (1991), podemos lidar *positivamente* com o anómalo inserindo-o numa nova ordem ou, julgamos nós, nomeando o anómalo. Nomear é uma forma de identificação que permite saber contra quem é que se vai lutar. Quando Maria ficou a saber que era a alma penada do avô que estava encostada à filha, ficou a saber também a forma de lidar com essa aflição.

²⁸ Reportando ao sentimento de *inveja* em comunidades rurais do Alto Minho, J. Pina Cabral refere que “tendo em conta a força do sentimento que lhe está ligado e a frequência com que é invocado, podemos considerá-lo como um dos conceitos centrais da visão do mundo camponesa”(Cabral, 1989, p. 202). Como foi referido na nota de rodapé anterior, julgamos que também esta ideia, defendia pelo autor, se pode aplicar a todo o Norte de Portugal. As diferentes formas de manifestação da inveja descritas por Pina Cabral (1989, pp. 201-210) assentam plenamente na comunidade rural a que pertence Maria.

Sofrimento

A desordem pode, portanto, dar origem a uma situação de aflição que é preciso compreender, encontrando um sentido para o mal²⁹, e controlar, utilizando estratégias de cura. Maria alude recorrentemente ao sofrimento de Cristo, para mimeticamente salvar, não a humanidade, mas a sua família. Deste modo, o sofrimento incontrolável é combatido através do sofrimento controlável do seu corpo³⁰. Assim, compreende-se que perante situações de aflição primordialmente ocorridas no seu corpo, Maria não tenha recorrido a quaisquer estratégias de cura, invocando os santos ou advocações da Virgem, que implicassem o sacrifício do seu próprio corpo e, pelo contrário, pela sua família, especialmente pelos seus filhos, o tenha feito inúmeras vezes.

A concepção que Maria tem do sofrimento corporal pode levar-nos a pensar que os corpos dos filhos nunca se separaram do seu próprio corpo, ainda que sejam mais valorizados do que o seu. O corpo dos filhos parece constituir a *potencialidade*, de tudo poder ser, e o seu próprio corpo o *acto*, de tudo o que já foi ou é. Talvez a parte *mais nobre* do corpo de Maria tenha de ser preservada a todo o custo, mesmo que seja com o sacrifício da parte *menos nobre* que é o seu próprio corpo. Um exemplo que concorre para o que está a ser dito, é a forma como Maria se reporta à forma como sentiu o acidente do filho (F.): “foi como se perdesse uma perna ou um braço”.

Contudo, o sacrifício que Maria considera necessário para cada situação de aflição varia em função do catalisador da própria aflição, que é a falta de informação, e da coerência da sua *narrativa biográfica de aflição*. Relativamente à ausência de informação, vejamos dois exemplos. Quando o seu filho (J.), aos dezoito anos, teve um acidente de mota, partindo o fémur e um braço, Maria teve informações que a tranquilizaram, como ela própria diz: “cheguei lá e eles deixaram-nos entrar e, pronto, tinha sido um braço e uma perna, ficou internado e, pronto, era uma da manhã e nós à beira dele, e ele falou para nós e disse que estava tudo bem e eu fiquei descansada”. Neste caso prometeu ir a pé a Fátima se ele ficasse bom. Quando o outro filho (F.) teve um acidente e Maria ficou um mês sem o

²⁹ Como refere E. Evans-Pritchard (1976) no conhecido relato da queda do celeiro, entre os Azande, não é suficiente conhecer o *como* aconteceu o infortúnio, é fundamental saber o *porquê* do infortúnio, qual o seu sentido.

³⁰ Decorrendo das promessas efectuadas, Maria recebe a *dádiva* das entidades sobrenaturais, particularmente a Senhora de Fátima, e oferece como *contra-dádiva* o sacrifício do seu corpo. Como refere M. Mauss (1988), neste tipo de trocas, aquilo que é trocado nunca se separa completamente dos intervenientes na troca. Portanto, o sofrimento oferecido por Maria nunca se separa si própria.

ver, prometeu uma enorme diversidade de sacrifícios físicos, desde ir a pé a Fátima até percorrer escadarias de Santuários de joelhos.

Relativamente à coerência da *narrativa biográfica de aflição*, e começando por esta última aflição, o acidente do filho (F.), deve salientar-se que esta se apresenta como a principal aflição da sua vida, a partir da qual nunca mais foi a mesma. Maria descreve esta situação de aflição que mudou a sua vida da seguinte forma: “É sentirmo-nos no fundo do poço, é uma negrura cá dentro, a vida que role que para mim não tem mais sentido, não me interessa da vida para nada, não tenho mais interesse na vida, tanto me faz viver como morrer, falta-nos uma peça em nós”. Para além da referência à ausência de informação, a gravidade da aflição levou Maria a encetar estratégias de cura, recorrendo a santos e advocações da Virgem, em que o sacrifício físico foi quase sempre preponderante. Por exemplo, não foi suficiente a Maria prometer ir apenas a pé a Fátima ou à Senhora da Saúde em Bustelo (a 7 ou 8 quilómetros de distância), como já o tinha feito diversas vezes para lidar com outras aflições. Como a aflição foi maior, também aumentou a promessa de sofrimento do corpo. O nível de sacrifício que Maria exigiu a si própria, atendendo a outras situações de aflição, teve sempre como ponto de referência o citado acidente do filho (F.). Por exemplo, para avaliar os sinais que iriam construir a dimensão da sua aflição, uma das preocupações com que foi visitar o filho que teve o acidente de mota e partiu um braço e uma perna foi saber se tinha alguma coisa na cabeça, tal como tinha acontecido anteriormente no acidente do outro filho, como ela própria pensou antes e depois de ver o filho: antes, “pensei logo ‘se calhar é cabeça’, era logo o que eu me lembrava, como o F. ficou assim... e pronto, pedi logo à Nossa Senhora que se ele tivesse alguma coisa, que fosse uma perna ou um braço, mas nunca a cabeça, como o F.”; depois considerou que “a aflição do F. foi maior, porque J. falava e não tinha nada na cabeça”.

Religiosidade da cura³¹

Efectivamente, o recurso à *religiosidade*, em particular aos santos e a advocações da Virgem, como estratégia de cura tem sido uma constante ao longo da *narrativa biográfica de aflição* de Maria. A *religiosidade* que funcionou na primeira situação de aflição que Maria se lembra: a *senhora* que curou o irmão quando este se encontrava bastante mal. A partir daqui, a *religiosidade* foi sendo usada com sucesso para fazer face às mais diversas

³¹ No presente trabalho utilizamos o conceito de *religiosidade da cura* para nos reportarmos às crenças e práticas religiosas utilizadas por Maria como estratégias de cura, e expressando-se particularmente pela invocação dos santos e das advocações da Virgem e de Deus, mas também pelo recurso àquilo que Maria chama *senhora entendida*, que usa crenças e práticas seculares e religiosas para proporcionar um determinado tipo de cura.

situações de aflição, particularmente aquelas que tinham alguma proximidade entre si. Em situações que as crianças não dormem de noite, às vezes devido ao simples olhar de pessoas que têm inveja dos pais, e então é necessário talhar o ar. Para tal, é necessário pôr “uma cana de arruda e alecrim, em cruz debaixo do colchão e uma tesoura pequenina aberta, por baixo do colchão” em seguida, é necessário que uma *senhora entendida* possa fazer umas orações para que o ar fique talhado e a criança durma de noite. Maria levou várias vezes a filha e mais tarde a neta a talhar o ar a essa *senhora entendida*. Antes de morrer, a *senhora* ensinou a Maria as orações, e ainda que, como diz Maria, não tenha a mesma *força* da *senhora*, tem usado as orações para resolver problemas semelhantes de crianças da família.

O recurso à invocação a santos e advocações da Virgem como estratégia de cura foi feito com sucesso desde as primeiras iniciativas, o que foi favorecendo que Maria recorresse às referidas entidades para fazer face às aflições que se sucederam. Na aflição mais grave, Maria recorreu a uma enorme diversidade de santos, com advocações específicas para fazer face também aos problemas específicos do seu filho. Como Maria teve o cuidado de deixar bem claro, promessas que fez por causa do acidente do F. foram cumpridas, significando que obteve do ser sobrenatural a graça pretendida. Deste modo, o prestígio das entidades sobrenaturais a quem Maria recorreu saiu reforçado, o que tem permitido que Maria continue a fazer promessas a esses seres em momentos de aflição. Mas em cada aflição ela avalia a sua gravidade, pois, como ela diz “quando prometo a pé, em geral, é quando é uma coisa grave senão também não é por qualquer coisa, porque é doloroso ir a pé a Fátima”³².

Por fim, deve salientar-se que o recurso a santos e advocações da Virgem como forma de cura tem permitido a Maria ter uma acção nos processos de aflição por que tem passado. Enquanto o modelo biomédico a convoca para uma passividade pela aflição, o recurso a esta forma de religiosidade permite-lhe participar no processo de cura, permite-lhe prometer o sacrifício do seu corpo para concorrer para o bem-estar, essencialmente, dos seus filhos e assim diminuir a sua aflição.

³² W. Christian sustenta que as promessas mais importantes são feitas a seres sobrenaturais mais distantes (Christian, 1972). Contudo, no caso de Maria, a *distância* é avaliação não é avaliada em termos geográficos, mas sim em função do sofrimento necessário para percorrer essa *distância*.

Concepções de mãe e de mulher

De facto, a generalidade das estratégias de cura recorrendo à religiosidade através da promessa do sacrifício do próprio corpo de Maria foi devido a situações de mal-estar dos filhos. Não é possível compreender qualquer situação de aflição de Maria, por causa dos filhos, sem conhecer o efectivo significado que o conceito de maternidade tem para a entrevistada. Na sua primeira aflição, “as dores do irmão”, a mãe estava a trabalhar. Aliás, o trabalho da mãe foi sempre contínuo, ao contrário do pai que, quando trabalhava, “gastava mais do que ganhava”, levando a que Maria tivesse tido uma vida difícil, escasseando muitas coisas e sobrando, até ao presente, os elogios à mãe.

A referência da mãe leva Maria a recorrer a Deus, através de orações, para conseguir ser uma *boa mãe*, como se pode notar nas suas palavras:

“Pedia a Deus sempre que me ajudasse pronto, a ser uma boa mãe, uma boa esposa, uma boa mulher, isso sim sempre lhe pedia a Deus isso, mas não lhe ia prometer nada e pedia-lhe e peço-lhe pelos meus dias ainda hoje.(...). Sou humilde mas gosto que nunca falem de mim, que saiba ser uma mãe, uma mulher, uma esposa à maneira. Não é riqueza, não é nada, mas saber olhar pelos meus filhos e dar-lhe uma educação que à minha volta não veja melhor do que aquela que eu lhes dou. Eu tive sempre um bocadinho de vaidade nisso”.

A concepção de maternidade de Maria implica que uma mãe faça tudo, faça todos os sacrifícios, prometa sofrimento para acabar com o sofrimento dos filhos e também o seu³³. Deste modo, é compreensível que quase todas as promessas envolvendo sacrifícios físicos tenham sido feitas em consequência do mal-estar dos filhos. Compreende-se bem a evidente alegria com que diz: “passados quatro meses do casamento alcancei o meu filho” e a oculta tristeza com que diz: “não tinha leite para dar à minha filha, tinha de ser do da farmácia”.

O rebentamento de uma úlcera levou o marido ao hospital, na Alemanha (onde trabalhava), e Maria a pé a Fátima. Nesta como noutras situações, a

³³ Não se pode dissociar as concepções que Maria tem de mãe e de mulher, da figura paradigmática de da Virgem Maria. Por um lado, ao longo de muitos séculos, a Igreja *serviu* a vida da Virgem Maria como modelo de mãe e de mulher. Por outro lado, deve-se ter em conta dimensão do culto mariano em Portugal – 75% dos Santuários existentes em Portugal são marianos; Fátima, o *altar do mundo*, congrega cerca de quatro milhões de crentes por ano. Maria, a nossa entrevistada, católica convicta, profunda devota de Virgem Maria, seguramente incorporou os ideais católicos de mãe e de mulher.

ausência de informações devido à distância, aumentou o sofrimento de Maria, que mais uma vez prometeu o sacrifício do próprio corpo em troca do bem-estar do marido, em troca do bem-estar da família. É esta a *missão* de uma mãe e de uma mulher, dedicação exclusiva à família; é este o trabalho diário de Maria, que começa o dia a rezar pela saúde da família e acaba a dar de comer ao marido, aos filhos, à nora, aos genros e aos netos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há algumas semanas, a filha mais nova de Maria (A.) fez uma cirurgia, devidamente programada, aos ovários para retirar quistos; a sua mãe não usou o recurso à *religiosidade*, sacrificando o seu corpo, como estratégia de cura. Chegados ao fim deste percurso aflitivo, poderíamos não valorizar ou sustentar com a frequente *inverdade* de que a situação referida *é uma exceção que confirma a regra*.

Neste caso, o recurso à biomedicina foi assumido quase em exclusividade (à exceção de orações feitas por Maria), aparentemente contrariando a *narrativa biográfica de aflição* de Maria que, como vimos ao longo do estudo, prometeu a santos e advocações da Virgem o sacrifício do seu corpo para aliviar o mal-estar dos filhos. Todavia, há um elemento que sobressai da doença e cura biomédica da filha A. e que encontra eco na *narrativa biográfica de aflição* de Maria: a acentuada ausência do incerto, do não controlado. Por conseguinte, Maria que já fez diversas promessas por A. neste caso não considerou importante fazê-lo, pois foi devidamente informada de todo o processo de intervenção cirúrgica e acompanhou com proximidade toda a situação da filha. Deste modo, a informação, cuja falta tanto exacerbou outras aflições, apresenta-se como um elemento tranquilizante da incerteza, permitindo um maior controlo da aflição e reduzindo o sofrimento.

Até agora, a proposta apresentada no presente estudo, que naturalmente incorpora, ainda que de forma depurada, os modelos oriundos do *grupo de antropologia médica de Harvard* (particularmente Kleinman, Good e Corin), parece ter resistido com alguma verticalidade a este primeiro *golpe* e julgamos que é um bom *modelo explicativo* para as aflições de Maria. A partir de agora, a proposta que congrega o *contexto da aflição* e a *narrativa biográfica de aflição* pede outras aflições que a possam inquietar.

REFERÊNCIAS

- Ackerknecht, E. H. (1985). *Medicina y antropologia social*. Madrid: Akal. (Obra original publicada em 1947).
- Ariès, P. (1988). *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio D' Água. (Obra original publicada em 1973).
- Augé, M. (1994). Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement. In M. Augé & C. Herzlich (orgs.). *Le Sens du mal – Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, (pp. 35-91). Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Bastos, C. (1985). Bruxas e bruxos no Nordeste Algarvio. Algumas representações da doença e da cura. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, nº 2-4, vol. 25, 287-295.
- Bastos, C. & LEVY, T. (1987). Aspirinas, Palavras e Cruzes: Práticas médicas vistas pela Antropologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 221-232.
- Borges, J. L. (1998). O Sul. *Ficções*. (pp. 163-171). Lisboa: Teorema.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Afrontamento.
- Cabral, J. P. (1989). *Filhos de Adão, Filhas de Eva - A visão do mundo camponesa do Alto Minho*. Lisboa: D. Quixote.
- Christian, W. A. (1972). *Person and God in Spanish Valley*. New York: Seminar Press.
- Cockerham, W. C. (2002). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Pearson Educación.
- Corin, E., G. Bibeau, R. Laplante & J.-C. Martin (1990). *Comprendre pour soigner autrement: repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Das, V. (2004). Sufrimentos, teodiceas, práticas disciplinares y apropiaciones. *International Social Sciences Journal*, 154, 1-14. <http://www.unesco.org/issj/rics154/dasspa.html> (consultado em 19-11-2004).
- Douglas, M. (1991). *Pureza e Perigo – Ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1966).
- Evans-Pritchard, E. (1976), *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona: Anagrama. (Obra original publicada em 1937).

- Geertz, C. (1997). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa. (Obra original publicada em 1971).
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Good, B. (1977). The heart of what's the matter: Semantics and illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-28.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience – An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, M-J D., Brodwin, P. E., Good, B. J. & Kleinman, A. (1994). Pain as Human Experience: An Introduction. In M-J D. Good, P. E. Brodwin, B. J. Good & A. Kleinman (eds.). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective* (pp. 1-28). Berkeley: University of California Press.
- Helman, C. G. (2003). *Cultura Saúde & Doença*. Porto Alegre: Artmed.
- Hespanha, M. J. (1987). O corpo, a doença e o médico – Representações e práticas sociais numa aldeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 195- 210.
- Kleinman, A. (1981). *Patient and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of Califórnia Press.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (1996). Introduction. *Daedalus*. Winter, 1-9.
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3671/is_199601/ai_n8748989. (consultado em 10-08-2006).
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kleinman, A. & KLEINMAN, J. (1996). The appeal of experience; the dismay of image: Cultural appropriations of suffering in our times. *Daedalus*, Winter, 1-25.
- Langdon, E. J. 2003. A Doença como Experiência: A Construção da Doença e o seu Desafio para a Prática Médica. Palestra in *Conferência 30 Anos Xingu*, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Le Breton, D. (1999). *Antropologia del dolor*. Barcelona: Seix Barral.

- Le Breton, D. (2004). *Sinais de identidade – Tatuagens, piercings e outras marcas corporais*. Lisboa: Miosótis.
- Malinowski, B. (1997). *Uma Teoria Científica da Cultura*. Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1944).
- Martínez, A. (1992). Eficácia simbólica, eficácia biológica: hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria. *Revista Rol de Enfermería*, 172, 61-67.
- Martínez, A. (1996). Antropología de la Salud - Una aproximación genealógica. In J. Prat & A. Martínez (eds.). *Ensayos de antropología cultural - Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. (pp. 369-381). Barcelona, Ariel.
- Mauss, M. (1988). *Ensaio sobre a Dádiva*. Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1950).
- Morris, D. B. (2000). A intriga do sofrimento. In *Doença e cultura na era pós-moderna*. (pp. 243-277). Lisboa: Piaget.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Pereira, P. (2003). *Peregrinos – Um estudo antropológico das peregrinações a pé a Fátima*. Lisboa: Piaget.
- Queiroz, M. S. (2003). *Saúde e Doença. Um enfoque Antropológico*. São Paulo: EDUSC.
- Rivers, W. H. R. (2001). *Medicine, Magic and Religion*. London and New York: Routledge. (Obra original publicada em 1924).
- Rodrigues, N. & Caroso, C. (1998). Ideia de ‘Sofrimento’ e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In L. F. D. Duarte & O. F. Leal (orgs.). *Doença, sofrimento Perturbação: perspectivas etnográficas*. (pp. 137-149). Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Rozemberg, B. & Minayo, M. C. S. (2001). A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 6 (1), 115-123.
- Santos, B. S. (1988). *Um discurso sobre as Ciências*. Porto: Afrontamento.
- Saraiva, C. (1996). Diálogos entre vivos e mortos. In M. V. Almeida (org.) *Corpo Presente – Treze reflexões antropológicas sobre o corpo* (pp. 172-183). Oeiras: Celta.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 1, 6-41.
- Sontag, S. (2003). *Olhando o Sofrimento dos Outros*. Lisboa: Gótica.

- Uchôa, E. & Vidal, J. M. (1994). Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e Doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (4), 497-504.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- Young, A. (1996). Suffering and the origins of traumatic memory. *Daedalus*, Winter, 1-12.
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3671/is_199601/ai_n8756078 (consultado em 10-08-2006).
- Van Gennep, A. (1978 [1908]). *Os Ritos de Passagem*. Petrópolis: Editora Vozes. (Obra original publicada em 1908).
- Weber, M. (1997). El problema de la teodicea. In *Sociología de la religión* (pp. 191-198). Madrid: ISTMO (Obra original publicada entre 1904 e 1920).

O EU, O REAL E OS OUTROS: PISTAS PARA O SENTIDO DO TRABALHO E LUGAR DE REALIZAÇÃO DO SUJEITO

CONTRIBUTOS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Clara de Assis Coelho de Araújo

SOBRE A RELAÇÃO DO HOMEM COM O TRABALHO

O que pretendemos reflectir e discutir, é a circunstância da relação do homem no trabalho que se reveste da particularidade de o trabalhador não ser um indivíduo isolado (Araújo, 2003). A condição de operador conduz à necessidade de se relacionar com os outros: colegas, hierarquia e subordinados. Ora, o sofrimento encontra-se no seio destas relações e admitimos tal como Dejours (1995) que o sofrimento é o vivido primordial da relação do homem com o trabalho. No entanto o trabalho também gera prazer e a questão que se coloca é a da transformação desse sofrimento em prazer. Mas o prazer não pode acontecer senão pelo benefício obtido pelo trabalho no registo da construção da identidade do indivíduo e da realização pessoal (Dejours, 1995).

Nas relações que o operador estabelece com os outros, o autor, distingue a relação com os operadores que sofrem e que conduz à construção de estratégias de defesa colectivas; a relação com os pares donde emerge o reconhecimento e a identidade de pertença a um colectivo; a relação com a hierarquia que pode fazer reconhecer a utilidade do operador; a relação com os subordinados donde pode emergir o reconhecimento da autoridade e das suas competências.

Todos estes pressupostos se apoiam na teoria da psicodinâmica do trabalho e consubstanciam a ideia da **intersubjectividade** que remete para o modelo de homem em psicopatologia do trabalho e para o papel fundamental da organização do trabalho, que não é sobretudo **técnica**, embora basicamente o seja, mas passa também por uma integração humana que a modifica e lhe dá a forma concreta (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Da Psicopatologia do Trabalho à Psicodinâmica do Trabalho

O paradigma (Kuhn, 1983)³⁴ da psicopatologia do trabalho, disciplina iniciada nos anos 50/60, tem sido definido segundo Dejours (2000) a partir dos contributos de autores, entre os quais os mais significativos são L. Le Guillant³⁵, C. Veil, P. Sivadon, A. Fernandez-Zoila e J. Bégoïn sendo preocupação central destes autores pôr em evidência as ligações entre trabalho e doenças mentais.

As investigações desenvolvidas posteriormente por psiquiatras e investigadores franceses, realçaram o quanto os constrangimentos do trabalho podiam provocar afecções psicopatológicas: o trabalho (sobretudo o industrial), era visto como “uma desgraça socialmente gerada, e desmoralizante para a saúde mental dos trabalhadores” (Dejours, 2000, p. 205).

A investigação clínica preocupava-se então em identificar doenças mentais específicas, influenciadas pelo modelo que oferecia a patologia profissional. Algumas síndromes, neuroses e outras formas psicopatológicas, foram evidenciados, embora poucas foram as doenças mentais específicas coligidas pela nosografia psiquiátrica.

Os trabalhos de Dejours publicados nos anos 70, inscreviam-se nesta tradição, embora, mais tarde (início dos anos 80), tenha renunciado a focalização da investigação nas doenças mentais e “transportado o olhar para cá da doença mental descompensada” (Dejours, 2000, p. 206), afastando-se do modelo psicopatológico causalista.

A opção de *psicopatologia* de Dejours é centrar a investigação na normalidade e não na patologia³⁶. Daí que o termo não deva ser compreendido no sentido restritivo do mórbido. Dejours ousa mesmo falar numa psicopatologia da normalidade, em oposição a uma *psicopatologia da doença*.

A esta evolução, que sustentou a definição progressiva da psicodinâmica do trabalho, voltaremos mais tarde, aquando da análise do sofrimento e da construção das estratégias defensivas individuais e colectivas contra aquele,

³⁴ De acordo com Kuhn (1983) utilizamos o conceito de paradigma na acepção de um conjunto articulado de postulados conceptuais, teóricos, instrumentais e metodológicos, que durante um certo tempo, proporciona problemas e modelos de soluções a uma comunidade científica.

³⁵ O trabalho mais citado do autor foi feito em 1956 sobre a actividade das telefonistas em Paris no qual o autor diagnosticou um distúrbio que nomeou como Síndrome Geral da Fadiga Nervosa. Tratava-se dum quadro polimórfico que incluía alterações do humor e de carácter, modificações do sono e manifestações somáticas variáveis.

³⁶ No texto intitulado “itinerário teórico em psicopatologia do trabalho”, Dejours & Abdoucheli (1994), justifica manter-se o termo, porque por um lado contém a raiz *pathos* que reenvia ao sofrimento e não somente à doença ou à loucura e por outro reenvia à psicopatologia da vida quotidiana na qualidade de referencia explícita ao funcionamento psíquico.

visto que aderimos a esta ideia de que os homens não são passivos face aos constrangimentos organizacionais e, portanto, são capazes de se proteger dos seus efeitos nocivos sobre a saúde mental (Araújo, 2003). Mas o que importa sublinhar desde já é a opção *princeps* da psicodinâmica do trabalho em conseguir compreender como os trabalhadores alcançam manter um certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes (Dejours, 2000).

Um olhar retrospectivo sobre a psicopatologia do trabalho revela um conflito central – o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico. É este núcleo, da clínica do trabalho, que conduz a que se tenha definido a psicopatologia do trabalho como “a análise do sofrimento psíquico resultando da confrontação dos homens na organização do trabalho”. Esta organização é então considerada como um “conjunto de constrangimentos pesados, monolíticos, inabaláveis, até mesmo inexoráveis (...)” (Dejours, 2000, p. 205). Trata-se de uma visão da organização do trabalho que se enquadra no que Maggi (1996) designa de lógica mecânica, em que a organização é compreendida como “uma entidade que é predeterminada em relação aos actores, ao seu ser no sistema e ao seu agir” (Maggi, 1996, p. 155), onde predomina a ideia de racionalidade objectiva absoluta. A lógica desta organização compreende a divisão de tarefas, de prescrições de realização rígidas, hierarquização de responsabilidades, segundo modos do tipo *tayloristas* ou *fordistas*. O trabalhador é também tido como uma parte *mecânica* do sistema e desse modo nele contribui através da prescrição e resposta a atribuições específicas sem no entanto o mudar. Maggi (1996) aponta que, nesta concepção mecânica de organização, os actores individuais podem mudar, entrar e sair da organização mas a identidade do sistema não muda sendo este independente da identidade dos actores.

O sofrimento analisado é assim o de uma relação bloqueada entre o trabalhador e a organização do trabalho Segundo Dejours (2000) esse sofrimento, que é de natureza mental, resulta do facto de o homem, no trabalho, já não poder fazer nenhuma modificação da sua tarefa no sentido de a tornar mais de acordo com as suas *necessidades* fisiológicas e os seus *desejos* psicológicos.

Considera-se que a energia de pulsão não encontra descarga no exercício do trabalho e acumula-se no aparelho psíquico, ocasionando sentimento de desprazer e de tensão. Mas essa energia, não permanecendo aí muito tempo, vai desencadear perturbações no corpo, e daí, o aparecimento *da fadiga* que, embora resulte de uma carga psíquica excessiva, tem uma tradução somática. Deste modo, para a psicopatologia do trabalho “a fadiga é uma testemunha não específica da sobrecarga” (Dejours, 1994b, p. 29), que afecta um ou outro sector do organismo psíquico e somático,

parecendo de pouca utilidade procurar traços que caracterizem a fadiga psíquica ou nervosa, em relação à fadiga física: o sofrimento físico, torna-se uma via alternativa de expressão do sofrimento psíquico, manifestado através de distúrbios psicossomáticos, vulgarmente observados na realidade das empresas.

Como vimos, o campo da psicopatologia do trabalho define-se nas relações entre a organização do trabalho e o trabalhador na sua singularidade e sua história (Dejours, 1987). Segundo o mesmo autor, a denominação de psicopatologia do trabalho torna-se um pouco imprópria na medida em que o que interessa a esta disciplina não é tanto o trabalho e o trabalhador mas o homem “que se esconde atrás do seu boné” (Dejours, 1987 p. 729). Contudo o trabalho também interessará à psicopatologia pelas consequências que produz no homem e no seu vivido, nomeadamente o impacto que tem na sua saúde.

O domínio da psicopatologia do trabalho situa-se entre o possível conforto e bem-estar psíquico e o pólo da doença mental, descompensada. Dejours (1987, p. 735) designa o espaço clínico intermediário, sob o termo de *sofrimento* que “assinala, geralmente, a evolução duma luta: luta entre funcionamento psíquico e mecanismos de defesa por um lado, constrangimentos organizacionais desestabilizantes, por outro, no desígnio de conjurar a descompensação e conservar (...) o equilíbrio”.

No início dos anos 90 operou-se esta mudança teórica que conduz à psicodinâmica do trabalho assumindo-se como a análise psicodinâmica dos processos intersubjectivos mobilizados pelas situações de trabalho. “Dinâmico significa que a investigação toma como centro de gravidade os conflitos que surgem do encontro entre um sujeito (portador de uma história singular, preexistente a este encontro) e uma situação de trabalho, cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 120). Assim no campo da investigação clínica passou-se da análise das doenças mentais, isto é, da psicopatologia do trabalho à análise da *normalidade*, entendida como uma situação de equilíbrio instável e precário, entre sofrimento e defesas contra o sofrimento.

Mas convém realçar que esta renovação da psicopatologia do trabalho inscreve-se num ambiente novo das ciências sociais, numa altura em que a “sufocação das teorias estruturalistas restituem o direito de cidade ao actor, ao sujeito, ao sentido da experiência, no momento em que o indivíduo se emancipe, afirme as suas aspirações pessoais e reivindique que o seu trabalho e a sua experiência têm um sentido” (Billiard, 2001, p. 8). Mas, esta reorientação da psicopatologia do trabalho opera também paralelamente às transformações da organização produtiva. Já no final dos

anos oitenta generalizam-se novas formas de trabalho e estratégias de gestão que, valorizando o saber-ser, a iniciativa e a responsabilidade pessoais, trazem à luz a dimensão subjectiva requerida no trabalho. A subjectividade aparece cada vez mais “como consubstancial ao acto do trabalho com o mesmo valor que o estado das técnicas e o da organização das relações sociais” (Billiard, 2001, p. 8).

E não deixa de ser interessante o quanto as formulações apontadas pela psicodinâmica do trabalho ressaltam a defesa do primado duma *racionalidade subjectiva* das condutas e das acções dos trabalhadores que têm por horizonte a *realização do eu no mundo social*, também denominada *pathique*, no sentido de se tratar de uma racionalidade das condutas que se organizam em resposta ao facto de ter de suportar as duas outras racionalidades: a instrumental e a social (Dejours, 1995).

A COMPREENSÃO DA DINÂMICA ENTRE O SUJEITO, O UNIVERSO DO TRABALHO E O CAMPO SOCIAL

Em psicodinâmica do trabalho considera-se fundamental a compreensão de três premissas enraizadas no sujeito, no universo do trabalho e no campo social. O equilíbrio destes três pólos é definido como essencial à saúde mental, sendo, a sua ausência, geradora de sofrimento mental no trabalhador. Contudo na concepção psicodinâmica face ao sofrimento, o indivíduo não permanece passivo e vai accionar mecanismos para se proteger (construção de estratégias defensivas) (Araújo, 2003).

Esta concepção de sujeito postula assim que qualquer indivíduo, num contexto favorável ao desenvolvimento da sua autonomia, procura realizar-se e ultrapassar os desafios, mobilizando a sua inteligência prática em busca da identidade: o indivíduo tem necessidade de contribuir para a construção de uma obra comum e de se realizar no campo social (Vézina, 2000).

É, desta maneira, que o trabalho (e mais propriamente *trabalhar*) pode constituir um campo de acção privilegiado para a construção da identidade e da liberdade individuais.

A concepção teórica do trabalho, em psicodinâmica do trabalho, ultrapassa por isso a simples execução de instruções técnicas. O trabalho é igualmente “a mobilização dos homens e das mulheres face ao que não é previsto pela prescrição face ao que não é dado pela organização do trabalho” (Davezies, 1993, p. 37). Esta definição – assente nos contributos da psicologia do trabalho e da ergonomia (Ombredane & Faverge, 1955; Leplat & Cuny, 1983) - insiste no facto que o prescrito não chega nunca. Há sempre uma diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real, que abre “um espaço de ajustamento obrigado pela resistência do real” (Vézina, 2000, p. 31).

Esta resistência pode advir de variados processos que podem estar ligados à relação do trabalhador com o contexto de trabalho, desde o ambiente físico em geral, às idiossincrasias relacionadas com os ritmos biológicos, efeitos da fadiga e relações com os colegas. Mas, a psicodinâmica insiste no facto desta resistência do real mobilizar a subjectividade de cada sujeito na construção da organização do trabalho. E sobretudo no facto de, em contrapartida a esta contribuição na organização, o sujeito esperar uma *retribuição* de cariz simbólico, tendo os estudos empíricos atestado que se trata de *reconhecimento* (Dejours, 2000), baseado em julgamentos que têm a particularidade de se apoiarem no trabalho realizado – portanto, no *fazer* e não na pessoa.

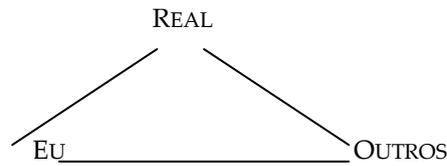
Distinguem-se ainda os julgamentos de *utilidade* e o de *beleza*. O primeiro, é proferido essencialmente pelos outros na linha vertical, quer dizer, pelos superiores hierárquicos, pelos subordinados e, eventualmente, pelos clientes. Enquanto o julgamento de beleza é proferido pelos pares (os colegas e os membros da comunidade de pertença).

O julgamento de utilidade testemunha a utilidade económica, social ou técnica do trabalho tendo em conta as suas finalidades; e o julgamento de beleza dá conta do respeito do trabalhador pelas regras do ofício considerando os constrangimentos da situação (Vézina, 2000).

Assim, a psicodinâmica do trabalho, salienta o quanto a construção da identidade assenta no campo social, em referência ao necessário olhar do outro. O indivíduo inscreve-se nas relações sociais de trabalho onde são operantes as regras, os códigos próprios e os ideais e onde o julgamento do outro, sobre a capacidade de fazer, é capital (Vézina 2000). Significa portanto, que a relação entre identidade e trabalho é mediatizada pelo outro, no julgamento do reconhecimento e que, como acima referimos, a mobilização subjectiva da personalidade e da inteligência e a realização de si passam necessariamente por uma mediatização, na relação com o *real* que constitui o trabalho (Dejours, 2000).

Justifica-se assim um triângulo fundamental, o da dinâmica da identidade, inspirado na tradição da antropologia das técnicas e na definição da técnica própria a F.Sigaut constituído por três pólos: o do EU – o do REAL – o do OUTRO (Dejours, 2000, p. 223).

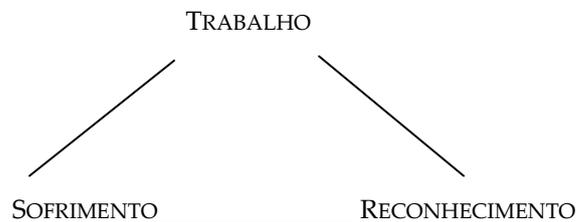
Figura 1 – Dinâmica da identidade



Fonte: Dejours, 2000a, p.223

E este triângulo origina um outro – o *Triângulo da Psicodinâmica do Trabalho* (Dejours, 2000).

Figura 2 – Triângulo da psicodinâmica do trabalho



Fonte: Dejours, 2000a, p.224

Aqui o EU é um sujeito de sofrimento, o REAL é indexado ao trabalho e o Outro é substituído pelo reconhecimento.

Assim a negação e/ou o não-reconhecimento da realidade do trabalho dum pessoa, pode ser fonte de sofrimento mental. Mas em contrapartida, o reconhecimento no trabalho é um elemento determinante da realização da pessoa e contribui para a construção da sua identidade, incluindo a sua esfera privada. “Se a dinâmica do reconhecimento é paralisada, o sofrimento não pode mais ser transformado em prazer, não pode mais encontrar o sentido” (Dejours 2000, p. 226). Nesse caso, pode dar lugar à descompensação que pode ser de tipo psiquiátrico ou somático.

Ora em todos os meios estudados na psicodinâmica do trabalho, o reconhecimento manifesta-se limitado relativamente à riqueza do saber teórico e experiencial dos trabalhadores:

“Para além das condições por vezes penosas do trabalho (esforços físicos e repetitivos, barulho, poeira, vapores tóxicos, trabalho por turnos, constrangimentos térmicos, riscos de queimaduras, explosão, etc.), lá onde o risco e o medo são o pão quotidiano, estão em primeiro lugar e antes de tudo a ausência de reconhecimento do que eles fazem, do que eles são e a

desvalorização que cria, tece o sofrimento dos trabalhadores e mina o seu equilíbrio psicológico” (Carpentier-Roy, 1995, p. 171).

Por isso, sem o reconhecimento não pode existir sentido nem prazer e o que pode acontecer no trabalhador é a existência de sofrimento patogénico.

A Autonomia e o Poder Sobre o Acto do Trabalho

A falta de reconhecimento associa, na maioria das vezes, a recusa de autonomia e de poder para os trabalhadores.

Carpentier-Roy (1995) menciona que os dados recolhidos do terreno convergem para o facto de que todo o indivíduo, no trabalho, tem necessidade de controlar minimamente o acto para o qual é formado e também responsabilizado. Esta análise vai ao encontro do conceito de *actepouvoir*, alargando assim o conceito tradicional de poder porque “ao poder de uns sobre os outros, acrescenta o poder sobre o seu próprio acto” (Mendel, 2002, p. 54). Na ausência de poder sobre os seus actos, as pessoas podem encaminhar-se para o sofrimento e até para processos de regressão da personalidade.

Ora, a falta do *actepouvoir* tende hoje a aumentar. O trabalho complexifica-se e as técnicas de organização e gestão de empresas passam sim, a transferir a responsabilidade dos imponderáveis do dia-a-dia aos trabalhadores, mas frequentemente sem lhes fornecer os meios e o tempo necessário. Por isso a responsabilização não acompanha o poder real sobre o acto, de tal maneira que “(...) retira-se-lhe o seu potencial valorizador e não se lhe deixa senão o efeito ansiolítico pelas possíveis sanções e a culpabilização” (Carpentier-Roy, 1995, p. 172).

No contexto da actual evolução socioeconómica a questão da autonomia torna-se assim difícil de caracterizar por estarmos perante *novas formas de organização* que associam uma valorização da autonomia e da responsabilidade a um quadro de normas de produção pré-definidas num tecido de constrangimentos de tempo, do tipo do *just in time* que obriga a respeitar prazos prometidos a uma clientela cada vez mais exigente (Lacomblez, 2000).

Estamos por isso, na realidade, face a situações de imposição, de obrigação de autonomia na gestão de todos os imponderáveis nos espaços de acção dum processo pré-definido (Lacomblez & Maggi, 2000) – o que abre a porta para as pressões de natureza moral, centradas na necessária cooperação com os objectivos da empresa e ao mesmo tempo na exigência de disponibilidade constante para responder adequadamente às situações de imprevisibilidade (Lacomblez, 2000).

A CONSTRUÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS

A psicodinâmica do trabalho questiona acerca da protecção que os trabalhadores exercem sobre o seu equilíbrio psíquico ameaçado pelo sofrimento e as investigações em contexto laboral têm dado conta de certos mecanismos desenvolvidos, sendo que a construção de estratégias individuais se apoia num conjunto de conhecimentos e de experiências ligadas à história individual enquanto as estratégias colectivas de defesa são específicas da situação de trabalho ou dos colectivos de ofício (Vézina, 2000) e por isso menos frequentemente, ou menos facilmente, observadas.

A título de exemplo, podemos referir o estudo realizado no Quebeque com trabalhadores de uma fábrica de peças de motor para veículos de transporte aéreo civil Rhéaume, Brun, Gilbert, & Therriault (2000). Os autores realçaram o quanto os trabalhadores desta empresa, de maneira global, adoptaram condutas guiadas por um forte individualismo, encorajadas por modos de gestão de tipo arbitrário, discricionário e autoritário mas também pelo facto do trabalho em questão não necessitar de interdependência. Trata-se mais de uma colecção de actividades individuais sobre tarefas independentes, não deixando lugar à cooperação. As reacções individuais dos trabalhadores são por isso dominadas pela impotência colectiva e fazem prova de passividade e resignação face aos modos de gestão praticados na empresa. Neste caso, os autores admitem que as estratégias de defesa colectivas podem assumir uma função essencial, contribuir para o enriquecimento das relações sociais de trabalho e estabilizar o individualismo, porém não irão eliminar os problemas inerentes à organização do trabalho (Dejours, 1994). Por outro lado, Trudel (2000), através duma investigação ligada a um projecto de intervenção ergonómica de formação visando a prevenção de perturbações músculo-esqueléticas em tarefas com computadores, também não observou estratégias de defesa colectivas, mas encontrou sim, estratégias de defesa individuais às quais as pessoas recorrem para se protegerem contra o sofrimento produzido pela organização do trabalho. As principais, reportam-se a “ver a aposentação embora ainda longínqua como um remédio para todos os males”, “meter dias de licença quando é demasiado duro”, “procurar a valorização nas actividades fora do trabalho” e “negar as tarefas e tentar controlar a realização do seu trabalho” (Trudel, 2000, p.141).

Importa realçar o quanto o conceito de *estratégias defensivas* contribui para melhor definir a relação com o trabalho, quando num dado nível de sofrimento psicológico, se torna incompatível o prosseguimento do trabalho. Contudo a sua caracterização levanta problemas metodológicos porque “o sofrimento e a dor experimentam-se mas não se vêem.” (Dejours, 2000, p. 78).

O medo no trabalho: psicopatologia e consequências na saúde.

O medo constitui uma das dimensões fundamentais do vivido pelos trabalhadores e tem sido, quase sempre, ignorado pelos estudos de psicopatologia do trabalho (Dejours 1992, 2000). Ora, o sofrimento pode também ser produzido pelo medo e estar presente em todos os tipos de tarefas profissionais, inclusivamente nas de tipo repetitivo. O problema do medo no trabalho surge com efeito do que é central em psicodinâmica do trabalho: a relação do indivíduo com a organização do trabalho.

O medo não é um conceito psicanalítico como a angústia, com a qual é muitas vezes confundido e cuja investigação só é possível de ser realizada pela psicanálise (Dejours, 2000). Na verdade, são várias as formas de medo reconhecidas nos discursos e práticas dos trabalhadores. Mas trata-se sempre de um medo ligado a riscos reais, presumidos ou imaginados em relação com a actividade do trabalho, e que tem efeitos destrutivos no equilíbrio psíquico se não for combatido (Carpentier-Roy, 1995).

O contributo da psicodinâmica do trabalho na análise do difícil relacionamento com o medo no local de trabalho tem-se revelado decisivo nos estudos dos trabalhadores da construção civil com a afirmação da importância da *ideologia defensiva contra o medo* (Cru & Dejours, 1983; Dejours, 1992, 2000). Nesta categoria profissional em que o risco se faz sentir (número elevado de acidentes mortais), é habitual verificar-se a resistência às normas de segurança. É como se os trabalhadores não estivessem conscientes desses riscos e até encontrassem no desafio, prazer. As investigações deixaram ver que na verdade o facto não passa de uma fachada, “a vivência de medo existe efectivamente mas só raramente aparece à superfície, pois encontra-se contida, no mínimo, pelos mecanismos de defesa” (Dejours, 2000, p. 100) que actuam de modo a neutralizar o medo. Com efeito, se os trabalhadores fossem a todo o momento apoderados pelo medo, então não teriam condições para continuar as suas tarefas por muito tempo e tornar-se-iam ineficazes sob o ponto de vista da sua actividade profissional.

Mas fundamentalmente o que está em questão, para esta categoria profissional e para outras que põem nitidamente em perigo a integridade física dos trabalhadores é a existência de uma prevenção incompleta no âmbito da organização do trabalho. É pois, sabido que as empresas costumam propor aos trabalhadores medidas de prevenção apenas individuais (Dejours, 2000).

Assim, o risco, que é comumente colectivo, mesmo que seja combatido por medidas e regras de segurança, do ponto de vista dos responsáveis é assumidamente individual. Ora, o problema do medo, surge precisamente

do facto contraditório da natureza colectiva do risco e da natureza individual e psicológica da prevenção. É contra este medo, que os trabalhadores elaboram estratégias defensivas, que é apelidado de sinais directos do medo (Dejours, 1992, 2000).

Dejours (1992, 2000) verificou, em vários estudos, que os riscos sobre a saúde física são revestidos de grande importância para o trabalhador. Mas, além disso, verificou que o desconhecimento dos limites do risco e/ou dos métodos de prevenção eficazes, constitui um “coeficiente de multiplicação do medo” e “a ignorância aumenta também o custo mental ou psíquico do trabalho” (Dejours, 2000, p. 97) ainda mais nas empresas em que a possibilidade de ocorrência de um acidente ou incidente, é constantemente lembrada por cartazes, sinais luminosos e alarmes sonoros ou visuais.

Carpentier-Roy (1995), num estudo que conduziu com enfermeiras de quatro departamentos dum hospital universitário no Quebeque, verificou que todos os perigos físicos são importantes mas as enfermeiras falam muito menos deles que dos riscos psíquicos ou afectivos. Um dos primeiros identificados refere-se à tecnologia que podendo ser fonte de valorização, se torna na realidade fonte de ansiedade quando a sua implementação não é acompanhada de uma formação adequada para lidar com a transformação. Em consequência, junta-se a humilhação perante o doente, o medo e insegurança de não saber utilizar convenientemente os aparelhos (de que depende, em certa medida, a vida do utente).

Mas o medo também permeia os discursos dos trabalhadores em linha de montagem, onde o risco físico não é tão visível como noutras profissões – aqui são as exigências de ritmo, de cadência, a obrigação de gerir uma cooperação com trabalhadores novos no posto de trabalho ou a mudança de posto, imposta pela hierarquia que acabam por alimentar um processo que conduz ao medo de não conseguir acompanhar os ritmos de trabalho e de produção e, implicitamente, de não atingir o desejado em termos de remuneração – a nível do salário e dos prémios (Dejours, 2000).

Neste tipo de situação de trabalho, as possibilidades de se produzirem estratégias colectivas de defesa são mínimas, sendo, o essencial, assumido individualmente. Contudo Dejours (2000, p. 104) refere um exemplo de “reestruturação colectiva da linha de montagem”. Um grupo de trabalhadores conseguiu organizar-se e dividir as tarefas de tal forma que, um deles, em rotatividade, podia sempre parar de trabalhar durante alguns minutos, num dia de trabalho de dez horas. Neste caso, foi a forma encontrada de vencer o medo e o sofrimento – “uma brincadeira simbólica de grande valor significativo, tanto em relação à vitória sobre a hierarquia, como em relação à solidariedade entre os trabalhadores” (Dejours, 2000, p. 104).

Mas o medo também está presente nas relações de trabalho, seja com a hierarquia seja com os colegas e é particularmente nas empresas onde o trabalho é submetido à imposição de ritmo que este medo mais se faz sentir e se sobrepõe ao já mencionado, porque existe frequentemente neste tipo de situação uma pressão exercida através duma supervisão para manter o rendimento de cada trabalhador (Dejours, 1992, 2000).

Dejours (2000) acrescenta aqui a utilização de certas táticas de gestão pelas chefias médias com o objectivo de repreender ou favorecer, criando divisões nos trabalhadores. A discriminação que opera assim a hierarquia em relação aos trabalhadores parece ser uma técnica de liderança comumente utilizada nas empresas.

Em síntese, o medo não é apenas desencadeado face aos riscos do trabalho, mas também em relação com as ofensas sócio-afectivas que podem surgir da organização do trabalho e que podem atingir a dimensão de sofrimento psíquico e moral.

As interações entre a vida do trabalho (VT) e a vida fora do trabalho (VFT)

Na compreensão das relações de trabalho quer o alvo seja a saúde, a doença, o bem-estar ou o sofrimento não se pode, na nossa perspectiva, distinguir a vida fora do trabalho e a vida no trabalho (Araújo, 2003).

É, pois, difícil colocar de parte o trabalhador, a sua história de vida, a sua história de trabalho, se quisermos esclarecer as complexas maneiras de agir no singular e também “as articulações entre o singular e o colectivo” (Jacques, 2002, p. 109). Por isso, a separação clássica para muitos cientistas sociais entre o que diz respeito por um lado ao *trabalho* e por outro lado ao *fora do trabalho* não tem significação em psicodinâmica do trabalho.

Na verdade, as análises da psicodinâmica do trabalho (Bensaïd & Dejours 1994, Dejours, 1990, 2000) são convincentes, ao realçar que a relação subjectiva estabelecida no trabalho estende os seus tentáculos bem para além do espaço da fábrica e coloniza, em profundidade, o espaço fora do trabalho. A separação entre *trabalho e fora do trabalho* é estritamente espacial e em contradição com a referência à dinâmica dos processos psíquicos e sociais. Dejours (2000, p. 245) insiste neste aspecto: “o funcionamento psíquico não é divisível e o homem que está envolvido nas estratégias defensivas para lutar contra o sofrimento no trabalho não abandona o seu funcionamento psíquico no vestíário”.

As pessoas, na saída de um dia de trabalho, transportam consigo os constrangimentos mentais e, ao mesmo tempo, têm necessidade que os seus

familiares próximos (com quem coabitam) cooperem, para manterem as defesas em estado de funcionamento para o regresso ao trabalho (Dejours, 2000).

Para a psicodinâmica do trabalho, toda a família se pode dizer envolvida na dinâmica da relação com o trabalho e Carpentier-Roy (1995) refere que, se o senso comum admite facilmente que as situações vividas na vida privada podem perturbar a vida do trabalho, os dados do terreno obrigam a admitir o que é ainda muitas vezes rejeitado ou silenciado: a dominação da vida do trabalho sobre a vida fora do trabalho, onde se inclui a vida privada. A autora, refere aliás vários casos de trabalhadores a testemunhar a influência da perda de identidade³⁷ gerada pelo trabalho na esfera da vida fora do trabalho. As repercussões na vida fora do trabalho, que a imagem inferiorizante devolvida pelo meio de trabalho pode gerar nos trabalhadores, são do tipo de agressividade, afastamento das relações afectivas conjugais e familiares, isolamento sobre si, bem como outros tipos de comportamentos potencialmente conflituais.

Convém contudo realçar quanto essas interacções entre VT e VFT também têm sido realçadas por outras disciplinas científicas (Gadbois 1975, Teiger, 1993), constituindo-se um passo decisivo que não deixou de ter reflexos para outros cientistas sociais e nomeadamente os sociólogos das relações sociais de sexo (Hirata & Kergoat cit. in Dejours 2000).

METODOLOGIA EM PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Para abordar a metodologia própria ao campo da psicodinâmica do trabalho importa situar, embora de uma forma sumária, alguns pressupostos ontológicos e epistemológicos em que se apoia.

O terreno da investigação, em psicodinâmica do trabalho, é a *realidade* do trabalho. Esta não se mede, não é de natureza fixa ou absoluta. A sua abordagem é de inspiração fenomenológica e necessita de interpretações flexíveis a fim de aproximar o vivido subjectivo dos trabalhadores, inerente a toda a situação de trabalho (Vézina, 2000). A realidade em que os investigadores põem a sua atenção, não se vê a olho nu e também escapa à consciência daqueles que a vivem. É através de um trabalho compreensivo sobre a experiência vivida no quotidiano do trabalho que o conhecimento toma forma. Este trabalho, é um trabalho colectivo, de aliança entre os investigadores e os seus interlocutores com o fim de decodificar o sentido que os trabalhadores dão às suas acções proferidas nos discursos e de suscitar a tomada de consciência.

³⁷ Esta perda de identidade citada por Carpentier-Roy (1995) reporta-se à questão feita aos trabalhadores “quem sou eu?”, respondida da seguinte forma: “a única resposta possível é: sou um número”

Em psicodinâmica do trabalho afirma-se o *primado do terreno*, pelo que a conceptualização parte do terreno, do vivido do trabalho, origina-se na *práxis*, com disposições metodológicas específicas e uma relação entre o empírico e o teórico que se enquadra numa *epistemologia do terreno*, que corresponde a uma dinâmica intelectual ascendente, em oposição à dinâmica descendente das ciências aplicadas (Dejours, 2000).

O método, em psicodinâmica do trabalho, reveste-se de particularidades que, obviamente, fogem aos modelos tradicionais de utilização de questionários ou entrevistas, incidindo na implicação na investigação de trabalhadores e mobilizando-os colectivamente. Trata-se por isso de um encontro entre um colectivo de trabalhadores e um colectivo de investigadores pois, estes, nunca se envolvem individualmente. Quer isto dizer que a metodologia própria à psicodinâmica do trabalho exige passar pela palavra dos trabalhadores e que a construção de conhecimento recorre à interpretação desta palavra, face ao vivido do trabalho – o que significa que a linguagem é o veículo privilegiado de acesso ao significado que os trabalhadores admitem nas suas acções.

Por isso, a *démarche* da psicodinâmica do trabalho é intersubjectiva. Os factos não existem por si e, por isso, não podem ser recolhidos. Os factos são extraídos da discussão e construídos para serem validados, resultado de uma dinâmica que se estabelece no colectivo de trabalhadores e investigadores, mediada pela linguagem. O trabalho dos investigadores é então interpretativo e apoia-se no vivido subjectivo dos trabalhadores, analisando como estes se expressam nos seus discursos e atribuem uma atenção particular aos paradoxos, acentuando o que é contraditório, relacionando-os ao binómio sofrimento/defesa (Dejours, Dessors, Jayet Molinier, & Torrente, 2002).

Do conjunto destes princípios epistemológicos e metodológicos Carpentier-Roy (1995, p. 35) tira a seguinte conclusão: “É impossível, evidentemente, quantificar o prazer ou o sofrimento, pois, não mais que o medo, a ansiedade e a alienação, não se deixam encerrar por percentagens, estatísticas de frequência, compatibilidades de qualquer espécie. Há então uma ligação obrigatória entre a psicopatologia [agora psicodinâmica] do trabalho e o método qualitativo”.

Para se iniciar uma investigação no campo da psicodinâmica do trabalho é necessário existir um pedido inicial: trata-se de um princípio metodológico que também é ético e deontológico.

Além disso o pedido que preside à intervenção em psicodinâmica do trabalho, não é um pedido individual, mas um pedido que como refere Dejours et al. (2002) Molinier designa de *social* que contém, na sua

origem, a expressão de um sofrimento no trabalho e as interrogações das pessoas que o solicitam.

Mas o ponto de partida tem de ser suficientemente explícito para poder autorizar o início da investigação. Por isso, a análise do pedido corresponde a uma fase inicial essencial que irá exigir um trabalho particular de explicitação e um trabalho rigoroso de elaboração, a que Dejours (2000, p. 232) chama de “o trabalho do pedido”. O trabalho do pedido tem constituído um passo tradicional das investigações – acção que privilegiam uma intervenção de cariz psicossocial a nível de uma organização de produção (de bens ou de serviços) (Lacomblez, 1983)

O estatuto do sofrimento

A psicodinâmica do trabalho partilha, com a ergonomia da actividade (Volkoff, 2002), um interesse pelo conhecimento das situações concretas de trabalho. O autor denomina de ergonomia da actividade a tradição científica da ergonomia iniciada com pesquisas essencialmente desenvolvidas na Bélgica e na França a partir da obra fundadora de Ombredane e Favergé (1955). Intervindo nas situações reais de trabalho, privilegia uma compreensão da actividade e das formas de regulação usadas pelos trabalhadores no seu decurso.

É a dinâmica do diálogo estabelecido entre o Dejours e os seus colegas ergónomos que sustentam a progressiva definição da psicodinâmica do trabalho, mais atenta ao estudo das relações que se podem estabelecer entre a organização do trabalho e o sofrimento.

O fruto deste diálogo científico inicial é bem patente na seguinte argumentação de Dejours, referido por Molinier (1995, p. 18) :

“entre o homem e a organização do trabalho prescrito, existe por vezes um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e acções de modulação do modo operativo, quer dizer uma intervenção do operador sobre a organização do trabalho para a adaptar às suas necessidades, até mesmo para a tornar mais congruente com o seu desejo. Logo que esta negociação é estendida ao seu último limite, e que a relação homem - organização do trabalho é bloqueada, **começa o domínio do sofrimento** e da luta contra o **sofrimento**”.

O sofrimento é então visto como emergindo quando o trabalhador usa de todos os seus recursos, de saber e de poder na organização, utilizando o máximo das suas faculdades intelectuais, psico-afectivas, de aprendizagem e de adaptação e não consegue mudar a tarefa.

Dejours (1987) define então o campo da psicodinâmica do trabalho, como aquele do conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento e situa a

sua investigação ao nível do infrapatológico ou do pré-patológico. Nesta perspectiva, não se trata de observar, pesquisar ou descrever doenças mentais originárias do trabalho nem de frisar que os trabalhadores se tornam doentes mentais pelo trabalho. Como já o dissemos o que se considera em psicodinâmica do trabalho é a *normalidade* compatível com o sofrimento da pessoa. Isto não significa ausência de sofrimento, mas a procura de uma salvaguarda do seu equilíbrio psíquico, levando a pessoa a desenvolver procedimentos de regulação. A normalidade é, portanto, interpretada como o resultado dum compromisso entre o sofrimento e a luta individual e colectiva contra o sofrimento no trabalho (Dejours, 2000). Neste sentido, o sofrimento é o espaço onde se desenvolve a luta entre o funcionamento psíquico e os mecanismos de defesa por um lado, e os constrangimentos organizacionais desestabilizantes por outro, com o objectivo de conjurar a descompensação e conservar, apesar de tudo, um equilíbrio possível, mesmo se ele ocorre ao preço de um sofrimento (Dejours, 1987).

Para Dejours (1993), o sofrimento aparece como uma resposta inevitável ao afastamento vivido pelo sujeito entre a situação real de trabalho e as expectativas ou os desejos que foi construindo ao longo da vida. Dito de forma sintética o postulado é que quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho fica bloqueada, o sofrimento aparece. Dejours (1994b) recorre ainda ao conceito de *carga psíquica do trabalho* que assume proporções particularmente preocupantes nos casos em que prevalece uma organização do trabalho autoritária, que não oferece uma saída à energia pulsional. Por isso, “para transformar um trabalho fatigante num trabalho equilibrante é preciso flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para (re)arranjar o seu modo operatório e para encontrar os seus gestos que são capazes de lhe fornecer prazer, isto é, uma expansão ou uma diminuição da sua carga psíquica do trabalho” (Dejours, 1994b, pp. 31-32). O autor acrescenta ainda que a carga psíquica é traduzida em **fadiga**, testemunha não específica da sobrecarga que pesa sobre um ou outro dos sectores do organismo, quer psíquico, quer somático. Trata-se, então, de um princípio de difusão que é válido nos dois sentidos, podendo, portanto, a carga psíquica ter traduções viscerais ou musculares mas o inverso também ser verdadeiro, e o trabalho pode, por isso, tornar-se perigoso para o aparelho psíquico.

Sustentada por esta grelha de análise, a psicodinâmica do trabalho tem estado, ultimamente particularmente atenta às evoluções dos sinais que contribuem para a produção de sofrimento moral nos trabalhadores e do aparecimento e desenvolvimento crescente nas empresas de um sistema de organização baseado profundamente no cinismo (Dejours, 1998). Esta deterioração que assume proporções preocupantes resulta de uma

conjuntura caracterizada nomeadamente por um aumento de desemprego, uma deterioração da qualidade dos produtos, um aumento dos acidentes, e infracções maciças ao código de trabalho. Mas o que preocupa ainda mais a psicodinâmica do trabalho é o facto da consciência largamente partilhada desta deterioração pelos dirigentes das empresas associada à defesa da doutrina do neoliberalismo, com o fim de organizar deliberadamente a mentira (Dodier, 1999).

Dejours (1998) chega a afirmar que, hoje, são raros os casos em que todos na empresa estão conscientes de participar numa organização do *mal*.

Ergonomia e Psicodinâmica do Trabalho

A psicopatologia do trabalho dos anos 70, tinha-se desenvolvido num duplo diálogo com as ciências da saúde, por um lado e do trabalho, por outro, recorrendo de forma particular aos contributos da psicanálise e da ergonomia. E o debate não se terá interrompido mais (Dejours, 2000).

Como já o sublinhamos o coração da ergonomia da actividade tem na análise ergonómica do trabalho o seu recurso privilegiado, uma metodologia baseada na observação das situações reais para estudar o homem no trabalho e que assenta numa descoberta fundamental: “a existência duma *décalage* irreduzível entre a tarefa prescrita e a actividade real do trabalho” (Ombredane & Faverge, 1955; Leplat & Cuny 1983).

A psicodinâmica do trabalho acabou por fazer também seus, os conceitos ergonómicos de *trabalho prescrito* e de *trabalho real* que, tal como o realçou Davezies (1993), abrem a via para a compreensão da dimensão fundamentalmente enigmática do trabalho.

Trabalho prescrito e Trabalho real – Efeitos na saúde do trabalhador

Para a psicodinâmica do trabalho “existe sempre uma *décalage* entre o trabalho prescrito pela hierarquia e a situação real de trabalho que não pode reduzir-se a uma simples execução técnica em função de regras preestabelecidas, sendo dada a impossibilidade de standardizar todos os procedimentos de produção ou, daí, antecipar a intensidade por todos os indivíduos” (Vézina, 1999, p. 210).

É neste afastamento que pode estar a fonte de saúde ou de sofrimento mental, dependendo do grau de flexibilização potencial da organização do trabalho. Se esta permite ao trabalhador arbitrar a *décalage* e encontrar, pela sua *inteligência da prática*, as microrregulações necessárias à solução dos problemas encontrados no trabalho, então está perante uma organização dita estruturante para a identidade da pessoa. O trabalhador tem, neste contexto, uma margem de manobra que lhe permite interpretar

as ordens recebidas pela hierarquia, de forma a usar a sua habilidade e criatividade, para elaborar novas regras que se adaptem melhor à situação de trabalho e que sejam coerentes com os objectivos da empresa.

Um contexto organizacional deste tipo, que permite ao trabalhador desenvolver-se como pessoa, proporcionando-lhe a construção da sua identidade, na medida em que autoriza que utilize as suas habilidades e desenvolva novas, concorre para a sua realização como pessoa e, conseqüentemente, como pessoa saudável (Araújo, 2003).

Percebemos assim que para Dejours (2000), o trabalho é uma actividade de produção, onde se podem concretizar e objectivar a inteligência e as habilidades humanas e onde se constrói a identidade, a armadura da saúde mental.

Contudo, o trabalhador pode estar perante uma organização do trabalho rígida, em que o afastamento entre o prescrito e o real pode não ser negociável. Este tipo de organização impõe uma vasta divisão de tarefas e uma standardização excessiva dos procedimentos e dos resultados, não dando espaço à iniciativa e criatividade do trabalhador e mesmo considerando estas, como sinal de incompetência ou de delito e anulações às regras prescritas - trata-se então de uma organização do trabalho com conseqüências na saúde do indivíduo porquanto afecta o seu equilíbrio psíquico a sua relação com o real e a construção da sua identidade (Vézina, 1999).

A rigidez, característica deste tipo de organização do trabalho, não tem em conta as idiosincrasias individuais e pode ser fonte de tensão para o trabalhador, na medida em que se vê colocado na difícil tarefa de “conciliar o projecto de automatização da sua actividade com a variabilidade temporal, que o caracteriza como ser vivo e com as exigências da sua vida psíquica, que o caracterizam como ser humano” (Davezies, 1993, p. 37).

Por isso, parece claro que uma organização do trabalho flexível, que respeita as singularidades e tem em conta a subjectividade na actividade de trabalho, é favorecedora do equilíbrio psíquico do indivíduo concertando tarefas, modos operatórios e dimensão temporal do trabalho.

Inteligência da prática. O saber-fazer do trabalhador

Tratar o trabalho como um enigma, parece ser uma afirmação paradoxal, dado que o trabalho é assunto de numerosos peritos, desde o jurista que fala de contrato de trabalho ao especialista de prevenção, que lembra os riscos inerentes à situação de trabalho e propõe medidas preventivas, passando pelo chefe da empresa que evoca os objectivos ou os custos do trabalho. Numerosos saberes são, pois, mobilizados para conceber e prescrever o

trabalho mas, de facto, não são suficientes para que haja produção. Para tal, é necessário que haja alguém que ocupe o lugar para onde convergem todos estes saberes especializados e *dê vida a este conjunto*, isto é, alguém que trabalhe (Davezies, 1993).

Todavia esta experiência é banalizada, eufemizada pela organização do trabalho. Ora, como refere Teiger (1993), o trabalho não é um conceito abstracto, mas um *conceito personificado* porque pertence a um espaço, a um tempo e a um corpo. A compreensão desta experiência exige assim ultrapassar a articulação das várias dimensões da prescrição e a recusa de uma concepção do saber, apenas dividido em especialidades.

Aliás o trabalhador pouco qualificado que não domina os saberes especializados, tem de fazer face às questões colocadas pela articulação das diferentes exigências, às quais está sujeito, exigências relacionadas com a produção, com o seu lugar no sistema social em questão e com o que se relaciona com a preservação da sua saúde (Davezies, 1993). Neste sentido, faz apelo à sua inteligência da prática, cuja característica principal é para Dejours (1993) ser fundamentalmente enraizada no corpo, guiada pela intuição sensível como o faro, o odor, o relance de olhos, a destreza e habilidades diversas. Não é uma inteligência *especializada*, é uma inteligência *astuciosa*, em que se recorre a todo o tipo de astúcias nomeadamente quando surge uma situação inusitada (Molinier, 1995). Trata-se de um tipo de inteligência em constante ruptura com as normas e com as regras. Por isso, “o trabalho, é a mobilização dos homens e das mulheres face ao que não é previsto pela prescrição, face ao que não é dado pela organização” (Davezies, 1993, p. 37). Para trabalhar, é preciso interpretar as prescrições, improvisar regras e truques, disfarçar, criar astúcias, sair da execução pura e simples. Mas esta inteligência prática situa-se, intrinsecamente, no espaço de sofrimento individual, “do qual ela é um dos resultados com a diferença de que ela leva não apenas à atenuação do sofrimento, mas a atingir, como contrapartida de seu exercício, bem sucedido, o prazer” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 134).

REFERÊNCIAS

- Araújo, C. (2003). Sofrimento Físico, Psíquico e Moral no sector do calçado em Portugal. Contributos para uma psicodinâmica do trabalho. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Bensaid, A, Dejours, C. (1994). Psychopathologie et psychodynamique du travail. In, Toxicologie – Pathologie professionnelle, Encycl. Med. Chir. , 16-535-P-10. Paris: Editions techniques
- Billiard, I. (2001). *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*. Paris: La Dispute.
- Carpentier-Roy, M-C (1995). *Corps et Âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Québec: Liber.
- Cru, D. & Dejours, C. (1983). Les Savoir-Faire de Prudence dans les Métiers du Bâtiment. *Les cahiers médico-sociaux*. Genève, 27(3), pp.239-247.
- Davezies, P. (1993). Eléments de psychodynamique du travail. *Education Permanente* 116(3), pp.33-46
- Dejours, C. (1987). Aspects psychopathologiques du travail. In C. Lévy-Leboyer & J. C. Sperandio (orgs.). *Traité de Psychologie du Travail* (pp.729-747). Paris: PUF.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Editora.
- Dejours, C. (1993) Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. *Éducation Permanente*, 116 (3), pp. 47-70.
- Dejours, C. (1994a) Trabalho e Saúde mental: Da pesquisa à acção. In M.I.S.Betioli (coord.). *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuição da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho* (pp.45-65). São Paulo: Editora Atlas (texto original, 1980).
- Dejours, C.(1994b). A carga psíquica do trabalho. In M.I.S. Betioli (coord.) *Psicodinâmica do Trabalho. Contribuição da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho* (pp. 21-32). São Paulo. Editora atlas (texto original, 1980).
- Dejours, C. (1995c). Analyse Psychodynamique des Situations de Travail et Sociologie du Langage. In J. Boutet, *Paroles au Travail* (pp.181-224). Paris: L'Harmattan.

- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Éditions du Seuil.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In M.I.S. Betiol (coord.). *Psicodinâmica do Trabalho. Contribuição da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho (pp.119-145)*. São Paulo. Editora atlas (texto original, 1990).
- Dejours, C.; Dessors, D.; Jayet, C.; Molinier, P.; Torrente, J. (2002). L'intervention en psychodynamique du travail (PDT), In G. Mendel e J.-L. Prades, *Les méthodes de L'intervention psychosociologique (pp.71-80)*. Paris: La Decouverte.
- Dodier, N. (1999). La condition des opérateurs dans les nouvelles formes d'organisation. Retour sur une enquête sociologique en entreprise. *Travailler*, 2, p.149-179.
- Gadbois, C. (1975). L'analyse des emprises réciproques de la vie de travail et de la vie hors travail. *Bulletin du C. E. R. P.*, XXIII, (2), pp.117 – 151.
- Jacques, M. G. (2002). «Doença dos nervos»: Uma Expressão da Relação entre Saúde/Doença Mental. In M. G. Jacques & W. Codo (orgs.), *Saúde Mental & Trabalho (pp. 98-111)*. Petrópolis: Vozes.
- Kuhn, T. (1983) *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion.
- Lacomblez, M. (1983) *Le Paradigme Dominant dans L'Analyse des Motivations de L'Homme au Travail*. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de doutor em Ciências Psicológicas. Université Libre de Bruxelles. Faculté des Sciences psychologiques et Pédagogiques.
- Lacomblez, M. (2000) *Factores psicossociais associados aos riscos emergentes*. Lisboa: Seminário “Riscos emergentes da nova organização do trabalho”, 8 pp.
- Lacomblez, M. & Maggi, B. (2000). Prendre le temps de lire le temps dans les recherches de Hawthorne? In: G. de Terssac & D. G. Tremblay, *Où va le temps de travail?* (p. 49-64). Toulouse: Octarès.
- Leplat, J. & Cuny, X. (1983), *Introdução à Psicologia do trabalho*. Rio Maior: Fundação Calouste Gulbenkian (tradução do original).
- Maggi, B. (1996). Les conceptions de la formation. *Économies et sociétés, Économie du travail*, 19 (12-12), p. 151-177.
- Mendel, G., Bitan M., Rueff, C., Acevedo, M.-J., Moreau & J.-F., Parazelli, M. (2002) La sociopsychanalyse institutionnelle. In G. Mendel & J.-L.

- Prades *Les méthodes de l'intervention psychosociologique* (p. 49-58). Paris: La Decouverte.
- Molinier, P. (1995). *Psychodynamique du Travail et Identité Sexuelle*. Paris: (Tese de Doutoramento apresentada ao CNAM).
- Ombredane, A & Faverge, J. M. (1955). *L'analyse du travail*. Paris: PUF.
- Rhéaume, J., Brun, J_P., Gilbert, M-A. & Therriault, P-Y (2000). Réorganisation du travail et santé mentale dans un atelier de production: le poids de la perfection, le trop de la gestion et l'impuissance. In M-C. Carpentier-Roy & M. Vézina. *Le travail et ses malentendus. Psychodynamique du travail et gestion* (p.105-128). Canada: Octares.
- Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique: du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. *Education Permanente*, 116 (3), p.71-96.
- Trudel, L. (2000). La psychodynamique du travail pour documenter l'implantation d'un programme de formation à visées préventives. In, M.-C., Carpentier-Roy & M., Vézina, *Le Travail et ses Malentendus. Psychodynamique du travail et gestion* (p.129-146). Canada: Octares.
- Vézina, M. (1999). Stress et psychodynamique du travail: de nouvelles convergences. *Travailler*, n° 2, p. 201-218.
- Vézina, M. (2000). Les Fondements Théoriques de la Psychodynamique du Travail. In M.-C. Carpentier-Roy & M. Vézina, *Le Travail et ses Malentendus. Enquêtes en Psychodynamique du Travail au Québec* (p. 29-41). Canada: Les Presses de l'Université Laval.

CONTRIBUTOS PARA O ESTUDO DO LAZER E DOS SEUS BENEFÍCIOS

Luísa Ramos Santos

PERSPECTIVAS DO LAZER

Lazer: Evolução ao Longo dos Tempos

Ao longo da História, e nas várias sociedades, o lazer tem sido perspectivado de modo diverso tanto no que se refere à quantidade como à qualidade. Ao analisar de uma forma generalizada a situação do lazer, não parece ser possível considerar que as sociedades têm, como alguns dizem, cada vez mais lazer, sem ter em conta que a quantidade e a qualidade do lazer têm variado muito consoante as épocas da História e as diferenças sociais. Conforme as sociedades se tornam mais urbanizadas e industrializadas, o trabalho e o lazer têm-se separado progressivamente, tendo-se tornado o lazer como algo agradável e gratificante, que varia muito de cultura para cultura e reflecte os valores e as condições dessa cultura (Godbey, 1999).

Ainda segundo o mesmo autor, a importância da recreação, da actividade física e do lazer para o bem-estar individual foi inicialmente observada pelos estudiosos no antigo Egipto e na Grécia. Os egípcios acreditavam que a recreação era essencial para a recuperação de doenças e traumatismos. Os gregos, por seu lado, consideravam-na muito importante para a aprendizagem e para a boa saúde no seu ideal: *mente sã, corpo sã*. Mas é preciso não esquecer que, no sentido ateniense, o lazer se aplicava unicamente aos homens. Aristóteles aconselhava mesmo estes a evitar o casamento porque, desta forma, perderiam a esperança de ter lazer. A condição das mulheres, na Grécia antiga, era a de pessoas de baixa categoria atendendo a que a sua inabilidade em viajar, com poucas excepções, e a sua falta de poder político lhes tornara inacessível o ideal grego do lazer.

Esta ideia de lazer foi entrando em declínio desde o fim da Idade Média até ao auge da Revolução Industrial, e ainda, segundo o mesmo autor, a justificação para tal facto tem a ver, não só com o aumento das horas de trabalho, mas também com o facto de, na sociedade pré industrial, o trabalho estar incorporado no dia-a-dia e, conseqüentemente, o tempo de lazer não se encontrar separado deste. O trabalho, indistinto do lazer, fazia-

se nos campos perto de casa ou mesmo dentro desta, acompanhado por conversas amigáveis e pelas actividades da vida na aldeia. Foi só quando o trabalho passou a realizar-se em locais específicos, em horários pré-determinados, e debaixo de certas condições, que o lazer veio a ser solicitado como um direito. Mais precisamente, o *tempo fora do trabalho* foi perdido, já que não havia maneira de restaurar o relacionamento pré industrial íntimo entre o lazer e a vida nas cidades industriais do século XIX.

A Revolução Industrial trouxe assim, por um lado, uma maior separação entre trabalho e lazer e, por outro, reduziu a quantidade de lazer para o cidadão normal, pelo menos de princípio. O trabalho foi organizado em função dos interesses dos donos dos meios de produção, sendo o lazer secundarizado.

Nos princípios da industrialização, o lazer aparece associado a uma certa classe de pessoas, tal como aconteceu muitas vezes ao longo da História. Durante a segunda metade do século XIX, nos EUA, aqueles que enriqueceram após a guerra civil, donos de fábricas de aço, minas de cobre, fábricas de têxteis e quintas de gado, tentaram estabelecer uma liderança social através dos seus *extravagantes divertimentos*. O processo de urbanização e de industrialização trouxe cada vez mais divisões na sociedade. Uma destas divisões foi a classe de lazer (Godbey, 1999).

Em França, no início do século XIX, só uma elite relativamente restrita se deslocava ao campo para distração (praticava a vilegiatura). Pouco a pouco, a burguesia começou a imitar o modelo aristocrático. As famílias burguesas começaram a trocar de bom grado a cidade pelos seus arredores quando as condições climatéricas o permitiam. Por volta de 1890, a mudança de ares era uma medicação na moda para tentar travar os estragos da tuberculose, prescreviam-se estadias na montanha, assim como invernos não muito rigorosos (Martin-Fugier, 1990).

Durante a segunda metade do século XIX, em França, surge a noção de férias como mudança necessária de actividade e de género de vida. O repouso e os benefícios da natureza parecem uma contrapartida ao modo de vida urbano e industrial. Segundo o mesmo autor, este gosto pela natureza já tinha, no entanto, sido abordado por Robert Mausi que referiu o seu desenvolvimento ainda no século XVIII. Mas o que aparece como novidade é, ainda segundo o mesmo autor, a referência feita por Henri Boiraud no seu estudo sobre as férias, onde considera estas como constituindo preocupações na organização temporal das actividades humanas.

Nos primeiros anos do século XX, o valor da recreação e da actividade física para a saúde e o bem-estar nos jovens ajudou à implementação do movimento de recreio para o prazer. São exemplo os campos de férias que,

nos princípios dos anos 1900, eram promovidos pela imprensa de Nova Iorque, e, em França, os campos de escuteiros que constituíam, com as suas hierarquias adolescentes, uma propedêutica dos papéis sociais. Nos EUA, sucessivas organizações solicitavam fundos para enviar crianças para áreas onde se podiam exercitar e apreciar os benefícios que lhes trazia o facto de estarem ao ar livre. Posteriormente, aparecem novas formas de organização das férias, das quais a mais significativa é o *Club Méditerranée*. O sucesso deste assenta no contraste entre o estilo de relações sociais que prevalece no *Club* e o da vida comum. As actividades de férias, nomeadamente o desporto, mas também os jogos, instituem outras hierarquias, que não ocorrem na sociedade em geral. Assim concebidas, as férias não são nem um momento nem um lugar, mas um estado de espírito, valorizado enquanto tal. A seriedade da vida social comum encontra-se aí desqualificada. Contudo, as férias são um parêntesis e o *Club*, um lugar diferente. A difusão deste estilo descontraído, que posteriormente se veio a alargar ao conjunto da sociedade, deve muito aos *mass media*, especialmente à rádio e à televisão (Prost, 1990).

Ao analisar de uma forma mais generalizada a situação do lazer, não parece ser possível considerar que as sociedades têm, como alguns dizem, cada vez mais lazer, sem ter em conta que a quantidade e a qualidade do lazer têm variado muito consoante as épocas da História e as diferenças societais. Conforme as sociedades se tornam mais urbanizadas e industrializadas, o trabalho e o lazer têm-se separado progressivamente tendo-se tornado o lazer como algo agradável e gratificante, que varia muito de cultura para cultura e reflecte os valores e as condições dessa cultura (Godbey, 1999).

A sociedade actual está a encarar grandes transformações sociais sobretudo devido à globalização da economia e às novas tecnologias que estão a criar mudanças radicais no modo como os indivíduos trabalham, como usam o tempo de *não-trabalho* e o papel do lazer nas suas vidas. Nos últimos anos, tem mesmo havido discussões sobre as políticas governamentais de emprego e desemprego, acerca da importância da distribuição do trabalho e da diminuição do horário de trabalho semanal, de forma a distribuir o que existe por mais pessoas. Estas políticas resultariam em mais tempo livre e possivelmente mais lazer para muita gente (Mannell & Kleiber, 1999). Também recentemente o lazer se tem tornado um negócio cada vez mais próspero e, ainda segundo os mesmos autores, as pessoas gastam cada vez mais dinheiro a viajar, a assistir a acontecimentos desportivos e culturais, a coleccionar quadros e selos, sendo estes comportamentos incentivados, nos países desenvolvidos, pelos governos, pelo contributo que dão para o crescimento económico como por exemplo, em estratégias de promoção de turismo.

Lazer: definições e conceitos

Numa perspectiva global, podemos definir lazer como uma forma de estar, mais do que como o tempo, o dinheiro ou a actividade implícitos na sua realização. Assim, ver alguém num contexto de lazer presumivelmente agradável, como por exemplo num restaurante, não quer dizer que a pessoa está a ter lazer ou está envolvida numa actividade de lazer. Lazer é um estado de espírito, uma maneira de ser, de estar em paz consigo próprio e com o que se faz, que tem um critério essencial e único que é a condição de apreender a liberdade e, assim sendo, qualquer actividade realizada livremente, sem constrangimento ou compulsão, pode ser considerada lazer, pois o envolvimento na actividade é feito na situação de agente livre e por escolha própria (Neulinger, 1981). A maior parte das definições de lazer apresentadas na literatura tendem a considerar este como *o tempo que sobra depois do tempo gasto em outras tarefas de vida*, o que torna os outros tempos de vida mais importantes do que os de lazer. A expressão *tempo livre* é considerada, nesta perspectiva, como tendo subjacente critérios de residualidade principalmente em relação ao tempo de trabalho, pois é na maioria das vezes referido por contraposição a este. Assim sendo, tempo livre, só por si, não garante uma experiência de lazer, podemos ter tempo livre e não sabermos como ocupá-lo ou não nos sentirmos satisfeitos com a forma como o ocupamos, quando o tentamos transformar em lazer (Freire, 1989).

Tendo em conta esta abordagem, parece interessante considerar que as actividades de lazer se podem dividir em dois grandes grupos: um primeiro que compreende as *actividades residuais de lazer*, e que inclui comportamentos de *passar tempo*, que acontecem no tempo de espera até que outra actividade comece ou por falta de alternativas, e um segundo grupo, que se refere à realização de comportamentos intencionais pelo seu potencial de satisfação e pelos benefícios psicológicos e que compreende as actividades efectivas de lazer (Freire & Salvador, 1996). Para que haja lazer a pessoa tem de controlar os seus próprios comportamentos e ter um sentimento de liberdade para continuar, de boa vontade, uma determinada actividade. A liberdade percebida e a motivação intrínseca são as características mais importantes para esta definição de lazer (Iso-Ahola, 1980).

Na sociedade ocidental, a liberdade individual aparece como ideia fundamental, a de viver nos seus próprios termos, ser livre de fazer o que se escolhe. O lazer aparece, nesta perspectiva, como um dos sonhos mais antigos dos seres humanos – estar livre de um sem fim de trabalhos, livre para seguir o que cada um quer, passar tempo de formas voluntárias e agradáveis, livre para encontrar e aceitar o lugar de cada um no mundo,

livre da tirania da natureza e de outros seres humanos, livre para existir em estado de graça (Godbey, 1999). Actualmente, pensa-se muitas vezes em recreação e lazer como simplesmente no tempo deixado-de-fora depois das actividades importantes, nomeadamente o trabalho, terem sido realizadas. Ora, numa sociedade onde o potencial para o lazer continua a aumentar, é essencial que alcancemos alguma compreensão do lazer propriamente dito, o que se torna difícil devido ao facto do conceito de lazer ter vindo a ser definido a partir de um grande número de perspectivas. Analisemos algumas, referindo sobretudo, segundo Godbey (1999), possíveis contextos de lazer:

- Quando pensamos no lazer em termos de tempo, referimo-nos frequentemente a uma parte da vida na qual temos comparativamente maior liberdade de fazer o que queremos;
- Quando o encaramos como uma actividade, ou um conjunto de actividades, estas podem ser agradáveis e significativas, ou irresistíveis para alguns indivíduos, ou ainda somente, em certas situações, culturas, estilos de vida, épocas de vida, gostos, etc. O lazer não é uma actividade, embora um grande número destas tenha o potencial para lhe servir de base, mas sim um processo que envolve um acto específico;
- Quando pensamos no lazer como estado mental, ou seja, quando o indivíduo confia suficientemente numa actividade específica para relaxar e agir instintivamente, assumindo que tudo acontecerá como previsto;
- Quando, por último, pensamos no lazer como estado de ser, esta ideia associa-se à de *ausência de necessidade*, no antigo sentido ateniense. Uma ausência de necessidade parece uma pré-condição do lazer, mas este envolve sobretudo a necessidade de estar voluntária e significativamente ocupado. Nesta perspectiva, o lazer tem menos a ver com a *liberdade* e mais com a invenção pessoal de sentido através das acções individuais.

Na perspectiva de Mannell e Kleiber (1999) o lazer tem sido caracterizado como: tipos específicos de actividades, tempo livre de obrigações (por exemplo, o tempo que não é gasto no emprego e em tomar conta da casa, da família e de si próprio), experiência significativa e satisfatória (por exemplo, sentimento de satisfação, divertimento ou excitação), ou uma combinação de actividades, tempo e experiência. Estes autores consideram a definição do conceito e a forma de o avaliar uma das dificuldades para o progresso do seu estudo, mas também um desafio que se tem manifestado no interesse com que muitas pessoas o têm tentado definir.

É frequente encontrarem-se investigações em que o lazer é visto como a participação em actividades recreativas ou culturais tais como desportos, passatempos e dança. Também muitas vezes se vê o lazer identificado pelo

contexto em que é experienciado tal como festas, teatros e parques. É regularmente descrito como tempo livre de obrigações, a liberdade de fazer o que cada um quer fazer, ou simplesmente fazer algo para sua satisfação pessoal (Mannell & Kleiber, 1999).

Referiremos seguidamente algumas definições de lazer, numa ordem cronológica, e tendo em conta os seus autores. O sociólogo do lazer Dumazedier (1962) define lazer como um conjunto de ocupações a que o indivíduo se pode entregar de livre vontade, seja para descansar, seja para se divertir, seja para desenvolver a sua informação ou a sua formação desinteressada, a sua participação social voluntária ou a sua livre capacidade criativa depois de se ter libertado das suas obrigações profissionais, familiares e sociais. Este autor enfatiza a libertação e o prazer, considerando seguidamente o descanso, o divertimento e o desenvolvimento pessoal como as três principais funções do lazer. O descanso, liberta da fadiga, e, neste sentido, o lazer torna-se reparador de tensões resultantes das obrigações quotidianas e particularmente do trabalho. A segunda função é a do divertimento, e esta liberta sobretudo do aborrecimento, podendo também ser considerada como um factor de equilíbrio, através da procura de uma vida de complemento, de compensação ou de fuga, pela diversão, ao mundo de todos os dias. A função de desenvolvimento pessoal permite uma participação social mais abrangente, através de novas possibilidades de integração voluntária em grupos recreativos, culturais ou sociais. Estas funções não são independentes, podendo algumas actividades de lazer serem integradas simultaneamente em mais do que uma função, dependendo do próprio indivíduo.

Segundo a definição do psicólogo Neulinger (1974), lazer tem um e um só critério essencial, e este é a condição de liberdade percebida. Qualquer actividade realizada livremente, sem constrangimento ou compulsão, pode ser considerada lazer. Lazer implica estar envolvido numa actividade como sujeito livre e responsável pela sua própria escolha.

Esta definição põe uma tónica muito particular na percepção da liberdade e no *locus* de controlo interno. Mas Godbey (1999) pretende ir mais longe com a sua própria definição de lazer, caracterizando este como viver numa liberdade relativa para com as forças externas irresistíveis da cultura e do ambiente físico do indivíduo, para que este possa agir através de um sentimento interno irresistível, de uma forma pessoalmente agradável, intuitivamente vantajosa, e que possa vir a ser uma boa base para a fé.

Como refere Goodale (1988), esta definição, não analisa o lazer na sua dimensão de tempo nem de estado mental do indivíduo. Considera, por outro lado, que a liberdade é limitada e relativa. Nesta perspectiva, a

liberdade relativa fornece uma oportunidade para agir. A motivação para a acção é o *sentimento interno irresistível*, ideia esta que inclui a motivação interna, mas, segundo este autor, ultrapassa-a. Para que uma actividade seja intuitivamente vantajosa, Godbey (1999) considera que, as primeiras vezes que se realiza, pode acontecer que não seja lazer. Se, eventualmente, começarmos a gostar dela, deixaria de ser necessário justificá-la como experiência, começaríamos a acreditar nela, e então, poderia ser considerada lazer.

Segundo Mannell e Kleiber (1999), o lazer pode ser equacionado objectivamente através de alguns tipos de actividades e/ou tempo ou, subjectivamente pode ser associado à ocorrência de alguns tipos de *estados mentais*, percepções, significados, necessidades satisfeitas e/ou experiências. Ainda segundo os mesmos autores, aos investigadores é colocada muitas vezes a questão da tomada de decisão sobre o que é e o que não é lazer. Estes têm de ter primeiro o sentido do que é, de como é, como observá-lo e medi-lo, para depois poderem apreciar os factores que afectam o lazer das pessoas, ou até se e como o lazer muda estes afectos.

Ainda na perspectiva de Mannell e Kleiber (1999), quando o lazer é definido como *o que as pessoas fazem*, os investigadores avaliam-no através das actividades em que as pessoas participam e da quantidade de tempo que gastam envolvidos nessas actividades (por exemplo, andar de ski, ir ao cinema, fazer palavras cruzadas) ou das categorias gerais de actividades (por exemplo, social, desportiva, cultural) em que os indivíduos participam. O meio ou o ambiente que enquadra as actividades ou evoca experiências também pode ser utilizado para a sua definição, por exemplo, cortes de ténis, praias e teatros são alguns dos ambientes mais óbvios de lazer. Quando, por outro lado, o lazer é definido em termos do que *as pessoas pensam e sentem*, os investigadores usam medidas que reflectem a experiência mental, enquanto envolvidos em actividades de lazer, e a satisfação ou significados derivados desta participação. As emoções, disposições, satisfações, cognições, atitudes e crenças são muitas das experiências de que temos consciência. Compreender o lazer de uma forma global carece por parte dos investigadores da utilização de várias abordagens.

Mannell e Kleiber (1999) apresentam um quadro teórico sobre o ponto de focagem acerca do que é o lazer. Segundo estes autores, o ponto de focagem da definição pode ser *externo* ou *interno* à pessoa ou pessoas estudadas. Em termos de investigação, a focalização de um ponto de vista externo baseia-se no que as pessoas de um grupo social ou da sociedade, no momento, concordam que seja lazer, mas quando o investigador estuda pessoas que não são membros da mesma sociedade tem primeiro que

desenvolver uma compreensão sobre o que é lazer para estas colectividades sociais.

O tipo específico de focagem depende dos objectivos da investigação. Se é adoptada uma focagem interna, pelo investigador, a definição de lazer baseia-se na percepção ou no constructo do comportamento, espaço ou experiência do lazer dos indivíduos estudados. Por outras palavras, o investigador deixa os indivíduos do estudo determinarem se uma actividade, espaço ou experiência é lazer para eles especificamente.

Lazer: sua relação com a psicologia

Durante o século XX desenvolveram-se as ciências que estudam as pessoas. Inicialmente, as Ciências Sociais encontravam-se associadas sobretudo ao estudo dos problemas humanos como, por exemplo, a doença mental, mas, durante a última parte do século XX, investiu-se muito tempo no estudo de actividades normais do dia-a-dia e também dos aspectos positivos da vida (Mannell & Kleiber, 1999).

A investigação do lazer em Ciências Sociais pretende, de acordo com estes autores, compreender os antecedentes e as consequências das escolhas de lazer, para além dos factores que afectam a qualidade e o sentido (significado) destas escolhas. Este conhecimento poderá permitir uma melhor compreensão das pessoas e dos seus problemas, permitindo escolhas significativas e agradáveis de lazer. Abordagens sociológicas, antropológicas, economicistas e psicológicas, assim como perspectivas de confluência destas áreas, fazem parte de uma variedade de estudos que contribuem grandemente para o desenvolvimento e compreensão do lazer.

No que concerne ao recurso à abordagem psicológica para o estudo do lazer, de acordo com Iso-Ahola e Mannell (1985) e Iso-Ahola (1995), este tem aumentado nas últimas décadas, na América do Norte, sobretudo no que se refere à psicologia social e aos métodos de investigação.

A Psicologia Social do Lazer tem considerado que o principal enfoque nas experiências e comportamentos de lazer para o indivíduo é o que este sente. Os comportamentos e experiências de lazer são vistos como uma função de interface das disposições psicológicas internas (por exemplo, percepções, sentimentos, emoções, crenças, atitudes, necessidades, características de personalidade) e, também, como o resultado de influências sociais que são parte de um ambiente social individual (por exemplo, outras pessoas, normas grupais, artefactos humanos e os media).

A Psicologia Social é perspectivada como o estudo científico do comportamento e das experiências de indivíduos em situações sociais, enquanto a Psicologia Social do Lazer é definida como o estudo científico

dos comportamentos e experiências de lazer de indivíduos em situações sociais (Mannell & Kleiber, 1999). O estudo da Psicologia Social do Lazer nos últimos 20 anos tem trazido algumas reflexões sobre o porquê das pessoas realizarem actividades de lazer, quais as actividades que consideram como lazer para si, e qual o impacto destas na qualidade das suas vidas.

A investigação em lazer e, mais especificamente, em Psicologia Social do Lazer tem tido a sua evolução ao longo do tempo, embora se tenha desenvolvido mais nos últimos anos. Segundo Iso-Ahola (1995), esta iniciou-se na primeira metade dos anos 70, tendo sido continuada desde então, e dispõe actualmente de numerosos e variados contributos. Dada a vastidão do campo científico abrangido, é compreensível que os conhecimentos tenham avançado mais em determinadas áreas do que noutras, tais como a motivação, a satisfação e as atitudes, adiantando ainda ser necessária, nestas como noutras áreas, uma teoria do desenvolvimento para orientar futuros esforços de investigação. A abordagem da Psicologia Social na investigação também tem sido utilizada para criar conhecimento em áreas afins, tais como a recreação de exterior e a gestão de recursos de recreação ou a recreação terapêutica e o aconselhamento em lazer. Um dos temas de investigação, considerado como promissor e potencialmente importante, por este autor, é o de lazer e saúde, embora considere que outros temas básicos acerca do lazer se encontrem ainda por analisar, como, por exemplo, o estudo dos ciclos de lazer ou dos ritmos e a relação entre uma vida de lazer excitante ou uma vida de rotina.

BENEFÍCIOS DO LAZER

Ouelet (1995) considera que a saúde, o desenvolvimento integral do indivíduo e a aquisição de comportamentos saudáveis e equilibrados são alguns dos benefícios que têm aparecido, provavelmente, relacionados com o destaque de que o lazer tem sido alvo. Ainda segundo este autor, as atitudes favoráveis em relação ao lazer aparecem muitas vezes associadas a crenças, segundo as quais estas actividades desenvolveriam uma influência positiva relativamente à saúde e ao bem-estar das pessoas. Elas favoreceriam o desenvolvimento e o funcionamento das dimensões físicas, mentais, afectivas e sociais. Estas afirmações carecem, no entanto, de demonstração científica pois, ainda segundo o mesmo autor, não é sempre certo que os efeitos positivos atribuídos à participação em lazeres existam de facto ou que sejam verdadeiramente causados só pela participação em actividades de lazer. Está ainda menos documentada e demonstrada a existência de efeitos negativos na sequência de algumas formas de lazer. O mesmo autor questiona, por exemplo, até que ponto e em que condições, algumas formas de lazer poderiam causar a doença mais do que a saúde, a

dependência mais do que a autonomia, a depressão mais do que o optimismo, a desadaptação mais do que a adaptação.

A qualidade de vida é um outro conceito que, estando intimamente relacionado com os anteriores, tem sido alvo de grande número de trabalhos de investigação, tendo mesmo sido sugerido que o lazer possa ter mais impacto na qualidade de vida do que em qualquer outra área do comportamento ou da experiência individual (Mannell & Kleiber, 1999). O lazer pode mesmo ser visto como uma forma de melhorar a qualidade de vida da comunidade e do indivíduo através de actividades recreativas ou culturais. No entanto, deveremos salientar que alguma predisposição para determinadas actividades parece acompanhar o indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, pondo-se mesmo a hipótese de, tal como em relação aos comportamentos de saúde, que abordaremos posteriormente, esta predisposição para determinadas actividades poder ser considerada como transgeracional.

O lazer usado como um fim por si próprio pode influenciar a saúde pois a sua existência na vida quotidiana de cada pessoa faz com que contribua para a saúde desta. Por outro lado, usado como um instrumento, pode atingir determinados resultados em saúde, mas em qualquer dos casos tem de ser previamente *descoberto*. Esta descoberta acontece, segundo Iso-Ahola e Mannell (1985), a diferentes níveis: o cognitivo, o afectivo e o comportamental. Segundo estes autores, do ponto de vista cognitivo, as pessoas necessitam de adquirir informação acerca do lazer e tomar consciência do potencial deste nas suas vidas; do ponto de vista emocional, a descoberta refere-se a gostar do lazer em geral e de algumas experiências em especial e, por último, as pessoas podem ainda descobrir que são capazes de desenvolver comportamentos actuais de lazer. Tais descobertas, segundo os mesmos autores, não são, infelizmente, fáceis para muitas pessoas, podemos mesmo apontar a falta de informação e alguns comportamentos como tendo a possibilidade de se tornarem grandes limitações para a realização das mesmas.

Desde há muito tempo que foram reconhecidos os benefícios do lazer para os indivíduos sendo relevantes os benefícios psicológicos do lazer que incluem a noção de bem-estar, aumento da auto-estima e desenvolvimento de recursos adaptativos da personalidade (Caltabiano, 1995).

Relação entre Lazer e Estilo de Vida

Numa determinada abordagem, a sociedade actual tem um posicionamento pouco favorável em relação ao lazer ou à sua promoção. Em países onde o trabalho é engrandecido na sua essência e pela importância que tem para o desenvolvimento económico e social, lazer e trabalho não podem ser

considerados de forma igualitária. Espera-se mesmo que se relacionem inversamente, ou seja, espera-se que alguém que valoriza o trabalho desvalorize o lazer. Este torna-se um subordinado do trabalho, sendo usado no sentido de se recuperar daquele, e muitas horas de trabalho são boas para a economia pois pode-se depois gastar mais dinheiro no consumo de bens, e quanto mais se gastar, mais se tem de trabalhar (Schor, 1991). Nesta mentalidade de trabalhar para gastar, logo gastar mais implica trabalhar mais, e ainda de acordo com este autor, o lazer torna-se fútil e a oposição do lazer ao trabalho promove o lazer como escape o que, por sua vez, leva a um estilo de vida passivo. As pessoas não procuram actividades de lazer significativas mas recorrem frequentemente a actividades passivas para escapar aos seus problemas quotidianos.

Nos últimos anos, as tentativas de resposta à procura cada vez maior de receitas para a saúde e para a felicidade têm frequentemente tomado a forma de uma prescrição de um modo de vida. Atendendo a que os comportamentos de saúde não existem como áreas separadas e independentes, a noção de *estilo de vida* reveste-se de grande utilidade, sobretudo se adoptarmos a definição proposta por Elliott, segundo Aaro (1997), de que aquele se caracteriza como sendo um conjunto de comportamentos expressivos e padronizados do indivíduo que ocorrem, com alguma consistência, durante um período de tempo. Quer isto dizer que existem combinações de comportamentos ou de áreas comportamentais que ocorrem de forma consistente, não abrangendo necessariamente a totalidade dos comportamentos da pessoa. No entanto, para outros autores, estilo de vida também aparece descrito como modo completo de vida. A televisão e as revistas descrevem uma quantidade crescente de modos de vida, abordam factores tais como a comida que comemos, a maneira como a preparamos, as roupas, as casas, os divertimentos e lazeres de que gostamos, o trabalho que fazemos ou como ensinamos as crianças (Mannell & Kleiber, 1999). As pessoas são literalmente *bombardeadas* com sugestões sobre a melhor maneira de organizar os vários aspectos das suas vidas. Também o número de livros sobre o tema tem aumentado substancialmente, a comunicação electrónica tem criado uma consciência difundida de estilos de vida mesmo quando a sua potencial escolha não está disponível para ninguém. A publicidade tem incentivado as pessoas a criar os seus *próprios estilos de vida*, mas com o *produto certo*.

Se a quantidade de artigos de jornais e de livros de grande divulgação serve de alguma indicação, ainda segundo os mesmos autores, a maioria das pessoas acredita que os seus modos de vida determinam a sua saúde, e isso é tão importante quanto elas podem criar os seus próprios estilos de vida através da forma como iludem ou equilibram os aspectos de trabalho, da família e do lazer na sua vida. A luta que um grande número de pessoas

parece empreender, hoje em dia, para controlar o que é visto como um modo de vida apressado, é cada vez maior.

Também os comportamentos aditivos nos jovens têm aumentado e parecem encaixar-se em novos estilos de vida, numa fase em que a procura da identidade e o caminhar no sentido da autonomia são da maior importância para o desenvolvimento individual (Vaz, 1990). A existência de estilos de vida nocivos para a saúde apresenta-se, de um modo geral, como produtos do mundo moderno e de países desenvolvidos, onde a saúde dos jovens parece progressivamente ameaçada e onde se assiste, por exemplo, à introdução de novas maneiras de utilizar o álcool, menos reguladas pelos rituais e pelas normas sociais (Aaro, 1997).

Cada vez mais se tem considerado o lazer como um factor de estilo de vida que joga um papel vital na promoção da saúde e na prevenção da doença. Na Carta de Ottawa (OMS, 1986) considera-se que a evolução dos padrões de vida, do trabalho e dos tempos livres teve um impacto significativo na saúde. Nesta perspectiva, o trabalho e os tempos livres deveriam ser, hoje, uma fonte de saúde para as populações.

A promoção de estilos de vida saudáveis é importante, não só pelo seu impacto a curto prazo na saúde e doença, mas também pelas consequências que, mais tarde, terá nos comportamentos de saúde (Aaro, 1997).

Para Weissinger (1995), é durante o início da idade adulta, na fase caracterizada, em termos de desenvolvimento, por um processo de autonomia progressivo, que se adquirem estilos de vida e papéis sociais e que é construído o *repertório de lazer* do indivíduo. Esta autora considera mesmo como uma função importante da adolescência o *criar um estilo de lazer funcional*, levantando-nos a questão sobre o que acontece aos jovens adultos que falham o desenvolvimento desta capacidade para fazer escolhas satisfatórias e significativas, relativamente aos seus tempos de lazeres.

Parece que é durante a adolescência que podem estabelecer-se as bases para um estilo de vida que promova a saúde ao longo da vida, mas é também durante esta fase do desenvolvimento que emergem alguns comportamentos nocivos à mesma. Segundo Aaro (1997), uma grande maioria dos adolescentes na fase inicial (11-14 anos) é, de forma espontânea, fisicamente activa, e os consumos de tabaco, álcool ou outras substâncias aditivas raramente existem. Por outro lado, na fase final da adolescência, uma proporção substancial destes jovens é fisicamente inactiva e o uso de substâncias aditivas é comum. Obviamente, não podemos esquecer que os jovens, na sua maioria, não se tornam fumadores habituais, alcoólicos ou toxicodependentes e que uma grande proporção se mantém fisicamente activa.

Godbey (1999) considera que nos últimos anos, as pessoas têm mostrado grande interesse em ter estilos de vida mais saudáveis, na tentativa de reduzir custos médicos e cuidados de saúde, que têm continuado a crescer apesar da capacidade, também crescente, da sociedade em pagar e, que cada vez mais, o lazer tem sido visto como um veículo importante para a promoção de estilos de vida e de actividades saudáveis.

As comunidades locais têm-se sentido na obrigação de construir espaços recreativos e culturais, de organizar programas para os cidadãos com o apoio dos governos e, com este aumento de recursos investidos em serviços de lazer, têm feito aumentar as preocupações em relação ao modo como indivíduos, grupos e a sociedade como um todo organizam e usam os recursos de lazer (Mannell & Kleiber, 1999). Mas nas sociedades actuais, sobretudo naquelas em que se considera uma elevada ética do trabalho como importante, deparamo-nos também, e cada vez mais, com o aumento do número de indivíduos dependentes do trabalho (*workaholics*). Estes são, segundo Machlowitz, (1980), descritos na literatura como pessoas que não suportam o lazer tendo mesmo pavor dele, tendem a ser rígidas, aterrorizadas pelo tempo não estruturado. A sua principal preocupação é a falta de tempo, têm medo de desperdiçar tempo e, como consequência, nunca aprendem a brincar. Os dependentes do trabalho são muitas vezes vistos como personalidades obsessivo-compulsivas e os seus estilos de vida apresentam frequentemente riscos acrescidos de problemas físicos tais como tensão alta, úlceras, dores de cabeça, referindo alguns estudos, custos emocionais acrescidos para as suas crianças (Machlowitz, 1980). Psicologicamente, os dependentes do trabalho sofrem de formas pesadas de *stress* e ansiedade e de sentimentos de culpa e, para combater estes sentimentos, muitos praticam exercício físico. Mas fazendo isto, infelizmente, trabalham durante o seu entretenimento pois sentem que devem dominar o jogo, realizar tarefas, alcançar metas e ganhar. Podem fazer exercício por razões de saúde, mas não gostam realmente de o fazer, jogar para o seu próprio bem é uma atitude estranha a si próprios. O exercício não se torna jogo e o entretenimento que deveria ser sentido como alegre, divertido, como uma celebração fácil da vida, como refere Killinger (1991), não passa de uma imposição. Neste sentido, podemos considerar que o lazer por si mesmo pode ser algo de negativo para muitas pessoas, porque pode levar ao aborrecimento e seguidamente à depressão ou, pelo menos, ao insucesso na sua descoberta (Iso-Ahola, 1997).

A não-descoberta (não-consciência), emparelhada com uma postura pouco determinada relativamente ao lazer, e uma elevada ética no trabalho (entendendo-se por isto como um acreditar que o trabalho é que é importante, valorizado socialmente, despromovendo todas as actividades que não se insiram neste âmbito), enfraquece a saúde mental através do

aumento do aborrecimento no lazer, servindo como barreira a um estilo de vida activo. Weissinger (1995) refere que as pessoas com mais alto nível de aborrecimento em lazer apresentam mais baixo nível de saúde física e mental do que as pessoas com um nível de aborrecimento relativo.

Um estilo de vida activo em lazer promove a saúde devido ao facto de que a participação em várias actividades de lazer se encaminha no sentido da procura de uma recompensa intrínseca através da utilização das competências cognitivas, físicas e sociais de cada um. É baseado no princípio do *use-o ou perca-o*. Algumas pessoas gostam de fazer *puzzles*. Algumas voltam à escola. Algumas gostam de visitar os vizinhos. O factor determinante é a estimulação, na qual a curiosidade desempenha o papel principal e se uma pessoa mantiver a curiosidade durante a vida, isto estimulará a sua apetência para novas situações (Diamond, 1984).

Recursos e estratégias de *coping* através do lazer

Segundo vários autores, de entre os diversos tipos de recursos e de estratégias de *coping*, o lazer tem sido considerado como um meio importante para ajudar as pessoas a lidar com o *stress* e a manter ou melhorar a sua saúde (Caltabiano, 1994; Coleman, 1993; Coleman & Iso-Ahola, 1993; Iwasaki, 1998).

Os estudos referentes à relação entre o lazer, o *stress*, o *coping* e a saúde são considerados essenciais, provavelmente, pelo facto de abordarem a saúde e, através desta, a possibilidade de a melhorar, relacionando-se assim com as vivências dos indivíduos, com a capacidade de melhoria do seu nível funcional e mesmo da qualidade das suas vidas. Lidar com o *stress* é, na realidade, uma situação inevitável com que as pessoas se deparam quando pretendem manter a sua saúde e o seu bem-estar. É neste contexto que se afigura importante a compreensão de como o lazer pode ajudar os indivíduos a lidar com essa situação. A constatação de que a participação no lazer promoveria, de facto, a saúde e o bem-estar revestir-se-ia ainda da maior importância no sentido de convencer os intervenientes da comunidade com poder de decisão para a criação de meios que possibilitassem a prática de actividades de lazer contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Neste sentido, alguns estudos consideram poder existir uma relação directa entre o lazer e a melhoria do estado de saúde das pessoas, associada esta essencialmente à liberdade percebida e à motivação intrínseca aquando da realização do lazer (Iwasaki, 1998; Neulinger, 1982; Weissinger & Iso-Ahola, 1984). Outros estudos abordam a satisfação das necessidades psicológicas das pessoas através das suas experiências de lazer e a influência destas na saúde e no crescimento do indivíduo (Tinsley & Tinsley, 1986) e, também, o papel do *lazer* na redução do *stress*, na

melhoria do *bom humor*, ou no escape à rotina diária (Caltabiano, 1994; Iso-Ahola, 1989).

Mais recentemente, os estudos sobre a relação entre lazer e saúde têm-se focalizado no papel do lazer como amortecedor dos efeitos negativos do *stress* na saúde física e mental. Segundo Coleman e Iso-Ahola (1993), o apoio social associado ao lazer e a disposição para a autodeterminação associada ao lazer servem de amortecedores contra o *stress*, possibilitando, assim, às pessoas manter a sua saúde, mas tal só acontece quando as pessoas se encontram em situações capazes de desencadear níveis elevados de *stress*. Quando o nível de *stress* é baixo, as estratégias de *coping* relacionadas com o lazer parece não funcionarem. Esta constatação vai no sentido da literatura que refere o lazer como sendo social pela sua própria natureza e a percepção de liberdade e de controlo ou a autodeterminação como ingredientes essenciais ao lazer (Iwasaki, 1998). Mais recentemente, Iso-Ahola (1997) considera que um estilo de lazer activo, por oposição a um estilo de lazer passivo ou sedentário, funciona como um amortecedor contra o *stress* mantendo desta forma a saúde física e mental.

Coleman (1993) considerou que o conjunto de disposições para o lazer, sobretudo a disposição de percepção de liberdade no lazer, como por exemplo, a disposição em relação à liberdade de escolha no lazer, associada à tendência das pessoas para participar em situações livremente escolhidas, funciona como filtro em relação ao *stress*.

Iso-Ahola e Park (1996) constataram que o companheirismo no lazer, entendendo por isso actividades de lazer partilhadas com o principal objectivo de se proporcionar prazer, diminui o efeito do *stress* quotidiano relativamente à saúde mental (depressão), enquanto que a amizade, no sentido de amizade adquirida através da co-participação no lazer, tinha o mesmo efeito na saúde física. Referem, ainda, duas funções do lazer com capacidade de abrandamento em relação ao *stress*, as oportunidades para desenvolver e manter uma disposição de autodeterminação e as possibilidades para a criação de sistemas de apoio social. Parece que estas funções são centrais ao papel do lazer como resiliência ao *stress*, mantendo-se, no entanto, a pertinência do explorar de outras formas através das quais o lazer contribua para lidar com o *stress*.

Hobfoll e Vaux (1993) referem grande número de críticas aos *modelos de coping como amortecedor do stress*. Também eles sugerem o desenvolvimento de modelos alternativos de lazer e *coping* e, ainda, a identificação de maneiras através das quais o lazer ajude as pessoas a lidar com o *stress* no seu dia-a-dia e o sublinhar dos mecanismos utilizados.

Nos estudos sobre *coping*, a natureza multidimensional dos recursos tem contribuído para a compreensão de maneiras diferentes através das quais as

estratégias de *coping* ajudam as pessoas a gerir o *stress* em várias situações da vida, mas também abordagens mais inclusivas sobre lazer e saúde ou bem-estar, têm sido desenvolvidas em vários estudos (Endler & Parker, 1994; Folkman & Lazarus, 1988).

Modelo das dimensões hierárquicas de *coping* através do lazer

Iwasaki (1998) propôs-se analisar as maneiras através das quais o lazer ajuda as pessoas a lidar com o *stress*, através de dimensões hierárquicas de *coping* com o lazer, a diferentes níveis.

A um nível básico, muito geral, as crenças de *coping* através do lazer distinguem-se das estratégias de *coping* através do lazer. As crenças de *coping* através do lazer referem-se a crenças de que o lazer fornece benefícios para lidar com o *stress*. Estas crenças desenvolvem-se gradualmente e mantêm-se através dos processos de socialização e constituem disposições psicológicas relativamente estáveis. As estratégias de *coping* através do lazer, no entanto, são estratégias reais de *coping* com o *stress* disponíveis através de envolvimento no lazer. Em alguns casos, as pessoas escolhem intencionalmente os seus envolvimento com o lazer para lidarem com o *stress*, noutros podem achar que o que fazem nos seus tempos livres as ajuda a gerir o *stress*, mesmo se não foi essa a razão porque os escolheram. As estratégias de *coping* através do lazer são assim mais específicas das situações do que as crenças, considerando-se que variam consoante as circunstâncias específicas.

A um segundo nível de análise, as *crenças de coping através do lazer* incluem *disposições de coping* de lazer e de amizade no lazer. As *disposições de coping* através do lazer referem-se às crenças das pessoas de que o lazer desenvolve *disposições pessoais* para lidar efectivamente com o *stress*. A *amizade no lazer* refere-se às crenças pessoais de que a amizade desenvolvida através do lazer lhes fornece *apoio social* (Iso-Ahola & Park, 1996). As *estratégias de coping através do lazer* incluem o *companheirismo no lazer*, o *lazer como estratégia paliativa* e o *bom humor no lazer*. Através do *companheirismo no lazer*, o lazer fornece experiências agradáveis partilhadas como forma de apoio social. O *lazer como estratégia paliativa* é uma estratégia de *coping* orientada para a fuga pois mantendo a mente e o corpo ocupados e, temporariamente, permite fugir aos acontecimentos desencadeadores de *stress* através do lazer. Um intervalo de tempo para o lazer, como um intervalo para o café ou para férias, pode permitir uma melhor organização para melhor lidar com os problemas (Mannell & Kleiber, 1999; Weissinger, 1995). A melhoria do *bom humor* ou a redução do *mau humor* através do lazer é outra dimensão. Alguns tipos de lazer, sobretudo os baseados na recreação, podem ter um potencial de redução do *stress* e, simultaneamente, melhorar o *bom humor*

ou reduzir o *mau humor*. A relação entre *coping* e *bom humor* já anteriormente tinha sido referida por Lazarus (1991).

Num terceiro nível, mais específico, as *disposições de coping através do lazer* subdividem-se em *disposição para a autodeterminação e empowerment*. A *disposição para a autodeterminação* refere-se às crenças das pessoas de que o seu comportamento de lazer é escolhido livremente e por si controlado (Coleman & Iso-Ahola, 1993). O *empowerment* refere-se à extensão com que as pessoas sentem que têm direito ao lazer e que o lazer lhes fornece oportunidades para se exprimirem livremente. O *empowerment* disponibiliza recursos, não só para desafiar as dificuldades da vida, mas também para desenvolver um sentimento mais valorizado de si próprio (Shaw, 1994). A literatura referente ao *coping* parece apontar para o facto de que os conceitos relacionados com o *empowerment* são também importantes para o estudo daquele (Antonovsky, 1990; Scheier & Carver, 1988). A diferença entre a *disposição para a autodeterminação* e o *empowerment* assenta na ênfase dada a cada conceito. Enquanto a *disposição para a autodeterminação* reflecte acções livremente escolhidas associadas com um sentimento de controlo e a existência de motivação intrínseca, o *empowerment* pode derivar de um sentimento de direito, da autoexpressão, de situações de desafio ou de resistência contra as obrigações ou acontecimentos da vida, ajudando os indivíduos a promover um sentimento mais valorizado de si (Iwasaki, 1998).

No mesmo nível, a amizade no lazer tem quatro componentes, o apoio emocional, apoio à autoestima, apoio tangível e o apoio informativo que representam diferentes funções do apoio social.

Podemos assim dizer que este modelo conceptual de *coping* através do lazer consiste em diferentes dimensões a diferentes níveis hierárquicos. Os níveis mais elevados representam ideias mais gerais, enquanto níveis mais baixos representam ideias mais específicas. É um modelo hierárquico no sentido em que as dimensões de crenças e estratégias de lazer se repartem em várias subdivisões.

O LAZER E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Langlois (2000), na sua revisão da literatura sobre a análise dos múltiplos papéis do lazer na sua relação com a saúde/bem-estar, considera a existência de quatro modelos principais de interacção. Modelos estes caracterizados consoante diferentes tipos de efeitos do lazer relativamente à saúde, sendo os mais frequentemente referidos o *efeito amortecedor do lazer*, relativamente ao binómio *saúde-stress*, e o *efeito directo* do lazer na saúde, promovendo a sua melhoria. Abordamos então seguidamente, para

além dos dois já citados, também, os efeitos indirectos e os efeitos mediadores.

O *efeito amortecedor* do lazer relativamente ao *stress* é frequentemente analisado em relação à saúde ou ao bem-estar. Quando o nível de *stress* é baixo, a participação no lazer não tem impacto na saúde. No entanto, quando o nível de *stress* é elevado, a maior participação no lazer e/ou bons resultados, mais gratificantes deste, ajudam a manter o nível de saúde ou a travar o aumento dos problemas de saúde, enquanto que baixos níveis de participação embora com resultados positivos no lazer resultam no aumento dos sintomas de doença, se se verificar um aumento do *stress*. Assim sendo, considera-se que a participação no lazer e os resultados do lazer nesta situação amortecem os efeitos negativos do *stress* relativamente à saúde.

No que se refere ao *efeito directo* do lazer, quando a participação é elevada no lazer e/ou os resultados do lazer são positivos, há uma associação a um melhor estado de saúde ou a uma diminuição de sintomas de doença. Neste caso, considera-se que o lazer tem um efeito directo, principal ou independente relativamente à saúde.

O *efeito mediador* do lazer é representado pelo modelo *counteractive* (também chamado de *modelo de recurso à mobilização*). Quando o nível de *stress* aumenta, as pessoas tendem a aumentar o seu nível de participação no lazer e/ou procurar resultados de lazer mais gratificantes, para conseguirem lidar com o *stress* e actuar contra os efeitos negativos deste na saúde. Esta mobilização dos recursos de lazer contribui, então, para diminuir os efeitos prejudiciais à saúde. No entanto, o lazer não suprime todos os efeitos negativos do *stress* relativamente à saúde desde que haja ainda um efeito directo do *stress* sobre a saúde, razão pela qual referimos este *efeito* como *mediador parcial*.

Por último, o *efeito de redução do stress* sugere que as pessoas que participam mais frequentemente em actividades de lazer e/ou têm experiências de lazer positivas têm um nível mais baixo de *stress* comparadas com aquelas que se envolvem ocasionalmente em actividades recreativas, e/ou não têm benefícios dos resultados positivos do lazer. Esta redução do nível de *stress* acompanha-se, muitas vezes, de uma melhoria do estado de saúde.

Segundo Siegenthaler (1997), parece que alguns tipos de actividades de lazer contribuem mais para a saúde do que outros. Relativamente à relação entre participação em actividades de lazer activo, *stress* e saúde, muitos estudos têm sido realizados mas, de acordo com as revisões da literatura de Langlois (2000) e Iwasaki (1998), alguns consensos mas também várias divergências se apresentam. Relativamente ao efeito amortecedor, nenhum

dos estudos examinados mostrou realmente existir um efeito amortecedor das actividades físicas de lazer; no que se refere ao efeito directo sobre a saúde, só metade dos estudos considera haver uma relação efectiva, como foi o caso de Zuzanek, Robinson e Iwasaki (1998), enquanto a outra metade verificou não haver relação, como por exemplo, o estudo desenvolvido por Zuzanek, Mannell, Smale, Kates e Iwasaki (1998). Constatou-se haver diferenças relativamente à forma como foram medidas as actividades físicas, sendo que os primeiros o fizeram através de autoavaliação da sua actividade física e desportiva relativamente a outras pessoas do mesmo grupo etário, enquanto que os segundos avaliaram as actividades através de um índice ponderado de participação, relativamente a um conjunto de actividades físicas pré-seleccionadas. Resultados contraditórios foram encontrados relativamente a estes dois tipos de medidas. Estes resultados dão pouca credibilidade ao efeito redutor do *stress* das actividades físicas de lazer, assim como também não se provou a existência de um efeito amortecedor das actividades físicas de lazer relativamente ao *stress*. No entanto, ambas as medidas apresentaram, em alguns estudos, um efeito directo das actividades físicas de lazer relativamente ao estado de saúde.

Recentemente, a participação no lazer social tem chamado a atenção de vários investigadores, como é o caso de Coleman (1993) e Iso-Ahola e Park (1996), sobretudo no que se refere ao estudo dos seus efeitos principais e amortecedores relativamente à saúde e ao bem-estar. Também neste caso se encontraram algumas contradições. Segundo o estudo de Iso-Ahola e Park (1996) o companheirismo no lazer estava negativamente associado à depressão e apresentava um efeito directo positivo relativamente à saúde mental. Também o companheirismo se apresentou como capaz de amortecer completamente os efeitos negativos do *stress* relativo a acontecimentos de vida sobre a saúde mental. Segundo estes autores o aumento de *stress* no quotidiano estava associado a um aumento da depressão, e estes tinham um baixo nível de companheirismo no lazer, não havia no entanto mudanças no nível de depressão para aqueles que tinham muitos companheiros de lazer. Por outro lado, Coleman (1993) referiu que a percepção de apoio social baseada no lazer não amorteceu os efeitos do *stress* relativamente à doença, nem teve um efeito directo sobre a doença. Estes resultados divergentes podem estar relacionados com conceptualizações e operacionalizações diferentes de lazer social. Coleman (1993) avaliou o apoio social percebido através da família e dos amigos no lazer, e não relativamente à participação dos inquiridos no lazer social como foi o caso do estudo anterior. Por outro lado, Coleman (1993) utilizou uma escala de doença, enquanto no estudo anterior foram avaliados os sintomas psicológicos ou referentes à saúde mental.

Caltabiano (1995) analisou a relação entre *stress*, participação em diferentes actividades e saúde. Estudou os efeitos principais e amortecedores de *actividades de exterior*, de *lazer social*, e de *passatempos* como *actividades culturais* e a relação destes com o *stress* e a doença. Utilizou um *Inventário de Acontecimentos de Vida*, para avaliar os acontecimentos da vida, que se dividia em duas componentes: mudanças na vida e *distress* na vida. Não constatou a existência de efeitos moderadores de *stress* relativamente às *actividades de exterior*, o que vai no mesmo sentido dos resultados encontrados nos estudos de actividade física. No entanto, este estudo mostrou efeitos benéficos para a saúde através da participação em *actividades de exterior* independentemente dos acontecimentos desencadeadores de *stress*, o que vai de encontro aos resultados de Zuzanek, Robinson e Iwasaki (1998). Uma relação oposta foi observada relativamente às *actividades culturais*, a participação nesta categoria de actividades não apresentou efeitos directos na saúde/doença, mas moderou o impacto de acontecimentos desencadeadores de *stress* na saúde, limitando o aumento dos sintomas de doença em situações de elevado *stress*. As pessoas que não participaram em *actividades culturais* tiveram um aumento significativo dos sintomas de doença quando em situações desencadeadoras de elevados níveis de *stress*. Tal como Coleman (1993), também Caltabiano (1995) não provou a existência de efeito principal relativamente aos sintomas de doença e o envolvimento em lazer social. Caltabiano (1995) concluiu que a moderação do impacto do *stress* na saúde através do lazer é complexa, dependendo da natureza e do nível de participação no lazer.

Segundo vários estudos recentes, referidos por Iso-Ahola (1997), se o lazer fosse promovido no sentido do crescimento e do desenvolvimento humano poderia ser utilizado na procura de experiências ideais (*optimal experiences*). Estas atingem-se quando se encontram presentes um certo nível de desafio, por um lado e, por outro, um determinado grau de competências individuais. De acordo com vários destes estudos, tais experiências correlacionam-se positivamente com a saúde mental (Csikszentmihalyi, 1990; Haworth, 1995).

Em contraste, e ainda de acordo com Iso-Ahola (1997), aparecem actividades tais como ver televisão, que se encontra associada a menos bom humor em geral, não oferecendo virtualmente nenhum desafio e requerendo um nível de competências muito baixo, mas que proporciona, no entanto, alguma quantidade de controlo pessoal. No entanto, segundo Santos (2005), a frequência com que um grupo de jovens estudantes do Ensino Superior vê televisão correlaciona-se positivamente com a saúde percebida. Sublinhando-se assim a importância da perspectiva que cada um tem da sua saúde e da sua relação com as actividades relacionadas

com os media, concretamente o visionamento televisivo, facto este que contrasta com as perspectivas de profissionais de saúde. O estudo sugere ainda que o tempo passado frente à televisão e a satisfação que esta actividade proporciona diminui com a idade dos jovens inquiridos.

Desportos e jogos são, no entanto, considerados mais desejáveis porque são percebidos como permitindo uma maior quantidade de desafio, requerendo um elevado nível de competências e oferecendo um sentimento forte de controlo através dos comportamentos dos participantes. De forma semelhante, um estudo de Thorlindsson e colaboradores, referido por Iso-Ahola (1997), mostrou que os adolescentes que eram participantes activos em desportos tendiam a ter menos ansiedade e depressão, tinham menos sintomas psicofisiológicos e tinham um nível de saúde melhor do que os que não praticavam desporto.

Este conjunto de resultados leva-nos a considerar que o *fugir* com e através do lazer passivo não conduz à saúde física e mental, mas que, em vez disso, é a procura da recompensa intrínseca através do lazer que é mais compensadora psicológica e, mesmo, fisicamente. Segundo Iso-Ahola (1997), a motivação interna correlaciona-se directamente com a saúde psicológica e os principais componentes da motivação interna (por exemplo, a liberdade percebida e o controlo) também se encontram ligados à saúde física. Procurar, por um lado, e *fugir*, por outro, são as duas principais dimensões da motivação para o lazer (Iso-Ahola, 1989). Aparecem indícios sugestivos de que as pessoas predominantemente orientadas no sentido da procura de motivação nos seus lazeres são mais saudáveis do que aquelas que predominantemente utilizam o lazer para escapar ou se desviar dos problemas (Iso-Ahola, 1994; Iso-Ahola & Weissinger, 1984). Parece, assim, que escapar através do lazer passivo se torna psicologicamente problemático, pois pode levar ao aborrecimento, o que, em consequência, faz aumentar a apatia e a depressão. Weissinger (1995), no seu estudo, conclui que jovens adultos, ao perceberem os seus tempos de lazer como aborrecidos, podem estar em risco de desenvolver e estabelecer um padrão de escolha de lazer que tenha um impacto negativo sobre o bem-estar mental e físico.

Relativamente à influência da actividade física na saúde mental, vários efeitos principais têm sido apontados numa revisão da literatura citada por Iso-Ahola (1997). Segundo este autor, alguns resultados sugerem que o exercício físico melhora o funcionamento cognitivo no ser humano, especialmente nos mais velhos. Por outro lado, o exercício físico reduz a depressão e a ansiedade e produz bom humor sendo considerado benéfico até mesmo na prevenção e no tratamento da psicopatologia. O lazer fisicamente activo, e o lazer em geral, onde está implícito uma certa quantidade de desafio, tem sido, também, referenciado como melhorando

de forma significativa a autoestima e o autoconceito dos participantes (Iso-Ahola, Graefe & LaVerde 1989). Por último, a interacção social é tanto motivadora como benéfica ao envolvimento em actividade física. As pessoas descrevem a melhor experiência de lazer como aquela que leva a sentimentos positivos relativos a fazer coisas e encontrar-se com amigos (Larson, Mannell & Zuzanek, 1986). Fazer exercício com amigos, encontrar amigos num ginásio e socializar-se fora dele com pessoas que aí se encontraram, melhora a adesão aos exercícios e, conseqüentemente, fornece benefícios sociais (Unger & Johnson, 1995). A interacção social, por outro lado, encontra-se directamente relacionada com a saúde mental e o bem-estar psicológico (Argyle, 1996). Por último, o envolvimento em actividade física ou em exercício tem uma relação directa com o bem-estar psicológico em geral e com a satisfação com a vida. Há muitas provas científicas citadas na literatura de que as experiências de lazer induzem bom humor (Mannell, 1980).

A investigação tem mostrado, de forma convincente, que a actividade física ou o exercício diminuem significativamente a probabilidade de cada pessoa ter doença cardíaca e, até mesmo, algumas formas de cancro, aumentando as possibilidades de cada um poder viver mais tempo. A falta de exercício foi recentemente referenciada, ao mesmo nível que o fumar, a obesidade, a hipertensão e o colesterol, como um factor de risco primário para a doença coronária (McGinnis, 1991). A actividade física ainda ajuda a *lidar* com o *stress* (e, ao fazê-lo, de certo modo, permite diminuir o tabagismo e as doenças a ele ligadas), prevenindo a osteoporose e contribuindo para controlar o peso e o nível de pressão arterial. Por estranho que pareça o sedentarismo é, na actualidade, nos países industrializados, o factor de risco mais prevalente (Pádua, 1999).

Os efeitos da participação em actividades físicas sobre a saúde mental têm sido mencionados também em conjunto com os efeitos positivos da participação no lazer em geral. Por outras palavras, um estilo de vida com lazer activo correlaciona-se com uma melhoria do bem-estar psicológico, com a autoestima e com o autoconceito positivo, com a interacção social, com a satisfação com a vida e a felicidade, e com diminuição da depressão (Iso-Ahola, 1994).

Também Mannell e Kleiber (1999) referem uma teoria que sugere que as pessoas que estão mais activamente envolvidas com actividades de lazer estão mais imunes ao *stress*, ou seja, têm menos *stress* e conseqüentemente menos doença. Ora o estudo desta relação implica a avaliação do lazer e do *stress*. Nesta perspectiva, se considerarmos o lazer como um fenómeno objectivo, poderia observar-se em quantas actividades as pessoas participam, que contextos de lazer frequentaram durante a sua vida, com que frequência participaram e/ou durante quanto tempo desenvolveram

estas actividades ou estiveram nestes locais, conferindo, depois, se as pessoas que têm mais lazer têm menos *stress*. Esta abordagem parece, no entanto, algo incompleta, pois não refere o que as pessoas que estão a ser estudadas vivenciam, quando realizam actividades ou frequentam espaços de lazer, ou seja, o quanto é agradável, se promove o desafio, se é relaxante ou satisfatório. A complementaridade destas abordagens daria, obviamente, uma melhor perspectiva acerca do impacto que esta participação no lazer pode ter sobre a capacidade das pessoas em lidar com acontecimentos desencadeadores de *stress* nas suas vidas.

REFERÊNCIAS

- Aaro, L.E. (1997). Adolescent lifestyle. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, c. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp 65-68). Cambridge: Harvard University Press.
- Antonovsky, A. (1990). Pathways leading to successful coping and health. In M. Rosenbaum (Ed.), *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior* (pp. 31-63). New York: Springer-Verlag.
- Argyle, M. (1996). *The social psychology of leisure*. New York: Penguin Books.
- Caltabiano, M. L. (1994). Measuring the similarity among leisure activities based on a perceived stress-reduction benefit. *Loisir et Société/Leisure Studies*, 13, 17-31.
- Caltabiano, M. L.(1995). Main and stress-moderating health benefits of leisure. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 18 (1), 21-52.
- Coleman, D. (1993). Leisure based social suport, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25 (4), 350-361.
- Coleman, D., & Iso-Ahola, S.E.(1993). Leisure and health: The role of social support and self- determination. *Journal of Leisure Research*, 25 (1), 111-128.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper.
- Diamond, M. (1984). A love affair with the brain. *Psychology Today*, 62-73.
- Dumazedier, J. (1962). *Vers une Civilisation du Loisir?*. Paris: Editions du Seuil.
- Endler, N.S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54,466-475.
- Freire, T. (1989). Lazer e desenvolvimento humano. *Jornal de Psicologia*, 8, 27-31.
- Freire, T., & Salvador, A. (1996). Lazer, desenvolvimento e estilos de vida, *Actas do II Congresso galaico-português de psicopedagogia*, 213-220. Braga: Universidade do Minho.

- Godbey, G. (1999). *Leisure in your life: an exploration*. State College, PA: Venture Publishing.
- Goodale, T.L. & Godbey, G. (1988). *The evolution of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- Haworth, J. T. (1995). Leisure and categorial models of mental health. *Leisure Sciences, 18*, 53-66.
- Hobfoll, S. E. & Vaux, A. (1993). Social support: Resources and context. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 685-705). New York: The Free Press.
- Iso-Ahola, S. E. (1980). *The social psychology of leisure and recreation*. Dubuque, IA: W.C. Brown.
- Iso-Ahola, S. E. (1997). A psychological analysis of leisure and health. In J.T. Haworth (Ed.), *Work, leisure and well-being* (pp. 131-144). London: Routledge.
- Iso-Ahola, S.E. (1989). Motivation for leisure. In E. Jackson & T. Burton (Eds), *Understanding leisure and recreation: Mapping the past, charting the future* (pp.245-279). College, PA: Venture.
- Iso-Ahola, S. E. (1994). Leisure.lifestyle and health. In D.M. Compton, & S.E. Iso-Ahola (Eds), *Leisure and mental health* (pp.42-60) Park City, UT: Family Development Resources.
- Iso-Ahola, S. E. (1995). The social psychology of leisure: Past, present and future research. In L. A. Barnett (Eds.), *Research about leisure: past, present and future* (pp. 65-95). Illinois: Sagamore Publishing.
- Iso-Ahola, S. E., & Mannell, R.C. (1985).Social and psychological constraints on leisure. In M.G. Wade (ed), *Constraints on leisure*, (pp. 11-51). Springfield, I.L: Charles C. Thomas.
- Iso-Ahola, S. E., & Park, C. J. (1996). Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *Journal of Leisure Research, 28* (3), 169-187.
- Iso-Ahola, S. E., & Weissinger, E. (1984). Leisure and well-being: Is there a connection?, *Parks and Recreation, 19*, 40-44.
- Iso-Ahola, S. E., Graefe, A.R.,& LaVerde, D. (1989). Perceived competence as a mediator of the relationship between high risk sports participation and self-esteem. *Journal of Leisure Research, 21*, 32-39.
- Iwasaki, Y. (1998). *Leisure and stress-coping: reconceptualizations and analyses*. Tese de Doutorado. Waterloo: Waterloo University.

- Iwasaki, Y., & Mannell, R. C. (2000). Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences*, 22, 163-181.
- Killinger, B. (1991). *Workaholics: The respectable addicts*. Toronto: Key Poster Books.
- Langlois, S. (2000). *Relationships between chronic stress, leisure, and mental ill-health: an emperical study of nurses*. Dissertação de mestrado. Waterloo: Waterloo University.
- Larson, R.W., Mannell R. C., & Zuzanek J. (1986). Daily well-being of older adults with friends and family. *Journal of Psychology and Aging*, 1, 117-126.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*. New York: New American Library.
- Mannell, R.C. (1980). Social psychology techniques and strategies for studying leisure experiences. In S.E. Iso-Ahola (Ed.), *Social psychological perspectives on leisure and recreation* (pp. 62-88). Springfield, I.L: Charles C. Thomas
- Mannell, R.C., & Kleiber, D.A. (1999). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- Martin-Fugier, A. (1990). Os ritos da vida privada burguesa. In P. Ariès, & G. Duby (Eds.), *História da vida privada: Da revolução à grande guerra*, (vol. 4, pp. 193-262). Porto: Edições Afrontamento.
- McGinnis, J. (1991). Health objectives for the nation. *American Psychologist*, 46, 520-524.
- Neulinger, J. (1974). *The psychology of leisure*. New York: Charles C. Thomas.
- Neulinger, J. (1981). *To leisure: an introduction*. Boston: Allyn & Bacon.
- Neulinger, J. (1982). Leisure lack and the quality of life. *Leisure Studies*, 1, 53-63.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ouelet, G. (1995). Loisir, Santé et Fonctionnement Humain, *Loisir et Société*, 18; 11-13.
- Pádua, F. (1999) *Promoção da saúde e prevenção de doenças não transmissíveis*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

- Prost, A (1990). Fronteiras e espaços do privado. In P. Ariès & G. Duby (Eds.), *História da vida privada: da primeira guerra mundial aos nossos dias*, (vol. 5; pp.13-115). Porto: edições Afrontamento.
- Santos, L. R. (2005). Estilos de lazer e *coping*: sua relação com saúde e mal-estar. Tese de doutoramento. Porto: Universidade do Porto.
- Scheier, M. F., & Carver, C.S.(1988). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Schor, J. (1991). *The overworked american: The unexpected decline of leisure*. New York: Basic Books.
- Shaw, S.M. (1994). Gender, leisure and constraint: Towards a framework for the analysis of women's leisure. *Journal of Leisure Research*, 26 (1), 8-22.
- Siegenthaler, K.L. (1997). Health benefits of leisure. *Parks and Recreation*, 32 (1), 24-31.
- Tinsley, H.E., & Tinsley, D.J. (1986). A theory of the attributes, benefits and causes of leisure experience. *Leisure Sciences*, 8 (1), 1-45.
- Unger, J., & Johnson, C. (1995). Social relationships and physical activity in health club members, *American Journal of Health Promotion*, 9, 340-343.
- Vaz, J. M. (1990). *Doença social e prevenção da toxicodependência*. Vila Real: Ministério da Saúde.
- Weissinger, E. (1995). Effects of boredom on self-reported health. *Loisir et Société*, 18; 21-32.
- Weissinger, E., & Iso-Ahola, S.E. (1984). Intrinsic leisure motivation, personality and physical health. *Society and Leisure/Loisir et Société*, 7 (1), 217-228.
- Zuzanek, J., Mannell, R.C., Smale, B.J.A., Kates, N., & Iwasaki, Y. (1998). *Relationship between stress, mental and physical health, physically active leisure, and sense of well-being as a function of life-cycle and multiple role conflict*. Waterloo: University of Waterloo.
- Zuzanek, J., Robinson, J. P., & Iwasaki, Y. (1998). The relationships between stress, health, and physically active leisure as a function of life-cycle. *Leisure Sciences*, 20, 1-23.